

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM COM
ASSOCIAÇÃO AMPLA COM A UNIVERSIDADE DO ESTADO DO
PARÁ

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM DISTRITO DE
SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
MANAUS

MITSI SILVA MOISÉS

MANAUS

2018

MITSI SILVA MOISÉS

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM DISTRITO DE
SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
MANAUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas – UFAM em ampla associação com Universidade do Estado do Pará – UEPA, como parte do requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração Enfermagem em Saúde Pública e epidemiologia de doenças na Amazônia.

ORIENTADOR: Prof. Dr. David Lopes Neto

MANAUS

2018

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

M714c	Moises, Mitsi Silva Cultura de segurança do paciente em um distrito de saúde na Estratégia Saúde da Família no município de Manaus / Mitsi Silva Moises. 2018 95 f.: 31 cm. Orientador: David Lopes Neto Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas. 1. Segurança do Paciente. 2. Cultura Organizacional. 3. Gestão da Qualidade. 4. Profissionais de Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Lopes Neto, David II. Universidade Federal do Amazonas III. Título
-------	---

MITSI SILVA MOISÉS

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM DISTRITO DE
SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
MANAUS**

Dissertação de Mestrado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em Associação Ampla com a Universidade do Estado do Pará. Área de concentração Enfermagem em Saúde Pública e epidemiologia de doenças na Amazônia.

Aprovada no dia vinte e quatro do mês de agosto do ano de dois mil e dezoito.

BANCA EXAMINADORA

Prof Dr. David Lopes Neto, Presidente
Universidade Federal do Amazonas

Prof^a Dr^a. Eliana Ofélia Llapa-Rodriguez, Membro Externo
Universidade Federal de Sergipe

Prof^a Dr^a. Noeli das Neves Toledo, Membro Interno
Universidade Federal do Amazonas

AGRADECIMENTOS

Considero essa, a parte mais importante em minha trajetória do estudo. Como é bom saber que Deus e diversas pessoas contribuíram com meu caminho de aprendizagem.

A meus pais, Jairo Brito Moisés (*in memorian*) e Marly Silva Moisés (*in memorian*) por terem me mostrado um Deus que é presente em minha vida e por me apresentarem, ainda na infância, o prazer da leitura.

Ao meu querido esposo, Johêdyr Cartaxo, que não mediu esforços e incentivos para ver a concretização deste estudo. Ele sonhou junto comigo em cada um dos momentos.

Minha família linda, Vovó Neusa Vale, meus irmãos Jairo Moisés e Márcia Moisés, aos meus pais do coração Jason Moisés e Suzana Moisés. Vocês se fazem tão presentes com seus conselhos, exemplo e orações.

Ao meu professor orientador Dr. David Lopes Neto por ter me acolhido para orientação e aceitado o desafio quando já estava no final do primeiro ano do mestrado.

Minhas amigas do mestrado, como foi tão mais fácil a trajetória por ter vocês ao meu lado. Compartilharam comigo, além dos lanches entre as aulas, a alegria, angústias e conhecimento. Alcemira Bandeira e Valéria Pacheco, as idas às unidades de saúde para coleta de dados foi alegre ao lado de vocês.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem *stricto sensu* da Universidade Federal do Amazonas. Ao longo do curso percebi a dedicação de vocês em formar alunos para a Docência. Uma docência que seja exercida com rigor do conhecimento científico, mas também com a leveza do amor e respeito.

A minha querida professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte Dr^a Soraia Maria de Medeiros. Ela foi quem me apresentou o universo da extensão, monitoria e pesquisa.

Aos professores que deram suas contribuições na qualificação e na defesa do mestrado, professora Dr^a Noeli Toledo, Dr. Zilmar Filho, Dr^a Eliana Ofélia Llapa-Rodriguez.

Aos amigos e à minha gestora do Hospital Adventista de Manaus por viabilizar a realização deste valioso ganho profissional.

À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, representada pela Gerência de Gestão da Educação na Saúde pela concessão da realização da pesquisa e por todo apoio com envio de relatórios quando solicitado para informações da pesquisa.

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família que disponibilizaram seu tempo.

A todos que me ajudaram direta ou indiretamente, muito obrigada!

***“É preciso que eu suporte duas ou três larvas se
quiser conhecer as borboletas”***
Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

MOISÉS, Mitsi Silva. **Cultura de segurança do paciente em um distrito de saúde da estratégia saúde da família no município de Manaus.** Dissertação de Mestrado. 95 p. Universidade Federal do Amazonas, 2018.

Introdução: A cultura de segurança do paciente é componente fundamental para o desenvolvimento de ações retomadas à qualidade dos serviços de saúde. Sua avaliação permite identificar áreas com necessidade de intervenção para a segurança e qualidade na assistência. **Objetivo:** Avaliar a cultura de segurança do paciente entre enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde da equipe da estratégia saúde da família. **Método:** estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com profissionais da estratégia saúde da família do Distrito de Saúde Sul da cidade de Manaus, estado do Amazonas. Utilizou-se para a coleta de dados o instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*, adaptado e validado para a língua portuguesa. Para obtenção da amostra foi utilizada a técnica de amostragem por estratificação, com margem de 95% de confiança e 5% de erro amostral. Os dados categóricos foram apresentados por meio de tabelas, com frequências absolutas simples e relativas e, média e desvio-padrão para os dados quantitativos quando aceita a hipótese de normalidade dos dados por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. No cruzamento das variáveis foi aplicado o teste do qui-quadrado. Para comparação das médias foi aplicado o teste da Análise de Variância. Foram considerados positivos os escores maiores ou iguais a 75%. O *software* utilizado na análise dos dados foi o SPSS versão 21 para *Windows*. O nível de significância fixado para aplicação dos testes estatísticos foi de 5%. **Resultados:** participaram do estudo 283 profissionais, sendo 38 (13,42%) enfermeiros, 66 (23,32%) técnicos de enfermagem e 179 (63,25%) agentes comunitários de saúde. A média na avaliação geral da cultura de segurança do paciente foi de 71,6 para os enfermeiros, 66,5 para técnicos de enfermagem e 67,6% para agentes comunitários de saúde, sendo considerado adequado. As dimensões “Trabalho em equipe” e “Seguimento da assistência ao paciente” apresentaram maior escore. As dimensões “Comunicação aberta”, “Treinamento da equipe”, “Apoio dos gestores na segurança do paciente” e “Pressão no trabalho e ritmo” foram as áreas que apresentaram fragilidades. **Conclusão:** o estudo identificou evidências que apontam para uma avaliação da cultura de segurança do paciente adequada na percepção dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que fazem parte da equipe da ESF no município de Manaus.

Descritores: Segurança do Paciente. Cultura Organizacional. Gestão da Qualidade. Profissionais de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

MOISÉS, Mitsi Silva. **Culture of patient safety in a health district of family health strategy in the municipality of Manaus.** Thesis (MS). 95 p. Federal University of Amazonas (UFAM) in association with the State University of Para (UEPA), 2018.

Introduction: The safety culture of the patient is a fundamental component for the development of actions taken on the quality of health services. Its evaluation allows identifying areas in need of intervention for safety and quality of care. **Objective:** To evaluate the patient safety culture among nurses, nursing technicians and community health agents of the family health program. **Method:** A descriptive, cross - sectional study with a quantitative approach, conducted with health professionals who work in the health district of the south region of the city of Manaus, state of Amazonas. It was used for data collection the Medical Office Survey on Patient Safety Culture form, adapted and validated for the Portuguese language. To obtain the sample, the stratified sampling technique was used, with a 95% of confidence margin and 5% of sample error. The categorical data were presented through tables with simple and relative absolute frequencies and mean and standard deviation for the quantitative data when it accepts the hypothesis of data normality using the Shapiro-Wilk test. In the crossing of the variables was still applied the chi-square test. For the comparison of means, the Variance Analysis test was applied. Scores equal to or greater than 75% were considered positive. The software used in data analysis was SPSS version 21 for Windows. The significance level fixed for the application of the statistical tests was 5%. **Results:** 283 professionals participated in the study, of which 38 (13.42%) were nurses, 66 (23.32%) were nursing technicians and 179 (63.25%) were community health agents. The mean in the overall evaluation of the patient safety culture was 71.6 for nurses, 66.5 for nursing technicians and 67.6% for community health agents, and it was considered adequate. The dimensions "Working as a team" and "Patient care follow-up" presented higher scores. The dimensions "Open communication", "Team training", "Management support in patient safety" and "Pressure at work and rhythm" were the areas that presented weaknesses. **Conclusion:** the study identified evidence that points to an evaluation of the patient's safety culture in the perception of nurses, nursing technicians and community health agents who are part of the ESF team in the city of Manaus.

Descriptors: Patient Safety. Organizational Culture. Quality Management. Health Personnel. Primary Health Care.

RESUMEM

MOISÉS, Mitsi Silva. **Cultura de seguridad del paciente en un distrito de salud de la estrategia salud de la familia en el municipio de Manaus.** Tesis de maestría. 95 p. Universidad Federal de Amazonas, 2018.

Introducción: La cultura de seguridad del paciente es componente fundamental para el desarrollo de acciones retomadas a la calidad de los servicios de salud. Su evaluación permite identificar áreas con necesidad de intervención para la seguridad y calidad en la asistencia. **Objetivo:** Evaluar la cultura de seguridad del paciente entre enfermeros, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud del equipo de la estrategia salud de la familia. **Método:** Estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, realizado con profesionales de la estrategia salud de la familia del Distrito de Salud Sur de la ciudad de Manaus, estado del Amazonas. Fue utilizado para la recolección de datos de la Encuesta de oficina médica en el paciente instrumento de cultura de seguridad adaptado y validado para el idioma portugués. Para la obtención de la muestra se utilizó la técnica de muestreo por estratificada, con margen de 95% de confianza y 5% de error muestral. Los datos categóricos fueron presentados por medio de tablas, con frecuencias absolutas simples y relativas y, media y desviación estándar para los datos cuantitativos cuando acepta la hipótesis de normalidad de los datos por medio de la prueba de Shapiro-Wilk. En el cruce de las variables todavía se aplicó la prueba del chi-cuadrado. Para la comparación de los promedios se aplicó la prueba del análisis de varianza. Se consideraron positivos los escores mayores o iguales al 75%. El software utilizado en el análisis de los datos fue el SPSS versión 21 para Windows. El nivel de significancia fijado para la aplicación de las pruebas estadísticas fue del 5%. **Resultados:** Participaron del estudio 283 profesionales, siendo 38 (13,42%) enfermeros, 66 (23,32%) técnicos de enfermería y 179 (63,25%) agentes comunitarios de salud. La media en la evaluación general de la cultura de seguridad del paciente fue de 71,6 para los enfermeros, 66,5 para técnicos de enfermería y 67,6% para agentes comunitarios de salud, siendo considerado adecuado. Las dimensiones "Trabajo en equipo" y "Seguimiento de la asistencia al paciente" presentaron mayor puntuación. Las dimensiones "Comunicación abierta", "Entrenamiento del equipo", "Apoyo de los gestores en la seguridad del paciente" y "Presión en el trabajo y ritmo" fueron las áreas que presentaron fragilidades. **Conclusión:** El estudio identificó evidencias que apuntan a una evaluación de la cultura de seguridad del paciente adecuada en la percepción de los enfermeros, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud que forman parte del equipo de la ESF en el municipio de Manaus.

Descriptor: Seguridad del paciente. Cultura de la organización. Gestión de la calidad. Profesionales de Salud. Atención Primaria a la Salud.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas, nível de formação, tempo de serviço e horas de trabalho dos profissionais da ESF, DISA-Sul, Manaus, Amazonas, Brasil, 2018..... 43
- Tabela 2 – Frequência da positividade das dimensões do instrumento MOSPSC acima de 75% aplicado nos profissionais da ESF, DISA-Sul, Manaus, Amazonas, Brasil, 2018. 44
- Tabela 3 – Distribuição da classificação dada pelos profissionais em relação a frequência da avaliação global e geral das UBS -F, DISA – Sul, Manaus, Amazonas, Brasil, 2018..... 46
- Tabela 4 – Distribuição segundo as médias das dimensões do instrumento MOSPSC aplicado nos profissionais da ESF em relação a categoria profissional, DISA-Sul, Manaus, Amazonas, Brasil, 2018..... 47
- Tabela 5 – Frequência segundo a positividade dos itens do instrumento MOSPSC acima de 75% e itens aplicados nos profissionais da ESF, DISA-Sul, Manaus, Amazonas, Brasil, 2018.....48
- Tabela 6 – Distribuição segundo as médias das dimensões do instrumento MOSPSC aplicado nos profissionais da ESF em relação ao tempo de serviço, DISA -Sul, Manaus, Amazonas, Brasil, 2018..... 51
- Tabela 7 – Distribuição em relação ao resultado do Alfa de *Cronbach* das dimensões do instrumento MOSPSC aplicado nos profissionais da ESF, DISA – Sul, Manaus, Amazonas, Brasil, 2018..... 52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AHRQ – *Agency for Health Care Research and Quality*

ANOVA – Teste da Análise de Variância

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CO – Cultura Organizacional

DISA – Distrito Sanitário de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

GESAU – Gerência de Gestão da Educação na Saúde

MS – Ministério da Saúde

MOSPSC – *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*

PMAQAB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONA – Organização Nacional de Acreditação

SEMSA – Secretária Municipal de Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS-F – Unidade Básica de Saúde da Família

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Problematização	14
1.2	Justificativa	17
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo geral	19
2.2	Objetivos específicos	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	Cultura organizacional e profissional na saúde	20
3.2	Segurança do paciente	22
3.3	Cultura de segurança do paciente	25
3.4	Avaliação dos serviços de saúde na atenção primária a saúde	28
3.5	Atenção Primária à saúde e a segurança do paciente	30
4	METODOLOGIA	33
4.1	Desenho de estudo	33
4.2	Local do estudo	33
4.3	População do estudo	34
4.4	Amostra da população do estudo	35
4.5	Instrumento de pesquisa	36
4.6	Coleta de dados	38
4.7	Análise e interpretação dos dados	40
4.8	Aspectos éticos	41
5	RESULTADOS	44
5.1	Caracterização dos participantes do estudo	44
5.2	Análise descritiva e fatores associados aos escores do Questionário <i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i>	45
6	DISCUSSÃO	55
7	CONCLUSÃO	61
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICE	74
	ANEXO	80

1 INTRODUÇÃO

A cultura de segurança do paciente é uma temática que vem sendo incorporada de maneira crescente nas discussões estratégicas das instituições de saúde por ser um componente fundamental para a implementação de ações exitosas para a qualidade dos serviços de saúde (RAMOS; COCA; ALBEDAÑO, 2017). É definida como o produto de valores em que profissionais e serviços compartilham atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos dos profissionais de saúde, que determinam a maneira como vão exercer seu trabalho, visando à promoção do cuidado seguro (COSTA, 2016; TOMAZONI, et al., 2015).

Neste sentido, os avanços nos cuidados de saúde relacionados às reorganizações dos processos de trabalho e modelos de gestão associados à incorporação de novas tecnologias e mudanças no panorama epidemiológico dos pacientes criaram desafios significativos nas práticas de saúde direcionadas à qualidade da assistência e, conseqüente redução de danos não intencionais relacionados ao paciente causadores de ambientes inseguros no processo de cuidar (DUARTE et al., 2015; SILVA; BAITELO; FRACOLLI, 2015).

Essa descrição não é um fenômeno novo, porém, os cuidados de saúde inseguros foram reconhecidos mundialmente por meio de um relatório divulgado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos, intitulado: “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, o qual estimou que danos relacionados à assistência haviam contribuído para a ocorrência de 180.000 óbitos por ano naquele país, alertando para um grave problema de saúde pública, até então, silencioso (KOHN et al., 2000). Após a publicação desse relatório, a segurança no cuidado ao paciente se tornou um dos assuntos prioritários na área da saúde, sendo reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que estabeleceu em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) com a finalidade de sensibilizar profissionais e direcionar o poder político para o desenvolvimento de políticas públicas que busquem evidências científicas para melhores práticas voltadas à segurança do paciente (OMS, 2009).

O tema de segurança do paciente se desenvolveu no contexto de cuidado hospitalar, o que levou à concentração dos estudos para a compreensão da epidemiologia dos erros e danos, das causas e fatores contribuintes, além das possíveis soluções nessa esfera do sistema de saúde. Porém, é notória a necessidade de que investigações em segurança do paciente sejam realizadas em todos os campos de assistência à saúde, visando à qualidade e segurança

do paciente como valor central dos cuidados em saúde, independentemente do nível de complexidade em que este seja desenvolvido (VINCENT; AMALBERTI, 2016). Assim, para a ampliação do conceito de segurança do paciente nos diversos espaços de assistência à saúde, é necessária a inserção dessa prática na Atenção Primária à Saúde (APS) (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2014), o que irá favorecer para que se tenha nesses cenários de saúde uma prestação de serviços que seja eficiente, eficaz, focada no paciente, seguro, oportuno e desenvolvido com equidade, uma vez que estas são premissas para a qualidade do cuidado à saúde (BRASIL, 2013).

Embora os serviços de APS sejam responsáveis pela maioria dos cuidados em saúde, há algumas características da APS que predisõem a fragilidades no campo de aplicação de procedimentos em segurança (MESQUITA et al., 2016; RIBAS, 2010). Essas fragilidades podem ser exemplificadas pelo aumento, cada vez maior, de pacientes com doenças complexas e comorbidades associadas; múltiplas fontes de informação por vezes contraditórias; o ambiente de trabalho fortemente influenciado por normas grupais; multiplicidade de locais onde a Atenção Primária é realizada; presença da incerteza no diagnóstico e reduzido controle sobre o gerenciamento dos cuidados prestados e dos riscos a que os pacientes estão expostos em comparação com as internações hospitalares, onde os pacientes são monitorados continuamente (VINCENT; AMALBERTI, 2016; RIBAS, 2010).

A *National Patient Safety Agency*, em 2006, em reconhecimento aos desafios que a atenção primária enfrenta para promover a segurança do paciente, elaborou um guia intitulado “*Seven steps to patient safety for primary care*” para servir de apoio às organizações e equipes de APS contendo boas práticas relacionadas à segurança. Dentre esses passos, o primeiro, apresentado diz respeito a implantação da cultura de segurança na qual, as equipes compartilham informações de maneira aberta e justa para que indivíduos e organização possam aprender com os erros (NPSA, 2006). No apêndice deste estudo estão apresentados os sete passos para promoção da segurança do paciente na APS propostos pela *National Patient Safety Agency* (APÊNDICE A).

A importância do tema - segurança do paciente na atenção primária à saúde - vem crescendo nas principais organizações internacionais de saúde. Em 2012, a OMS instituiu um grupo chamado *Safer Primary Care Expert Working Group*, por reconhecer que melhorar a segurança na Atenção Primária à Saúde é essencial para garantir a universalização e sustentabilidade das ações de saúde (WHO, 2016). Este grupo teve como objetivo promover a compreensão e o conhecimento sobre os riscos para os pacientes na APS, definir prioridades em pesquisas e métodos disponíveis para realização de estudos sobre segurança do paciente

na APS (CRESSWELL et al., 2013; MARCHON, 2015), buscando sanar a ausência de conhecimento nessa área que, até então, havia sido negligenciada no contexto da segurança do paciente e qualidade dos serviços da APS (WHO, 2016).

O *Safer Primary Care Expert Working Group* analisou a literatura, priorizou as áreas que necessitaram de pesquisas futuras e compilou um conjunto de nove monografias que cobrem temas técnicos prioritários na APS em relação à segurança do paciente. Esse material foi lançado em 2016 pela OMS como “Série Técnicas sobre Cuidados Primários Mais Seguros” (*tradução livre*), que explora a magnitude e a natureza do dano, visando a sensibilização dos profissionais da saúde acerca das causas e consequências de cuidados primários inseguros, propondo soluções possíveis para melhorar a segurança na APS (WHO, 2016). Este fato soma, de maneira expressiva, à visibilidade do tema e sua relevância alcançada, inclusive, em nível mundial.

1.1 Problematização

O século XXI tem sido o marco dos debates e discussões em torno da segurança do paciente, por entender que esta é uma medida de saúde pública capaz de reduzir riscos e danos relacionados à assistência (TIMM; RODRIGUES, 2016). Trata-se de problemática que não é inerente a grupos de indivíduos ou categorias profissionais distintas, mas, é um processo que envolve mudança cultural relacionada às transformações de atitudes, valores e crenças de profissionais e novas incumbências das instituições de saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Todavia, há de se ressaltar que os estudos realizados na temática de segurança do paciente são, predominantemente, na área hospitalar, entretanto, recentemente, as entidades governamentais têm se voltado para o contexto de que os problemas com a segurança do paciente, também, atingem a população que recebe cuidados primários, sendo um dos grandes desafios para essa área, a garantia de uma atenção contínua, humanizada, com qualidade e segurança (BRASIL, 2013).

Os serviços de Atenção Primária à Saúde, em diversos países, são o ponto de entrada da população ao sistema de saúde e estão no cerne dos cuidados de saúde integrados, centrados nas pessoas, famílias e coletividades. Cuidados primários acessíveis e seguros são essenciais para alcançar a cobertura universal de saúde e apoiar ações de desenvolvimento sustentável, que priorizem pela promoção e prevenção da saúde (WHO, 2016).

No Brasil, a temática Segurança do Paciente entrou na agenda política desde a mobilização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)/Ministério da Saúde (MS), em 2013, com a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que, dentre as suas diretrizes, prevê o estabelecimento da Cultura de Segurança do Paciente nas instituições de saúde (BRASIL, 2014).

A cultura de segurança do paciente é o elemento que perpassa os quatro eixos estruturantes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2014). Investigá-la é fator condicionante para que gestores possam definir pela criação de planos de segurança do paciente que sejam condizentes com as necessidades locais e que visem à qualidade do cuidado.

O Brasil é reconhecido pelas entidades mundiais do campo da saúde por ter na política pública da APS seu direcionador para ampliar a efetividade da assistência à saúde por meio do modelo denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) que prioriza o cuidado integral e contínuo aos indivíduos no contexto da família e comunidade (COSTA, 2016; LIMA et al., 2016). Apesar disso, o modelo da ESF, no Brasil, ainda é considerado um modelo frágil, que necessita de avanços para melhorar a qualidade ofertada (MARCHON, 2015). Nessa perspectiva, devem ser ampliadas as pesquisas que evidenciem ações de segurança do paciente nas Unidades da Estratégia de Saúde da Família.

Ressalta-se que, mesmo diante da magnitude da abrangência das ações de cuidado realizadas pela ESF, da contribuição significativa que esta apresenta para a melhoria dos indicadores em saúde no país e, embora o PNSP contemple a APS como *locus* de desenvolvimento de ações para a melhoria da segurança do paciente, tem-se reduzidas iniciativas que envolvem a segurança nessa esfera de atenção à saúde. Além disso, há carência de estratégias de segurança do paciente destinadas a gerir os riscos nas condições cotidianas de trabalho (LIMA et al., 2016; VINCENT; AMALBERTI, 2016).

Estudo de Makeham et al. (2008), que teve sua metodologia replicada em 06 países europeus, revelou que pouco é conhecido sobre a frequência de incidentes de segurança e prevenção de danos na atenção primária particularmente, em países de baixa e média renda. Nessa pesquisa, quando investigado em relação à frequência de incidentes na APS, obteve-se resultados de 0,004 a 240 por mil consultas. Dependendo do método empregado para a coleta de dados, a proporção de incidentes evitáveis variou de 45% a 76%. Um dos fatores que corroboram para essa realidade é a limitação de parametrização de métodos de investigação em segurança na APS que sejam adaptados para a realidade desses países (CRESSWELL et al., 2013; MARCHON, 2015).

Em revisão sistemática realizada por Marchon e Mendes Júnior (2014) que se utilizou de termos de busca semelhante ao estudo de Makeham et al. (2008), foi identificada semelhança entre ambos, no que diz respeito aos tipos de incidentes mais comuns na APS, sendo eles associados a erros de medicamentos e erros de diagnósticos. Além disso, não foi encontrado nenhum artigo na área de segurança do paciente no cenário da APS em países em transição e em desenvolvimento. As pesquisas em sua maioria, foram desenvolvidas nos Estados Unidos ou Reino Unido.

Referindo-se aos fatores destacados como contribuintes para a ocorrência de incidentes na APS estão a comunicação entre os profissionais da saúde e o paciente; erros de gestão relacionados à falta de insumos, equipamentos, recursos humanos, planta física inadequada das unidades de saúde e falhas relacionadas ao registro da linha de cuidado do paciente (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2014).

Em pesquisa realizada nas unidades que prestam assistência à saúde em nível primário, no estado de Goiás/Brasil, que procurou verificar a ocorrência de incidentes relacionados à segurança do paciente na percepção dos profissionais de saúde, identificou-se que de um total de 92 incidentes identificados pelos profissionais 37,0% (34) corresponderam aos incidentes sem danos, com predomínio de erros relacionados ao processo de medicação e imunização; 23,9% (22) às circunstâncias notificáveis relacionados à aspectos de gestão da unidade que englobavam desde a estrutura física até aspectos relacionados à sistematização do cuidado; 26,1% (24) aos eventos adversos e 13,0% (12) aos incidentes do tipo quase-erro indicando falhas na organização dos processos de trabalho (PARANAGUÁ, 2015).

Percebe-se assim, que a APS é um nível de assistência que demanda por pesquisas concernentes à epidemiologia de incidentes e fatores determinantes, estratégias de sensibilização e instrumentos para investigações relacionadas à segurança do paciente. Ampliar estudos nessa área possibilitará melhor concepção sobre a temática de modo a direcionar intervenções direcionadas à melhoria da qualidade nesses espaços de saúde (MESQUITA et al., 2016; MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2014).

Investigar a cultura de segurança do paciente na Estratégia Saúde da Família (ESF) pode proporcionar a descoberta de valores, crenças e atitudes da equipe multidisciplinar, relacionados aos constructos de segurança do paciente (comunicação, aprendizagem organizacional, seguimento da assistência ao paciente, trabalho em equipe, processos de trabalho e padronização, segurança do paciente e qualidade), possibilitando, portanto, a avaliação da qualidade dos serviços direcionados à população, em cada território de saúde (LIMA et al., 2016).

A motivação em realizar este estudo emergiu da atuação como enfermeira da educação permanente, em uma instituição hospitalar que trabalha com os processos direcionados à certificação hospitalar pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), o que possibilitou a imersão em diversas temáticas de gestão da qualidade, dentre elas, a cultura de segurança do paciente, além de proporcionar vivências assistenciais direcionadas à minimização de ocorrências relacionadas à assistência, as quais fizeram surgir o interesse pela pesquisa voltada à segurança do paciente.

Após aproximação com leituras científicas relacionadas à temática em questão e com a identificação da escassez de estudos relacionados ao tema cultura de segurança do paciente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, surgiu a seguinte indagação: **como a equipe de enfermagem e os ACS da ESF percebem a cultura de segurança do paciente?**

1.2 Justificativa

Desenvolver estudos que permitam identificar a cultura de segurança do paciente é o aspecto inicial para o desenvolvimento de ações para o fortalecimento de uma prática assistencial que previna a ocorrência de incidentes, visando à segurança do profissional, do paciente e de seus familiares (SILVA et al., 2016; WEGNER et al., 2016).

Um dos primeiros estudos realizados em uma microrregião de saúde no Estado do Rio de Janeiro que se propôs investigar os incidentes que ocorrem no cuidado na APS brasileira, foram registrados 125 incidentes em 11.233 consultas. Sendo a classificação desses incidentes em relação à gravidade do dano, entre os pacientes que sofreram eventos adversos, (26%) tiveram dano permanente, (21%) apresentaram dano moderado e (15%) sofreram um dano mínimo. Além disso, registrou-se oito óbitos evitáveis, sendo que destes, metade (50%) ocorreu por falha de comunicação na rede de atenção, 25% (2) pela falha na comunicação com paciente, 12,5% (1) pela falha na comunicação interprofissional e 12,5% (1) pela falha no cuidado (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015).

O trabalho interdisciplinar de profissionais da saúde com pensamento reflexivo sobre suas práticas no serviço, aliada a uma gestão sensibilizada com a importância de uma cultura organizacional de segurança do paciente, poderá possibilitar mudanças efetivas na prática laboral, capazes de prevenir danos decorrentes de processos de trabalho em saúde (MARCHON, 2015). Traz-se, com isso, repercussões diretas para o paciente na medida em que possibilita que o mesmo tenha um atendimento assistencial seguro e de qualidade.

Neste sentido, analisar a cultura de segurança do paciente favorecerá aos profissionais de saúde a diagnosticarem pontos de fragilidades relacionados à qualidade da assistência, propiciando aos profissionais melhores condições de trabalho e satisfação pessoal com base nos resultados obtidos, advindos de um cuidado seguro.

Em relação ao aspecto científico, este estudo contribuirá para o incremento da produção científica pertinente à segurança do paciente, haja vista a existência de uma lacuna de publicações que observem os cenários da assistência na rede de atenção à saúde, notadamente, na Estratégia Saúde da Família. Logo, reitere-se o interesse na presente pesquisa, uma vez que esta agregará componentes teóricos de dimensões relacionadas à segurança do paciente nas Unidades da ESF no Município de Manaus.

Destarte, o estudo aproxima a academia das discussões relacionadas às ações voltadas à cultura de segurança do paciente na ESF, favorecendo o pensamento crítico-reflexivo da importância de fortalecer essa temática como eixo transversal do ensino na graduação e pós-graduação.

Por fim, a partir do conhecimento da realidade sobre a cultura de segurança do paciente, a sociedade poderá (1) definir diretrizes que atendam às necessidades locais de melhorias de processos, (2) desenvolver aplicações eficazes para fortalecer atitudes e comportamentos de redução de danos e (3) promover a assistência segura na ESF.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a cultura de segurança do paciente entre enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde da equipe da ESF do Distrito Sanitário de Saúde (DISA) Sul do Município de Manaus.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a situação sociodemográfica dos participantes do estudo.
- Levantar a percepção dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde da ESF sobre a cultura de segurança do paciente e qualidade no cuidado por meio das dimensões propostas no instrumento “*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*” (MOSPSC).
- Verificar se há associação das dimensões da cultura de segurança do paciente com as categorias profissionais de enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde da ESF do Distrito Sanitário de Saúde Sul do Município de Manaus.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que embasa esse estudo explora aspectos relacionados à cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Para tanto, inicialmente, explorou-se o conceito de cultura organizacional e como esta pode influenciar os profissionais no processo de cuidar. Em seguida, definiu-se e contextualizou-se os aspectos históricos, modelo teórico e benefícios advindos da segurança do paciente e de uma cultura voltada à segurança do paciente e profissionais. Prosseguindo, retratou-se a importância do processo de avaliação dos serviços na APS como mediador da qualidade dos serviços e por fim contextualizou-se o cenário da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde.

3.1 Cultura organizacional e profissional na saúde

Dentro da perspectiva contemporânea, o conceito atribuído à cultura, desdobra-se em uma multiplicidade de definições que perpassam diferentes campos da vida cotidiana dos indivíduos, sendo portanto, fruto de uma construção histórica e social de uma rede de representações dos valores, atitudes, conhecimentos, normas e símbolos que retratam uma sociedade (PORTO, 2011; CARVALHO et al., 2013). Percebe-se assim, que aspectos materiais e não materiais que são construídos pelo homem, compõem uma cultura, tais como equipamentos, tecnologias, atitudes, costumes e comportamentos que caracterizam e identificam uma sociedade. Para as ciências sociais o constructo “cultura” possibilita entender como diferentes grupos de pessoas aprendem e reagem frente aos fenômenos sociais, os quais são ao longo do tempo apreendidos e compartilhados (SILVA; TSUKAHARA; NUNES, 2017).

Voltando-se para o contexto dos mercados de trabalho, durante a década de 1980, as organizações se voltaram para intensificar os estudos acerca de sua cultura organizacional (CO) devido às mudanças complexas (busca da competitividade, eficácia e qualidade nos serviços) às quais estavam passando (VERTEL et al., 2013). O entendimento de que é fundamental conhecer a CO de uma instituição para que se desenvolva planos estratégicos, tem contribuído para que esse seja o foco de numerosas investigações (TIMM; RODRIGUES, 2016).

A definição de CO feita por Schein em 1983 é a mais aceita entre os estudos nessa área, sendo compreendida “como um padrão de hipóteses criadas, descobertas e determinadas

pela coletividade de um grupo para elucidar questões de adaptação e integração externa e internas ao grupo” (VERTEL et al., 2013, p. 351 – *tradução livre*). Quando esses padrões de pressupostos são validados pelo grupo, através de sua eficácia, eles são transmitidos aos novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir ao enfrentar determinados problemas (VERTEL et al., 2013).

O conceito de CO é dinâmico, estando em constante transformação, uma vez que está atrelado à significação da cultura. Nesse sentido, o ambiente de trabalho pode ser visto como gerador de cultura, vez que o fazer laboral implica em hábitos, crenças e práticas compartilhadas entre os membros da organização (ROCHA et al., 2016).

Esse entendimento parte da visão antropológica a qual considera que as organizações são culturas e, portanto, tem uma abordagem semiótica, onde a cultura consiste em interpretações individuais e cognições que influenciam diversas dimensões da instituição. Outras abordagens possíveis para a CO partem do enfoque sociológico funcional ao retratar que as organizações têm cultura e que, portanto, surgem do comportamento coletivo (BASTOS, 2001; VEGRO et al., 2016).

Apesar do conceito de CO permitir várias interpelações e definições oriundas da antropologia, sociologia e psicologia, existe convergência em relação à compreensão de que a CO é fundamental para o sucesso das organizações, podendo influenciar desde os padrões de comportamento dos profissionais e gestores, até as formas de organização do processo de trabalho (BARRETO et al., 2013; FERNANDES et al., 2014).

A construção de uma cultura dominante em uma organização é o resultado da integração de microculturas. Vegro et al., (2016) explicam esse conceito quando descrevem que a CO é estabelecida a partir da construção de culturas criadas da interação entre os profissionais das diversas categorias, níveis hierárquicos e departamentos. Nesse contexto, caso constituída como componente das políticas organizacionais, a cultura será ferramenta gerencial para aperfeiçoar os processos de trabalho.

No que se referem às organizações de saúde, há uma interrelação entre a CO e a organização do trabalho em saúde, podendo interferir nas práticas e no modo de entender saúde pelos profissionais. Isso se dá na medida em que os valores construídos por uma organização são norteadores de condutas entre os membros da equipe, podendo portanto, influenciar na qualidade dos cuidados dirigidos aos pacientes (SILVA et al., 2008).

O significado dado ao processo saúde-doença e as escolhas dos profissionais no processo de cuidar ocorrem em macros e microcontextos determinados por dimensões

subjetivas, construídas a partir dos aspectos culturais dos pacientes, profissionais e dos estabelecimentos de saúde (organizações) (AMADIGI et al., 2009; FERNANDES, 2014).

Dessa forma, a temática da cultura no campo profissional, é permeada pelas relações de trabalho e pelo diálogo, sendo entendida como o conjunto de parâmetros de atuação, referenciais teóricos, códigos e regras de relacionamentos adotados por grupos específicos de profissionais, levando em consideração o contexto no qual os profissionais estão inseridos (SILVA et al., 2008).

A cultura organizacional no trabalho em saúde tem passado por transformações apoiadas na articulação de processos e, notadamente, de intervenções voltadas para a compreensão multidimensional do ser humano em suas necessidades biopsicossociais, de maneira que os cuidados exercidos por diferentes profissionais possam ser agregadores de qualidade e segurança ao paciente (ROCHA et al., 2016). Embora já sejam observadas algumas dessas mudanças nos processos de trabalho em saúde, ainda há fatores estruturais e uma cultura organizacional resistente às mudanças, que dificultam a transmutação para uma cultura voltada à qualidade e segurança nos serviços de saúde (REIS et al, 2017).

Ter uma assistência em saúde que agregue qualidade e segurança, implica na reorganização do processo de cuidar que, requer primariamente a existência de uma cultura organizacional em que todos estejam conscientes de suas responsabilidades e das consequências de suas ações frente à segurança do paciente. Priorizando o processo do aprendizado organizacional, a partir da ocorrência de incidentes (BRASIL, 2013; RIBAS, 2010; TIMM; RODRIGUES, 2016).

A enfermagem tem se destacado, dentro desse contexto de mudanças relacionadas a CO direcionada à qualidade dos serviços por meio do exercício do cuidar seguro. Por ser a profissão que intensamente se relaciona com o paciente, tem a possibilidade de uma visão ampliada dos processos na tentativa de garantir a segurança e a qualidade do cuidado que está sob sua responsabilidade sendo, dentro da equipe de saúde, fundamental para a incorporação de práticas seguras, para o gerenciamento dos riscos e de indicadores de qualidade do cuidado oferecido (REIS et al, 2017; SIMAN; BRITO, 2016; OLIVEIRA et al., 2014).

3.2 Segurança do paciente

Os sistemas de cuidados em saúde têm presenciado transformações relacionadas à organização do trabalho, redução da morbimortalidade e incorporações de tecnologias para à prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças (FAROKHZADIAN; NAYERI; BORHANI,

2015). Além disso, esses sistemas vivenciam desafios relacionados à qualidade da assistência que pode ser avaliada pela capacidade que os serviços têm de direcionar ao paciente, cuidados embasados em evidências científicas, de maneira a reduzir a probabilidade de resultados desfavoráveis e aumentar a de resultados favoráveis (FAROKHZADIAN; NAYERI; BORHANI, 2015; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Nas últimas três décadas um despertar para garantir a melhora da qualidade em saúde está conduzindo, em escala global, aos estudos em segurança do paciente, já que há uma forte relação entre qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde, constituindo-se em um grande desafio às organizações de saúde (GOTTEMS et al., 2016; STEVANIN et al., 2015).

Entende-se por segurança do paciente a redução de riscos e danos desnecessários associados à assistência em saúde, de maneira que seja utilizada a excelência nas práticas em saúde para alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente, levando-se em consideração os recursos disponíveis e o contexto no qual a assistência foi realizada (WHO, 2008; TOSOA et al., 2016). Partindo dessa definição, percebe-se que os serviços em saúde não conseguem atingir a inexistência de riscos e danos associados à assistência, isto porque, os riscos são inerentes ao processo de trabalho em saúde, sendo essa percepção associada à busca pela compreensão dos tipos de incidentes, suas causas, consequências e fatores contribuintes, essenciais para a prevenção do erro (REIS et al, 2017; WEGNER et al., 2016).

As consequências dos incidentes em saúde relacionados à segurança do paciente trazem repercussões sociais e econômicas consideráveis pela possibilidade de acarretar em aumento no tempo de tratamento dos pacientes, mortalidade, morbidade e nos custos assistenciais (REIS et al, 2017; GOTTEMS et al., 2016).

Reconhecendo a abrangência mundial dos problemas que envolvem a segurança do paciente, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na 57ª Assembleia Mundial em Saúde de 2004, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) que passou a denominar-se *Patient Safety Program* (BRASIL, 2013). O propósito desse programa é delimitar áreas de segurança do paciente que sejam prioritárias e de alta relevância ao desenvolvimento de pesquisas. Para tanto, procura unificar os conceitos e definições sobre segurança do paciente e propor medidas que possam ser aplicadas em todos os países, independentemente dos níveis de desenvolvimento, para reduzir e mitigar os incidentes em saúde (BRASIL, 2013; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A OMS estabeleceu a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente com o objetivo de propiciar uma organização e análise sistemática das informações relacionadas à segurança do paciente. Essa classificação é reunida em dez categorias que, dentre elas,

encontram-se as definições de erro, incidente, *near miss* (quase erro), **incidente sem dano** e **incidente com dano** (evento adverso) (ANEXO A), sendo significativas no processo de compreensão e identificação de incidentes (RUNCIMAN et al., 2009).

A partir dessas iniciativas e direcionamentos da OMS, diversos países desenvolveram ações de melhorias da segurança do paciente. Dentre essas ações destaca-se a criação de agências especializadas para estudar e propor intervenções de otimização. A *National Patient Safety*, no Reino Unido e a *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) nos Estados Unidos são exemplos dessas agências (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

No Brasil, a instituição responsável pelas iniciativas das ações de melhorias da segurança do paciente é a ANVISA, cuja finalidade é promover a proteção da saúde da população (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Em 2013, foi instituído, por meio da Portaria Ministerial nº 529 de 01/04/13 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que visa contribuir e apoiar para o desenvolvimento de iniciativas relacionadas à segurança do paciente em todas as esferas de atenção à saúde, organização e gestão de serviços, que resultem em qualificação do cuidado em saúde (BRASIL, 2013).

Constitui-se em uma das estratégias de implementação do PNSP a promoção da cultura de segurança nos serviços de saúde, com ênfase na construção de sistemas seguros por meio do aprendizado organizacional e engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes relacionados à assistência à saúde (BRASIL, 2013; TOSOA et al., 2016).

O PNSP representa um avanço enquanto política pública direcionada aos serviços de saúde, uma vez que se trata de iniciativa, no cenário nacional, que abrange a magnitude dos incidentes relacionados à assistência ao paciente, incentiva o envolvimento de gestores, profissionais e paciente, amplia o conhecimento sobre a temática e define por diretrizes e princípios alinhados com as estratégias mundiais em segurança do paciente. Um exemplo disto, envolve as metas internacionais em segurança do paciente que foram definidas pela OMS e que fazem parte do PNSP (BRASIL, 2013).

Essas metas visam promover melhorias, com base em evidências científicas, em aspectos que são considerados problemáticos na assistência à saúde e que trazem repercussões significativas para a melhoria do cuidado, sendo elas: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e administração dos medicamentos especialmente os de alta-vigilância; assegurar cirurgias em local de intervenção, procedimento e pacientes correto; reduzir o risco de

infecção por meio da higiene correta das mãos; reduzir o risco de quedas e lesão por pressão (REIS et al, 2017).

Na área de segurança do paciente, apesar do progresso experienciado nos últimos quinze anos, essa ainda continua sendo um importante problema de saúde pública, visto que os danos evitáveis continuam ocorrendo em todos os cenários de assistência à saúde. Em pesquisa divulgada recentemente, foi concluído que há mais pacientes que morrem em decorrência de serviços de baixa qualidade do que por falta de acesso aos serviços (KRUK et al, 2018). Alguns dos desafios na área de segurança do paciente tem sido melhorar o processo de avaliação da qualidade dos sistemas de saúde, ampliar as pesquisas em torno da temática, investir na educação e qualificação dos profissionais de saúde e aumentar o uso da tecnologia nos processos administrativos, operacionais e assistenciais (VINCENT; AMALBERTI, 2016).

3.3 Cultura de segurança do paciente

O termo cultura de segurança é originário de experiências positivas da avaliação de processos em áreas, consideradas de alto risco, como a indústria nuclear, aeroespacial e da aviação. Posteriormente, esse conceito foi adaptado para a realidade das organizações de saúde e passou a ser compreendido como um dos valores da cultura organizacional cujo objetivo é favorecer ações coerentes e os comportamentos mais adequados, individuais e grupais, que determinam o compromisso com atitudes e normas fundamentais para um ambiente seguro nos cenários de assistência à saúde (VICENT; AMALBERTI, 2016).

A OMS propõe que algumas características e fatores organizacionais formam uma cultura de volta à segurança do paciente, sendo ela o comportamento individual e compartilhado dos membros da organização, de acordo com o comprometimento e responsabilidade destes com a oferta de serviço qualificado e seguro, independentemente da posição hierárquica; a priorização da segurança acima de metas financeiras e operacionais; a valorização e encorajamento a identificação, notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; desenvolvimento do aprendizado organizacional a partir dos erros e a existência de recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013).

Ante o exposto, percebe-se que a cultura de segurança do paciente propõe que os erros são oportunidades de apreender e melhorar o cuidado em saúde. É romper com o paradigma de que os erros são decorrentes exclusivamente do fator humano, buscando-se a

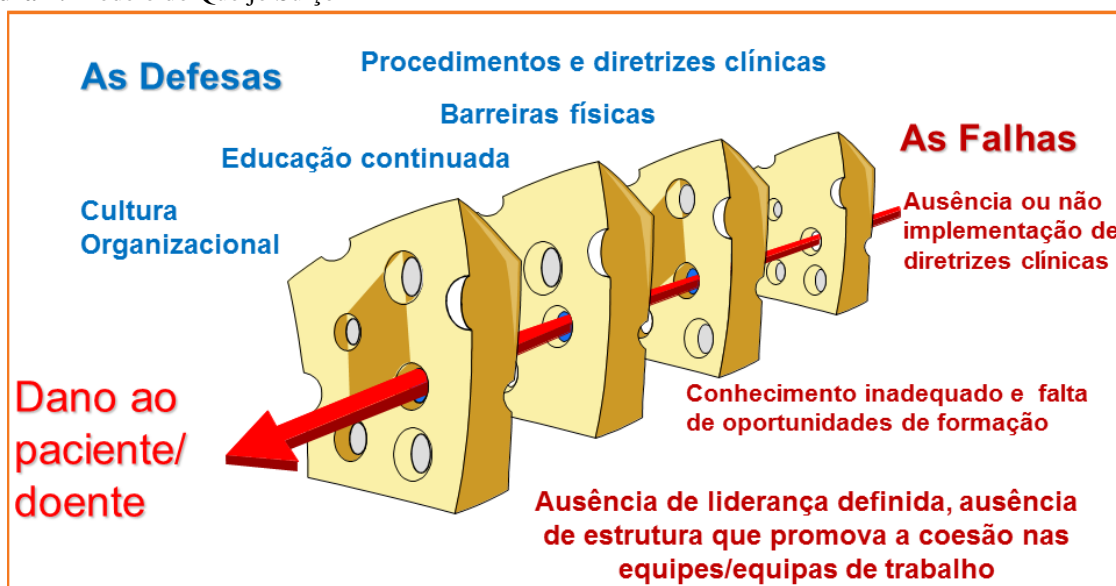
abordagem baseada no encadeamento de fatores sistêmicos que culminam para o erro (TSAO; BROWNE, 2015).

Essa visão, de caráter multifatorial das falhas de segurança aos pacientes, é o modelo de avaliação da cultura de segurança, adaptado para o cenário de saúde e proposto pelo psicólogo britânico James Reason, conhecido como teoria do erro humano ou “Modelo do Queijo Suíço” (MARCHON, 2015; STEIN; HEISS, 2015).

De acordo com essa teoria, os erros podem ser estudados sob dois aspectos: o do indivíduo (falhas ativas) e o da organização (falhas latentes). O primeiro está relacionado aos atos inseguros realizados pelas pessoas que prestam cuidados direto com paciente; podem ser decorrentes de deslize e lapso com base na habilidade, conhecimento e enganos a partir das normas existentes. Já os erros organizacionais, transcorrem de falhas de planejamento, processos, julgamento e resolução de problemas (DUARTE et al., 2015; FERNANDES et al., 2014).

Não se pode alterar a natureza factível ao erro do ser humano, mas, há como mudar as condições, processos e criar barreiras para mitigar e existência das falhas (FERNANDES et al., 2014). Na abordagem do “Modelo do Queijo Suíço” (Figura 1), Reason descreve quatro “fatias desse queijo”, barreiras que são usadas para aumentar a segurança do paciente, a saber: (1) a aprendizagem contínua e treinamento permanente da equipe; (2) cultura organizacional; (3) barreiras físicas, tais como criação de listas de verificação - *Checklists*; (4) adoção de políticas institucionais voltadas à padronização de rotinas e processos consistentes para evitar variações indesejadas nas ações direcionadas ao paciente (STEIN; HEISS, 2015).

Figura 1: Modelo do Queijo Suíço



Fonte: Travassos (2012).

Na situação ideal, cada camada defensiva deveria estar intacta, porém, na realidade, eles são mais parecidos com fatias de queijo suíço, possuindo muitos furos. A existência de furos em qualquer fatia normalmente não causa um desfecho indesejado, ou seja, um único erro ativo, raramente é a única causa de dano devastador. Isso só acontece quando vários furos (erros latentes) nas várias camadas de proteção ficam momentaneamente alinhadas, dando uma oportunidade de trajetória ao incidente (FERNANDES et al., 2014; TSAO; BROWNE, 2015).

A concepção principal da teoria dos sistemas de defesa, proposta por Reason, envolve aspectos culturais relacionados à segurança uma vez que o sucesso de qualquer sistema de comunicação e segurança, baseia-se na crença entre os profissionais de que, quando um incidente acontece, o importante não é identificar quem cometeu o erro e sim, procurar compreender como e porque as defesas falharam (TSAO; BROWNE, 2015). É substituir a prática da culpabilidade individual por fazer as correções necessárias nos processos da assistência para que se crie mecanismos que minimizem a probabilidade do erro e a interceptação destes quando eles ocorrerem (ALVES et al, 2015).

Isto representa portanto, que a cultura de segurança é uma estrutura multifatorial que pode ser compreendida como valores, crenças, atitudes e competências que são compartilhadas pelos gestores das organizações, profissionais e pacientes, na qual todos estão conscientes de seu papel, contribuição e consequências para melhoria da qualidade e aumento da segurança do paciente (WEGNER et al., 2016; SILVA et al., 2016).

Organizações com cultura de segurança positiva promovem a confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e da eficácia das medidas preventivas; adotam estratégias que englobam a responsabilização por uma assistência segura para pacientes e equipe entre todos os membros de uma organização, independentemente de seu nível hierárquico; dispõem de estrutura física e recursos financeiros para tais fins e capacitam os profissionais a reportar riscos e erros, agindo de forma proativa, buscando redesenhar os processos para evitar novos incidentes e reconhecendo que, os erros são oportunidades de aprendizagem e melhoria dos processos (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; TSAO; BROWNE, 2015). Essa cultura, deve ser incorporada nas organizações de saúde, entendendo-se como essencial para o desenvolvimento de melhores práticas na atenção à saúde (WEGNER et al., 2016).

Estratégias têm sido desenvolvidas para se determinar o nível de cultura de segurança do paciente existente nas organizações, sendo uma delas a mensuração do clima de

segurança, que se constitui na avaliação temporal, das percepções dos profissionais (TOSOA et al., 2016). Essa avaliação é vista como ponto de partida para compreender o cenário atual da segurança do paciente nas instituições de saúde, uma vez que permite gerir questões de segurança nas rotinas e condições de trabalho, identificar comportamento de profissionais propensos a falhas ativas e perceber áreas frágeis como as quebras de barreiras de segurança. Isso, posteriormente, propicia o desenvolvimento de planejamento de medidas e ações que busquem a redução de incidentes em saúde e diminuam as falhas existentes nos processos de trabalho (BORBA; SEVERINO, 2016; TOSOA et al., 2016).

3.4 Avaliação dos serviços de saúde na atenção primária à saúde

As avaliações dos serviços de saúde e seu impacto na saúde da população vêm ocupando, entre as ações de planejamento e gestão, centralidade nas agendas internacionais de discussões e pesquisas, uma vez que é parte fundamental para nortear parâmetros de qualidade, na medida em que oferece aos gestores subsídios para a implementação, consolidação e reformulação das práticas (CUBAS et al, 2017; PORTELA, 2000).

O conceito de avaliação em saúde pode ser definido como a seleção de critérios para interpretar e julgar atividades ou serviços, buscando comparar adequação, benefícios, efeitos adversos e custos de tecnologias da situação atual com um determinado padrão de referência, com o intuito de auxiliar na tomada de decisões (FRACOLLI et al., 2015). Sendo assim, as práticas de saúde podem se constituir em objeto de avaliação, tanto no nível de cuidado individual, como nos aspectos de políticas, de programas ou sistemas de saúde (ARAÚJO et al., 2017).

A avaliação em serviços de saúde na APS, tem em Avedis Donabedian (1980) a construção do marco conceitual em relação à classificação das abordagens possíveis para a saúde (TANAKA, 2011). Este autor, absorveu da teoria de sistemas, na década de 1960, a noção de indicadores de *estrutura*, *processo* e *resultados*. Sua abordagem sistêmica, conhecida como a tríade “estrutura-processo-resultados” tornou-se referencial teórico nos estudos de qualidade em saúde (AGUIAR; MARTINS, 2012; TANAKA, 2011).

O primeiro eixo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian, denominado de *estrutura*, refere-se a todos os parâmetros físicos, de habilitação de pessoal, os aspectos de recursos materiais, financeiros e administrativos que proporciona a adequada utilização nos processos assistenciais. A segunda base na etapa de avaliação, indicadores do *processo*, consiste na utilização dos recursos na assistência, embasados em

conhecimento científico e relacionamento interpessoal entre profissionais de saúde e pacientes na construção dos cuidados prestados. O último eixo de avaliação corresponde às respostas observadas no paciente/comunidade e profissionais, ou seja, relaciona-se com os *resultados* das ações propostas de intervenções em saúde (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; SILVA; FORMIGLI, 1994).

Outro marco conceitual utilizado nas abordagens e indicadores para avaliar e caracterizar a APS foi proposto por Starfield, em 1998, que na literatura internacional recebe o nome de atributos essenciais e derivados da APS. Os atributos essenciais (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) são reconhecidos como eixos estruturantes do processo de atenção à saúde e estão associados diretamente à qualidade das intervenções em saúde e dos serviços. Por sua vez, os atributos derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural) qualificam a APS (BARA et al., 2015; SOUZA; SILVA; XAVIER, 2017).

O desenvolvimento dos atributos essenciais e primários na prática da Atenção Básica oportuniza a integração com os demais níveis do sistema, favorecendo com que se destine cuidados e intervenções de saúde de alta resolutividade e qualidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). No apêndice B segue descrita a definição correspondente a cada um dos atributos.

O Ministério da Saúde (MS), reconhecendo o valor das informações que podem ser geradas do processo de avaliação do sistema de saúde brasileiro, tem instituído a avaliação nos diversos cenários de atenção à saúde como eixo norteador para elaboração de políticas e programas setoriais que busquem a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (ARAÚJO et al., 2017).

Todavia, a avaliação dos cuidados de saúde na atenção primária não é uma atividade simples, porém, necessária. Deve ser direcionada não apenas à eficácia das intervenções em saúde e sim, que se propõe a considerar os valores culturais do paciente, família e coletividade, levando em consideração os recursos físicos existentes, o processo de utilização desses recursos e as respostas observadas nos indivíduos as intervenções de saúde, permitindo, portanto, acompanhamento sistemático da atenção realizada na APS de maneira que seja identificadas suas potencialidades e fragilidades que podem servir como subsídio à gestão em saúde (FRACOLLI et al., 2015; TANAKA, 2011; SILVA; CALDEIRA, 2011; CASTANHEIRA et al., 2009).

Nesse intento, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB que estabelece indicadores que estão relacionados aos grupos prioritários de ações em saúde, tais como: gestantes, diabéticos e

hipertensos e determina padrões de qualidade relacionados com infraestrutura, organização do trabalho, capacidade para atendimento de casos agudos, satisfação dos usuários, entre outros. O que permite, estabelecer comparações equitativas do cenário nacional, regional e localmente em relação aos padrões de qualidade (melhoria das condições de trabalho, qualidade da atenção e ampliação de acesso) na atenção básica (FEITOSA et al., 2016; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Uma das diretrizes do PMAQ-AB, que consta na Portaria nº 1.654, publicada no Diário Oficial da União em 19 de julho de 2011 é: estimular processos contínuos e progressivos de avaliação dos serviços de saúde por meio de melhoria de padrões e indicadores de acesso e qualidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Esses processos de avaliações devem ser realizados de maneira interdisciplinar com potencial de reconstruir saberes e práticas, capazes de assegurar uma linha de cuidado aos usuários com intervenções em saúde eficazes (PORTELA, 2000; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Porém, é válido destacar que o processo de avaliação só repercute em tomada de decisão em saúde que agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional, bem como quando os resultados são compartilhados com a população e esta participa do processo de tomada de decisão (FELISBERTO, 2006; LIMA; SILVA, 2011; STEIN, 2013).

Por fim, a avaliação das intervenções relacionadas à segurança do paciente a partir da perspectiva da cultura de segurança, permite à equipe de saúde a identificação da natureza dos problemas; a comunicação baseada na confiança mútua entre profissionais e usuários; o engajamento de profissionais e pacientes na definição de prioridades e continuidade dos cuidados de saúde e; uma gestão capaz de coordenar os processos administrativos necessários para uma qualidade dos serviços de saúde destinados à população (SOUZA; SILVA; XAVIER, 2017; RAMOS; COCA; ALBEDAÑO, 2017).

3.5 Atenção Primária à saúde e à segurança do paciente

As ações desenvolvidas na APS são o cerne dos cuidados de saúde integrados centrados na pessoa, família e coletividade na maioria dos países. São a porta de entrada para os usuários no sistema de saúde (WHO, 2016). A realidade do Brasil não é diferente da descrita, uma vez que a APS, em seu processo de remodelamento, tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) a priorização por ações de cuidado contínuo e integral aos indivíduos e família.

Além disso, com a ESF, ampliou-se o acesso aos serviços, aumentando o número de pacientes atendidos na APS (LIMA et al, 2016; MARCHON; MENDES JÚNIOR; PAVÃO, 2015).

Diariamente, milhões de pessoas ao redor do mundo usam os serviços de cuidados primários, o que torna evidente a necessidade de se reduzir danos ao paciente e buscar a provisão de cuidados seguros nesse nível de atenção à saúde, porém a APS não costuma ser considerada como uma fonte importante de eventos adversos específicos (WHO, 2016; VICENT; AMALBERTI, 2016).

Ainda se carece do desenvolvimento de sistemas de indicadores de monitoramento, do estabelecimento de métodos de investigação para se descrever a epidemiologia dos erros evitáveis que acontecem no contexto da APS, bem como da investigação de quais os ônus sociais e econômicos gerados desses incidentes e de quais intervenções são apropriadas para esse contexto. Como consequência pouco se sabe sobre onde e como efetivamente intervir para melhorar a segurança da prestação de cuidados primários (WHO, 2016).

Alguns dos fatores que dificultam investigações voltadas à epidemiologia dos erros na APS e suas repercussões, são inerentes a características próprias do modelo da APS, afinal, requer cuidado global de todos os grupos etários da população, envolve o gerenciamento de pacientes com uma ampla variedade de queixas indiferenciadas, é desenvolvido em espaços extramuros das unidades de saúde e sofre forte influência das circunstâncias econômicas em que a população se encontra inserida, além do paciente ter uma autonomia em relação ao seu cuidado da saúde bem maior quando comparado com a atenção hospitalar (CRESSWELL et al, 2013).

Há um esforço internacional para que sejam realizadas mais pesquisas sobre a segurança do paciente na atenção primária à saúde, um exemplo disso foi a criação do *Safer Primary Care Expert Working Group* em que, especialistas deste grupo, publicaram artigo que indicam alguns dos fatores mais relevantes de incidentes da APS. Sendo estes decorrentes de falhas na comunicação interprofissional, com o paciente e entre serviços de saúde; no trabalho em equipe; no gerenciamento de dados; na evidência de continuidade do cuidado nos prontuários dos pacientes, na área de medicamentos e no diagnóstico dos casos clínicos dos pacientes e seus fatores contribuintes. Exigindo que estudos adicionais sejam desenvolvidos em cada uma dessas áreas (CRESSWELL et al, 2013).

Diante desse cenário, as estratégias gerais para aumentar a segurança na atenção primária devem perpassar pelo envolvimento do paciente em sua segurança e empoderamento para o cuidado; a coordenação e a cooperação (tanto dentro de uma equipe como entre diferentes equipes); a transformação de mentalidade dos profissionais para prever, identificar

e monitorar os riscos ao paciente para além da consulta na atenção primária e a criação de sistemas de notificação de incidentes para reunir dados que contribuam para a melhoria significativa na segurança e na qualidade do cuidado (VICENT; AMALBERTI, 2016; MARCHON; MENDES JÚNIOR; PAVÃO, 2015).

Direcionando algumas estratégias específicas para melhoria da segurança do paciente nas áreas de medicamento e erros de diagnóstico na APS, é apontada a necessidade da inserção de um farmacêutico clínico, a capacitação dos técnicos para dispensação de medicamentos, o uso da tecnologia da informação nos processos de prescrição medicamentosa e a realização da conciliação medicamentosa. Já a implementação de protocolos clínicos, a existência de insumos e equipamentos suficientes, a garantia da integralidade do cuidado e o uso de sistemas de informação para apoiar as decisões clínicas, são estratégias de segurança direcionadas ao diagnóstico dos pacientes (MARCHON, 2015).

Na APS, a implantação de uma cultura voltada à segurança do paciente entre gestores, profissionais da saúde e usuários, está emergindo como uma dimensão essencial de ordenação e reorganização do processo de trabalho, sendo a base fundamental para o desdobramento de intervenções direcionadas à melhoria da qualidade, a partir da integração dos atributos (acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade e articulação entre os diversos serviços e ações de saúde) essenciais para a coadunação com o modelo de saúde integral preconizado pela APS.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho de estudo

O percurso metodológico utilizado corresponde a uma pesquisa quantitativa do tipo descritiva, transversal, com abordagem avaliativa (GIL,2002; RICHARDSON, 2015). Realizada entre os profissionais da ESF no Distrito de Saúde Sul do Município de Manaus- Amazonas.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde do Distrito de Saúde (DISA) Sul, do Município de Manaus, capital do Estado do Amazonas.

Manaus possui uma população estimada em 2.094.391 habitantes, sendo a cidade mais populosa do estado do Amazonas. Em relação à rede de serviços de saúde, é referência para todo o estado e conta com 500 estabelecimentos de saúde distribuídos entre os três níveis de assistência à saúde (alta, média e baixa complexidade) (IBGE, 2010).

Os serviços de saúde da atenção básica que dispõem de equipes da Estratégia Saúde da Família são de responsabilidade da Prefeitura de Manaus, estando implantadas no município desde 1999, apesar de ainda perdurar no município um paralelismo de modelos da tradicional atenção básica para a ESF (MENDES, 2015).

A partir de 2005, foi priorizada a implantação dos Distritos de Saúde (DISA), na cidade de Manaus consistindo em áreas instituídas, considerando-se as especificidades do contexto social e da população inserida em cada espaço geográfico, a fim de direcionar as ações e serviços em saúde, conforme princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (DUARTE et al, 2015).

Na cidade de Manaus os Distritos de Saúde são divididos em Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural e contam com 206 equipes da ESF, com cobertura de 39,32% da população manauara. A população urbana de Manaus se distribui quase que equitativamente entre os quatro distritos de saúde Norte, Sul, Leste e Oeste, porém há desproporcionalidade na distribuição populacional entre as áreas urbana e rural do município de Manaus (SEMSA, 2016).

Uma população de aproximadamente 483.156 habitantes, compõem o DISA Sul, distribuídos nos bairros de Adrianópolis, Aleixo, Betânia, Cachoeirinha, Centro, Colônia

Oliveira Machado, Chapada, Crespo, Distrito Industrial, Educandos, Flores, Japiim, Morro da Liberdade, Nossa Senhora Aparecida, Nossa Senhora das Graças, Parque 10 de Novembro, Petrópolis, Praça 14 de Janeiro, Presidente Vargas, Raiz, Santa Luzia, São Francisco, São Geraldo, São Lázaro e Vila Buriti. Estes bairros são caracterizados como os mais antigos da cidade, com uma infraestrutura urbana bem desenvolvida.

O DISA Sul possui 46 UBS-F composta por 49 equipes da ESF com a melhor cobertura da ESF entre as DISAS (46%) (LUNA; OLIVEIRA, 2010; SEMSA, 2013). Este foi um dos aspectos considerados ao ser selecionado o DISA Sul em detrimento aos demais para o desenvolvimento da pesquisa uma vez que, o critério de abrangência é aspecto significativo para avaliação da qualidade dos serviços de saúde e, por conseguinte, a análise da cultura de segurança do paciente poderá ser melhor representada em um cenário de maior abrangência das ações da ESF. Além disso, o DISA Sul também apresenta os melhores indicadores de infraestrutura urbana, segurança pública e acessibilidade às unidades de saúde quando comparado com os outros DISAS sendo, portanto, aspectos que também foram considerados ao se priorizar pela realização da pesquisa no DISA Sul.

4.3 População do estudo

A população deste estudo está constituída com 403 (quatrocentos e três) profissionais da ESF que atuam nas UBS do DISA Sul do município de Manaus. Sendo composta por 41 (quarenta e um) enfermeiros, 80 (oitenta) técnicos de enfermagem e 282 (duzentos e oitenta e dois) agentes comunitários de saúde. Essas categorias profissionais foram priorizadas por serem aquelas que fazem parte da equipe de enfermagem ou estão sob a supervisão do enfermeiro. Englobam a equipe preconizada pelo Ministério da Saúde para a ESF e apresentam condições de identificar aspectos da segurança do paciente aos diferentes momentos do processo de trabalho na ESF. A categoria profissional dos médicos embora faça parte da equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde para ESF, não participaram do estudo devido a logística de acesso aos profissionais e por alegarem falta de tempo.

Critérios de inclusão

Foram incluídos neste estudo os profissionais da ESF (enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que estão lotados no DISA Sul no período da coleta de dados, que possuíam vínculo empregatício com a SEMSA e desenvolvem suas

atividades a mais de 06 (seis) meses nas unidades pesquisadas, além de trabalharem pelo menos, 20h semanais.

Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo aqueles profissionais que estiveram ausentes da instituição durante o período de coleta dos dados em decorrência de férias, licenças ou que relataram indisponibilidade de tempo para participar da pesquisa durante seu horário de trabalho por estarem com a carga horária de trabalho totalmente preenchida, mesmo sendo oferecido a opção de agendamento de dia e horário.

4.4 Amostra da população do estudo

A amostra da população da pesquisa foi composta por profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que fazem parte da ESF no DISA Sul, no período da coleta de dados.

Inicialmente, foi determinada amostra representativa da população de estudo para cada categoria profissional do DISA-Sul. Levando-se em consideração uma população de 403 (quatrocentos e três) profissionais (41 enfermeiros, 80 técnicos de enfermagem e 282 agentes comunitários de saúde). Esse tamanho da amostra foi dividido, proporcionalmente, para cada equipe da ESF (49 equipes do DISA SUL). Para tanto, utilizou-se da técnica de amostragem estratificada, com margem de 95% de confiança e 5% de erro amostral, como representado a seguir:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

Onde:

n = Tamanho da amostra

Z = Distribuição normal padrão → 1,96 (95%)

p = Estimador de proporção na população com o atributo a ser observado
→ 0,5

q = Estimador de proporção na população sem o atributo a ser observado → 0,5

N = Tamanho da população

d = Erro amostral → 0,05 (50%)

Assim, o cálculo do tamanho da amostra descrita pela fórmula, garante que a amostra resultante, a partir da aplicação desse cálculo, é representativa do total do universo da população de estudo (403 profissionais), sugerindo, portanto, um valor mínimo da amostra do estudo, podendo ser acrescentado 10% do valor da amostra a fim de garantir as eventuais perdas e desistências da pesquisa.

O cálculo da amostra significativa por categoria profissional foi embasado em relatório fornecido pelo Departamento da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde e pelo Departamento de Recursos Humanos do DISA-Sul. O valor amostral proposto inicialmente para o estudo correspondeu a um total de 283 (duzentos e oitenta e três) participantes distribuídos entre 29 (vinte e nove) enfermeiros, 56 (cinquenta e seis) técnicos de enfermagem e 198 (cento e noventa e oito) ACS.

4.5 Instrumento de pesquisa

Para a coleta de dados foi utilizado o instrumento intitulado “*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*” (MOSPSC), que consiste em um formulário desenvolvido em 2008 nos Estados Unidos da América pela “*Agency for Health Care Research and Quality*” (AHRQ) que está disponível, sem ônus, em endereço eletrônico da própria AHRQ. O instrumento é dirigido especificamente à atenção primária à saúde, com a proposta de avaliar a cultura de segurança do paciente em um ambiente de trabalho em equipe, no qual coexistam pelo menos três grupos de profissionais distintos. Este foi um dos critérios para a utilização do MOSPSC no presente estudo. Além disso, o MOSPSC em sua versão original já passou por adaptação transcultural e validação para outros idiomas, a saber: o espanhol, árabe e português, o que poderá favorecer a comparação de resultados com realidades diferentes desta pesquisa no Amazonas.

No Brasil, sua tradução, adaptação cultural e validação foi realizada por Timm (2015) que intitulou o instrumento de “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária” e conservou as 12 (doze) dimensões dos constructos de segurança do paciente do instrumento original (MOSPSC), sendo 06 delas específicas da realidade da APS.

As dimensões relacionadas à segurança do paciente são: **1)** comunicação aberta; **2)** comunicação sobre o erro; **3)** troca de informações com outros setores; **4)** processo de trabalho e padronização; **5)** aprendizagem organizacional; **6)** percepção geral da segurança do paciente e qualidade; **7)** apoio dos gestores na segurança do paciente; **8)** seguimento da assistência ao paciente; **9)** questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade; **10)** treinamento da

equipe; **11**) trabalho em equipe; **12**) pressão no trabalho e ritmo. Além disso, contém ainda uma seção referente à avaliação global da qualidade do cuidado em relação às áreas como: centralidade do cuidado, efetividade, pontualidade, eficiência e imparcialidade e uma última seção (H) com variáveis relacionadas à caracterização sociodemográfica ligadas ao trabalho (ANEXO B).

Para o desenvolvimento do presente estudo foi utilizado o MOSPSC em sua versão brasileira, tendo sido adicionado apenas na seção H perguntas que envolveram aspectos sociodemográficos dos participantes do estudo, tais como: sexo, idade, estado civil, grau de formação e tempo de formação.

O referido instrumento se apresenta em formato de escala do tipo *Likert*, com seis possibilidades de resposta. Na seção A as respostas são agrupadas em:

- (1) diariamente,
- (2) pelo menos uma vez por semana,
- (3) pelo menos uma vez ao mês,
- (4) várias vezes nos últimos 12 meses,
- (5) uma ou duas vezes nos últimos 12 meses,
- (6) não aconteceu nos últimos 12 meses e
- (9) não se aplica ou não sei.

Na seção B as opções de respostas permanecem agrupadas por frequência, porém com as seguintes opções de respostas:

- (1) problemas diariamente,
- (2) problemas pelo menos uma vez na semana,
- (3) problemas pelo menos uma vez ao mês,
- (4) vários problemas nos últimos 12 meses,
- (5) um ou dois problemas nos últimos 12 meses,
- (6) nenhum problema nos últimos 12 meses e,
- (9) não se aplica ou não sei.

Nas seções C, E e F as respostas são agrupadas em:

- (1) discordo totalmente,
- (2) discordo,
- (3) não concordo nem discordo,
- (4) concordo,
- (5) concordo totalmente,
- (9) não se aplica ou não sei.

Na seção D a escala de *Likert* foi construída com as possibilidades de resposta:

- (1) nunca,
- (2) raramente,
- (3) às vezes,
- (4) quase sempre,
- (5) sempre e
- (9) não se aplica ou não sei.

Por fim, o instrumento possui duas questões de avaliação geral em relação à segurança do paciente (seção G) é permitido ao respondente as seguintes opções:

- (1) ruim,
- (2) razoável,
- (3) bom,
- (4) muito bom e
- (5) excelente (ANEXO B).

4.6 Coleta de dados

Alguns passos precederam o início da coleta de dados, a saber: o recebimento da carta de anuência concedida pela SEMSA, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e a autorização dos autores responsáveis pela tradução, adaptação e validação de conteúdo do instrumento “*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*” (MOSPSC) para o Brasil (APÊNDICE C).

A coleta dos dados foi realizada, no período de novembro de 2017 a maio de 2018, tendo sido desenvolvida pela própria autora e por dois colaboradores da sua equipe de pesquisa que incluiu estudantes do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Amazonas que não possuíam vínculo trabalhista com a unidade estudada. Foi dado prioridade pela coleta de dados no período vespertino por ser o turno de trabalho com menos fluxo de paciente nas unidades de saúde e por ser o horário, geralmente destinado à reunião das equipes. No entanto, em alguns dias foi também realizada a coleta no período matutino, desde que solicitado pelos próprios profissionais das unidades de saúde.

Com a equipe de colaboradores da pesquisa, inicialmente foi desenvolvida capacitação de 1 (uma) hora com o propósito de apresentar os objetivos da pesquisa, conceituar o objeto de pesquisa, procedimento de abordagem aos participantes, familiarização

com o instrumento de pesquisa, esclarecimentos e padronização da coleta de dados. A primeira coleta de dados realizada pelos colaboradores da pesquisa e foi desenvolvida sob a supervisão direta da pesquisadora, a fim de proporcionar ajustes relacionados à aplicação do instrumento e padronização da coleta.

Solicitou-se à SEMSA lista atualizada de todos os profissionais ativos da ESF, com suas respectivas lotações no período da coleta de dados. Essas informações serviram de base para que fosse realizada a técnica aleatória simples, por meio do sorteio dos profissionais de saúde, para participar da pesquisa, que atenderam aos critérios de inclusão do estudo. O número de profissionais sorteados correspondeu ao determinado no tamanho da amostragem estratificada (categoria profissional e unidade de saúde), de maneira que foram representativos do tamanho da população do estudo.

A primeira etapa para iniciar a coleta de dados nas unidades de saúde foi a apresentação da carta de anuência cedida pela SEMSA e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), informando os objetivos do estudo, benefícios e malefícios para cada profissional participante da pesquisa e diretores de UBS, quando as unidades possuíam direção local (APÊNDICE D). Os profissionais foram abordados em seu ambiente de trabalho no momento em que tinham disponibilidade para participar do estudo e solicitado a leitura e assinatura do TCLE em duas vias, ficando uma de posse do pesquisador e outra do participante.

Em seguida, foram dadas orientações quanto ao preenchimento do instrumento e prazos para entrega. Nesse momento, o participante foi deixado a sós para que a presença do pesquisador ou de qualquer outra pessoa da equipe não intervisse nas respostas. Os instrumentos foram respondidos no próprio local de trabalho dos profissionais, em salas de consultórios que não estavam sendo utilizadas, nas recepções quando não havia pacientes, ou, em espaços anexo às unidades onde eram realizadas as reuniões das equipes. O tempo médio para o preenchimento do questionário pelo participante foi de 20 minutos. Porém, em algumas situações foi necessário que o pesquisador realizasse a leitura de cada item do instrumento; mesmo nessas situações foi garantida a resposta individualizada de cada participante.

Nas situações em que os profissionais não se encontravam nas unidades de saúde em virtude de visitas domiciliares, treinamentos ou questões pessoais, fez-se um agendamento de outro dia e horário para a coleta de dados conforme adequação às rotinas e fluxos das unidades. Mesmo assim, ocorreram situações em que os profissionais não foram encontrados nas unidades em duas visitas consecutivas, em dias e horários diferentes; nesses casos, adotou-se a inclusão de outro participante, desde que da mesma categoria profissional.

Quadro 1: Identificação dos questionários em relação à categoria profissional.

CATEGORIA PROFISSIONAL	IDENTIFICAÇÃO DA CATEGORIA PROFISSIONAL	IDENTIFICAÇÃO FINAL DOS QUESTIONÁRIOS
Enfermeiro	E	E1
Técnicos/ Aux. de Enfermagem	T	T1
Agente Comunitário de Saúde	A	A1

Fonte: Própria autora.

Esses códigos foram utilizados na aplicação da coleta de dados e na inserção das informações no banco de dados, garantindo o anonimato e sigilo dos profissionais e das unidades de saúde pesquisadas.

A pesquisa não incluiu os questionários que tiveram a mesma resposta em todos os itens, uma vez que há uma tendência para indicar falta de atenção nas informações dos enunciados das questões. Além disso, aqueles questionários com mais de 50% (cinquenta por cento) das respostas não assinaladas, também foram descartados da pesquisa. Para o caso de questões em branco, estas foram computadas na alternativa “**não se aplica ou não sei**” desde que não excedesse um total maior de 50% (cinquenta por cento) das respostas. Nas questões referentes à caracterização sociodemográfica ligadas ao trabalho, as questões deixadas em branco permaneceram sem resposta para a análise posterior dos dados.

Além disso, visando estimar a confiabilidade do instrumento aplicado na pesquisa e do banco de dados foi aplicado o *Alfa de Cronbach*, ao instrumento como um todo, e descrito sua distribuição em cada uma das dimensões do *MOSPSC*.

4.7 Análise e interpretação dos dados

Os dados gerados a partir da aplicação do instrumento da versão brasileira do *MOSPSC* estão apresentados por meio de estatística descritiva, em formato de gráficos e tabelas, onde foram calculadas as frequências absolutas simples e relativas para os dados categóricos. No cruzamento das variáveis ainda foi aplicado o teste do qui-quadrado, possibilitando medir o grau de discrepância entre um conjunto de frequências observadas e o conjunto de frequências esperadas. Para os dados quantitativos quando aceita a hipótese de normalidade dos dados por meio do teste de *Shapiro-Wilk*, foi calculado a média e desvio-padrão. Já na comparação das médias, foi aplicado o teste da Análise de Variância (ANOVA) e no gráfico apresentando, além das médias foi obtido os respectivos Intervalos de Confiança ao nível de 95% - IC95% (VIEIRA, 2004).

As informações e dados obtidos da pesquisa, foram digitados por pares, em banco de dados construído no *software* SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*, versão 21.0 para *Windows*, possibilitando dupla checagem e validação dos dados. Após inserção de todas as informações, foi realizada nova análise para verificar se havia divergência de dados e correções necessárias. Somente após essa etapa, foram iniciados os processos de interpretação dos dados, aplicando-se nível de significância 5% (cinco por cento) para os testes estatísticos.

Para a interpretação dos resultados foram cumpridas as recomendações da AHRQ, a qual tem por base o uso de percentagens de respostas positivas para classificação das dimensões, sendo o score final de cada dimensão obtido por meio da média do percentual de respostas positivas. A classificação das dimensões teve como cálculo uma média percentual igual ou superior a 75% (setenta e cinco por cento) como ponto forte em relação à cultura de segurança do paciente e média percentual de resposta positiva igual ou inferior a 50% (cinquenta por cento) como área de melhoria à cultura de segurança do paciente (AHRQ, 2015). Dessa forma, foi calculado o percentual de respostas positivas para cada um dos itens das doze dimensões em segurança do paciente, bem como o percentual global em cada dimensão.

Para o cálculo desse percentual utilizou-se a seguinte fórmula: % de respostas positivas da dimensão X = $(A/B) \times 100$. Por legenda tem-se: A = número de respostas positivas aos itens da dimensão ou à dimensão X; B = número total de respostas válidas aos itens da dimensão X ou à dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes).

Foram consideradas respostas positivas aquelas em que se assinalaram as opções 6 ou 5 (não aconteceu nos últimos 12 meses ou aconteceu uma ou duas vezes nos últimos 12 meses) para as sentenças das dimensões relacionadas à segurança do paciente/qualidade e troca de informações com outros setores. Nas demais dimensões foram consideradas respostas positivas aquelas em que se assinalaram as opções 4 ou 5 (**concordo totalmente ou concordo**) para as sentenças formuladas de forma positiva, ou 1 ou 2 (**discordo totalmente ou discordo**) nas perguntas formuladas negativamente. As sentenças formuladas negativamente foram as do item: C3, C6, C8, C10, C12, C14, D4, D7, D10, E1, E2, E3, E4, F3R, F4R e F6R.

4.8 Aspectos éticos

A presente pesquisa envolveu a participação de seres humanos e dessa forma, foi desenvolvida respeitando o que preconiza a Resolução nº 466, de 12 de dezembro 2012 do

Conselho Nacional de Saúde (CNS), garantindo a execução da pesquisa à luz dos princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (CNS, 2013), sendo, portanto, observadas, em todas as etapas da pesquisa, as questões éticas.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Amazonas sendo aprovado sob o CAAE: 73569017.6.0000.5020 (ANEXO C).

No que diz respeito à instituição vinculada à proposta de pesquisa, foi solicitado da Secretária Municipal de Saúde, via Gerência de Gestão da Educação na Saúde (GESAU), termo de anuência com a finalidade de execução da coleta dos dados.

Após carta de anuência da GESAU, realizou-se visita à sede administrativa do DISA Sul para formalizar junto à Gerência do distrito de saúde a realização da coleta de dados. Nesse momento foi explicado para a direção administrativa os objetivos da pesquisa, período previsto para coleta de dados, instrumento de entrevista utilizado e aspectos operacionais relacionados à realização do estudo.

Para aceitação dos participantes no estudo, os profissionais consentiram sua participação por meio de assinatura do TCLE (APÊNDICE D), sendo construído em linguagem acessível, esclarecendo os objetivos, metodologia e importância do estudo, bem como os direitos dos participantes da pesquisa conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os dados coletados estão sob posse dos pesquisadores e mantidos em sigilo e confidencialidade, arquivados de forma virtual e impressa.

- **Riscos**

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos apresenta riscos. No presente estudo, não foi observado sentimentos de ansiedade, desconforto ou constrangimento, mesmo sendo esta a expectativa. Caso ocorresse algo, estava previsto a pausa imediata da entrevista, encaminhamento para atendimento médico ou de apoio emocional e psicológico, sem ônus para os entrevistados. Visando à prevenção dos riscos decorrentes da pesquisa, a abordagem dos participantes para a coleta de dados, foi realizada em local reservado, aplicou-se o questionário de forma clara e objetiva e ficou garantido que, em hipótese alguma, o nome do participante estaria associado às respostas do questionário.

- **Benefícios**

O estudo possibilitou identificar a presença e extensão da cultura de segurança do paciente, bem como suas fragilidades entre os profissionais da ESF no DISA Sul, possibilitando visão ampliada dos indicadores que envolveram a segurança do paciente. Dessa forma, o estudo propiciou a reflexão sobre ações e diretrizes que atendam às necessidades locais de melhorias de processos para fortalecer atitudes e comportamentos de redução de danos, favorecendo assim, a assistência segura na ESF no DISA Sul do Município de Manaus – AM.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos participantes do estudo

Quanto à caracterização dos participantes do estudo (Tabela 1), a amostra representativa foi composta de 283 (duzentos e oitenta e três) participantes, sendo: 38 (trinta e oito) enfermeiros, 66 (sessenta e seis) técnicos de enfermagem e 179 (cento e setenta e nove) ACS. Ao aplicar os critérios da pesquisa, 04 (quatro) questionários dos ACS foram excluídos (todos por apresentarem mais de cinquenta por cento das respostas não assinaladas). A amostra final de participantes representou 70,22% (n=283) da população-alvo.

Os resultados se referem aos itens respondidos pelos participantes, caracterizados em 87,2% da amostra pelo sexo feminino, que predominou em cada uma das três categorias profissionais analisadas. A idade média variou entre 41,5 e 47,6 anos, com desvio padrão entre 6,0 e 8,7. Quanto ao tempo de atuação profissional como integrante da equipe da ESF, 77,7% estão há mais de 11 anos. Em relação à carga horária semanal de trabalho (83,4%), referiram trabalhar de 32 a 40 horas semanais.

Quanto à formação complementar, 79% dos enfermeiros possuem especialização, 26,1% dos técnicos de enfermagem possuem o ensino superior completo e 10,8% destes, além do ensino superior, também são especialistas. Na categoria profissional de ACS foi observado que 36,3% apresentam cursos de formação em nível médio e 12,9% dispõem de formação com ensino superior completo.

Comparando as características sociodemográficas dos participantes, conforme a Tabela 1 (na página a seguir), constatou-se associação estatisticamente significativa ao nível de 5% entre o sexo e a categoria profissional ($p < 0,001$), onde foi observado que o percentual de profissionais do sexo masculino é maior entre os técnicos de enfermagem (28,8%). Também houve diferença estatística entre o tempo de serviço ($p < 0,001$) e a idade em relação às categorias profissionais, com 92,2% dos ACS com tempo de serviço ≥ 11 anos e a média de idade de $47,6 \pm 7,7$ sendo maior que as outras categorias ($p < 0,001$).

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas, nível de formação, tempo de serviço e horas de trabalho dos profissionais da ESF, DISA-Sul, Manaus, Amazonas, Brasil, 2018.

Variáveis (n = 283)	Categoria profissional						Total	p
	Enfermeiro		Técnico		ACS			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Gênero								<0,001*
Feminino	34	89,5	47	71,2	166	92,7	247	
Masculino	4	10,5	19	28,8	13	7,3	36	
Idade (n = 264)								<0,001*
Média ± Dp	43,3a ± 6,0		41,5a ±		47,6b ± 7,7			
Amplitude	28 - 60		26 - 67		33 - 66			
Estado civil								0,365*
Solteiro	10	27,0	19	29,2	55	31,8	84	
Casado/União estável	17	46,0	40	61,5	91	52,6	148	
Viúvo	3	8,1	1	1,6	8	4,6	12	
Divorciado/Separado	7	18,9	5	7,7	19	11,0	31	
Nível de formação								***
Pós-médio	1	2,6	28	43,1	65	36,3	94	
Superior completo	7	18,4	17	26,1	23	12,9	47	
Especialista	30	79,0	7	10,8	2	1,1	39	
Mestrado	-	-	1	1,5	-	-	1	
Outros	-	-	-	-	9	5,0	9	
Nenhum	-	-	12	18,5	80	44,7	92	
Tempo de serviço								<0,001*
< 3 anos	5	13,1	10	15,1	6	3,3	21	
3 --- 11 anos	15	39,5	19	28,8	8	4,5	42	
≥ 11 anos	18	47,4	37	56,1	164	92,2	220	
Horas de trabalho								0,151*
< 32 por semana	3	7,9	12	18,2	13	7,3	28	
32 --- 40 por semana	32	84,2	50	75,8	154	86,0	236	
≥ 40 por semana	3	7,9	4	6,0	12	6,7	19	

Fonte: A própria autora

f_i = frequência absoluta simples; * Teste do qui-quadrado; ** ANOVA; *** Não é possível aplicar a estatística o qui-quadrado em decorrência das restrições do teste (VIEIRA, 2004). Valor de p em negrito itálico e letras distintas indicam diferença estatística ao nível de 5% de significância.

5.2 Análise descritiva e fatores associados aos escores do Questionário *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*

Os resultados da cultura de segurança do paciente em cada uma das 12 dimensões avaliadas (Tabela 2, na página a seguir) evidencia que duas dimensões foram avaliadas como pontos fortes (≥ 75%), a saber: “Assistência ao paciente” e “Trabalho em equipe”, com

84,5% e 82,9% de positividade, respectivamente. Entre as dimensões avaliadas, aquelas consideradas adequadas (51 a 74%) foram: “**Aprendizagem organizacional**” (66,0%), “**Percepção da segurança do paciente e qualidade**” (63,3%), “**Comunicação sobre o erro**” (68,3%), “**Processo de trabalho e padronização**” (56,6%), “**Relacionada à segurança do paciente e qualidade**” (57,3%) e “**Troca de informação com outros setores**” (66,4%). Por outro lado, quatro dimensões foram identificadas como áreas que apresentam fragilidade ($\leq 50\%$) em relação à segurança do paciente e, portanto, com os menores escores entre os profissionais pesquisados; são elas: “**Treinamento da equipe**” (28,8%), “**Apoio dos gestores na segurança do paciente**” (14,7%), “**Comunicação aberta**” (49,3%) e “**Pressão no trabalho e ritmo**” (13,5%).

Tabela 2. Frequência da positividade das dimensões do instrumento MOSPSC acima de 75% aplicado nos profissionais da ESF, DISA-Sul, Manaus, Amazonas, Brasil, 2018.

Dimensões	Positividade (%)	Classificação
Trabalho em equipe	82,9	Forte
Seguimento da assistência ao paciente	84,5	Forte
Aprendizagem organizacional	66,0	Adequado
Percepção da segurança do paciente e qualidade	63,6	Adequado
Treinamento da equipe	28,8	Frágil
Apoio dos gestores na segurança do paciente	14,7	Frágil
Comunicação sobre o erro	68,3	Adequado
Comunicação aberta	49,3	Frágil
Processo de trabalho e padronização	56,6	Adequado
Relacionada à pressão no trabalho	13,5	Frágil
Relacionada à segurança do paciente e qualidade	57,3	Adequado
Troca de informações com outros setores	66,4	Adequado

Fonte: A própria autora

Em relação às médias percentuais e seus respectivos intervalos de confiança, referente a cada uma das dimensões do instrumento, considerando o agrupamento de informações das três categorias profissionais, verificou-se elevação das médias percentuais para as dimensões: “**Trabalho em equipe**” (84%), “**Seguimento da assistência ao paciente**” (86,6%), “**Aprendizagem organizacional**” (84%) (Conforme ilustrado no Gráfico 1, na página a seguir).

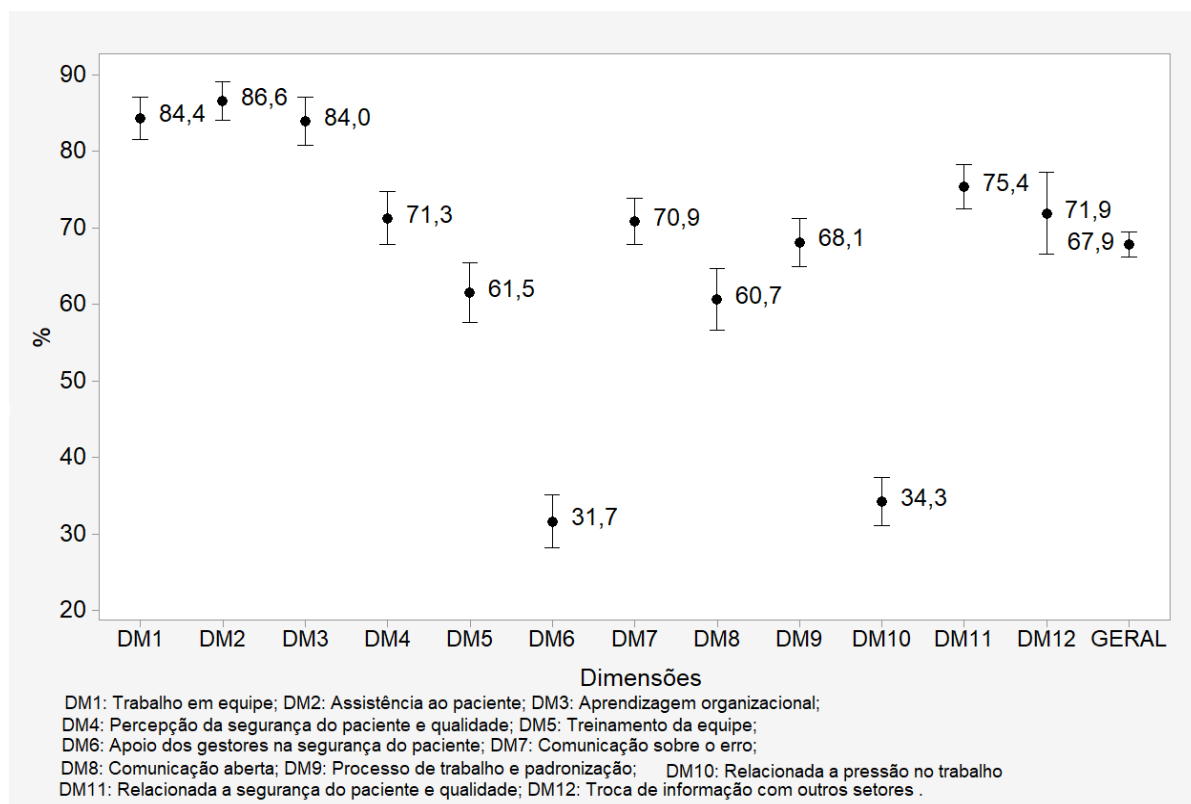


Gráfico 1. Médias e respectivos IC95% das dimensões do instrumento MOSPSC aplicado nos profissionais da ESF, DISA-Sul, Manaus, Amazonas, Brasil, 2018.

Fonte: A própria autora.

Quatro dimensões do instrumento apresentaram áreas com fragilidades, todavia, no geral, os profissionais classificaram os serviços de saúde em relação a sua capacidade de prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham o potencial de afetar pacientes como: **bom** (50%), **muito bom** (28,9%), **razoável** (14,3%), **excelente** (5,4%) e **ruim** (1,4%), (Tabela 3). Ressalta-se que o instrumento permitiu a realização de uma avaliação global da qualidade de cuidados de saúde a partir de cinco áreas, tendo sido identificado que, a imparcialidade no cuidado foi a área com melhor avaliação (**31,4% avaliaram como bom, 31,1% muito bom e 29,7% excelente**), seguida das áreas relacionadas ao cuidado efetivo, centrado no paciente, eficiente e pontual (minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais) (Tabela 3, na página a seguir).

Tabela 3. Distribuição da classificação dada pelos profissionais em relação a frequência da avaliação global e geral das UBS -F, Disa -Sul, Manaus, Amazonas, Brasil, 2018.

Variáveis (n = 283)	Respostas (%)									
	Ruim		Razoável		Bom		Muito bom		Excelente	
	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%
Avaliação global										
Centrado no paciente	1	0,4	42	14,8	143	50,5	70	24,7	27	9,5
Efetivo	2	0,7	38	13,5	125	44,3	86	30,5	31	11,0
Pontual	9	3,1	58	20,5	133	47,0	69	24,4	14	5,0
Eficiente	12	4,2	51	18,0	128	45,2	66	23,3	26	9,2
Imparcial	1	0,4	21	7,4	89	31,4	88	31,1	84	29,7
Avaliação geral	4	1,4	40	14,3	140	50,0	81	28,9	15	5,4

Fonte: A própria autora.

Ao considerar o valor do escore geral atribuído às dimensões do instrumento, os achados mostraram que não houve associação estatisticamente significativa ($p=0,175$) para as categorias profissionais do estudo (enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) (Tabela 4, na página a seguir), destacando-se que a categoria profissional dos técnicos de enfermagem obteve menor média geral (Méd= 66,5; Dp= 16,0) em relação aos enfermeiros (Méd=71,6; Dp=11,9) e ACS (Méd=67,6; Dp=13,3).

Na comparação das médias em cada uma das dimensões do instrumento por categoria profissional (Tabela 4), constatou-se que ocorreu associação estatisticamente significativa ao nível de 5% em quatro dimensões. Na dimensão “**Trabalho em equipe**” ($p=0,045$) os enfermeiros (Méd=90,1;Dp=16,0) apresentaram diferença estatística significativa comparado com a média dos técnicos de enfermagem (Méd=78,8; Dp=28,6). Por sua vez, na dimensão “**Seguimento da assistência ao paciente**” houve diferença estatística significativa ($p=0,002$) entre as categorias de técnicos de enfermagem (Méd=79,2; Dp=27,9) e ACS (Méd= 89,7; Dp=17,5).

Observou-se, ainda, nas quatro dimensões consideradas como áreas de fragilidades, que em duas delas, “**Treinamento da equipe**” e “**Comunicação aberta**” houve associação estatisticamente significativa ao nível de 5% ($p=0,02$) e ($p=0,01$), respectivamente, quando se comparou o valor das médias atribuídas entre as categorias profissionais. No primeiro caso, “**Treinamento da equipe**”, a associação estatisticamente significativa foi observada entre a categoria de enfermeiros (Méd=69,3;Dp=32,9) e ACS (Méd=57,4;Dp=33,0). No segundo caso, “**Comunicação aberta**”, houve associação estatisticamente significativa entre enfermeiros (Méd=75,2; Dp=29,3) e técnicos de enfermagem (Méd=58,6;Dp=37,2).

Na dimensão que avalia aspectos concernentes ao apoio dos gestores na segurança do paciente, embora não tenha havido diferença significativa entre as categorias profissionais ($p=0,58$), esta foi a que obteve menor média de positividade entre todas as categorias profissionais. Os enfermeiros apresentaram menor média na avaliação dessa dimensão (média 25,4; DP=27,8) seguidos pelos técnicos de enfermagem (média 29,5; DP=28,5) e ACS (média 30,8; DP=28,8).

Tabela 4. Distribuição segundo as médias das dimensões do instrumento MOSPSC aplicado aos profissionais da ESF em relação à categoria profissional, DISA-Sul, Manaus, Amazonas, Brasil, 2018.

Dimensões	Categoria profissional						p*
	Enfermeiro		Técnico		ACS		
	Méd.	Dp	Méd.	Dp	Méd.	Dp	
Trabalho em equipe	90,1 ^a	16,0	78,8 ^b	28,6	85,2 ^{ab}	22,6	0,045
Seguimento da assistência ao paciente	84,9 ^{ab}	22,9	79,2 ^b	27,9	89,7 ^a	17,5	0,002
Aprendizagem organizacional	83,8	23,0	82,2	27,8	84,6	25,6	0,827
Percepção da segurança do paciente e qualidade	77,9	24,0	72,5	26,9	69,4	29,9	0,265
Treinamento da equipe	69,3 ^a	32,9	67,9 ^{ab}	32,3	57,4 ^b	33,0	0,026
Apoio dos gestores na segurança do paciente	25,4	27,8	29,5	28,5	30,8	28,8	0,580
Comunicação sobre o erro	77,4	19,2	68,8	30,6	70,2	25,0	0,229
Comunicação aberta	75,2 ^a	29,3	58,6 ^b	37,2	58,3 ^b	33,0	0,017
Processo de trabalho e padronização	71,5	24,0	66,0	30,1	68,2	26,2	0,608
Relacionada à pressão no trabalho	35,6	31,9	32,6	29,2	34,0	25,0	0,535
Relacionada à segurança do paciente e qualidade	77,8	23,5	76,1	23,0	74,5	25,7	0,727
Troca de informação com outros setores	67,6	40,5	78,5	36,2	70,0	41,9	0,333
Geral	71,6	11,9	66,5	16,0	67,6	13,3	0,175

Méd. = Média aritmética; Dp = desvio-padrão; * ANOVA; Letras distintas indicam diferença estatística ao nível de 5%.

Fonte: A própria autora.

De acordo com a Tabela 5 (na página a seguir), que representa a frequência de positividade de cada uma das perguntas do instrumento, foi mensurado que o resultado mais positivo (94%) estava direcionado à pergunta “Neste serviço, os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina”, sendo esta pergunta, referente à dimensão assistência ao paciente.

Resultados negativos mais expressivos surgiram referentes às perguntas “Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação à quantidade de médicos disponíveis” e “Os gestores não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço” com apenas 16,2% e 19,9%. Sendo que, ambas as questões pertencem às dimensões que em sua avaliação geral foram consideradas como áreas de fragilidade à segurança do paciente.

Tabela 5. Frequência segundo a positividade dos itens do instrumento MOSPSC acima de 75% e itens aplicados nos profissionais da ESF, DISA-Sul, Manaus, Amazonas, Brasil, 2018.

Dimensões	fi	%
Trabalho em equipe	233	82,9
Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam	246	89,5
Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais	239	87,2
Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito	244	86,8
Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes	204	73,9
Seguimento da assistência ao paciente	239	84,5
Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina	264	94,0
Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento	251	90,9
Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço	163	68,2
Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento	247	89,8
Aprendizagem organizacional	175	66,0
Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas	235	90,7
Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam	201	81,4
Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam	201	79,8
Percepção da segurança do paciente e qualidade	168	63,6
Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes	190	76,0
Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveriam	196	79,7
É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes	155	70,8
Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado	144	59,5
Treinamento da equipe	81	28,8
Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados	216	78,5
Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento	184	67,6
Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados	107	39,3

Dimensões	fi	%
Apoio dos gestores na segurança do paciente	39	14,7
Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço	50	19,9
Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes	106	42,4
Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes	74	28,6
Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes	87	35,5
Comunicação sobre o erro	192	68,3
A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si	70	29,8
A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço	236	84,6
Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente	231	83,4
Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço	217	79,2
Comunicação aberta	139	49,3
Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho	198	73,6
Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista	198	71,5
Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto	142	51,6
Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes	125	46,6
Processo de trabalho e padronização	159	56,6
Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável	198	74,2
Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente	191	71,0
Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho	117	44,2
A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas <i>atividades</i>	194	84,7
Relacionada à pressão no trabalho	38	13,5
Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente	137	51,7
Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis	44	16,2
Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes	182	66,2
Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente	60	22,2
Relacionada à segurança do paciente e qualidade	161	57,3
Acesso ao cuidado	155	62,2
Identificação do paciente	210	92,9
Prontuários/registo de um paciente não estava disponível quando necessário	153	61,4
Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registo de outro paciente	193	92,3
Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo e substituição	205	78,8
O paciente retornou à unidade para esclarecer ou corrigir uma prescrição	187	76,0
Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta	182	90,5
Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário	137	68,5

Dimensões	fi	%
Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário	145	71,8
Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhando/avaliado em tempo hábil	144	73,8
Relacionada à segurança do paciente e qualidade	146	66,4
Centros de imagem/laboratórios	128	72,3
Outros serviços de saúde/médicos	115	67,6
Farmácias	124	68,5
Hospitais	100	71,9
Outros	51	82,3

fi = frequência absoluta simples.

Fonte: A própria autora.

Quando se analisa o escore geral em relação à cultura de segurança do paciente, associando com o tempo de atuação dos profissionais, percebeu-se que não houve diferença estatística significativa entre os profissionais com mais tempo de serviço (≥ 11 anos) e os com menos tempo de serviço (< 3 anos). Dessa forma, o aspecto tempo de serviço, não exerceu uma influência significativa em uma avaliação geral mais positiva. Apenas nas dimensões **“Seguimento da assistência ao paciente”** e **“Treinamento da equipe”** houve diferença estatística significativa ao nível de 5%, sendo possível analisar que, os profissionais com tempo de serviço intermediário (3 a 11 anos) atribuíram menor média a dimensão **“Seguimento da assistência ao paciente”** em relação aos com menos de 03 anos e os com mais de 11 anos de serviço. Já na dimensão **“Treinamento da equipe”**, a comparação estatisticamente significativa foi em relação aos profissionais com menos tempo de serviço (Méd=58,8) para os com mais tempo de serviço (Méd=72,2).

Em ambas as situações, quanto maior o tempo de serviço do profissional na ESF, melhor foi sua avaliação (Tabela 6, na página a seguir).

Tabela 6. Distribuição segundo as médias das dimensões do instrumento MOSPSC aplicado aos profissionais da ESF em relação ao tempo de serviço, DISA – Sul, Manaus, Amazonas, Brasil, 2018.

Variáveis	Tempo de Serviço (anos)						p*
	< 3		3 --- 11		≥ 11		
	Méd.	Dp	Méd.	Dp	Méd.	Dp	
Trabalho em equipe	83,7	23,2	83,3	25,1	84,6	23,5	0,940
Assistência ao paciente	84,9 ^{ab}	28,2	77,0 ^b	27,6	88,6 ^a	18,9	0,005
Aprendizagem organizacional	84,2	28,0	83,3	23,2	84,0	26,0	0,987
Percepção da segurança do paciente e qualidade	69,2	32,8	70,8	28,0	71,6	28,4	0,934
Treinamento da equipe	58,8 ^a	32,9	68,3 ^{ab}	38,7	72,2 ^b	29,4	0,034
Apoio dos gestores na segurança do paciente	32,1	26,9	27,6	28,6	30,0	28,8	0,818
Comunicação sobre o erro	71,1	24,9	67,3	25,9	71,6	25,9	0,615
Comunicação aberta	60,3	40,6	66,3	32,4	59,6	33,6	0,510
Processo de trabalho e padronização	61,5	27,6	70,2	27,4	68,4	26,7	0,460
Relacionada à pressão no trabalho	38,5	31,1	35,7	24,4	33,6	27,1	0,683
Relacionada à segurança do paciente e qualidade	68,8	23,7	82,0	21,3	74,7	25,2	0,098
Troca de informação com outros setores	68,7	39,7	84,0	35,4	69,6	41,0	0,141
Geral	67,3	16,7	69,0	15,6	67,7	13,2	0,834

Méd. = Média aritmética; Dp = desvio-padrão; * ANOVA. Letras distintas indicam diferença estatística ao nível de 5%.

Fonte: A própria autora

A confiabilidade do instrumento, mensurado pelo coeficiente Alfa de *Cronbach*, obteve média de 0,86. As dimensões **“Processos de trabalho e padronização”** e **“Comunicação sobre o erro”** foram as que obtiveram o menor valor do coeficiente, com 0,39 e 0,41, respectivamente. Já as dimensões **“Troca de informações com outros setores”** e **“Aprendizagem organizacional”** alcançaram os maiores valores do coeficiente com 0,86 e 0,80, respectivamente. Além disso, foi estimado a concordância do banco de dados que obteve Alfa de *Cronbach* de 0,82 (Tabela 7, na página a seguir)

Tabela 7. Distribuição em relação ao resultado do Alfa de *Cronbach* das dimensões do instrumento MOSPSC aplicado nos profissionais da ESF, DISA-SUL, Manaus, Amazonas, Brasil, 2018.

Dimensões	N° de variáveis	Alfa de <i>Cronbach</i>
Trabalho em equipe	4	0,62
Assistência ao paciente	4	0,47
Aprendizagem organizacional	3	0,80
Percepção da segurança do paciente e qualidade	4	0,79
Treinamento da equipe	3	0,50
Apoio dos gestores na segurança do paciente	4	0,79
Comunicação sobre o erro	4	0,41
Comunicação aberta	4	0,50
Processo de trabalho e padronização	4	0,39
Relacionada à pressão no trabalho	4	0,50
Relacionada à segurança do paciente e qualidade	10	0,76
Troca de informação com outros setores	5	0,86
Geral	53	0,86

Fonte: A própria autora.

6 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com a aplicação do questionário *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), em sua versão brasileira, permitiu avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente entre profissionais que atuam na ESF. Este estudo apresentou a primeira avaliação quantitativa da cultura de segurança no cenário da APS realizada na cidade de Manaus.

Conforme a percepção dos profissionais em relação a diversos aspectos da cultura de segurança, esta pode ser apresentada como **forte** em duas das doze dimensões pesquisadas, **adequada**, em seis das dimensões e em quatro dimensões foram evidenciadas como áreas de **fragilidade**, a saber: “**Treinamento da equipe**”, “**Apoio dos gestores na segurança do paciente**”, “**Comunicação aberta**” e “**Pressão no trabalho e ritmo**”, evidenciado áreas de fragilidade da cultura de segurança.

Em estudo desenvolvido na ilha de Madeira, em Portugal, no qual também foi utilizado o MOSPSC, as dimensões ligadas à “**Sobrecarga de trabalho**” e ao “**Apoio da liderança/gestores**” na segurança do paciente estavam entre as áreas de vulnerabilidade da segurança do paciente, sendo percebidas por 72% e 53% dos profissionais, respectivamente (ORNELAS; PAIS; SOUSA, 2016). Encontrando assim, semelhança com os dados do presente estudo em que aspectos relacionados à forma como o profissional percebe seu ambiente de trabalho e ritmo a partir de uma visão de sobrecarga laboral, poderiam ser amenizadas se ele dispusesse do apoio dos gestores para garantir aspectos referentes a recursos humanos e físicos que sejam suficientes e adequados para a demanda de pacientes.

No cenário de atuação dos profissionais da ESF, tem sido comum a inserção de profissionais em ambientes com estrutura física inadequada, falta de recursos materiais e falhas de gestão (SORATTO et al., 2017). No presente estudo esta foi uma realidade observada a partir da percepção dos profissionais, uma vez que, estes são aspectos inter-relacionados com a sobrecarga de trabalho. A literatura informa e registra que a sobrecarga de trabalho é motivada por aspectos relacionados à complexidade e às condições em que o trabalho é realizado, interferindo na qualidade e segurança do resultado assistencial em todos os níveis de complexidade (PIRES et al., 2016).

Em referência à percepção dos problemas dos serviços de saúde no município de Manaus, o relatório que compõe o plano municipal de saúde, vigência 2014 à 2017 identifica claramente as deficiências na infraestrutura e organização dos recursos humanos, destacando

aspectos de insuficiência de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos dos serviços de saúde e de manutenção predial; redução da distribuição dos recursos humanos nas unidades de saúde em relação a aspectos quantitativos e qualitativos (SEMSA, 2015).

Situação semelhante pode ser identificada com o presente estudo em que as questões integrantes da dimensão “**Pressão no trabalho e ritmo**”, referem-se a aspectos reconhecidos pelos profissionais com a sobrecarga de trabalho, tais como: “Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente” e “Neste serviço há um número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente”.

Em pesquisa desenvolvida em três regiões do país (Sul, Centro-Oeste e Norte), com o objetivo de identificar as cargas de trabalho dos profissionais de enfermagem da ESF, foi analisado que o aumento de demanda e territórios adscritos superestimado foram os elementos mais significativos para o aumento das cargas dos profissionais (PIRES et al., 2016). Retratando que, assim como identificado no presente estudo, há uma divergência entre a demanda de usuários e a capacidade da equipe em atendê-los.

Em contrapartida, esse estudo revelou a dimensão de trabalho em equipe que apresentou 82,9% de positividade na avaliação dos profissionais, o que pode ser uma das formas de amenizar a sobrecarga de trabalho identificada pelos profissionais (PIRES et al, 2016). Além disso, o próprio modelo de trabalhar na ESF e a formação do profissional nessa área que é voltada para a compreensão do papel e atribuições que cada membro da ESF exerce para a promoção, proteção e recuperação dos indivíduos pode ser outro aspecto que tenha contribuído para a identificação do trabalho em equipe enquanto área de solidez, na percepção dos profissionais do estudo.

Em estudo desenvolvido nos serviços de atenção primária na Turquia que avaliava a cultura de segurança do paciente, em que comparou escores de avaliação em redes de hospitais dos Estados Unidos da América (EUA), foi observado que, em geral, os escores atribuídos à avaliação na APS eram mais baixos em comparação aos atribuídos nos hospitais. No entanto, a dimensão trabalho em equipe teve uma percepção positiva (BODUR; FILIZ, 2009).

O trabalho em equipe resulta em ganhos para a produtividade dos setores e na tomada de decisão, mas também, proporciona aos profissionais, ganhos na autoestima, bem-estar psicológico e apoio social (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Por ser uma das diretrizes de atuação dos profissionais da ESF, o trabalho em equipe, tem sido uma característica da segurança do paciente percebida claramente. Há de se destacar que, na presente pesquisa, os enfermeiros apresentaram melhor avaliação do trabalho em

equipe quando comparado com os técnicos de enfermagem. Isso pode ser reposta de como os técnicos de enfermagem analisam o trabalho em equipe, a partir de um prisma hierárquico em que a percepção de equipe ocorre com base em um agrupamento de profissionais com categorias distintas que formam a enfermagem.

Em pesquisa realizada com profissionais da ESF que buscava compreender o significado do trabalho em equipe, foi apontado que uma das conceituações de trabalho em equipe para os profissionais estava relacionado ao trabalho exercido dentro de uma hierarquia, e pela maneira como os coordenadores exerciam o cuidado interpessoal entre os membros da equipe (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013).

Retomando os pontos de fragilidade identificados no estudo, a sobrecarga de trabalho aliada com a falta de apoio da liderança e dos gestores, também pode ser empecilho para a consolidação nos serviços de saúde de uma cultura organizacional propícia à segurança do paciente. Fatores organizacionais, frequentemente desempenham um papel importante nos erros dos indivíduos. Dessa forma, é fundamental o compromisso dos gestores, para que a partir do compartilhamento de decisões, sejam determinadas diretrizes, estabelecidas metas de cuidado seguro, criadas estratégias, processos, fluxos e previsto orçamento financeiro direcionado para ações associadas à segurança do paciente, que devem ser sistematicamente inseridas em todos os processos de cuidado (SESHIA et al., 2018).

Uma gestão comprometida e que direciona suas ações para a segurança do paciente busca também, priorizar pelo processo de educação continuada nos serviços, sendo, portanto, uma das diretrizes que pode ser consolidada a partir do apoio das lideranças e gestores.

Em estudo que procurou descrever o processo de implantação de segurança do paciente em hospitais foi identificado que os treinamentos eram parte essencial para a disseminação da cultura de segurança do paciente. Por meio de capacitações e treinamentos os profissionais são desenvolvidos em habilidades e competências essenciais para uma assistência mais segura e livre de erros potencialmente evitáveis (REIS et al., 2017). A aprendizagem contínua e treinamento da equipe são reconhecidas como uma das principais ferramentas para a adoção de práticas seguras no trabalho em saúde, sendo portanto, uma das barreiras usadas para aumentar a segurança do paciente (WEGNER et al, 2016; DUARTE et al., 2015).

Embora a formação em serviço dos profissionais da ESF seja vista como uma prioridade para a melhoria do cotidiano de trabalho por contribuir para a qualificação dos serviços, para a valorização profissional e da prática por meio do empoderamento de conhecimentos significativos sobre o cotidiano do trabalho, esse processo de educação em

serviço tem sido negligenciado por gestores e líderes da ESF não acontecendo de forma sistematizada e organizada (BARTH et al., 2014; GALAVOTE et al., 2016).

Neste estudo tal situação também foi identificada pelos profissionais de saúde que avaliaram a dimensão da pesquisa relacionada a treinamento da equipe como uma área de fragilidade. Os profissionais não estão recebendo treinamentos referente à implantação de novos processos, fluxos ou rotinas, com isso, em algumas situações acabam realizando tarefas para os quais não foram treinados previamente, situação que pode expor o paciente ao risco, decorrente de erros relacionados diretamente com a assistência ou de erros devido a falhas na execução dos fluxos, o que pode ocasionar a descontinuidade do cuidado.

Outro aspecto constatado pelo estudo, refere-se à associação entre a dimensão treinamento da equipe e tempo de serviço dos profissionais, no qual os profissionais com pouco tempo de serviço apresentam pior avaliação da dimensão **“Treinamento da equipe”**, quando comparado com os profissionais que apresentam mais tempo de serviço. Essa visão assemelha-se ao reportado pela literatura que aponta que o treinamento educacional dos profissionais que atuam na assistência é adquirido principalmente através do trabalho, ou seja, o preparo ocorre à medida em que ele exerce a assistência (MICCAS; BATISTA, 2014).

Na dinâmica de ações da ESF há espaço para a realização de uma educação continuada que se volta para o desenvolvimento de metodologias ativas, sendo as rodas de conversa, um momento oportuno para levar os profissionais da saúde para uma reflexão sobre as suas práticas, falar sobre os erros decorrentes da sua atuação profissional e assim, promover maior integração da equipe (WEGNER et al, 2016). Requisitos esses, necessários a uma abordagem de treinamentos que visam romper com o paradigma tradicional do ensino e volta-se para a reflexão necessária sobre o processo de aprendizado a partir dos erros, das trocas de experiências e saberes (BARTH et al., 2014). Esses são aspectos fundamentais em uma educação em serviço voltada para a implantação da cultura de segurança do paciente.

Em uma meta-síntese de estudos qualitativos sobre a segurança do paciente nos cenários da atenção primária foi concluído que uma das principais chaves para a segurança do paciente está na comunicação eficaz entre profissionais de saúde envolvidos no atendimento de um paciente (DAKER-WHITE et al., 2015). Em outro estudo de revisão sistemática de literatura na qual, um dos seus objetivos era identificar soluções para tornar os cuidados mais seguros para os pacientes na atenção primária, foi apontado que a comunicação interprofissional e com o paciente é fator preponderante para a melhoria da segurança (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2014).

Porém, a realidade apontada por pesquisas é que constantemente os profissionais convivem com problemas de comunicação que interferem na continuidade e qualidade do cuidado ou na satisfação das necessidades dos profissionais, sendo muitas vezes, a causa raiz de incidentes que acometem os pacientes (BROCA; FERREIRA, 2015; DAKER-WHITE et al., 2015).

Fatores como diferenças hierárquicas entre as profissões, autoridade e baixo envolvimento dos membros da equipe têm contribuindo para que os profissionais deixem de compartilhar situações relacionadas ao seu desempenho profissional, a lacunas do seu conhecimento e problemas relacionados à ocorrência de eventos adversos no cuidado ao paciente (BROCA; FERREIRA, 2015; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Situação equivalente foi detectada entre os profissionais na presente pesquisa que ao responderem perguntas direcionadas à comunicação entre equipe, interação com equipe médica e sobre oportunidades de expressar opiniões discordantes, identificaram a comunicação aberta entre profissionais como área de fragilidade tendo sido associado diferença estatística significativa entre enfermeiros, que apresentaram melhores médias, quando comparado com as médias dos técnicos de enfermagem.

Essa mesma lacuna foi identificada em estudo semelhante, realizado em país árabe que utilizou o MOSPSC, tendo sido a dimensão em questão, avaliada como a terceira de maior vulnerabilidade na percepção dos profissionais (WEBAIR et al., 2015). Nessas situações, a comunicação e conseqüentemente, o trabalho em equipe, deixam de ser algumas das principais barreiras para evitar que erros atinjam o paciente.

Uma comunicação aberta entre profissionais de saúde é uma das atitudes que evidenciam o amadurecimento da equipe em relação à cultura de segurança do paciente. Sendo a integração da equipe, a troca de informações entre profissionais, reuniões regulares para discutir casos clínicos, erros que podem afetar o paciente e divulgação de práticas seguras, componentes essenciais para uma comunicação eficaz entre profissionais da saúde. É preciso desenvolver uma cultura para que o profissional questione seus superiores hierarquicamente sobre questões relacionadas à segurança do paciente e com isso, fortaleça o trabalho em equipe (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015; MENDES JÚNIOR, 2014).

Os resultados também mostram que os participantes do estudo reconheceram a dimensão relativa ao seguimento da assistência ao paciente como sendo o aspecto de melhor avaliação referente à cultura de segurança do paciente. Porém, a tendência dos estudos sobre seguimento da assistência ao paciente na atenção primária à saúde tem contraposto ao identificado neste estudo, uma vez que há dificuldades nestes serviços para assegurar a

continuidade das ações relacionadas com a linha do cuidado do paciente. Esses desafios, em parte tem se dado por fatores como a carência de estrutura adequada nas unidades, baixa densidade tecnológica, reduzida capacitação da gestão, fragmentação da oferta de ações e serviços, forte prevalência de condições crônicas entre os pacientes e subfinanciamento da saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O plano municipal de saúde de Manaus para o quadriênio 2014-2017, assim como a literatura, confronta o encontrado no estudo ao propor que o modelo atual dos serviços de saúde não contempla a integralidade do cuidado, possui baixa resolutividade na APS e possui uma oferta de serviços desvinculados do perfil epidemiológico onde cresce a necessidade de cuidados de condições crônicas (SEMSA, 2015).

As perguntas direcionadas a esta dimensão “**seguimento da assistência ao paciente**” eram concernentes ao acompanhamento e registro da forma como pacientes crônicos e que necessitam de monitoramento são assistidos, ao acompanhamento de relatórios de outros serviços e sobre agendamento de consultas para cuidados preventivos ou de rotina. Talvez a percepção dos profissionais em relação a essa dimensão pode ter se limitado a visão de que existe programas na ESF direcionados para o acompanhamento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes sem, contudo, ser considerado pelos profissionais os aspectos relacionados à qualidade, eficiência e eficácia, como esses programas, na prática, têm sido desenvolvido.

Ainda, nesta pesquisa, destacou-se o julgamento dos sujeitos referente à avaliação global da qualidade de cuidados de saúde. Para os profissionais, o cuidado tem sido exercido de maneira imparcial e se mostrado sensível às necessidades e valores de cada paciente. Estes aspectos estão inter-relacionados e abrangem o conceito de competência cultural que é um atributo da APS que qualifica as ações dos serviços de saúde, direcionada para uma atenção integral à população assistida (REIS et al., 2017).

Desenvolver ações em saúde de forma individualizada com as necessidades do paciente, possibilita também, maior adesão dos pacientes ao seu tratamento (VILELAS; JANEIRO, 2012). Quando o paciente se empodera sobre seu tratamento, ele interage de forma eficaz e contribui para a obtenção de melhores resultados, sendo um importante aliado para o desenvolvimento da qualidade e segurança do cuidado (SILVA et al., 2016; TRIER et al., 2015).

7 CONCLUSÃO

No transcorrer deste estudo se apresentou a cultura da segurança do paciente na ESF, a partir da perspectiva dos trabalhadores da saúde. Considerando os resultados da análise da pesquisa, foi possível identificar evidências que apontam para uma avaliação da cultura de segurança do paciente adequada na percepção dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que fazem parte da equipe da ESF, no município de Manaus.

Dentre os aspectos avaliados como positivos na percepção dos profissionais, o trabalho em equipe e seguimento da assistência ao paciente foram áreas de maior solidez identificada pelos profissionais.

Porém, é válido ressaltar que, os resultados dessa pesquisa não podem ser generalizados ao ponto de representar que a ESF, de fato, tem oferecido segurança em suas ações ao paciente. Isso se dá pelo fato de que, quanto mais o profissional de saúde seja conhecedor dos aspectos relacionados à segurança do paciente, maior será sua capacidade de identificar processos, fluxos e ações que poderiam ser furos nas barreiras existentes à segurança do paciente e conseqüentemente, maior a adoção de medidas preventivas.

A despeito da associação realizada na avaliação geral das dimensões relacionadas à cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais, foi analisado que não houve diferença estatística significativa na percepção das diferentes categorias profissionais no que diz respeito à cultura de segurança do paciente, sendo possível identificar as dimensões **“Treinamento da equipe”**, **“Apoio dos gestores na segurança do paciente”**, **“Comunicação aberta”** e **“Pressão no trabalho e ritmo”**, como áreas representativas de fragilidade e que, portanto, devem subsidiar o planejamento de ações gerenciais direcionadas para seu fortalecimento.

Frente a este cenário, percebe-se a necessidade de haver uma comunicação entre os profissionais que possibilite expressar opiniões divergentes e aprender com as experiências dos potenciais e prováveis erros. Isto pode ser mediado quando se tem um trabalho em equipe, garantia de condições de trabalho adequadas para permitir o seguimento da assistência ao paciente, além de uma educação em serviço que desenvolve nos profissionais um pensamento crítico reflexivo sobre a linha do cuidado ao paciente e sua segurança.

Diante disso, a gestão dos serviços de saúde na ESF deve desempenhar um papel decisivo para a implantação de medidas voltadas à segurança do paciente, uma vez que a prevenção do erro requer mudança de cultura, não sendo, portanto, uma problemática

direcionada apenas a uma categoria profissional e sim, que precisa do envolvimento de cada profissional e da gestão.

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

É compreensível que, em virtude dos níveis hierárquicos presentes na gestão da ESF, as mudanças necessárias, para que haja uma cultura voltada à segurança do paciente entre os profissionais, devam partir de iniciativas da alta gestão. Contudo, o enfermeiro, enquanto responsável pela gestão do cuidado e de grande parte das unidades onde a ESF está inserida, deve ser protagonista, em seu cenário de microgestão, de transformações que direcione para a prevenção de danos decorrentes de processos de trabalho em saúde.

O enfermeiro por se envolver nas situações cotidianas do cenário de cuidado na ESF deveria ser capaz de reconhecer as dificuldades, identificar incidentes que atingem o paciente, falhas nos processos e fluxos do cuidado, para assim, criar um canal de comunicação efetivo com níveis hierárquicos de gestão e subsidiar intervenções em segurança do paciente.

A limitação deste estudo reside, sobretudo, por se tratar de um estudo transversal, que pode reduzir o espectro de análise. Outras limitações identificadas dizem respeito ao fato de algumas perguntas terem sido marcadas com a opção “**não se aplica**” ou “**não sei**”, o que, possivelmente, acarretou dimensões com baixos índices de positividade, o que pode ter produzido vieses de pesquisa. Essa opção de neutralidade de resposta foi mais presente entre os ACS em função do reduzido conhecimento de alguns profissionais sobre o tema abordado e do pouco tempo para responder os questionários. Contudo, os objetivos propostos no estudo foram atingidos.

Além disso, os resultados não podem ser considerados uma expressão da segurança do paciente na ESF, embora tenha sido utilizada amostragem aleatória simples para obtenção do tamanho amostral em cada categoria profissional, a amostra é limitada a uma microrregião da cidade de Manaus, o que não permite sua generalização.

Pode-se constatar, também, que há necessidade de que novos estudos na área sejam realizados para possibilitar comparação sobre a cultura de segurança percebida na ESF, uma vez que, as pesquisas realizadas nesse tipo de cenário de saúde são escassas. Na sua maioria,

os estudos que mais se aproximaram foram realizados em serviços de atenção primária de países desenvolvidos como Canadá, Reino Unido e EUA.

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

Dessa forma, a partir da obtenção dos resultados deste estudo, recomendamos que sejam utilizadas outras estratégias de intervenção de pesquisa para que, por meio da triangulação de métodos, seja possível caracterizar com maior robustez esta problemática no contexto da ESF.

Por fim, a interpretação, análise e reflexão apresentadas nesta pesquisa contribui para fomentar as discussões em torno da temática, constituindo-se em um diagnóstico situacional técnico-científico, útil para que gestores atuantes na Estratégia Saúde da Família desenvolvam aplicações na melhoria da qualidade, bem como possibilita sensibilizar gestores e profissionais para o anseio por uma assistência que promova cada vez mais a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Andréa Silvia Walter; MARTINS, Pollyanna. Atributos essenciais e qualificadores da atenção primária a saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 25, n. suplementar 2, p. 1-2, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2237>>. Acesso em: 06 de abril. 2017.

AHRQ - AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Improving patient safety in medical offices: a resource list for users of the AHRQ medical office survey on patient safety culture. 2015. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/resource_list/moimpptsaf.pdf>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

ALVES, Kisna Yasmin Andrade; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; DANTAS, Cilene Nunes. A análise do conceito segurança do paciente: a visão evolucionária de Rodgers. *Aquichan*, Colômbia. 15 (4): p. 521-528, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.4.7>>. Acesso em: 6 de set. 2018.

AMADIGI, Felipa Rafaela; GONÇALVES, Evelise Ribeiro; FERTONANI, Hosanna Patrig; BERTONCINI, Judite Hennemann; SANTOS, Silvia Maria Azevedo. A Antropologia como ferremanta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 131-138, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/173>>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

ARAÚJO, Átila Chagas; FREITAS, Flávia Rachel Nogueira de Negreiros; ARAÚJO, Raquel Vilanova; BATISTA, Marta Maria da Silva Lira. Qualidade dos serviços na Estratégia Saúde da Família sob interferência do PMAQ –AB: análise reflexiva. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 11, n.2, p. 712-717. 2017. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9740/pdf_2703>. Acesso em: 16 de jun. 2017.

BARA, Vânia Maria Freitas; PAZ, Elisabete Pimenta Araújo; GUIMARÃES, Raphael Medonça; SILVA, Bárbara Fabrícia; GAMA, Bárbara Bara de Martin; MORATELLI, Lucas. Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde – PCATool-Brasil versão adulto – para população idosa. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 330-335. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400080015>>. Acesso em: 6 de abr. 2017.

BARRETO, Leilianne Michelle Trindade da Silva; KISHORE, Angeli; REIS, Germano Glufke; BAPTISTA, Luciene Lopes; MEDEIROS, Carlos Alberto Freire. Cultura organizacional e liderança: uma relação possível?. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 34-52, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rausp/v48n1/04.pdf>>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

BARTH, P. O. et al. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 16, n. 3, p. 604–611, 2014.

BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. A temática cultura organizacional nos estudos na área da saúde e da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 9, n. 4,

p. 68-74, jul., 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000400012>>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

BODUR, Said; FILIZ, And Emel. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International Journal for Quality in Health Care*. v. 21, n. 5, p. 348–355, ago., 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp035>>. Acesso em: 2 de jun. 2018.

BORBA, Fernanda Colares Netto; SEVERINO, Fernanda Gadelha. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 29, n. 3, p. 334-341, jul./set. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5230>>. Acesso em: 8 de mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 10 de abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*: Seção 1, n. 62, 2 de abr. 2013.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. DE A. Communication process in the nursing team based on the dialogue between Berlo and King. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, v. 19, n. 3, p. 467–474, 2015.

CARVALHO, Michele Cristina de; ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; MARZIALE, Carmen Silvia Gabriel; BERNARDES, Andrea. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 746-753, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a22.pdf>>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

CASTANHEIRA, Elen Rose L. DALBEN, Ivete; ALMEIDA, Margareth A. Santini de; PUTTINI, Rodolfo Franco; PATRÍCIO, Karina Pavão; MACHADO, Dinair Ferreira; CALDAS JÚNIOR, Antônio Luis. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.2, 2009.

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Exclui partes do texto da Resolução 196/96 e incorpora novas normas relacionadas ao desenvolvimento de pesquisas com humanos. *Diário Oficial da União*: Seção 1, n. 12, p. 59, 13 de jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 17 de jan. 2017.

COSTA, Nilson do Rosário. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1.389-1.398, mai. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1389.pdf>>. Acesso em: 2 de jun. 2017.

CRESSWELL, Kathrin M.; PANESAR, Sukhmeet S.; SALVILLA, Sarah A.; STEVENS, Andrew Carson; LARIZGOITIA, Itziar; DONALDSON, Liam J.; BATES, David; SHEIKH, Aziz. Global research priorities to better understand the burden of iatrogenic harm in primary

care: an international delphi exercise. *PLOS Medicine*, Califórnia (EUA), v. 10, n. 11, p. 1-6, nov. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001554>>. Acesso em: 2 de jun. 2017.

CUBAS, Marcia Regina; FAORO, Nilza Teresinha; MOYSÉS, Simone Tetu; CARVALHO, Deborah Ribeiro. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. *Saúde debate* [online], Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 471-485, 2017. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711310>>. Acesso em: 06 de set. 2018.

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva; CUNHA, Isabel Cirstina Kowal Olm. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 1, p. 84-88, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>>. Acesso em: 6 de abr. 2017.

DAKER-WHITE, G. et al. Blame the patient, blame the doctor or blame the system? A meta-synthesis of qualitative studies of patient safety in primary care. *PLoS ONE*, v. 10, n. 8, p. 1-42, 2015.

DONABEDIAN, Avedis. *The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring*. Michigan (EUA): Health Administration Press, 1980.

DUARTE, L. S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo; BUSCHER, Andreas; STIPP, Marluci Andrade Conceição. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1.074-1.081, nov./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01074.pdf>. Acesso em: 8 de mar. 2017.

FAROKHZADIAN, Jamileh; NAYERI, Nahid Dehghan; BORHANI, Fariba. Assessment of clinical risk management system in hospitals: an approach for quality improvement. *Global Journal of Health Science*, Toronto (Canadá), v. 7, n. 5, p. 294-303, set. 2015. Disponível em: <<http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/43448>>. Acesso em: 16 de mar. 2017.

FEITOSA, Rúbia Mara Maia; PAULINO, Ayslon Ayron; LIMA JÚNIOR, José Oscar de Souza; OLIVEIRA, Kallyane Kelly Duarte; FREITAS, Rodrigo Jacob Moreira; SILVA, Wanderley Fernandes. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 821-829, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016151514>>. Acesso em: 17 de ago. 2017.

FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30969.pdf>>. Acesso em 2 de jun. 2017.

FERNANDES, Livia Gurgel Guerra; TOURINHO, Francis Solange Vieira; SOUZA, Nilba Lima; MENEZES, Rejane Maria Paiva. Contribuições de James Reason para segurança do

paciente: reflexão para a prática de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 8, n. suplementar 1, p. 2.507-2.512, jul. 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6217/9853>>. Acesso em 2 de jun. 2017.

FERNANDES, Livia Gurgel. *Cultura e clima de segurança do paciente em uma maternidade escola*: percepção dos profissionais de terapia intensiva. 2014. 64 f. Dissertação, Mestrado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2014.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; GOMES, Maria Fernanda Pereira; NABÃO, Fabiana Rodrigues Zequini; SANTOS, Mariana Souza; CAPPELLINI, Verusca Kelly; ALMEIDA, Ana Cláudia Correa de. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4.851-4.860, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf>. Acesso em 2 de jun. 2017.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; MURAMATSU, Marianne Junko; GOMES, Maria Fernanda Pereira; NABÃO, Fabiana Rodrigues Zequini. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo - Brasil. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 54-61, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155569/A05.pdf>. Acesso em: 4 de abr. 2017.

GALAVOTE, H. S. et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOTTEMS, Leila Bernarda Donato; SANTOS, Maria do Livramento Gomes; CARVALHO, Paloma Aparecida; AMORIM, Fábio Ferreira. Estudo dos casos notificados como incidentes em um hospital público de 2011 a 2014. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 863-869, set./out. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600021>>. Acesso em: 16 de mar. 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Assistência Médica Sanitária*. 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/AGU>>. Acesso em: 9 de fev. 2017.

KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALDSON, Molla S (editores). *To err is human: building a safer health system*. Washington (EUA): National Academy Press, 2000.

KRUK, Margaret E; GAGE, Anna D; JOSEPH, Naima T; DANAEI, Goodarz; GARCÍA-SAISÓ, Sebastián; SALOMON, Joshua A. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*: September 5, 2018. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)>. Acesso em: 07 de set. 2018.

LIMA, Eliane de Fátima Almeida; SOUSA, Ana Inês; LEITE, Franciele Marabotti Costa; LIMA, Rita de Cassia Duarte; SOUZA, Maria Helena do Nascimento; PRIMO, Cândida Caniçali. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 275-280, abr./jun.

2016. Disponível em: <http://eean.edu.br/audiencia_pdf.asp?aid2=1393&nomeArquivo=1414-8145-ean-20-02-0275.pdf>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

LIMA, Roberto Teixeira; SILVA, Esther Pereira. Avaliação na práxis da saúde: histórico, enfoques teóricos e fortalecimento da institucionalização. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 15, n. 1, p. 103-114. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/9903/5822>>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

LINS, Tiago Salessi; SOARES, Francisco José Passos; COELHO, Jorge Artur Peçanha de Miranda. Avaliação dos atributos em atenção primária à saúde no estágio em saúde da família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 355-363, jul./set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n3/1981-5271-rbem-40-3-0355.pdf>>. Acesso em: 12 de abr. 2017.

LUNA, Maria Rute de Souza; OLIVEIRA, Simone Eneida Baçal. O Sistema Único de Saúde na realidade de Manaus: um paradigma para análise. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 91-106, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/339/297>>. Acesso em: 20 de mai. 2017.

MAKEHAM, Meredith; DOVEY, Susan; RUNCIMAN, William; LARIZGOITIA, I. *Methods and measures used in primary care patient safety research*. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_full.pdf>. Acesso em: 27 de abr. 2017.

MARCHON, Simone Grativol. *A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde*. 2015. 109 f. Tese, Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

MARCHON, Simone Grativol; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1-21, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/pt_0102-311X-csp-30-9-1815.pdf>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

MARCHON, Simone Grativol; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira; PAVÃO, Ana Luiza Braz. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2.313-30, nov. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00194214>>. Acesso em: 20 de ago.2017.

MENDES, Elivandra Franco. *Qualidade em saúde na perspectiva do trabalhador da atenção básica na cidade de Manaus*. 2015. 107 f. Dissertação, Mestrado em Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

MESQUITA, Karina Oliveira de; SILVA, Lielma Carla Chagas da; LIRA, Roberta Cavalcante Muniz; FREITAS, Cibelly Aliny Siqueira Lima; LIRA, Geison Vasconcelos. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 1-8, abr./jun. 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45665/28526>>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

MICCA, Fernanda Lupino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev. Saúde Pública*[online]. 2014, v.48, n. 1, p.170-185. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498>>. Acesso em: 2 de jun. 2018.

NAVARRO, A. S. DE S.; GUIMARÃES, R. L. DE S.; GARANHANI, M. L. Teamwork and Its Meaning To Professionals Working in the Family Health Strategy Program. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, v. 17, n. 1, p. 61–68, 2013.

NOGUEIRA, J. W. da S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação Efetiva No Trabalho Em Equipe Em Saúde: Um Desafio Para a Segurança Do Paciente. *Cogitare Enfermagem*, v. 20, n. 3, p. 636–640, 2015.

NPSA - NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. *Seven steps to patient safety for primary care: the full reference guide*. Londres: NHS, 2006. Disponível em: <<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60044&>>. Acesso em: 2 de abr. 2017.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 66, n. especial, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

OLIVEIRA, Roberta Meneses; LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda; SILVA, Lucilane Maria Sales da; FIGUEIREDO, Sarah Vieira; SAMPAIO, Renata Lopes; GONDIM, Marcela Monteiro. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)*. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

ORNELAS, Marta Dora; PAIS, D.; SOUSA, P. Patient safety culture in portuguese primary healthcare. *Quality in Primary Care*, Portugal. 24:(5), p. 214-218, set., 2016.

PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito. *Segurança do paciente na atenção primária: conhecimento dos profissionais de saúde*. 2015. 140 f. Tese, Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.

PIRES, D. E. P. de et al. Nursing workloads in family health: implications for universal access. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, n. 0, 2016.

PORTELA, Margareth Crisóstomo. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, Suely (org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258.pdf>>. Acesso em: 4 de abr. 2017.

PORTO, Cristiane de Magalhães. Um olhar sobre a definição de cultura e de cultura científica. In: PORTO, CM., BROTAS, AMP., BORTOLIERO, ST., orgs. *Diálogos entre ciência e divulgação científica: leituras contemporâneas* [online]. Salvador: EDUFBA, 2011, p. 93-122.

Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/y7fvr/pdf/porto-9788523211813-06.pdf>>. Acesso em: 4 de set. 2018.

RAMOS, F.; COCA, S. M.; ABELDAÑO, R. A. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes em profesionales de uma institución argentina. *Enfermería Universitaria*, Cidade do México, v. 14, n. 1, p. 47-53, jan./mar. 2017. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300720>>. Acesso em: 2 de abr. 2017.

REIS, Cláudia Tartaglia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde - um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2.029-2.036, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>>. Acesso em: 16 de mar. 2017.

REIS, G. A. X. dos et al. Nurse Manager Perceptions of Patient Safety Strategy Implementation. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 26, n. 2, p. 1-9, 2017.

RIBAS, Maria José. Eventos adversos em cuidados de saúde primários: promover uma cultura de segurança. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Lisboa, v. 26, n. 6, p. 585-589, 2010. Disponível em: <http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004450_RevPortCliGeral.pdf>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa social – métodos e técnicas*. 3. ed. Rev e Amp. São Paulo: Atlas, 2015.

ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; GAIOLI, Cheila Cristina Leonardo de Oliveira; CAMELO, Silvia Helena Henriques; MININEL, Vivian Aline; VEGRO, Thamiris Cavazzani. Cultura organizacional de um hospital psiquiátrico e resiliência dos trabalhadores de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 69, n. 5, p. 765-772, set./out. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690501>>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

RUNCIMAN, William; HIBBERT, Peter; THOMSON, Richard; SCHAAF, Tjerk Van Der; SHERMAN, Heather; LEWALLE, Pierre. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *International Journal for Quality in Health Care*, Maryland (EUA), v. 21, n. 1, p. 18-26, fev. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

SEMSA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura de Manaus. *Indicadores de saúde - cobertura da atenção básica e estratégia saúde da família no município de Manaus no período de 2011 a 2016*. 2016. Disponível em: <<http://semsa.manaus.am.gov.br/indicadores-da-saude>>. Acesso em: 30 de abr. 2017.

SEMSA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura de Manaus. *Plano municipal de saúde de Manaus 2014 – 2017*. 2013. Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/PMS-2014-2017_APROVADO_CMS_RESOL.096-DE-27.12.2013_COMPLETO.pdf>. Acesso em: 20 de mai. 2017.

SESHIA, S. S. et al. Gating the holes in the Swiss cheese (part I): Expanding professor Reason's model for patient safety. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v. 24, n. 1, p. 187-197, 2018.

SILVA, André Vasconcelos da; TSUKAHARA, Mariana Pirkel; NUNES, Neubher Fernandes. *Cultura organizacional: uma reflexão na perspectiva comportamental*. Brasília: Instituto Walden4, 2017.

SILVA, André Vasconcelos; TSUKAMARA, Mariana Pirkel; NUNES, Neubher Fernandes. *Cultura organizacional uma relexão na prescpectiva comportamental*. 1ª ed. Brasília, Instituto Walden4, 2017 85 p. ISBN: 978-85-65721-13-4.

SILVA, José Mendes da; CALDEIRA, Antônio Prates. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 95-108, mar./jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000100007>>. Acesso em 2 de mar. 2017.

SILVA, Ligia Maria V. da Silva; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar., 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n1/v10n1a09.pdf>>. Acesso em: 6 de abr. 2017.

SILVA, Natasha Dejigov Monteiro da; BARBOSA, Antonio Pires; PADILHA, Kátia Grillo; MALIK, Ana Maria. Segurança do paciente na cultura organizacional: percepção das lideranças de instituições hospitalares de diferentes naturezas administrativas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 490-497, mai./jun. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400016>>. Acesso em: 8 de mar. 2017.

SILVA, Rose Mary Costa Rosa Andrade; PEREIRA, Eliane Ramos; SANTO, Fátima Helena do Espírito; SILVA, Marcos Andrade. Cultura, saúde e enfermagem: o saber, o direito e o fazer crítico-humano. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 10, n. 4, p. 1.165-1.171, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a30.htm>>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

SILVA, Simone Albino; BAITELO, Tamara Cristina; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 979-987, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0489.2639>>. Acesso em: 19 de jun. 2017.

SILVA, T. de O. et al. O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa TT - Patient involvement in the safety of care: an integrative review. *Rev. eletrônica enferm*, v. 18, n. 1, p. 1–12, 2016.

SIMAN, Andréia Guerra; BRITO, Maria José Menezes. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v. 37, n. especial, p. 1-9, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>>. Acesso em: 27 de ago. 2017.

SORATTO, J. et al. Insatisfação No Trabalho De Profissionais Da Saúde Na Estratégia Saúde Da Família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 26, n. 3, p. 1–11, 2017.

SOUSA, Gutembergue Santos de; SILVA, Rodrigo Luís Ferreira da; XAVIER, Marília Brasil. Atributos da atenção primária em saúde no controle da hanseníase: ótica do enfermeiro. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 31, n. 1, p. 1-10, jan./mar. 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17251>>. Acesso em: 9 de abr. 2017.

STEIN, Airton Tetelbom. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 22, n. 1, p. 179-181, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a19.pdf>>. Acesso em: 9 de abr. 2017.

STEIN, James E; HEISS, Kurt. The Swiss cheese model of adverse event occurrence - closing the holes. *Seminars in Pediatric Surgery*, Califórnia (EUA), v. 24, n. 6, p. 278-282, dez. 2015. Disponível em: <[http://www.sempedsurg.org/article/S1055-8586\(15\)00093-1/pdf](http://www.sempedsurg.org/article/S1055-8586(15)00093-1/pdf)>. Acesso em: 8 de mar. 2017.

STEVANIN, S; BRESSAN, V; BULFONE, G; ZANINI, A; DANTE, A; PALESE, A. Knowledge and competence with patient safety as perceived by nursing students: the findings of a cross-sectional study. *Nurse Education Today*, Nova York (EUA), v. 35, n. 8, p. 926-934, ago. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.04.002>>. Acesso em: 16 de mar. 2017.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/10.pdf>>. Acesso em: 6 de abr. 2017.

TIMM, Márcia. *Adaptação transcultural do instrumento Medical Office Survey on Patient Safety Culture sobre segurança do paciente para Atenção Primária à Saúde*. 2015. 139 f. Dissertação, Mestrado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

TIMM, Márcia; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 26-37, jan./fev. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600005>>. Acesso em: 2 de fev. 2017.

TOMAZONI, Andréia; ROCHA, Patrícia Kuerten; KUSAHARA, Denise Miyuki; SOUZA, Ana Izabel Jatobá de; MACEDO, Taise Rocha. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 161-169, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

TOSOA, Greice Letícia; GOLLEB, Lidiane; MAGNAGOC, Tânia Solange Bosi de Souza; HERRB, Gerli Elenise Gehrke; LOROD, Marli Maria; AOZANEB, Fabiele; KOLANKIEWICZD, Adriane Cristina Bernat. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 37, n. 4, p. 1-8, dez. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.58662>>. Acesso em: 16 de mar. 2017.

TRAVASSOS, Claudia. Segurança do paciente/doente, o que é? Curso online - introdução à investigação sobre segurança do paciente/doente. World Health Organization, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/online_course_portuguese/en>. Acesso em: 12 de jan. 2017.

TRIER, H. et al. Involving patients in patient safety programmes: A scoping review and consensus procedure by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *European Journal of General Practice*, v. 21, n. March, p. 56-61, 2015.

TSAO, Kuojen; BROWNE, Marybeth. Culture of safety: a foundation for patient care. *Seminars in Pediatric Surgery*, Califórnia (EUA), v. 24, n. 6, p. 283- 287, dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2015.08.005>>. Acesso em: 8 de mar. 2017.

VEGRO, Thamiris Cavazzani; ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; CAMELO, Silvia Helena Henriques; GARCIA, Alessandra Bassalobre. Cultura organizacional de um hospital privado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 1-6, jun. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.49776>>. Acesso em: 02.03.2017.

VERTEL, Angélica del Carmen Cújar; PATERNINA, Carlos David Ramos; RIAÑO, Helman Enrique Hernández; PEREIRA, Jorge Mario López. Cultura organizacional: evolución en la medición. *Estudios Gerenciales*, Cali (Colombia), v. 29, n. 128, p. 350-355, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21229786009>>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

VIEIRA, Sonia – Bioestatística, Tópicos Avançados – Rio de Janeiro. 2.ed. – RJ: Elsevier, 2004.

VILELAS, J. M. da S.; JANEIRO, S. I. D. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, n. 1, p. 120–127, 2012.

VINCENT, Charles; AMALBERTI, Rene. *Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado*. Rio de Janeiro: Proqualis, 2016. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro%20-%20PDF.pdf>>. Acesso em: 8 de abr. 2017.

WEBAIR, H. H. et al. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Family Practice*, v. 16, n. 1, p. 1–9, 2015.

WEGNER, Wiliam; SILVA, Silvana Cruz; KANTORSKIL, Karen Jeanne Cantarelli; PREDEBON, Caroline Maier; SANCHES, Márcia Otero; PEDRO, Eva Neri Rubim. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jul./set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf>>. Acesso em: 16 de mar. 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Patient engagement: technical series on safer primary care*. Genebra (Suíça): World Health Organization; 2016. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/>. Acesso em: 8 de abr. 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World alliance for patient safety - forward programme 2008-2009*. Genebra (Suíça): World Health Organization, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf>. Acesso em: 16 de mar. 2017.

APÊNDICE

APÊNDICE A – DESCRIÇÃO DOS SETE PASSOS PARA PROMOVER A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, proposto pela *National Patient Safety Agency*¹

Passo	Definição	Estratégias
Passo - 1	Implantação da cultura de segurança	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboradores e organização aprendem com os erros; - Causas de incidentes estão relacionados a processos e não diretamente a pessoas; - Colaboradores compartilham informações de maneira aberta e justa;
Passo - 2	Ter uma gestão que apoia as equipes da APS	<ul style="list-style-type: none"> - A Liderança cria mecanismos que incentivam os funcionários a sugerir melhoras dos processos; - Liderança apoia a base em ações voltadas a segurança; - Organização promove capacitações em segurança do paciente; - Os incidentes são analisados de forma sistêmica e não pessoal;
Passo - 3	Integrar a gestão de risco as atividades cotidianas	<ul style="list-style-type: none"> - A equipe é capaz de identificar os maiores riscos existentes nas atividades cotidianas e estabelecer planos de ação; - Faz uso de taxonomia para classificar o tipo e gravidade dos incidentes; - Envolve a equipe nas estratégias de implementação de segurança;
Passo - 4	Promover o registro de incidentes	<ul style="list-style-type: none"> - Existe um sistema para se registrar incidentes com garantia de anonimato; - É feito uma análise dos registros de incidentes buscando acompanhar as intervenções propostas; - Cultura não punitiva;
Passo - 5	Envolver o paciente e comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver a comunidade promovendo encontros abertos sobre o tema Segurança do Paciente; - Criação de comitês Consultivos de Pacientes; - Os pacientes podem documentar seus feedback;
Passo - 6	Aprender e compartilhar com os erros	<ul style="list-style-type: none"> - Promove discussão entre a equipe de saúde baseada na análise dos incidentes visando promover o aprendizado; - Mantem encontros regulares junto às equipes, para refletir a qualidade da assistência;
Passo- 7	Implantar soluções para prevenir danos	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar e implementar planos de ação baseados na análise dos incidentes; - Utilizar tecnologias, quando apropriado, para reduzir riscos; - Envolver equipe e pacientes nas mudanças de processos necessárias.

¹ Construído a partir da conceituação teórica do autor referenciado.

APÊNDICE B – ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, proposto por
Starfield³

ATRIBUTO	DEFINIÇÃO
Atenção no primeiro contato	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionado à acessibilidade e utilização no que diz respeito a capacidade do usuário obter cuidados de saúde a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema. - Acessibilidade geográfica: reflete a distância entre a população e os recursos, podendo ser medida por distância, tempo de deslocamento, custo do transporte, entre outros condicionantes. - Acessibilidade organizacional: modo de organização dos serviços de saúde que pode influenciar no tempo de espera por consultas, exames e continuidade do tratamento. - Acessibilidade Sociocultural: conhecimento e percepção dos usuários relacionados ao seu processo saúde doença e como esses influenciam na utilização dos serviços de saúde.
Longitudinalidade	<ul style="list-style-type: none"> - Comparado com a continuidade do atendimento à saúde é referido como a existência de um aporte regular de cuidados à saúde em um ambiente de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.
Integralidade	<ul style="list-style-type: none"> - Primazia das ações de promoção e prevenção à saúde; - Abordagem integral dos indivíduos e das famílias; - Reconhecimento dos serviços de saúde dos problemas que causam as doenças e necessidades mais comuns da população descrita.
Coordenação	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionadas a aspectos administrativos que garantam a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde de forma que haja continuidade de atenção no interior da rede de serviços.
Orientação familiar e comunitária	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento de que a família e o contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem o paciente devem ser sujeitos de atenção à saúde.
Competência cultural	<ul style="list-style-type: none"> - Implica em reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem ser imperceptíveis devido às características culturais. - Relacionado a capacidade dos profissionais de saúde em compreender as diferenças culturais, a fim de prestar cuidados de qualidade por meio da aquisição de conhecimentos relacionados com as práticas de saúde de diferentes culturas.

Fonte: Oliveira; Pereira (2013); Fracolli et al., (2014); Lins; Soares; Coelho (2016).

APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO PARA USO DA VERSÃO BRASILEIRA DO MOSPSC

Pesquisa em Segurança do Paciente no Amazonas

Entrada x



Marcia Timm

Adic. a círc.



Mostrar detalhes



Mitsi Moisés <mitsi.moises@gmail.com>

para marcia.timm

17 de jan



Boa tarde Professora Márcia Timm,

Satisfação conhecê-la, ainda que por e-mail neste primeiro momento.

Me chamo Mitsi Moisés, sou mestranda em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Amazonas e estou procurando pesquisar sobre segurança do paciente na atenção primária a saúde. Li seu artigo "Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária de 2016", bem como a sua tese de dissertação do mestrado. Fiquei interessada em saber mais sobre a adaptação que desenvolveste do instrumento Medical Office Suvery on Patient Safety Culture. Já esta validada?Podemos utiliza-la em nossos estudos no Amazonas?

Gostaríamos de manter contato, se possível.

Atenciosamente,

...



Marcia Timm <marcia.timm@gmail.com>

para mim

23 de jan



Prezada Mitsi agradecemos o contato e a apreciação do estudo, autorização concedida.

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM COM

ASSOCIAÇÃO AMPLA COM A UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o (a) Sr (a) para participar da pesquisa **“CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MANAUS”** sob a responsabilidade da pesquisadora, mestranda, Mitsi Silva Moisés, localizada no endereço institucional: Rua Teresina, 495 – Adrianópolis, sala 15, Manaus/AM, pelo telefone (92) 33051181/Ramal 2003 ou pelo e-mail: ppgenf@ufam.edu.br. A presente pesquisa será coordenada pelo Prof. Dr. David Lopes Netto, do Curso de Mestrado em Enfermagem/ PPGEnf/UFAM, lotado no endereço institucional: Rua Teresina, 495 – Adrianópolis, sala 15, Manaus/AM, pelo telefone (92) 33051181/Ramal 2003 ou pelo e-mail: ppgenf@ufam.edu.br. Caso aceite fazer parte da pesquisa, assine ao final deste documento, que tem duas vias, sendo que uma das vias é sua e a outra é do pesquisador responsável.

É objetivo desse estudo avaliar a cultura de segurança do paciente entre equipe multidisciplinar na Estratégia Saúde da Família de Manaus, bem como levantar as situações relacionadas a segurança do paciente e qualidade, comunicação organizacional e aspectos gerenciais e de liderança.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa poderão ser oriundos de uma auto-reflexão sobre os processos de trabalho, podendo levar a sentimentos de ansiedade, desconforto ou medo de que suas respostas possam vir a ser reveladas para seus gestores. Caso você venha a sentir algo dentro desses padrões, comunique ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências como pausa imediata da aplicação do questionário e, se necessário, encaminhamento para atendimento médico e ou apoio emocional e psicológico, sem ônus ao senhor (a). Você terá direito a ressarcimentos relacionados a transporte e alimentação decorrentes de gastos para a participação na pesquisa. Além disso, é previsto também o ressarcimento decorrente de danos relacionados com a sua participação na pesquisa conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, IV.3. h,IV.4c e V.7,

que fica assegurado ao sr. (a) o direito a indenizações e cobertura material para reparação a possível dano, causado pela pesquisa.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração pela colaboração com a pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Caso decida aceitar o convite sua participação na pesquisa se dará por meio de resposta a dois questionários: um sobre as suas condições socioeconômicas e outro para avaliar a cultura de segurança do paciente. A entrevista será feita no seu ambiente de trabalho e precisaremos de cerca de "30 minutos" da sua atenção. Os questionários respondidos pelo Sr. (a) serão transcritos e armazenados, em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos a pesquisadora e seu orientador.

Se você aceite participar da pesquisa, estará contribuindo para o conhecimento e identificação sobre o perfil da cultura de segurança do paciente entre os profissionais das unidades de ESF no município de Manaus, o que poderá cooperar para o desenvolvimento de ações retornadas para o fortalecimento de uma prática assistencial que previne a ocorrência de incidentes, visando a segurança do profissional, paciente e familiares.

Todas as informações coletadas serão guardadas em sigilo e todo o material será utilizado para publicação em eventos e/ou revistas científicas.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora **Mitsi Silva Moisés**. Endereço: Rua Teresina, 495, Manaus-AM, Telefone (92) 991360120. Se você tiver perguntas com relação aos seus direitos como participantes do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, na Escola de Enfermagem na sala 07, na rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, pelo telefone (92) 3305-1181 Ramal 2004 ou pelo e-mail: cep@ufam.edu.br.

O Comitê de Ética e Pesquisa tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade bem como, contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos

direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Consentimento Pós-Informação

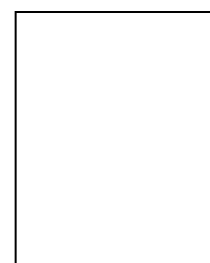
Eu, _____, declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da presente pesquisa. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Manaus, _____ de _____ de 2017.

Participante da Pesquisa

Pesquisadora Responsável

Orientador da Pesquisa



Impressão
datiloscópica do
participante da
pesquisa

ANEXO

ANEXO A – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Erro	<ul style="list-style-type: none"> • Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. • Definido como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. • Erros são, por definição, não-intencionais, enquanto violações são intencionais, embora raramente maliciosas, e podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos.
Incidente	<ul style="list-style-type: none"> • Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. • Incidentes podem ser oriundos de atos não-intencionais ou intencionais
<i>Near miss</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Incidente que não atingiu o paciente (Ex. Penicilina iria ser administrada no paciente errado e este fato foi detectado antes da administração do medicamento). Sem erro.
Incidente sem dano	<ul style="list-style-type: none"> • O evento atingiu o paciente, mas não causou dano discernível (Por exemplo: penicilina foi administrada na dose errada daquela prescrita, mas nada acontece com o paciente).
Incidente com dano (evento adverso)	<ul style="list-style-type: none"> • Incidente que resulta em dano ao paciente (Penicilina foi administrada no paciente e este desenvolve um choque anafilático).

Fonte: Runciman et al. (2009) (*Tradução livre*).

ANEXO B – INSTRUMENTO DE PESQUISA

PESQUISA SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA

INSTRUÇÕES DA PESQUISA

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

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

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

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

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

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

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

Equipamento

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

Diariamente	Pelo menos uma vez na semana	Pelo menos uma vez ao mês	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não aconteceu nos últimos 12 meses	Não se aplica ou Não sei
-------------	------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	--	------------------------------------	--------------------------

₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₉

Medicamento

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

₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₉

₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₉

Diagnósticos & Testes

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

₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₉

₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₉

₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₉

SEÇÃO B: Troca de informações com outras instituições

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

1. Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde?

Problemas Diariamente	Problema pelo menos uma vez na semana	Problema pelo menos uma vez ao mês	Vários problemas nos últimos 12 meses	Um ou dois problemas nos últimos 12 meses	Nenhum problema nos últimos 12 meses	Não se aplica ou Não sei
-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	---	--------------------------------------	--------------------------

₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₉

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

SEÇÃO C: Trabalhando *neste* serviço de saúde

Quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações?

	Discordo Totalmente ▼	Discordo ▼	Não Concordo nem Discordo ▼	Concordo ▼	Concordo Totalmente ▼	Não se aplica ou Não sei ▼
1. Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
4. Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
5. Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
6. Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
7. Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
8. Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

Quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações?

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

SEÇÃO D: Comunicação e Acompanhamento

Com que frequência os fatos a seguir ocorrem neste serviço?

	Nunca ▼	Raramente ▼	Às vezes ▼	Quase sempre ▼	Sempre ▼	Não se aplica ou Não sei ▼
1. Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

Com que frequência os fatos a seguir ocorrem neste serviço?

	Nunca ▼	Raramente ▼	Às vezes ▼	Quase sempre ▼	Sempre ▼	Não se aplica ou Não sei ▼
4. Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
5. Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
6. Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
7. A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
8. A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
9. Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
10. Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
11. Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
12. Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

SEÇÃO E: Apoio de gestores/administradores/líderes

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

₁ Sim → Vá para a seção F

₂ Não → Continue a seguir

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

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

SEÇÃO F: Seu serviço de Saúde

Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações?

	Discordo Totalmente ▼	Discordo ▼	Não Concordo nem Discordo ▼	Concordo ▼	Concordo Totalmente ▼	Não se aplica ou Não sei ▼
1. Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveriam.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
4. É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
5. Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações?

	Discordo Totalmente ▼	Discordo ▼	Não Concordo nem Discordo ▼	Concordo ▼	Concordo Totalmente ▼	Não se aplica ou Não sei ▼
6. Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
7. Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

SEÇÃO G: Avaliação Global

Avaliação global da qualidade

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

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

Avaliação Geral – em Segurança do Paciente

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

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

SEÇÃO H: Questões sobre a prática profissional

1. Há quanto tempo você trabalha neste serviço?

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. 1 a 4 horas por semana | <input type="checkbox"/> d. 25 a 32 horas por semana |
| <input type="checkbox"/> b. 5 a 16 horas por semana | <input type="checkbox"/> e. 33 a 40 horas por semana |
| <input type="checkbox"/> c. 17 a 24 horas por semana | <input type="checkbox"/> f. 41 horas por semana ou mais |

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

- a. Médico
- b. Enfermeiro
- c. Gerência
- Administrador
 - Gerente de Enfermagem
 - Gerente de Laboratório
 - Outro gerente _____
- d. Equipe administrativa
- | | |
|---------------------|-------------------------------------|
| ▪ Registros médicos | ▪ Recepcionista |
| ▪ Recepção | ▪ Outro cargo administrativo: _____ |
- e. Técnico de Enfermagem
- f. Outro pessoal clínico:
- | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------|
| ▪ Técnico em Laboratório | ▪ Fisioterapeuta | ▪ Nutricionista |
| ▪ Técnico em Saúde bucal | ▪ Psicólogo | ▪ Terapeuta ocupacional |
| ▪ Odontólogo | ▪ Agente comunitário de saúde | |
| ▪ Farmacêutico | | |
| ▪ Assistente social | | |
| ▪ Outra função. Por favor, especifique: _____ | | |

SEÇÃO I: Seus Comentários

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

SEÇÃO J: Caracterização Sócio demográfica dos profissionais

1. Sexo: _____

Feminino Masculino

2. Idade (em anos): _____

3. Estado civil:

Solteiro Caso/ união estável Viúvo divorciado/separado

4. Profissão: _____

5. Formação complementar:

Pós-médio (educação profissional): especificar: _____

Ensino Superior completo (especificar): _____

Especialista (especificar): _____

Mestrado (especificar): _____

Doutorado (especificar): _____

Outros cursos: _____

Para profissionais que exercem a profissão em nível técnico ou agentes comunitários de saúde responder as questões abaixo.

6. Quanto tempo (em anos completos) frequentou a escola? _____

7. Qual a última série do ensino cursou?

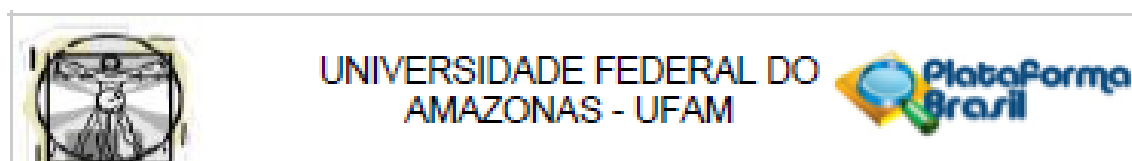
Ensino básico

Ensino médio

Ensino superior

OBRIGADO POR COMPLETAR ESTA PESQUISA

ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cultura de Segurança do Paciente na Estratégia Saúde da Família no Município de Manaus

Pesquisador: MITSY SILVA MOISÉS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 73569017.6.0000.5020

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Manaus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.275.598

Apresentação do Projeto:

Resumo:

Introdução: A cultura de segurança do paciente compreende valores, crenças, atitudes e competências que são compartilhadas entre organizações

de saúde e profissionais visando a promoção de cuidado seguro. Configura-se como uma temática que vem sendo incorporada de maneira

crescente nas discussões estratégicas das instituições de saúde por ser um dos aspectos fundamentais na prevenção de incidentes, visando a

segurança do profissional, do paciente e de seus familiares. A Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como um modelo de assistência à

saúde prioritário no cenário de saúde brasileiro, logo desenvolver pesquisas que permitam ampliar discussões em torno de cuidados primários

acessíveis e seguros é essencial para alcançar a cobertura universal de saúde. **Objetivo:** Avaliar a cultura de segurança do paciente entre os

membros da equipe multiprofissional da ESF dos Distritos Sanitários de Saúde do Município de Manaus.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa

descritiva transversal com abordagem avaliativa utilizando-se do Instrumento "Medical Office

Endereço: Rua Teresina, 405

Bairro: Adrianópolis

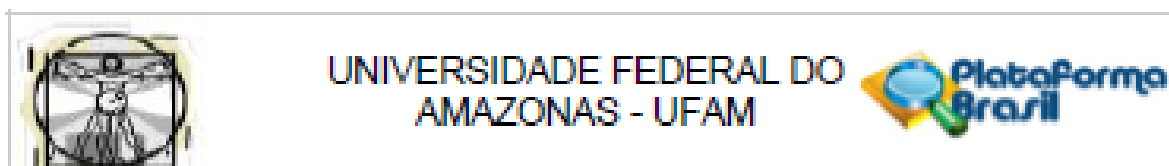
UF: AM

Telefone: (02)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.275.590

Survey on Patient Safety Culture" (MOSPSC). Esse instrumento é dirigido especificamente a atenção primária à saúde com a proposta de avaliar a cultura de segurança do paciente em um ambiente de trabalho em equipe no qual coexistam pelo menos três grupos de profissionais distintos. Os dados gerados a partir da aplicação do instrumento serão apresentados por meio de estatística descritiva a partir da determinação de medidas de tendência central, medidas de variabilidade e verificação de significância quanto a comparação de categorias de variáveis do estudo. Resultados esperados: Os resultados dessa pesquisa permitirão identificar nos cenários da ESF no Município de Manaus a presença e extensão de uma cultura voltada à segurança do paciente possibilitando, desenvolver aplicações eficazes para fortalecer atitudes e comportamentos de redução de danos, favorecendo a assistência segura na ESF. Palavras Chave: Segurança do Paciente. Cultura de Segurança do Paciente. Atenção Primária à Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a cultura de segurança do paciente entre os membros da equipe multiprofissional da ESF dos Distritos Sanitários de Saúde do Município de Manaus.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a situação sociodemográfica dos participantes do estudo.
- Levantar a percepção da equipe multiprofissional da ESF sobre a cultura de segurança do paciente e qualidade no cuidado por meio das dimensões propostas no instrumento "Medical Office Survey on Patient Safety Culture" (MOSPSC).
- Comparar as dimensões da cultura de segurança do paciente entre os membros da equipe multiprofissional da ESF dos Distritos Sanitários de Saúde do Município de Manaus.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos apresenta riscos. No presente estudo, por tratar-se de aplicação de questionário,

Endereço: Rua Teresina, 405

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

Município: MANAUS

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 3.275.590

acredita-se que estes possam ser associados ao aspecto psicoemocional, oriundos da autorreflexão sobre os processos de trabalho, podendo levar a sentimentos de ansiedade, desconforto ou medo de que suas respostas venham a ser reveladas para seus gestores. A pesquisadora irá minimizar riscos de possíveis desconfortos ou constrangimentos por meio da garantia da privacidade no momento da coleta com a presença apenas do pesquisador e participante da pesquisa; esclarecendo qualquer dúvida que venha ter sobre as perguntas do questionário, sendo lhe dado total liberdade para não responder aquelas que lhe parecer inoportuna; aplicando o questionário de forma clara e objetiva, garantindo que, em hipótese alguma, seu nome será associado as respostas do questionário. Em caso de qualquer intercorrência ou desconforto a pesquisa será imediatamente interrompida, quando necessário será realizado encaminhamento do participante da pesquisa para atendimento médico ou de apoio emocional e psicológico para que as medidas cabíveis sejam tomadas (acompanhamento e/ou tratamento), tendo o direito a assistência integral gratuita a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo pelo tempo necessário para reparação do dano, bem como o ressarcimento de eventuais despesas. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizado conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, IV.3. h, IV.4c e V.7. Reservando portanto, o direito a indenização para reparação de eventuais danos causados pela pesquisa.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, destaca-se que, por meio deste estudo, os participantes da pesquisa contribuirão para a identificação sobre o perfil da cultura de segurança do paciente entre os profissionais das unidades de ESF/DISA do município de Manaus, podendo perceber e adotar condutas que fortaleçam as medidas de prevenção de incidentes nas unidades de saúde, visando a segurança do profissional, paciente e familiares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

Pesquisa descritiva transversal com abordagem avaliativa a ser realizada no cenário das Unidades

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1151

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.075.500

Básicas de Saúde/ Distritos de Saúde do

Município de Manaus-Amazonas.O estudo será desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde, denominadas pela Secretaria Municipal de Saúde de

Manaus de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS-F). Será incluído como amostra da população da pesquisa as equipes da ESF de cada

DISA que estiverem completas com médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgiões dentistas, auxiliares ou técnicos em saúde

bucal e agentes comunitários, no período da coleta de dados. Inicialmente, será determinado amostra representativa da população de estudo para

cada categoria profissional de cada DISA. Esse tamanho da amostra será dividido proporcionalmente para cada equipe da ESF. Para tanto, utilizar-se-

á da técnica de amostragem por conglomerados, com margem de 95% de confiança e 5%. O cálculo da amostra significativa por categoria

profissional foi embasado em relatório fornecido pelo Departamento da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, tendo como referência o

período de janeiro a março de 2017. Para a coleta de dados será aplicado o instrumento intitulado "Medical Office Survey on Patient Safety Culture"

(MOSPSC) que é dirigido especificamente a atenção primária à saúde com a proposta de avaliar a cultura de segurança do paciente. A escolha do

MOSPSC para mensuração da cultura de segurança do paciente em UBS-F deu-se pelo fato desse instrumento ter sido traduzido e adaptado

culturalmente para o Brasil. A primeira etapa para iniciar a coleta de dados nas unidades de saúde será a realização de reunião com a gerência de

cada unidade para explicar os objetivos do estudo, bem como as etapas técnicas para a realização da pesquisa. Será solicitada da SEMSA lista

atualizada de todos os profissionais da ESF que estão ativos e suas respectivas lotações no período da coleta de dados. Em seguida, realizar-se-á

sorteio dos profissionais de saúde e averiguação dos critérios de inclusão e exclusão no estudo.Nos casos em que o profissional sorteado não for

encontrado nas unidades em duas visitas consecutivas, em dias e horários diferentes, ou quando o mesmo referir não querer participar da pesquisa

será realizado novo sorteio com inclusão de outro participante desde que, da mesma categoria profissional. Os dados gerados a partir da aplicação

Endereço: Rua Teresina, 405

Bairro: Adrianópolis

CEP: 66.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (02)3305-1161

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.275.090

do instrumento da versão brasileira do MOSPSC serão apresentados por meio de estatística descritiva. Todas as variáveis do estudo serão descritas a partir da determinação de medidas de tendência central e medidas de variabilidade. Além disso, as variáveis relacionadas aos constructos de segurança do paciente por serem consideradas qualitativas serão submetidas, também, à verificação de significância quanto a comparação entre categorias de variáveis do estudo, possibilitando, medir o grau de discrepância entre um conjunto de frequências observadas e o conjunto de frequências esperadas (Teste Qui-quadrado de Pearson). As informações e dados obtidos da pesquisa serão digitados por pares em banco de dados construído no software SPSS – Statistical Package for Social Sciences versão 2.1 com a finalidade de possibilitar a dupla checagem e validação dos dados. Será calculado o percentual de respostas positivas para cada um dos itens das doze dimensões em segurança do paciente, bem como o percentual global em cada dimensão. Esse percentual será calculado utilizando-se a seguinte fórmula: % de respostas positivas da dimensão X = $(A/B) \times 100$. Por legenda tem-se: A = número de respostas positivas aos itens da dimensão ou à dimensão X; B = número total de respostas válidas aos itens da dimensão X ou à dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes). (Maiores informações, vide Projeto de Pesquisa original anexo)

Critério de Inclusão:

- Estar lotado em DISA da capital no período da coleta de dados.
- Possuir vínculo empregatício de mais de 03 meses com a SEMSA/Manaus.
- Trabalhar, pelo menos, 20h semanais nas ESF/DISA/SEMSA/Manaus.
- Desenvolver atividade assistencial ou gerencial.

Critério de Exclusão:

- Estiverem ausentes da Instituição durante o período de coleta dos dados em decorrência de férias ou licenças.
- Não tenham disponibilidade de tempo e de interesse para participar da pesquisa.
- Estar lotado no DISA Rural.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: ADEQUADO

Endereço: Rua Teresina, 405

Bairro: Adrianópolis

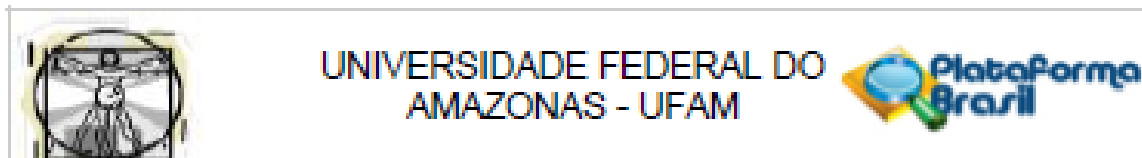
UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.275.590

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, somos de parecer pela **APROVAÇÃO** do projeto, pois a pesquisadora atendeu as determinações da Res. 466/12

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_952314.pdf	28/08/2017 16:28:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/08/2017 16:26:02	MITSI SILVA MOISÉS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.docx	28/08/2017 16:25:30	MITSI SILVA MOISÉS	Aceito
Outros	Termo_de_anuenci.pdf	12/07/2017 22:45:54	MITSI SILVA MOISÉS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	12/07/2017 22:30:59	MITSI SILVA MOISÉS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 14 de Setembro de 2017

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 405

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com