

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE NA PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES

Lilian Louzada Macedo¹ 

Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad² 

Ana Maria Rigo Silva¹ 

Edmarlon Giroto¹ 

¹Universidade Estadual de Londrina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Londrina, Paraná, Brasil.

²Universidade Estadual de Londrina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Londrina, Paraná, Brasil.

RESUMO

Objetivo: caracterizar a segurança do paciente segundo a percepção dos trabalhadores da atenção primária à saúde em município de grande porte do Paraná.

Método: estudo de delineamento transversal, em que foram coletadas informações, por meio do instrumento “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”, sendo este autorrespondido por trabalhadores de saúde atuantes na atenção primária, nos meses de abril a junho de 2017. Para análise de dados utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences*.

Resultados: detectou-se que quanto à frequência de problemas relacionados à segurança do paciente e qualidade do cuidado, destacaram-se com maior frequência diária o “prontuário/registro do paciente estar indisponível quando necessário” e “paciente não conseguir uma consulta em até 48 horas considerado para um problema sério ou agudo”. Sobre o apoio de gestores/administradores/líderes, a frequência geral de respostas positivas foi de apenas 38,4%. A seção sobre avaliação global de segurança apresentou o maior percentual geral de respostas positivas (79,0%). Trabalhadores atuantes na região sul do município em estudo apresentaram pior avaliação sobre o processo de trabalho, comunicação, acompanhamento e apoio do gestor (45,5%, 61,6% e 29,3% de respostas positivas, respectivamente).

Conclusão: conclui-se que há necessidade de fortalecer a cultura de segurança do paciente nesse nível de atenção, fortalecendo e valorizando a atuação de todos os trabalhadores, com a intensificação da educação permanente e do uso de tecnologias leves.

DESCRITORES: Segurança do paciente. Atenção primária à saúde. Cultura organizacional. Pessoal de saúde. Avaliação de processos e resultados.

COMO CITAR: Macedo LL, Haddad MCFL, Silva AMR, Giroto E. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde em município de grande porte na percepção de trabalhadores. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso MÊS ANO DIA]; 29:e20180410. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0410>

CULTURE OF PATIENT SAFETY IN PRIMARY HEALTH CARE IN A LARGE MUNICIPALITY IN THE PERCEPTION OF WORKERS

ABSTRACT

Objective: to characterize patient safety according to the perception of primary health care workers in a large city in Paraná.

Method: cross-sectional study, in which information was collected using the “Research on Patient Safety Culture for Primary Care” instrument, which was self-answered by health workers working in primary care, from April to June 2017. The Statistical Package for the Social Sciences program was used for data analysis.

Results: it was found that as for the frequency of problems related to patient safety and quality of care, the “medical record/patient record being unavailable when needed” and “patient not getting an appointment within 48 hours was considered as a serious or acute problem”. Regarding the support of managers/administrators/leaders, the overall frequency of positive responses was only 38.4%. The section on global safety assessment showed the highest overall percentage of positive responses (79.0%). Workers in the southern region of the municipality under study had a worse assessment of the work process, communication, monitoring and manager support (45.5%, 61.6% and 29.3% of positive responses, respectively).

Conclusion: it is concluded that there is a need to strengthen the culture of patient safety at this level of care, strengthening and valuing the performance of all workers, with the intensification of permanent education and the use of soft technologies.

DESCRIPTORS: Patient safety. Primary health care. Organizational culture. Health personnel. Evaluation of processes and results.

CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN UN GRAN MUNICIPIO EN LA PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES

RESUMEN

Objetivo: caracterizar la seguridad del paciente según la percepción de los trabajadores de atención primaria de salud en una gran ciudad de Paraná.

Método: estudio transversal, en el que se recopiló información, mediante el instrumento “Investigación en Cultura de Seguridad del Paciente en Atención Primaria”, que fue auto-contestado por los trabajadores de salud interinos en atención primaria, de abril a junio de 2017. Para el análisis de datos, utilizamos el Paquete Estadístico para el programa de Ciencias Sociales.

Resultados: Se encontró que con respecto a la frecuencia de problemas relacionados con la seguridad del paciente y la calidad de la atención, se destacaron con mayor frecuencia la “historia clínica / historia del paciente que no está disponible cuando es necesario” y “el paciente no acude a una cita en 48 horas”. por un problema grave o agudo”. Con respecto al apoyo de gerentes / administradores / líderes, la frecuencia general de respuestas positivas fue solo del 38,4%. La sección sobre evaluación de la seguridad global mostró el porcentaje general más alto de respuestas positivas (79,0%). Los trabajadores que laboran en la región sur del municipio en estudio tuvieron una peor valoración del proceso de trabajo, comunicación, seguimiento y apoyo del gerente (45,5%, 61,6% y 29,3% de respuestas positivas, respectivamente).

Conclusión: Se concluye que existe la necesidad de fortalecer la cultura de seguridad del paciente en este nivel de atención, fortaleciendo y valorando el desempeño de todos los trabajadores, con la intensificación de la educación permanente y el uso de tecnologías ligeras.

DESCRIPTORES: Seguridad del paciente. Primeros auxilios. Cultura de la organización. Personal sanitario. Evaluación de procesos y resultados.

INTRODUÇÃO

Os problemas relacionados ao cuidado com a segurança do paciente tiveram destaque com o relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, intitulado “*Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro (To Err is human: Building a safer health system)*”, em 1999. Conforme aponta este relatório,¹ 44.000 a 98.000 pacientes morriam, anualmente, nos EUA, devido aos danos sofridos durante a assistência hospitalar, números superiores às mortes por acidentes automobilísticos, câncer de mama e síndrome da imunodeficiência adquirida.

Na assistência hospitalar, avanços foram identificados nas últimas duas décadas, dentre eles estão a instituição de núcleos de segurança do paciente (NSP) - organizações que apoiam os estabelecimentos de saúde hospitalares na formulação de iniciativas promotoras da segurança do paciente,² avanços no desenvolvimento de estudos e na ampliação da discussão sobre o tema nesse ponto de atenção. A partir desses avanços alcançados na assistência hospitalar, têm sido delimitadas ações que beneficiam a cultura de segurança do paciente e previnem eventos causadores de danos à saúde.³⁻⁵ Já na atenção primária à saúde (APS) a temática da segurança do paciente pode ainda denotar estranhamento aos trabalhadores, e sua aplicabilidade e sentido não estão tão evidentes, apesar deste ponto de atenção ser a porta de entrada do usuário ao sistema único de saúde e conter grande parte das ações em saúde.

Apesar do menor avanço quanto à segurança do paciente na APS, erros também ocorrem nesse nível de assistência.⁶ De acordo com estudo realizado,⁷ com população assistida na atenção primária, a maioria dos pacientes que sofreram eventos adversos durante a assistência apresentaram danos permanentes à saúde. Isso demonstra que os eventos adversos que ocorrem nesse ponto de atenção também apresentam potencial para danos graves. Assim, é de grande importância que se sustente uma cultura de segurança nestes pontos de atenção à saúde, entendendo-se que a cultura de segurança consiste na observação e execução de normas, tradições, valores, crenças que dizem respeito à segurança do paciente, o que, pode influenciar diretamente na prática profissional, bem como determina o manejo de atitudes que promovam ou não a segurança durante a assistência.⁸⁻⁹ Estudos e organizações nacionais e internacionais consideram que o conhecimento da existência ou não, a construção, e a aferição da cultura de segurança do paciente em uma instituição de saúde são muito importantes para que se estabeleçam atitudes seguras.¹⁰⁻¹¹

Revisão sistemática publicada em 2014 sobre a segurança do paciente na atenção primária identificou 33 artigos publicados, nenhum originado de pesquisas brasileiras.¹² Em anos subsequentes raros estudos no Brasil que tratam desse assunto foram realizados. Estudo realizado em uma baixada litorânea do Estado do Rio de Janeiro identificou que os erros mais frequentes na APS eram os administrativos, de comunicação e no tratamento à saúde.⁷ Tal resultado demonstra a ocorrência de erros que podem ser manejados a partir da instituição da cultura de segurança nesse ponto de atenção à saúde. Em estudo realizado com 96 profissionais da estratégia de saúde da família do município de Florianópolis-SC, dentre eles enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários, as atitudes relacionadas à segurança do paciente que se apresentaram mais significativas para a cultura de segurança foram “cultura do trabalho em equipe”, “condições de trabalho”, “comunicação e gerência do centro de saúde”.⁹

Nesse contexto, identifica-se a importância de estudos que abordem a percepção dos trabalhadores quanto à segurança do paciente na atenção primária. Assim, o objetivo deste estudo é caracterizar a segurança do paciente segundo a percepção dos trabalhadores da atenção primária à saúde em município de grande porte do estado do Paraná.

MÉTODO

Foi realizado estudo transversal e descritivo, de natureza quantitativa, com trabalhadores da APS de um município de grande porte do estado do Paraná. O município localiza-se na região norte do estado e, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2017, apresentava cerca de 550 mil habitantes.¹³ Nesse período, o município contava com 54 Unidades de Saúde da Família (USF), 42 localizadas na área urbana.

Este artigo respeitou a todos os preceitos éticos constantes na Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Cada participante do estudo foi devidamente orientado quantos aos objetivos da pesquisa e, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordância em participar da pesquisa, o profissional foi orientado a assinar o mesmo.

A população de estudo foi composta por todos os trabalhadores atuantes nas Unidades de Saúde da Família (USF) da área urbana do município (n=1.231), independentemente da função que exerciam, porém com atuação fixa e contínua na Unidade e equipe de saúde, e inserção sólida no processo de trabalho da unidade. Foram excluídos os trabalhadores que atuavam nas USF com atendimento de 16 horas diárias, e, ainda, os integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esse critério foi utilizado por entender que os trabalhadores das USF citadas podem apresentar fragilidade no vínculo profissional-usuário e profissional-profissional, considerando a atuação pontual de plantonistas ou de trabalhadores do NASF e pelo fluxo e quantidade de atividades se distinguirem das demais USF. Além disso, os últimos atuam em várias USF, o que os faz direcionar menor tempo de convivência entre usuários e equipe. O estudo foi caracterizado como um censo de trabalhadores das USF, pois todos foram incluídos no estudo, com exceção dos critérios de exclusão pré-definidos.

Foram excluídos também os trabalhadores responsáveis por serviços gerais, devido ao menor vínculo que demonstraram possuir com a equipe de saúde, pois são, em sua grande parte, trabalhadores terceirizados, e devido ao menor vínculo com os pacientes quando comparados aos demais trabalhadores das USF. Estas exclusões visaram garantir que os respondentes conhecessem suficientemente a unidade e o processo de trabalho em que estão inseridos, para que fornecessem respostas de qualidade.¹⁴

Para a coleta de dados foi utilizado questionário autorrespondido, o qual, além de questões que abordavam a segurança do paciente, continham informações sobre características sociodemográficas do entrevistado. Foi utilizado o instrumento “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária” (*MOSPSC - Medical Office Survey on Patient Safety Culture*),¹⁵ formulado em 2007, nos Estados Unidos da América, pela *Agency for Health Care Research and Quality, AHRQ*, e traduzido, adaptado e validado para a atenção primária no Brasil em 2015.¹⁶ Esse instrumento aborda situações que influenciam a segurança do paciente e percepções dos trabalhadores quanto à aplicação da mesma na prática do serviço. Os aspectos investigados nesse instrumento dizem respeito à segurança do paciente e qualidade do cuidado; troca de informações com outras instituições; processo de trabalho no serviço de saúde; comunicação e acompanhamento; apoio dos coordenadores do serviço; características do serviço de saúde de atuação; e avaliação global da segurança do paciente.¹⁶

Foi realizado um estudo piloto em duas USF de um município de médio porte localizado próximo ao município em estudo. Tais USF foram selecionadas por apresentarem todas as características requeridas para a população-alvo, sendo que o único impedimento para que compusessem a amostra do estudo foi o fato de não pertencerem ao município pesquisado. O estudo piloto permitiu avaliar a aplicabilidade do instrumento e a estratégia a ser utilizada durante a coleta de dados.

As variáveis deste estudo foram: sociodemográficas e de trabalho (faixa etária, sexo, escolaridade, capacitação em segurança do paciente, outro vínculo empregatício, tempo de trabalho na USF, carga horária semanal no serviço, categoria profissional e região em que se localiza a USF); variáveis sobre cultura de segurança do paciente, contidas no instrumento “Pesquisa sobre Cultura de

Segurança do Paciente para Atenção Primária”, anteriormente citadas. Quanto à seção do instrumento que diz respeito ao “apoio de gestores/administradores/líderes” foi explicado aos participantes da pesquisa que por gestores/administradores/líderes entendia-se os profissionais coordenadores das USF, os quais não responderam esta seção.

A coleta de dados foi realizada nas dependências das USF. Para isso, os autores contataram inicialmente as coordenações das unidades para acordar detalhes da pesquisa, por e-mail ou telefone. Devido ao insucesso nas tentativas de contato individualizado com algumas coordenadoras optou-se por participar de uma reunião com todas elas para informá-las sobre o objetivo da pesquisa e o processo de coleta de dados. Após esta reunião, decidiu-se realizar a coleta de dados sem um agendamento prévio de dia e horário. Quando não foi possível a aplicação dos questionários no mesmo dia a todos os trabalhadores, as pesquisadoras retornaram em dias posteriores para a coleta. A aplicação dos instrumentos foi realizada pela primeira autora e uma enfermeira, devidamente capacitada, que também participou ativamente do estudo piloto.

Houve cinco diferentes tipos de abordagens aos trabalhadores para a realização da coleta de dados, sendo que esta variação de estratégias foi proveniente da solicitação das coordenadoras das USF, e também necessária para garantir maior taxa de respostas e viabilização operacional da pesquisa.

No primeiro tipo de abordagem os questionários foram entregues, individualmente, aos trabalhadores após explicação de preenchimento, e recolhidos no mesmo dia. No segundo tipo, os questionários foram entregues pelas pesquisadoras aos participantes, após explicação individual de preenchimento, sendo deixados em envelopes separados para a devolução dos instrumentos, e termos de consentimento preenchidos com as coordenadoras das USF, que orientaram os participantes da pesquisa que os arquivassem nos respectivos envelopes, com posterior agendamento de uma data para o recolhimento dos mesmos. No terceiro tipo de coleta os questionários foram entregues aos participantes da pesquisa após explicação de preenchimento, em reunião de equipe, e recolhidos no mesmo dia. No quarto tipo os questionários também foram entregues em reunião de equipe e recolhidos os envelopes com os questionários respondidos em data agendada com coordenadora.

No quinto e último tipo de coleta os questionários foram entregues às coordenadoras, sendo feitas as orientações de preenchimento e solicitado que as mesmas as repassassem aos funcionários, e estas se responsabilizaram de entregar os questionários aos trabalhadores e orientá-los a arquivar os questionários e termos preenchidos nos respectivos envelopes, que foram recolhidos em data agendada. Também foi solicitado o número de funcionários às coordenadoras no dia da coleta, o que proporcionou a identificação dos ausentes, para que fossem realizadas duas visitas posteriores para a busca destes trabalhadores.

As informações obtidas por meio dos instrumentos de coleta de dados foram duplamente digitadas, por distintos pesquisadores, em planilha criada no programa Excel para Windows, versão 2013. Ambos os arquivos foram comparados no programa Epi Info, versão 3.5.4 para Windows, e os dados discrepantes corrigidos após consulta aos formulários. O processamento e análise dos dados foram realizados utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 19.0, para Windows.

A descrição da população de estudo foi realizada apresentando-se a frequência e medidas de tendência central, de acordo com a característica da variável. Para as seções A e B (segurança do paciente e qualidade do cuidado; troca de informação com outras instituições) do instrumento *MOSPSC* foram apresentadas as frequências das respostas dadas pelos participantes da pesquisa. Para a seção A as categorias de análise foram: diariamente, pelo menos uma vez na semana, uma vez ao mês ou menos, e não aconteceu nos últimos 12 meses. A seção B teve as categorias problemas diariamente, problemas pelo menos uma vez na semana, problemas uma vez ao mês ou menos, e nenhum problema nos últimos 12 meses.

Quanto às seções C a G (processo de trabalho no serviço de saúde; comunicação e acompanhamento; apoio dos gestores/administradores/líderes; características do serviço de saúde de atuação; avaliação global), foram calculadas as porcentagens de respostas positivas de cada seção e apresentadas segundo as regiões das USF do município (norte, sul, centro, leste e oeste). Destaca-se que os coordenadores de USF não respondiam questões da seção E. Para o cálculo das respostas positivas e classificação das mesmas, por seção, em positivas, neutras e negativas, foram estabelecidos os seguintes critérios:

- Foram classificadas como positivas as seções do questionário e respostas por profissional que resultaram em 75% ou mais de respostas positivas;
- Foram classificadas como neutras as seções do questionário e respostas por profissional que resultaram em menos de 75% e mais de 50% de respostas positivas;
- Foram classificadas como negativas as seções do questionário e respostas por profissional que resultaram em 50% ou menos de respostas positivas.

Para o cálculo do percentual de respostas positivas foi utilizada a seguinte fórmula¹⁴:

$$\% \text{ de respostas positivas da dimensão} = [\text{número de respostas positivas aos itens da dimensão} / \text{número total de respostas válidas aos itens da dimensão (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)}] \times 100$$

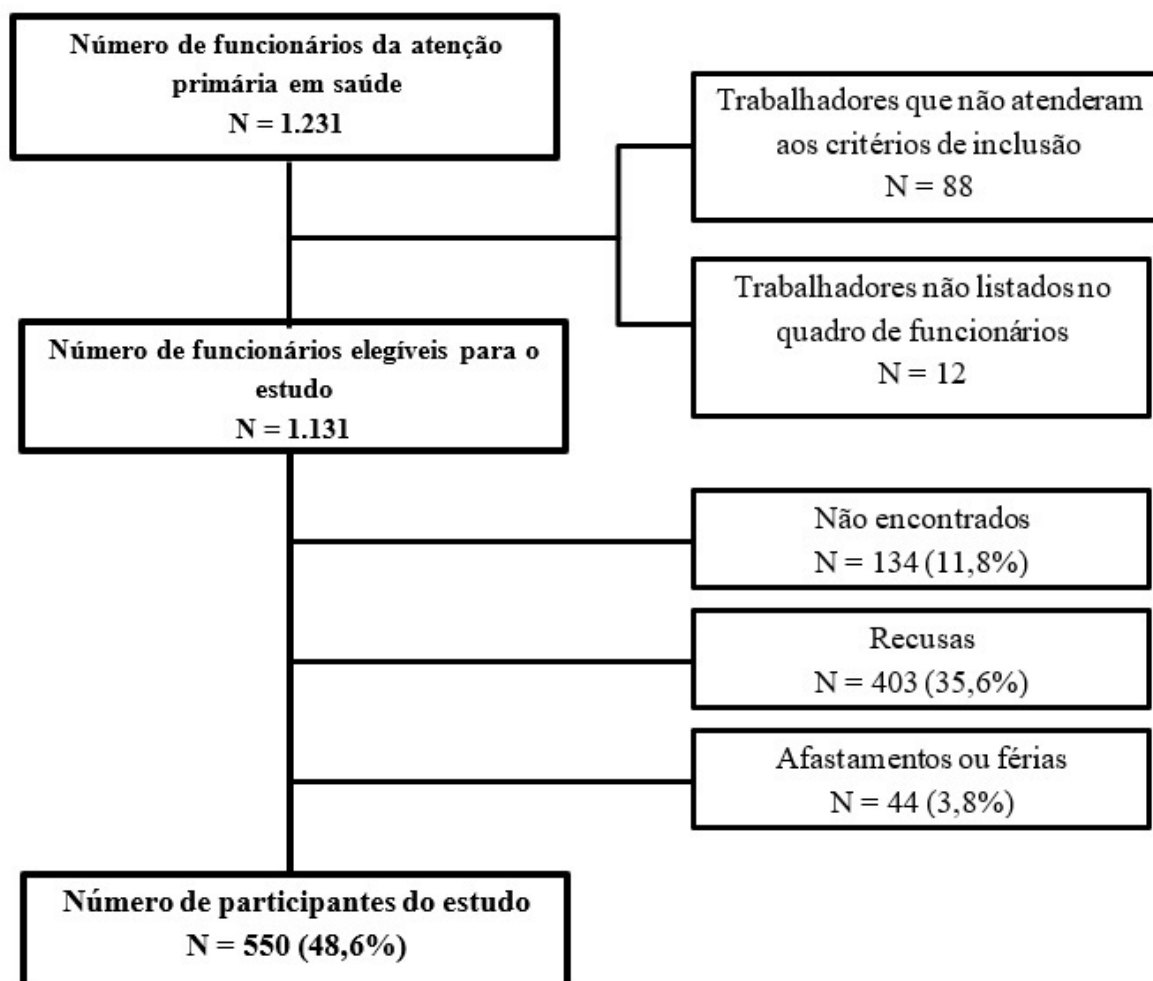
RESULTADOS

Dos 1.231 funcionários lotados nas USF, 100 não participaram do estudo; 65 por pertencerem ao NASF, 23 por ocuparem o cargo de serviços gerais, e 12 que não estavam listados no quadro atual de funcionários das USF. Assim, tornaram-se elegíveis para esta pesquisa 1.131 trabalhadores de saúde atuantes na APS. Entre os elegíveis, contabilizaram-se 35,6% de recusas, 11,8% de trabalhadores não encontrados e 3,8% em férias ou em afastamento, totalizando uma amostra de 550 participantes (Figura 1).

Quanto às taxas de resposta à pesquisa por região do município em estudo, na Oeste houve menor taxa de resposta (34,8%), contrariamente à Leste, que apresentou taxa de resposta de 59,6%. Na região Oeste houve uma USF que apresentou taxa de resposta inferior a 30,0%. Os profissionais que mais aderiram à pesquisa foram os enfermeiros e agentes comunitários de saúde (60,8% e 58,9%, respectivamente). De forma contrária, médicos e auxiliares de odontologia apresentaram as menores taxas de respostas (23,5% e 29,3%, respectivamente).

A maioria dos participantes era do sexo feminino (83,5%), idade entre 26 e 50 anos (73,3%), não relatou curso de segurança do paciente (78,7%) e não referiram outro vínculo empregatício (82,9%). Também se deve destacar que cerca de 70% trabalhavam há três anos ou mais na USF e próximo de 60% trabalhavam 33 horas ou mais na USF. Quanto à escolaridade e atuação profissional, a maior parcela possuía ensino superior completo (48,2%) e ocupava os cargos de técnico de enfermagem e agente comunitário (33,5% e 26,9%, respectivamente) (Tabela 1). Em relação ao cargo de enfermeiro (n=59), 77,7% do total de enfermeiros pesquisados atuam na assistência e 22,2% como coordenadores.

Quanto à frequência de problemas relacionados à segurança do paciente e qualidade do cuidado, destacaram-se o “prontuário/registro do paciente estar indisponível quando necessário”, “paciente não conseguir uma consulta em até 48 horas considerado para um problema sério ou agudo”, “exames não realizados quando necessários” e “resultados de exames indisponíveis quando necessários”, variando de 9,5% a 15,5% para frequência diária. Os demais aspectos avaliados apresentaram frequências de problemas diários inferiores a 5,0% (Figura 2).



*Taxa de resposta calculada a partir do n=1.131.

Figura 1 – Fluxograma de exclusões/perdas e taxa de resposta à pesquisa, trabalhadores da Atenção Primária em Saúde de município de grande porte do Paraná, Brasil, 2017. (N=1.131).

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores de saúde segundo características sociodemográficas e de trabalho, em Atenção Primária em Saúde de município de grande porte do Paraná, Brasil, 2017. (N=550).

Variável	N	%
Sexo*		
Feminino	459	83,5
Masculino	89	16,2
Faixa etária†		
Até 25 anos	17	3,1
26-50 anos	403	73,3
51-66 anos	109	19,8
Escolaridade		
Ensino médio ou menos	225	40,9
Ensino superior incompleto	60	10,9
Ensino superior completo	265	48,2
Capacitação em segurança do paciente		
Sim	117	21,3
Não	433	78,7

Tabela 1 – Cont.

Variável	N	%
Outro vínculo empregatício [‡]		
Sim	88	16,0
Não	456	82,9
Tempo de trabalho na USF (em anos) [§]		
< de 3 anos	168	30,6
De 3 anos a menos de 6 anos	127	23,1
De 6 anos a menos de 11 anos	63	11,5
Há 11 anos ou mais	166	30,2
Carga horária semanal no serviço		
24 horas ou menos	53	9,6
De 25 – 32 horas	142	25,8
De 33 – 40 horas	294	53,5
41 horas ou mais	34	6,2
Função [¶]		
Técnico de enfermagem	184	33,5
Agente Comunitário de saúde	148	26,9
Enfermeiro	59	10,7
Auxiliar de odontologia	34	6,2
Cirurgião dentista	31	5,6
Equipe administrativa	29	5,2
Médico	28	5,1
Outra função	13	2,4

*Campos sem resposta totalizaram em 2(0,4%); †Campos sem resposta totalizaram em 21(3,8%); ‡Campos sem resposta totalizaram em 6(1,1%); §Campos sem resposta totalizaram em 26(4,7%); ||Campos sem resposta totalizaram em 27(4,9%); ¶Campos sem resposta totalizaram em 24(4,4%).

Todos os serviços citados pelos trabalhadores apresentam frequência diária de problemas relacionados à troca de informações com a APS inferior à 7,6%, variando de 4,2% para centros de imagens e laboratórios à 7,5% para hospitais. O relato de ocorrência semanal foi maior nos centros e imagens e laboratórios (8,7%) e outros serviços de saúde (8,8%) (Figura 3).

Entre as seções avaliadas quanto ao percentual de respostas positivas, a seção E (Apoio de gestores/administradores/líderes) apresentou pior avaliação entre os trabalhadores, exceto coordenadores das USF (38,4% - *negativa*). De forma contrária, a avaliação global da segurança do paciente (Seção G) foi a melhor avaliada (79,0%), única com avaliação *positiva*. As demais seções (C, D e E) apresentaram avaliação *neutra* (Tabela 2).

A análise do percentual de respostas positivas por região mostrou que a Leste e a Sul apresentaram pior avaliação na seção C - processo de trabalho no serviço de saúde (49,5% e 45,5% respectivamente, caracterizadas como *negativas*). A comunicação e acompanhamento (seção D) apresentou avaliação *neutra* pelos trabalhadores de todas as regiões. Exceto a região central (avaliação *neutra*), o apoio de gestores/administradores/líderes (seção E) foi avaliada de forma *negativa* pelos trabalhadores das demais regiões do município. Na seção relativa às características dos serviços de saúde de atuação (seção F), trabalhadores que atuavam na região central foram os únicos que apresentaram avaliação *positiva*. Quanto à avaliação global da qualidade do cuidado e segurança do paciente (seção G), todas as regiões apresentaram avaliação *positiva* (Tabela 2).

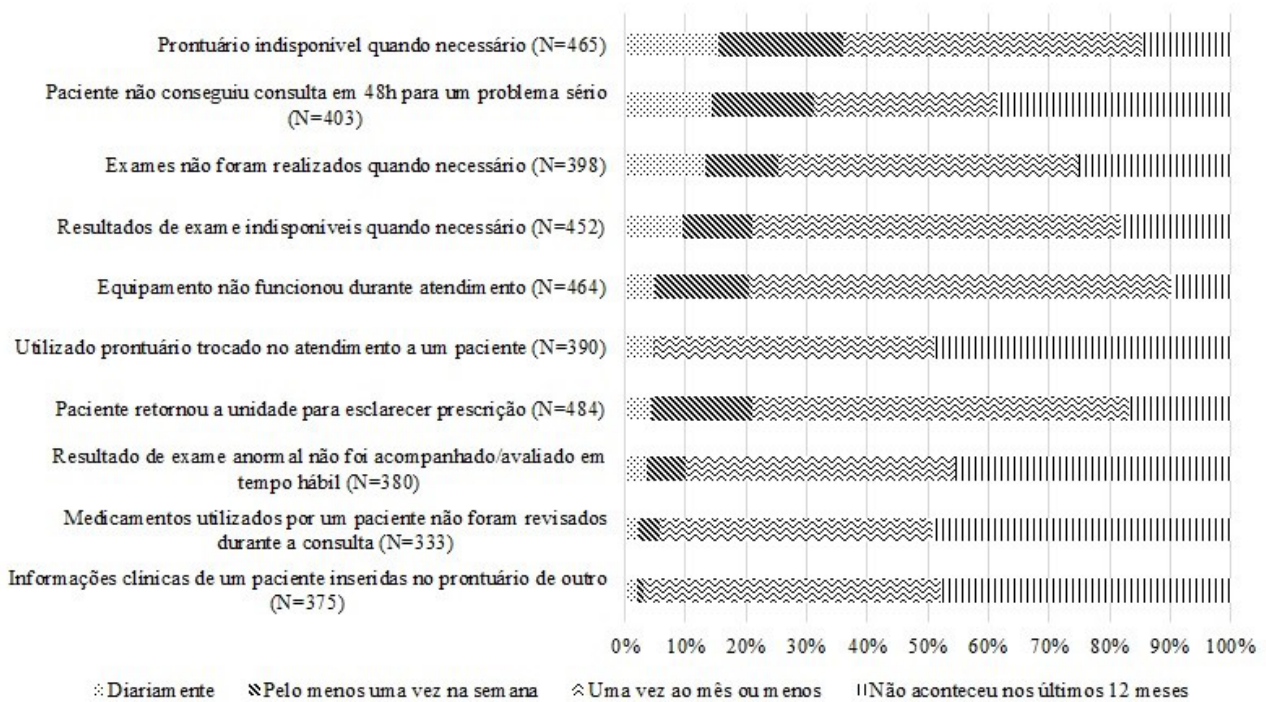


Figura 2 – Distribuição dos trabalhadores segundo a frequência de problemas relacionados à segurança do paciente e qualidade do cuidado (Seção A), Atenção Primária à Saúde, Londrina, Paraná, Brasil, 2017.

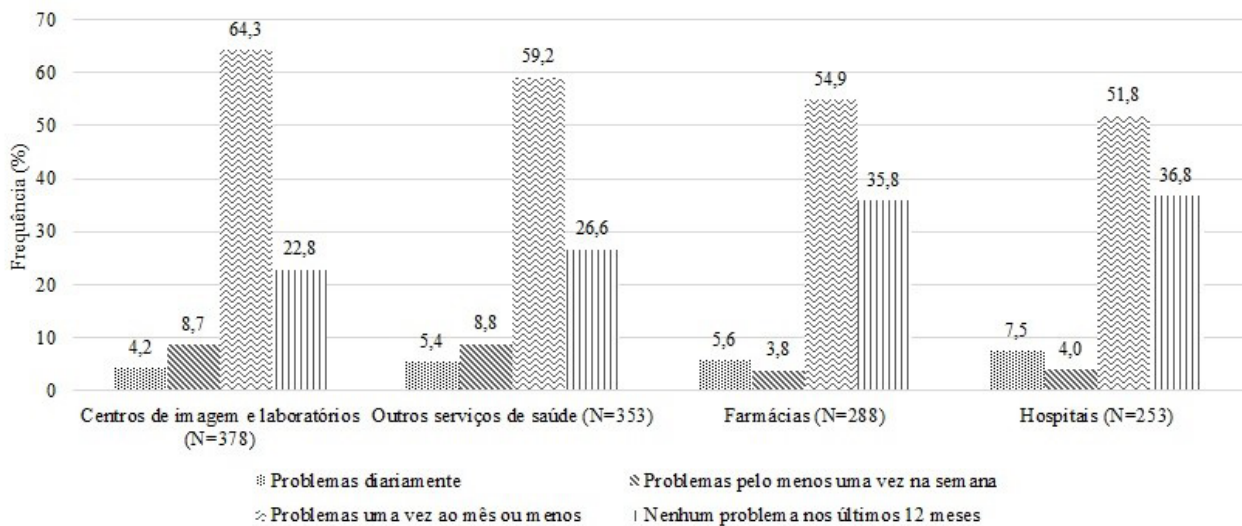


Figura 3 – Distribuição dos trabalhadores segundo a frequência de problemas relacionados à troca de informações com outras instituições (Seção B), Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, Brasil, 2017.

Tabela 2 – Distribuição de respostas positivas sobre a cultura de segurança do paciente (seções de C a G) por região da USF de atuação, Atenção Primária em Saúde, Londrina, PR, Brasil. 2017 (N=550).

Região	% de respostas positivas				
	Seção C*	Seção D†	Seção E‡	Seção F§	Seção G
Norte	54,3	65,0	38,3	71,5	77,2
Central	52,8	67,7	53,7	80,7	83,1
Leste	49,5	65,4	35,8	70,1	78,3
Oeste	52,2	66,1	39,4	74,4	75,9
Sul	45,5	61,6	29,3	72,2	81,8
Total	51,0	65,0	38,4	73,2	79,0

*Processo de trabalho no serviço de saúde; †Comunicação e acompanhamento; ‡Apoio de gestores/administradores/líderes; §Serviço de saúde de atuação; ||Avaliação global.

DISCUSSÃO

Quanto aos achados referentes à seção A (segurança do paciente e qualidade do cuidado), destacaram-se como situações mais frequentes o “prontuário/registo do paciente estar indisponível quando necessário”, “paciente não conseguir uma consulta em até 48 horas considerado para um problema sério ou agudo” e “exames não realizados quando necessários”. Sugere-se que a sobrecarga dos trabalhadores como possível fator causal da situação sinalizada pelos respondentes (indisponibilidade do prontuário/registo do paciente quando necessário), o que pode ser resultante de falha do profissional encarregado da organização e disponibilização dos prontuários.¹⁷ O fato de o prontuário do paciente estar indisponível no momento do atendimento, de forma recorrente, pode contribuir para um atendimento não integral ao paciente, bem como falha na continuidade do cuidado e seus resultados,¹⁸ tendo em vista que as únicas informações disponíveis à assistência serão aquelas coletadas no momento da consulta.

Destaca-se que o profissional responsável pela organização e disponibilização dos prontuários não é o único responsável por esse tipo de falha e que, além da sobrecarga deste profissional, podem ser importantes causas destes e de outros diversos erros na assistência ao paciente a distração, inexperiência profissional, ausência de planejamento, falha de comunicação, déficit na força de trabalho, entre outras.¹⁹

No que diz respeito à falta ou atraso da realização de exames e o paciente não ter acesso a uma consulta em até 48 horas para uma situação grave, outros estudos apresentaram resultados condizentes com a presente investigação.²⁰⁻²¹ A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reformulada em 2017, defende a articulação de municípios, estados e distrito federal como suporte para as micro regulações de consultas com especialidades e da realização de exames solicitados nas unidades básicas de saúde,²² visando assim fortalecer a resolutividade deste nível de atenção. A partir da PNAB, a APS encontra possibilidades de aumentar a resolutividade quanto à realização de exames, a depender da realidade política e financeira da região.

Quanto à qualidade de atendimento atrelada ao quantitativo de trabalhadores, a PNAB permite que haja uma conformação das equipes de saúde da atenção primária, não incluindo agentes comunitários de saúde (ACS) como categoria integrante da composição mínima do quadro de trabalhadores,²² gerando, assim, a possibilidade da existência de unidades que não possuam esta categoria profissional. A ausência dos ACS na equipe de saúde coloca em risco a alcançabilidade das unidades para com os moradores de suas áreas de abrangência, além de comprometer o acompanhamento e o atendimento qualificado, e baseado nas reais condições de vida da população adstrita. Logo, essa situação pode refletir em menor capacidade de atendimento e redução da qualidade de assistência, com sobrecarga dos trabalhadores presentes.

No que diz respeito a problemas de trocas de informações com instituições, aquelas que oferecem exames de imagem e laboratório estão entre as que mais causam problemas de acordo com os trabalhadores da atenção primária (diariamente ou semanalmente). Estudos internacionais confirmam este achado,²⁰⁻²¹ evidenciando que os problemas da atenção primária com serviços de exames laboratoriais e demais exames são frequentes. Para boa comunicação e cooperatividade entre serviços, é imprescindível que as tecnologias leves, aquelas produzidas na relação entre os atores da APS, como o diálogo horizontalizado, a compreensão e a empatia, sejam fortalecidas.²³ Ainda que não solucionem todos os problemas com as instituições que ofertam exames, são ferramentas sem custos que estão ao alcance de toda equipe e gestão da APS. Além disso, ações como o trabalho em equipe e simulações multidisciplinares, autocorreção e protocolos de comunicação estruturados e padronização de informações sobre o paciente são estratégias que melhoram a comunicação nas e entre as organizações de saúde.²⁴

A seção avaliada de forma mais negativa (seção E) foi a que aborda atitudes do gestor/ coordenador do serviço (apenas 38,4% de respostas positivas), indo ao encontro de achados de estudos internacionais e nacionais.⁶⁻⁹⁻²³ Essa situação serve de alerta para a necessidade de aproximação dos coordenadores das USF com os demais trabalhadores e participação daqueles em processos de trabalho, visando à construção em conjunto de melhorias no atendimento à saúde.

Desta forma, é importante que haja planejamento de estratégias baseado em teorias científicas,²⁵⁻²⁷ mas que não sejam ignoradas as experiências práticas dos trabalhadores,²⁸ que se mostram como importante ferramenta para a prevenção de erros e dão significado às ações de saúde. Isto posto, é importante que haja a horizontalidade e abertura suficiente no relacionamento interprofissional, a começar pela relação do coordenador com os demais trabalhadores.²³ A abertura para discussão de casos de forma horizontal e coletiva, mediante a prática de projetos terapêuticos singulares (PTS), é uma potente ferramenta para a identificação de problemas,²⁸ além de fortalecer o vínculo entre trabalhadores da equipe e o coordenador. Os PTS são ações articuladas entre diversos membros da equipe de saúde para um sujeito individual ou coletivo, derivadas de discussões e/ou apoio matricial, geralmente destinados a situações complexas.²⁹

Entre os achados positivos, destacam-se as respostas às seções F (73,2% de respostas positivas) e G (79,0% de respostas positivas), que dizem respeito aos aspectos do serviço de saúde de atuação e à avaliação global da segurança do paciente, respectivamente. Entende-se, então, que as atitudes da equipe relacionadas à avaliação e adequação do processo de trabalho para que haja qualidade no atendimento, à prevenção de erros e à avaliação geral de segurança são percebidas pelos próprios trabalhadores da APS de forma positiva. Esses aspectos positivos reforçam que, apesar dos desafios encontrados na implantação da cultura de segurança do paciente, há um grau de satisfação dos trabalhadores para com a atenção primária à saúde. Porém, os resultados também podem sugerir que os trabalhadores têm dificuldade de compreender a segurança do paciente e identificar que problemas relacionados ao tema ocorrem, apresentando avaliação positiva no que concerne ao serviço e segurança do paciente.²⁵⁻²⁶

De forma geral, percebeu-se que a região central foi a que apresentou melhor avaliação da cultura de segurança (maior percentual de respostas positivas em todas as seções analisadas). De forma contrária, a região sul apresentou piores escores de respostas positivas nas seções C, D e E. O fato de os trabalhadores atuantes na região sul apresentarem menor percentual de respostas positivas em três das cinco seções analisadas (apoio de gestores/líderes/administradores, comunicação e acompanhamento, e processo de trabalho) pressupõe uma possível sobrecarga de trabalho. Acredita-se que, devido à grande quantidade de bairros populosos nessa região,²⁷ existe uma vulnerabilidade social, já que se tende a existir aglomeração de habitantes em parte de sua extensão, o que culmina em uma demanda maior dos trabalhadores de suas USF e, por vezes, estes

funcionários podem ser mais sobrecarregados refletindo assim num processo de trabalho mais falho e relações interpessoais prejudicadas.²⁶

Trabalhadores que atuam em USF localizadas na região central do município em estudo apresentaram os maiores percentuais de respostas positivas nas seções D, E, F e G (67,7%; 53,7%; 80,7% e 83,1%, respectivamente). Contrariamente às demais regiões do município, a região central possui bairros que incluem grande parte do número de estabelecimentos comerciais, a tornando a região que menos possui bairros populosos,²⁷⁻³⁰ e, além disso, sugere-se que parcela considerável dos moradores da região central possuam planos de saúde, o que diminui a demanda pelas USF. Esses fatos podem cooperar para menor sobrecarga dos trabalhadores, facilitando o manejo das situações de saúde da população e gerando um processo de trabalho e comunicação satisfatórios.

Esse estudo apresentou como potencialidades a coleta de dados primários, o que possibilita fonte confiável para desenvolvimento de estratégias resolutivas e que condizem com a atual e real necessidade para a segurança do paciente na APS do município estudado; e por ser um dos primeiros estudos nacionais que abordam a cultura de segurança neste cenário. Em adição, este estudo foi realizado com várias categorias profissionais, e, na maioria dos estudos, é frequente que sejam pesquisadas poucas categorias.

Como fragilidades, a taxa de resposta atingida, especialmente para algumas funções (auxiliar de odontologia e médico) e para a região Oeste do município. Além disso, identificou-se que em algumas seções houve questões que alguns profissionais não responderam, o que pode ter contribuído para a validade interna do estudo. Ademais, como o instrumento é autopreenchido, os entrevistados podem ter apresentado divergências na interpretação das questões, o que pode contribuir tanto para o aumento da taxa de respostas não válidas como para respostas que não representavam o que o profissional compreendia sobre o assunto pesquisado.

CONCLUSÃO

A prática da segurança do paciente na APS tem sido identificada como um desafio no contexto brasileiro. Para tal desafio propõem-se algumas estratégias que visam solucioná-lo e promover a construção de uma cultura positiva de segurança, tais quais, a inserção e envolvimento de pacientes e família no planejamento de estratégias para a promoção e na avaliação da segurança do paciente; a implementação de tecnologias de informação na rotina de assistência, assim como de prontuários eletrônicos, boletins de acompanhamento; aumento do uso de tecnologias leves; e intensificação da educação permanente em saúde.

Para uma construção conjunta da cultura de segurança, entende-se que deve haver a compreensão de que o erro acontece devido a um sistema falho e a um processo de trabalho que não apresenta barreiras eficientes para o evitarem. É importante que os trabalhadores sejam corresponsáveis pelo diagnóstico de erros e planejamento de estratégias na rotina de trabalho, para que se percebam incluídos no processo de trabalho como um todo e não somente na implementação e prática de ações mais seguras e, dessa forma, se vejam como parte importante na construção da cultura de segurança do paciente, e essa seja significativa para eles.

REFERÊNCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: building a safer health system. Washington, DC(US): National Academies Press; 2000 [acesso 2016 Nov 12]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>



2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da diretoria colegiada n°. 3, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2013 [acesso. 2016 Nov 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
3. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2014 [acesso 2016 Nov 23];2(23):116-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>
4. Brasaite I, Kaunonen M, Martinkenas A, Mockiene V, Suominen T. Health care professionals' knowledge regarding patient safety. *C Nurs Research* [Internet]. 2017 [acesso 2016 Nov 10];26(3):285-300. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1054773816628796>
5. Skarda D, Barnhart D. Quality, patient safety, and professional values. *Semin Pediatr Surg*. [Internet]. 2015 [acesso 2018 Abr 10];24(6):288-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2015.08.006>
6. Raimondi DC, Bernal SCZ, Matsuda LM. Cultura de segurança do paciente na ótica de trabalhadores e equipes da atenção primária. *Rev Saude Publica*. [Internet]. 2019 [acesso 2019 Out 10];53:42. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000788>
7. Marchon SG, Mendes Júnior WV, Pavão ALB. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. *Cad Saude Publica*. [Internet]. 2015 [acesso 2018 Abr 10];31(11):2313-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194214>
8. Mendes PSW. Qualidade em saúde e segurança do paciente: aspectos fundamentais. In: Mendes PSW, organizador. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro, RJ(BR): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2016. p.25-115.
9. Paese F, Dal Sasso GTM. Patient safety culture in primary health care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Jul 15];2(22):302-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>
10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. [Internet]. 2014 [acesso 2016 Nov 10] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
11. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety: the full reference guide. [Internet]. London (UK). 2004 [acesso 2016 Nov 18]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20692077>
12. Marchon SG, Mendes WV Junior. Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cad Saude Pública* [Internet]. 2014 [acesso 2016 Nov 18];30(9):1815-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114113>
13. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. População [Internet]. 2017 [acesso 2017 Dez 18]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>
14. Sorra J, Franklin M, Streagle S. *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*. Rockville, MD(US): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
15. Agency for Healthcare Research and Quality. *Medical office survey on patient safety culture*. Content last reviewed [Internet]. Rockville, MD(US): Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. [acesso 2016 Nov 15]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/index.html>
16. Timm M, Rodrigues MCS. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2016 Nov 18];29(1):26-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600005>

17. Souza VS, Oliveira JLC, Costa MAR, Vicente G, Mendonça RR, Matsuda LM. Association between safety climate and nursing workload. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2017 Set 22];24:e58976. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.58976>
18. Baptista PCP, Pustiglione M, Almeida MCS, Felli VEA, Garzin ACA, Melleiro MM. Pressure ulcers prevalence indicators and patient falls incidence in teaching hospitals in the city of São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Dez 15];2(49):122-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800008>
19. Forte ECN; Pires DEP, Padilha MI, Martins MMFPS. Nursing errors: a study of the current literature. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Dez 15];26(2):e01400016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001400016>
20. Ruiz-sanchez M, Borrell-Carrió F, Parra CO, Fernández I Danés N, Gallego AF. Clinical safety audits for primary care centers. A pilot study. *Aten Primaria* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Dez 10]; 7(45):341-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.01.005>
21. Daker-White, Hays R, McSharry J, Giles S, Cheraghi-Sohi S, Rhodes P 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* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Dez 10];10(8):e0128329. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128329>
22. Brasil. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*; 2017.
23. Añel-rodriguez RM, Cambero-serrano MI, Iruzuz-zuazabal E. Analysis of patient complaints in Primary Care: An opportunity to improve clinical safety. *Calid Assist* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Abr 10];5(30):220-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.04.007>
24. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Effective communication in teamwork in health: a challenge for patient safety. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Abr 10];20(3):636-40. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>
25. Portela MC, Lima SML, Martins M, Travassos C. Improvement science: conceptual and theoretical foundations for its application to healthcare quality improvement. *Cad Saúde Publica* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Dez 15];32(2):1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105815>
26. Scherer MDA, Oliveira NA, Pires DEP, Trindade LL, Gonçalves ASR, Vieira M. Increased workloads for nurse technicians in Primary Health Care in Brazil. *Trab Educ Saúde* [Internet], 2016. [acesso 2018 Ago 15];14(1):89-104. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00030>
27. Londrina (BR). Plano municipal da assistência social 2014-2017 [Internet]. 2014 [acesso 2018 Jul 27]. Disponível em: http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_assistencia/PMAS%202014-2017.pdf
28. Feuerwerker LCM. Cadeia do cuidado em saúde. In: Marins JJN, Rego S. *Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação*. 2a ed. São Paulo, SP(BR): Editora Hucitec; 2014. p. 99-113.
29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde, 2010. [acesso 2018 Jul 27]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf.
30. Londrina. Plano diretor participativo [Internet]. 2008. [acesso 2018 Jul 27]. Disponível em: <http://ippul.londrina.pr.gov.br/index.php/plano-diretor-participativo-2008.html>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação - Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde, Londrina, Paraná, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, em 2018.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Macedo LL, Silva AMR, Giroto E.

Coleta de dados: Macedo LL.

Análise e interpretação dos dados: Macedo LL, Giroto E.

Discussão dos resultados: Macedo LL, Haddad MCFL, Silva AMR, Giroto E.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Macedo LL, Haddad MCFL, Silva AMR, Giroto E.

Revisão e aprovação final da versão final: Macedo LL, Haddad MCFL, Silva AMR, Giroto E.

AGRADECIMENTO

A Natália Macedo e Ana Carolina dos Santos Silva, que auxiliaram na coleta e digitação de dados. A Rebeca Louzada Macedo, Priscila Louzada Macedo e Bruna Fortunato, que auxiliaram na digitação dos dados.

FINANCIAMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), com concessão de bolsa de Mestrado.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, parecer n. 1.867.100/2016, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 62763916.4.0000.5231.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 06 de novembro de 2018.

Aprovado: 09 de outubro de 2019.

AUTOR CORRESPONDENTE

Lilian Louzada Macedo

lilian.louzada@yahoo.com.br