



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LILIAN LOUZADA MACEDO

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE, LONDRINA, PARANÁ**

Londrina - PR

2018

LILIAN LOUZADA MACEDO

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE, LONDRINA, PARANÁ**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva – Nível Mestrado – da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Edmarlon Giroto

Londrina - PR

2018

Ficha de Identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Macedo, Lillian Louzada.

Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde, Londrina, Paraná / Lillian Louzada Macedo. - Londrina, 2018.
110 f. : il.

Orientador: Edmarion Giroto.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.
Inclui bibliografia.

1. Segurança do paciente - Tese. 2. Atenção primária à saúde - Tese. 3. Cultura organizacional - Tese. I. Giroto, Edmarion. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

LILIAN LOUZADA MACEDO

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE, LONDRINA, PARANÁ**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva – Nível Mestrado – da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Edmarlon Girotto
Universidade Estadual de Londrina
Orientador

Profa. Dra. Ana Maria Rigo Silva
Universidade Estadual de Londrina

Profa. Dra. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, 27 de fevereiro de 2018.

Dedicatória

Aos meus pais, que suportaram os dias de baixo rendimento junto a mim e as minhas consequentes mudanças no humor; que não deixaram de me oferecer apoio e transparecer a certeza que tinham de que eu alcançaria meu objetivo.

AGRADECIMENTOS

Percebi desde o início que havia muito o que desenvolver em minha caminhada para o alvo: ser mestre. Ser mestre ao meu ver seria exalar humildade, mesmo tendo muito conhecimento; seria ter o dom de transmitir este conhecimento; estar apta a desenvolver facilmente uma pesquisa relevante, original e inédita. Afinal, havia me inscrito no programa de mestrado para adquirir saberes técnicos e o desejado título de pesquisadora. No entanto a vida me fez certos “agrados” no decorrer desse percurso. Pude caminhar ao lado de grandes exemplos de humildade e empatia, que se apresentaram encarnados em docentes titulares e colaboradores do programa. Estes passaram a ser o que eu almejava para a personalidade de mestre. Agradeço a cada docente do programa de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, que foram co-responsáveis pelo meu desenvolvimento, e sempre estiveram disponíveis para assistir às minhas necessidades intelectuais; que colocaram um pouco mais de brilho em meus olhos pela pesquisa e construção horizontal do conhecimento; e, além disso, compartilharam o brilho de vocês, docentes exemplares, cheios de conhecimento, humildade e empatia. Em especial agradeço à professora Dra. Selma Maffei de Andrade e à professora Dra. Ana Maria Rigo Silva que me enriqueceram, em nosso grupo de pesquisa, com o conhecimento e competência que elas detêm.

A vida me presenteou com um orientador, Professor Dr. Edmarlon Giroto, extremamente competente, dedicado e disposto. Alguém que, com seu jeito cuidadoso, conseguiu me mostrar que é possível conciliar de forma leve a vida pessoal e pesquisa, ainda que seja uma pesquisa exaustiva. Agradeço por este grande exemplo de determinação e competência. Agradeço também por sua disponibilidade e dedicação em me garantir o aprendizado qualificado em pesquisa.

A vida me surpreendeu também com pessoas que foram como flores em solo árido. Aqueles que em dias, após intenso estudo de estatística, epidemiologia e outros conteúdos, me tiravam sorrisos, ou mesmo durante este estudo, me consolavam dizendo: “eu também não entendi o conteúdo”. Aqueles que não só me apoiaram, mas dividiram comigo um de seus bens mais preciosos: o tempo. Agradeço aos meus amigos, que compartilharam momentos, vivências, conhecimentos; que foram essenciais para que os dias difíceis e pesados se tornassem aceitáveis e agradáveis. Carregarei comigo este importante e grandioso afeto.

Agradeço ainda a Natália Macedo e a Ana Carolina dos Santos Silva, que me auxiliaram no período de coleta e digitação de dados, com muita dedicação e capricho. E à Rebeca Louzada Macedo, Priscila Louzada Macedo e Bruna Fortunato, que, além de terem auxiliado na digitação dos dados, me suportaram e me apoiaram, sendo meus ombros e ouvidos amigos em todo o período do mestrado.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo de travessia: e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

Fernando Teixeira de Andrade

PRÓLOGO

Este texto inicial se trata de uma apresentação de minha trajetória, minhas impressões e expectativas durante o período de escrita do presente estudo. Logo, opto por deixá-lo na primeira pessoa do singular.

Após encerrar uma residência multiprofissional em atenção básica, ingressei no programa de mestrado de saúde coletiva da Universidade Estadual de Londrina, no ano de 2016, vislumbrando não somente me qualificar para a área da docência, mas, aumentar o leque de conhecimentos quanto a saúde preventiva, em seus diversos aspectos e desafios e, cooperar, por meio de uma pesquisa feita para e baseada nas necessidades da comunidade, com a solidificação de uma atenção primária à saúde qualificada, acessível e integral.

Assim sendo, a decisão do tema contou com uma boa dose de dúvida e com o auxílio dos docentes, dentre eles, e de forma mais próxima, do meu orientador, prof^o. Dr. Edmarlon Giroto. Após alguns períodos de aproximação com a teoria, compreendi que, além do desejo de que o tema fosse útil à sociedade e de que estivesse ligado à atenção primária à saúde, pois este sempre foi o nível de assistência que me fascina, era imprescindível que esse demonstrasse originalidade e fosse viável. Após mais algum tempo de reflexão, leitura e conversa com os docentes e colegas, o tema inicial do meu estudo foi modificado para um que continha a originalidade, utilidade pública e ligação com a atenção primária esperadas. O tema então eleito foi a identificação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde do município de Londrina. Esse se configurou em um desafio, dada a novidade do tema, tanto para mim, quanto para o município, e, dada a grande quantidade da população a ser pesquisada. Nesse momento, assim como em outros, o apoio do meu orientador foi imprescindível e aliviador.

Trilhei um caminho de intenso trabalho, aprendizado e troca de experiências e afetos com profissionais, colegas mestrandos e docentes. Gostaria de pontuar dois importantes obstáculos superados durante esse processo: o obstáculo do desconhecimento, em que tudo parece assustador por não sabermos o que nos aguarda; e o obstáculo “dos imprevistos”, que, ao meu ver, são definidos por situações inesperadas que ocorrem em nossa vida ou nosso entorno e nos afetam, por vezes dificultando nossa chegada ao objetivo e, por vezes, facilitando-a. Ambos obstáculos foram vencidos com o comprometimento à pesquisa, com o

aprendizado, a partir de leitura, discussões e aulas teóricas e uma boa quantidade de compreensão, seja essa a “auto-compreensão” ou aquela vinda dos colegas e docentes mais próximos. Encerro essa apresentação com um trecho do livro “Pedagogia do oprimido” de Paulo Freire, 1970, que permeou essa caminhada, fazendo sentido para o processo de busca pelo conhecimento e de desenvolvimento da pesquisa:

A auto-suficiência é incompatível com o diálogo. Os homens que não têm humildade ou a perdem, não podem aproximar-se do povo. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais (FREIRE, 1970, p.46).

MACEDO, L.L. **Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde, Londrina, Paraná.** 110p. Dissertação (Mestrado Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMO

Atualmente vivencia-se uma sociedade de risco, em que tecnologias, novos hábitos de vida e processos de trabalho podem gerar altos e danosos custos para os indivíduos. A assistência à saúde não fica de fora desses problemas, submetendo-se a diversos riscos, perigos e danos à integridade do paciente. Estudos e iniciativas com relação à segurança do paciente no nível hospitalar têm sido desenvolvidos de forma mais expressiva quando comparados à atenção primária à saúde, apesar de já se identificar a ocorrência de erros e eventos adversos na atenção primária. Desta forma, identificou-se a importância de estudos que retratem aspectos relacionados à cultura de segurança do paciente na atenção básica. O objetivo deste estudo foi analisar a cultura de segurança do paciente entre trabalhadores da atenção primária à saúde em município de grande porte do Paraná. Para tal, foi realizado um estudo transversal com trabalhadores em saúde atuantes da atenção primária do município de Londrina, Paraná. A obtenção de informações sobre cultura de segurança foi realizada com o uso do instrumento autopreenchido Medical Office Survey on Patient Safety Culture, traduzido e adaptado para a realidade brasileira, que avalia as atitudes e percepções do profissional quanto à segurança do paciente. A análise dos dados foi realizada com o uso do programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 19.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina. Foram entrevistados 550 trabalhadores, maioria do sexo feminino (83,5%) e com idade média de 42 anos. Detectou-se que as seções “processo de trabalho no serviço de saúde”, “comunicação e acompanhamento dos pacientes” e “serviço de saúde de atuação” apresentaram avaliações neutras quanto à segurança (51,0%, 65,0% e 73,2%, de respostas positivas respectivamente). Sobre a avaliação global da qualidade do cuidado, houve predominância de respostas positivas (79,0%). Destaca-se também que 35,7% dos profissionais avaliaram como muito bom ou excelente a segurança do paciente. Já em relação ao apoio dos gestores na cultura de segurança, houve apenas 38,4% de respostas positivas. Trabalhadores das unidades de saúde da família da região sul avaliaram de forma menos positiva a segurança no que se refere a comunicação e acompanhamento do paciente, apoio de gestores e aos aspectos do serviço de saúde em que atuam. Técnicos de enfermagem apresentaram avaliação menos positiva quanto ao processo de trabalho, comunicação e acompanhamento do paciente, e aspectos do serviço de saúde. Sugere-se a modificação das estratégias para melhoria da cultura de segurança do paciente para estratégias que visem a construção de uma cultura com participação multiprofissional, de caráter não punitivo e que seja fortificadora das relações interprofissionais e com o paciente, o que certamente modificará valores, atitudes e futuras percepções da equipe da atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Segurança do paciente; atenção primária à saúde; cultura organizacional.

MACEDO, L.L. **Culture of patient safety in primary health care, Londrina, Paraná.** 110p. Dissertation (Master in Public Health). State University of Londrina, Londrina, Paraná, Brazil, 2018.

ABSTRACT

Currently, we experience the risk society in which technologies, new habits and working process may create high and harmful costs for the individual. The health assistance is not out of this issue. It submits to a variety of risks, dangers and injury to the patient's integrity. Researches about patient's safety at hospital has been developed in a significantly way when compared to primary care to health care, even though it was identified the occurrence of errors and adverse events in primary attention. Therefore, it was noticed the importance of surveys that portrait aspects related to safety culture of patient in primary care. The objective of this survey was to analyze the safety culture of patient among primary care workers of big cities of Paraná state. For such survey a cross-sectional study was made within health care workers of primary care in the city of Londrina, Paraná. The gathering of data about safety culture was done by using self-declared Medical Office Survey on Patient Safety Culture, translated and adapted to Brazilian context, which assesses the professional's attitudes and perceptions about patient safety. For data analysis it was used Statistical Package for the Social Science program, version 19.0. The survey was approved by a ethics committee, called Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina. It was interviewed 550 workers, majority women (83,5%) in average age of 42 years old. It was noticed that the sections of "working process in health care", "communication and follow-up of patients" and "health care and expertise" provided neutral evaluation in terms of safety (51,0%, 65% and 73,2% of positive responses respectively). About general evaluation of health care quality, the study presented mostly positive responses (79,0%). It is also mentioned that 35,7% of these professionals rated very good or excellent the patient's safety. However, regarding to the management support of safety culture, there were only 38,4% of positive answers. Workers of family health care unit of south rated in a way less positive the safety regarding communication and follow-up of patients, management support and other aspects of health care that they work. Nursing technicians reported less positive rate regarding working process, communication and follow-up of patient and aspects of health care. It is suggested changes on strategies to improve the safety culture of patient to strategies that aim to construct a culture with multidisciplinary participation, of non-punitive traits and fortified of multidisciplinary and patients' relations, which surely will modify values, attitudes and future group of primary care perceptions.

Keywords: Patient safety; primary health care; organizational culture.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo do queijo suíço, de James Reason.....	15
Figura 2 - Fluxograma de exclusões/perdas e taxa de resposta à pesquisa, trabalhadores da Atenção Primária em Saúde, Londrina, PR, 2017.....	37
Figura 3 - Distribuição das respostas dos trabalhadores segundo segurança do paciente e qualidade do cuidado (Seção A), Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.....	42
Figura 4 - Distribuição das respostas dos trabalhadores segundo troca de informações com outras instituições (Seção B), Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.....	43
Figura 5 - Distribuição das respostas dos trabalhadores segundo processo de trabalho no serviço de saúde (Seção C), Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.....	45
Figura 6 - Distribuição das respostas dos trabalhadores segundo comunicação e acompanhamento do paciente (Seção D), Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.....	47
Figura 7 - Distribuição das respostas dos trabalhadores segundo serviço de saúde de atuação (Seção F), Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.....	48
Figura 8 - Distribuição das respostas dos trabalhadores segundo avaliação global da qualidade do cuidado (Seção G), Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.....	49
Figura 9 - Distribuição das respostas dos trabalhadores segundo apoio dos gestores na cultura segurança do paciente (Seção E), Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa de resposta à pesquisa segundo região geográfica das USF, trabalhadores da Atenção Primária em Saúde, Londrina, PR, 2017.....	38
Tabela 2 - Taxa de resposta à pesquisa segundo função, Atenção Primária em Saúde, Londrina, PR, 2017.....	38
Tabela 3 - Distribuição dos trabalhadores em saúde segundo características sociodemográficas e profissionais, Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017 (N=550).....	39
Tabela 4 - Análise de confiabilidade do instrumento “Pesquisa sobre cultura de segurança do paciente para atenção primária” segundo seções do instrumento, Londrina, PR, 2017.....	40
Tabela 5 - Distribuição das respostas (positivas, negativas e neutras) sobre processo de trabalho no serviço de saúde segundo variáveis sociodemográficas e profissionais, Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.....	53
Tabela 6 - Distribuição das respostas (positivas, negativas e neutras) sobre comunicação e acompanhamento do paciente segundo variáveis sociodemográficas e profissionais, Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.....	54
Tabela 7 - Distribuição das respostas (positivas, negativas e neutras) sobre serviço de saúde de atuação segundo variáveis sociodemográficas e profissionais, Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.....	55
Tabela 8 - Distribuição das respostas (positivas, negativas e neutras) sobre avaliação global da qualidade do cuidado segundo variáveis sociodemográficas e profissionais, Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.....	56
Tabela 9 - Distribuição das respostas (positivas, negativas e neutras) sobre apoio dos gestores na cultura segurança do paciente segundo variáveis sociodemográficas e profissionais, Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.....	58
Tabela 10 - Associação bruta e ajustada entre avaliação negativa do processo de trabalho no serviço de saúde e função e região de atuação dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.....	59

Tabela 11 - Associação bruta e ajustada entre avaliação negativa da comunicação e acompanhamento do paciente e função e região de atuação dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.....60

Tabela 12 - Associação bruta e ajustada entre avaliação negativa do apoio dos gestores na cultura de segurança do paciente e função e região de atuação dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.....61

Tabela 13 - Associação bruta e ajustada entre avaliação negativa do serviço de saúde de atuação e função e região de atuação dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.....62

Tabela 14 - Associação bruta e ajustada entre avaliação negativa da avaliação geral da qualidade do cuidado e função e região de atuação dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.....62

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

Anvisa – Agência nacional de vigilância sanitária.

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP-UEL – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CSAP – Causas Sensíveis à Atenção Primária

EUA – Estados Unidos da América

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IBEAS – Estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos na Atenção à Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

IC – Intervalo de Confiança

IRAS – Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde

MOSPSC – Medical Office Survey on Patient Safety Culture

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Notivisa – Sistema de notificação para a vigilância sanitária

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

PROADESS - Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde

PSP – Plano de Segurança do Paciente

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

RP – Razão de Prevalência

SNVS – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

Unifesp – Universidade Federal de São Paulo

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	JUSTIFICATIVA	29
3	OBJETIVOS	31
3.1	Objetivo Geral	31
3.2	Objetivos Específicos	31
4	MÉTODOS	32
4.1	Tipo de Estudo	32
4.2	Local de Estudo	32
4.3	População de Estudo	32
4.4	Instrumento para Coleta de Dados	33
4.5	Estudo Piloto	34
4.6	Coleta de Dados	35
4.7	Variáveis do Estudo	36
4.8	Análise Estatística	39
4.9	Aspectos Éticos	41
5	RESULTADOS	42
5.1	Caracterização e Avaliação da Segurança do Paciente	45
5.2	Relação da Segurança do Paciente com Função e Regiões de Atuação dos Trabalhadores	64
6	DISCUSSÃO	68
6.1	Caracterização e Avaliação da Segurança do Paciente	68
6.2	Relação da Segurança do Paciente com Função e Regiões de Atuação dos Trabalhadores	77
6.3	Aspectos Metodológicos	81
7	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICES	95
	APÊNDICE A – Instrumento elaborado	96
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	97
	ANEXOS	99
	ANEXO A – Instrumento “Pesquisa sobre cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária” – 2016.	100

1 INTRODUÇÃO

O tema cultura da segurança no trabalho passou a preocupar a sociedade mundial após o acidente de Chernobyl, ocorrido na Ucrânia em 1986. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), estima-se que o acidente na Ucrânia causou ou causará cerca de 4.000 mortes (ONU, 2011). Este acidente, entre outros, ampliou a preocupação das instituições do nível individual para o ambiente e processo de trabalho, direcionada especialmente ao âmbito organizacional (PAESE; DAL SASSO, 2013).

O interesse pelo problema apresentado passou a permear as mais diversas instituições e estabelecimentos, incluindo os de saúde (MARCHON, 2014). Os problemas relacionados ao cuidado em saúde passaram a ganhar mais destaque com o Relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (EUA), intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro (To Err is human: Building a safer health system)”, realizado em 1999. Conforme aponta este relatório, 44.000 a 98.000 pacientes morriam todos os anos, nos EUA, devido a danos sofridos durante a assistência no ambiente hospitalar. Dessa forma, mais pessoas morriam anualmente por erros na assistência do que por acidentes automobilísticos (43.458 mortes/ano), câncer de mama (42.297 mortes/ano) e AIDS (16.516 mortes/ano) (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Com relação à forma de lidar com a prevenção de riscos e danos na saúde, ao longo da história mundial, construiu-se uma tradição fiscalizadora e punitiva. Em meados do século XVII, antes mesmo do tema cultura de segurança entrar em pauta nas diversas sociedades mundiais, foi disseminada a atuação da polícia médica, com caráter fiscalizador e autoritário, responsável pela promoção da saúde e saneamento do ambiente. A partir da industrialização, houve aumento da fiscalização no setor alimentício e de medicamentos, devido à grande circulação de produtos com alto teor de conservantes e medicamentos que causavam eventos adversos perigosos. Em 1960 intensificou-se a fiscalização e implementação de leis quanto à produção e distribuição de medicamentos, principalmente devido à grande repercussão dos efeitos adversos da talidomida que acometeram milhares de bebês no mundo (COSTA; ROZENFELD, 2000).

A criação de leis e implementação da fiscalização, que surgiram como resposta aos eventos citados no âmbito da saúde, conferiram ao cenário de

controle de riscos um caráter punitivo. Além do temor que a forte fiscalização citada gerava nos profissionais que cometiam erros, a criação de leis colaborou para a construção de um imaginário sobre um ambiente de serviço ainda mais punitivo, tendo em vista que, seja qual for a lei, quando não executada, espera-se dela a punição como consequência (FOUCAULT, 1987).

Em meados do século XIX, anteriormente à criação de leis para normatizar a produção e distribuição de medicamentos, a enfermeira britânica Florence Nightingale, responsável por revolucionar a história da enfermagem quanto ao cuidado com a propagação de infecções no ambiente de atenção à saúde, implementou cuidados de higiene que preveniam a infecção cruzada durante a assistência aos soldados na guerra da Crimeia. Com estes cuidados reduziu-se significativamente o número de infecções e mortes. No entanto, apesar de comprovar estatisticamente os dados em que se baseou para instituir tais mudanças, e do visível resultado positivo no tratamento e reabilitação dos soldados, a classe médica da época não apoiou as ações estabelecidas (LOPES; SANTOS, 2010).

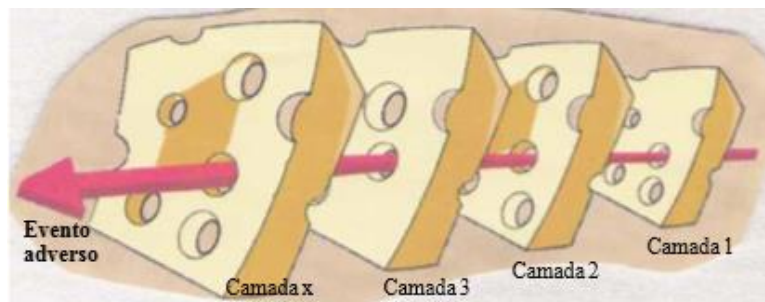
Ainda que, atualmente, não se vivencie no ocidente situações de guerra, de acordo com Cohn e Luís (2006), observa-se uma sociedade de risco, em que foram introduzidos perigos advindos das novas tecnologias e do desenvolvimento. Para tal, são criadas, sistematicamente, formas de manejar estes riscos, mediante a capacidade de desenvolvimento de ações de prevenção e de controle, com o uso das estatísticas epidemiológicas para fomentar estas ações. Assim, o gerenciamento do risco surge de maneira preventiva e menos punitiva que em períodos anteriores.

A análise de risco, também aplicada pela sociedade de risco e identificada por Hayes (1992), aborda a percepção do mesmo e, mais especificamente, de possíveis perigos no uso de tecnologias e produtos. Nesse contexto, a segurança do paciente surge, visando prevenir não só perigos na assistência à saúde provenientes de tecnologias e produtos, mas aqueles gerados a partir de outras diversas situações, como relações humanas no serviço, falha na comunicação com o paciente, dentre outras. Tal prevenção é fundamentada em análises de riscos, elaboração e estabelecimento de normas, implementação de ações que promovam a segurança e evitem erros que possam causar danos (COHN; LUÍS, 2006). Assim, a segurança do paciente objetiva a redução a um

mínimo aceitável do risco de ocorrerem danos desnecessários associados a assistência à saúde (BRASIL, 2016a).

Vários estudiosos na área da saúde têm discorrido sobre o caráter não punitivo na abordagem dos erros. Dentre eles, destaca-se Reason (2000), psicólogo da Universidade de Manchester, na Inglaterra, que defende o fato de que errar provém da natureza humana e de que erros sempre vão existir. Assim, punir não seria uma medida resolutiva por não interromper a cadeia de erros. Uma das abordagens mais efetivas ao erro, de acordo com o autor, é a criação de um sistema que evite que os erros causem danos ao paciente. Ele definiu o modelo do queijo suíço (Figura 1), no qual aborda que se não existem barreiras que impeçam o erro de seguir adiante, este chegará até a instância final, que seria o dano ao paciente. Dessa forma, como no queijo suíço, quando não houver barreiras de queijo entre os orifícios, os mesmos permanecerão até a última porção do queijo. Estas barreiras podem ser um profissional bem capacitado, um sistema de identificação de erros efetivo ou a criação de um clima na instituição que proporcione uma conversa aberta sobre erros (REASON, 2000).

Figura 1. Modelo do queijo suíço, de James Reason.



Fonte: Reason (2000).

Defende-se, então, a ideia da não culpabilização do profissional pela ocorrência de erros, de forma que eventos adversos ocorrem não por que as pessoas são más e querem prejudicar as outras, mas porque existem sistemas ineficientes (LEAPE, 2009). Eventos adversos são definidos por incidentes que geram danos à saúde. Incidentes são quaisquer circunstâncias ou acontecimentos que geraram ou poderiam ter gerado dano ao paciente, os quais se classificam em: incidente que não atingiu o paciente; incidente que atingiu o paciente, mas não gerou dano; e incidente que atingiu e gerou dano ao paciente (BRASIL, 2016a).

É de grande importância que se sustente uma cultura de segurança nos serviços de saúde. Para que haja a manutenção de uma cultura de segurança do paciente é essencial que se forme um sistema de liderança e estes líderes apoiem a transformação da realidade do serviço, objetivando uma assistência segura ao paciente. Também, que haja estímulo ao trabalho em equipe, identificação e atenuação dos erros e de suas consequências, e, assim, que a equipe de saúde siga trabalhando para que se identifique riscos de danos aos pacientes e os previna. É importante que haja avaliação constante do nível de segurança do paciente, buscando o envolvimento do mesmo nestas avaliações e os informando das estratégias utilizadas para melhorar a segurança na assistência em saúde. Além disso, é imprescindível, para que haja uma manutenção da cultura de segurança do paciente na instituição, que mediante a ocorrência e identificação de um erro, o líder direcione sua atenção ao “porquê” do erro e tire o foco do “por quem” foi cometido e, então, se fortalecerá uma cultura não punitiva, e será facilitada a conversa e identificação de erros (BRASIL, 2016a).

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013, a cultura de segurança é um grupo de valores, competências, atitudes e comportamentos que cooperam para a segurança do paciente e uma boa gestão de saúde, substituindo-se a punição e receio de falar sobre erros pelo aprendizado a partir dos mesmos. A cultura de segurança caracteriza-se por uma cultura que identifica, notifica e resolve erros, cultura que estimula a todos os profissionais da instituição a promover segurança aos trabalhadores, pacientes e familiares. Em adição, que prioriza a segurança acima de valores financeiros da organização, investindo-se em estrutura e promovendo responsabilização para que se mantenha a segurança no cuidado à saúde (BRASIL, 2013a).

Nos Estados Unidos, em 2002, durante a 55ª Assembleia Mundial da Saúde, determinou-se a urgência em se destinar maior atenção às questões de segurança do paciente, definindo-a como ponto essencial para a qualidade da assistência. Também, sugeriu-se que a diretoria geral da segurança do paciente elaborasse normas e orientações globais para uma assistência mais qualificada e segura. Em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (The world alliance for patient safety) foi lançado pela OMS e tinha como objetivo fomentar o desenvolvimento de políticas mundiais para melhorar a qualidade do cuidado nos serviços de saúde (WHO, 2002, 2004). Desde então foram instituídas inúmeras

iniciativas mundiais para fortalecer a segurança do paciente (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014a).

De acordo com orientações do programa “Aliança Mundial para a Segurança do paciente”, a OMS, visando tornar a segurança na assistência à saúde mais aplicável, lançou os Desafios Globais para a Segurança do Paciente, que têm o objetivo de orientar ações que evitem riscos ao paciente na assistência à saúde, norteando países que se interessam em implantá-las. Foi escolhido o tema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura” para o primeiro desafio, lançado pela OMS em 2005. Esta proposta foi aderida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em 2007, com foco na prevenção de infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS), com o fortalecimento da higienização das mãos no ambiente de saúde como importante método de prevenção de IRAS e o estabelecimento de normas quanto a estrutura física e disponibilização de insumos e água para a lavagem de mãos, além de capacitações sobre o tema. Em 2008 foi lançado o segundo desafio global, com o tema “Cirurgias seguras salvam vidas” e aderido no Brasil pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, em 2010, visando o aperfeiçoamento de procedimentos para estabelecer-se uma prática cirúrgica segura (BRASIL, 2013b).

O terceiro desafio global teve como tema “Enfrentando a resistência microbiana”, lançado em 2010. No entanto, no Brasil, havia sido estruturado em 2006 um projeto denominado “Monitoramento e prevenção da resistência microbiana em serviços de saúde”, que deu origem a capacitações e ações para a prevenção da resistência microbiana, e foi útil para a implementação de ações que vão ao encontro deste desafio global (BRASIL, 2013b).

O desafio global para 2017 tem como tema “Uso seguro de medicamentos”, lançado em março de 2017, e visa diminuir o número de danos causados aos pacientes decorrentes de incidentes relacionados às medicações. Os erros na atenção hospitalar e atenção primária à saúde relacionados a medicações, de acordo com o Instituto para Práticas Seguras no uso de Medicamentos, compõe 30% dos incidentes que acontecem com o paciente na assistência à saúde, sendo considerado o principal incidente que repercute em danos ao paciente (ISMP, 2017).

No ano 2000, com o objetivo de instaurar a avaliação de desempenho do sistema de saúde, criou-se o documento The World Health Report, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Desde então foram

formuladas propostas de avaliação e indicadores de desempenho para comporem a avaliação, posteriormente aplicada em 191 países membros da OMS. No Brasil, as estratégias e indicadores formulados para esta avaliação não foram eficazes para atingir o objetivo da avaliação. Assim, o Ministério da Saúde, juntamente com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e órgãos de outros países, realizou uma importante análise crítica do documento proposto pela OMS. Após análises concluiu-se que a avaliação de desempenho devia ser mais direcionada aos serviços de saúde e menos à academia, e seus resultados utilizados para modificar processos de trabalho, formular programas e políticas (OMS, 2000).

Dessa forma, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomendou a reformulação de alguns itens da ideia inicial de avaliação de desempenho. Neste contexto, foi desenvolvido, no ano de 2001, um projeto de avaliação de desempenho do sistema de saúde no Brasil por pesquisadores de sete instituições de pesquisa do campo da saúde coletiva, nomeado Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS). Essa metodologia de avaliação incluiu as subdimensões de identificação de acesso, continuidade, efetividade, eficiência, segurança, adequação, aceitabilidade e respeito aos direitos dos indivíduos. Em 2008, o Ministério da Saúde investiu mais recursos no projeto visando sua continuidade e, em 2011-2012, a PROADESS integrou a avaliação de desempenho no campo das regiões de saúde. Esta foi uma iniciativa relevante para a busca de melhorias na qualidade de assistência (BRASIL, 2017a).

Em 2002, no Brasil, foi implantada, pela Anvisa, a Rede Sentinela, que visa obter informações qualificadas de falhas ou ocorrências relacionadas a produtos por ela aprovados que se encontram na fase de teste em grande escala. Esta iniciativa se deu devido à ausência de notificação das ocorrências, por parte dos trabalhadores em saúde, que, conseqüentemente, impediam a geração de informações qualificadas a respeito destes novos produtos. Para compor esta Rede foram escolhidos hospitais de grande e médio portes, e suas diversas categorias profissionais participaram de capacitações (BRASIL, 2017b).

A partir da implantação da Rede Sentinela se iniciou o planejamento de ações estimuladoras da busca ativa, notificação de eventos adversos, e do uso racional das tecnologias em saúde, identificando-se melhora da qualidade em atendimentos hospitalares e conseqüente promoção da segurança do paciente (BRASIL, 2014b). Posteriormente (2007-2009), foram implementadas ações com o

objetivo específico de prevenir infecções provenientes da falha na higienização das mãos na assistência à saúde e infecções adquiridas a partir da assistência cirúrgica, preconizadas pelos Desafios Globais (BRASIL, 2013b), como citado. Ademais, foi disponibilizado um sistema de notificação nacional para eventos adversos, o Sistema de Notificação para a Vigilância Sanitária (Notivisa), utilizado pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) para acompanhamento dos eventos (BRASIL, 2014a).

No ano de 2005 idealizou-se a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), a partir da criação da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, no Chile, e de reuniões do Programa de Enfermagem da Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde desenvolvidas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A REBRAENSP foi instituída formalmente em 2008 no município de São Paulo. O objetivo principal da rede é a promoção de assistência segura ao paciente, através do aumento do conhecimento nesta área, e integração de instituições de saúde e de ensino, utilizando-se de ferramentas como educação em saúde e cooperação técnica entre instituições. As atividades da REBRAENSP são possibilitadas por meio do funcionamento de polos (em estados) e núcleos (em cidades e regiões). Esta rede tem se difundido nas regiões brasileiras e demonstra importante papel no cenário de fortificação da segurança do paciente no país (REBRAENSP, 2017).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou um importante programa para incentivo da assistência qualificada na atenção primária em saúde, o que influencia em melhores resultados para a segurança do paciente, o “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” (PMAQ-AB). Este programa avalia a qualidade e acesso na atenção básica, oferecendo incentivo financeiro aos municípios e equipes de saúde de acordo com os resultados atingidos. As metas de resultados são acordadas e objetivam o alcance de melhores indicadores de saúde e qualidade da assistência (BRASIL, 2017c).

Atualmente, a segurança do paciente, apesar de estar sendo implementada e promovida nas instituições de saúde, em sua maioria hospitalares, necessita de maiores avanços em estudos focados no contexto brasileiro. Estudos atuais têm quantificado erros e eventos adversos, como forma de conhecimento do cenário de segurança na assistência à saúde, no entanto, estudos relativos ao tema ainda são escassos (BRASIL, 2013b). Para tal, o portal Proqualis, lançado em 2009,

vinculado a Fundação Oswaldo Cruz e financiado pelo Ministério da Saúde, é uma importante ferramenta, pois objetiva difundir informações e tecnologias para avanço da segurança no atendimento ao paciente. Por meio de publicações e traduções de artigos relacionados ao tema, vínculos formados com pesquisadores e instituições de ensino, formulação de materiais didáticos sobre a segurança do paciente o portal tem cumprido seu objetivo. Cooperou, encaminhando um de seus pesquisadores colaborador, e o coordenador executivo do portal, dentre outros, a representarem a Fiocruz no comitê de implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que levou a instituição dos Núcleos de Segurança do Paciente, preconizados pela Portaria nº 529/2013. O Proqualis também tem reunido seus membros para auxiliarem na formulação dos protocolos preconizados pela OMS (BRASIL, 2013c; PORTELA et al., 2016).

Em 2013, no Brasil, com a implementação da Portaria nº 529/2013, determinou-se a necessidade de elaboração e implantação dos protocolos citados, com temas sobre a segurança do paciente definidos pela OMS, sendo eles: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais. Definiu-se a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) que atendam aos estabelecimentos de saúde apoiando na formulação de iniciativas para a promoção da segurança (BRASIL, 2013d). Além disso, propôs-se a criação de planos locais de segurança do paciente que sejam elaborados pelos estabelecimentos de saúde e tenham o objetivo de qualificar a assistência e evitar eventos que levem a danos ao paciente de acordo com a realidade de cada instituição (BRASIL, 2014a).

Neste sentido, a Anvisa, em documento que orienta a Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente, define e discorre sobre benefícios de um serviço de saúde implementar um NSP. De acordo com a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, a constituição de NSP se torna obrigatória, e, para a Atenção Primária, podem ser instaurados núcleos para cada região de saúde ou um núcleo compartilhado por várias unidades, não sendo exigida a instauração de um núcleo para cada Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2013a).

Alguns dos princípios dos NSP são: incentivar uma cultura de segurança nos serviços de saúde, prezar pela melhor qualidade dos processos de cuidado e manejo de tecnologias em saúde e manter uma gestão de risco qualificada (BRASIL, 2016a). Tendo seus princípios como base, os NSP têm como funções a implantação dos protocolos lançados pela Anvisa; capacitar profissionais quanto a atitudes que promovam a segurança ao paciente; elaborar e implementar o Plano de Segurança do Paciente (PSP); trocar informações e formar vínculo com membros de outros núcleos que abordem qualidade da assistência, tais quais comissões de infecção hospitalar, dentre outros. Esses princípios tem como objetivo a prevenção dos erros, principalmente daqueles que não devem ser cometidos, de acordo com lista publicada pelo Sistema de Notificação para a Vigilância Sanitária, de eventos que possuem alta gravidade e grandes chances de serem evitados (BRASIL, 2016a).

No ambiente hospitalar, a partir da criação dos NSP e elaboração dos planos locais, as ações promotoras de segurança do paciente e preventivas de eventos causadores de danos à saúde têm sido delimitadas e reconhecidas pela gestão e demais profissionais. No entanto, tal temática não tem a mesma visibilidade na atenção primária. A segurança do paciente pode ainda denotar estranhamento aos profissionais do nível primário e sua aplicabilidade e sentido não estão tão evidentes aos mesmos, apesar de esta ser a porta de entrada do sistema de saúde e conter grande parte de suas práticas (MARCHON, 2014).

Os estudos realizados sobre segurança do paciente também são direcionados majoritariamente para a atenção hospitalar, o que pode ser uma das causas do maior planejamento e implementação de ações nesse nível de atenção. Ademais, a maior repercussão e visibilidade dos erros ocorridos na assistência hospitalar quando comparados à atenção primária decorreu do processo histórico de percepção da segurança como qualificadora da atenção à saúde (BRASIL, 2014a).

Em estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos na Atenção à Saúde (IBEAS), realizado em cinco países latinoamericanos, identificou que 58,9% dos eventos adversos que os pacientes hospitalizados sofrem poderiam ter sido evitados (ESPANHA, 2010). Acredita-se que, de forma semelhante, grande parte dos erros ocorrentes na atenção primária à saúde podem ser prevenidos.

Em relação a estudos voltados à atenção primária, achados internacionais mostram que os erros mais frequentes estavam associados à

medicação e diagnóstico, e o fator contribuinte mais relevante foi falha de comunicação entre os membros da equipe de saúde. Dentre eles, uma revisão sistemática de estudos qualitativos quanto à visão de pacientes e da equipe da atenção primária em saúde da Inglaterra sobre a segurança do paciente. Esta revisão identificou inúmeros estudos que citavam problemas de comunicação como importantes fatores contribuintes para falhas na segurança da assistência (DAKER-WHITE et al., 2015).

Em outro estudo voltado à atenção primária, realizado na Suíça, em 2012, foram listados 23 incidentes, sobre os quais se questionou a médicos e enfermeiros da atenção primária quanto à frequência, caracterização da ocorrência e gravidade. Identificou-se que cerca de metade dos incidentes listados trouxe danos graves à saúde ou levaram a morte, sendo que, em sua maioria, esses danos estavam relacionados a erros diagnósticos (GEHRING et al., 2012). Em estudo realizado em Nova York, por meio de grupos focais com pacientes da atenção primária em saúde, foi relatado que a comunicação é fator contribuinte para a maior parte das falhas, sendo também um fator importante para a promoção de um atendimento qualificado; foi relatado, ainda, que no serviço de saúde erros de medicação são frequentes (DOWELL et al., 2005).

Em estudo transversal realizado na Espanha, foram analisadas reclamações dos pacientes quanto à atenção primária em saúde, a maior parte interligada a situações de segurança do paciente (53,6%). As causas destas queixas, em sua maioria, eram provenientes de erros de diagnóstico (43%), de medicação (18%) e de gestão (18%) (AÑEL-RODRIGUEZ; CAMBERO-SERRANO; IRURZU-ZUAZABAL, 2015).

De acordo com Marchon, Mendes e Pavão (2015), os erros administrativos, de comunicação e no tratamento foram relatados por profissionais das secretarias municipais de uma baixada litorânea do Rio de Janeiro como os erros mais frequentes na atenção primária à saúde. Este achado corrobora os estudos internacionais, sendo que, a partir destes é perceptível que erros são possíveis na atenção primária e ocorrem de forma que podem ser identificados e quantificados.

Apesar das diferenças políticas, socioeconômicas e culturais, bem como a influência que estas diferenças exercem sobre o sistema de saúde e a

percepção de gestores e demais profissionais quanto à segurança do paciente, acredita-se que a realidade brasileira seja semelhante à de países desenvolvidos no que diz respeito a existência de erros nos serviços de atenção básica à saúde. Assim, a ocorrência de erros na atenção primária à saúde parece ser uma realidade brasileira. De acordo com estudo realizado por Marchon, Mendes e Pavão (2015), com população assistida neste nível de atenção, a maioria dos pacientes que sofreram eventos adversos apresentaram danos permanentes à saúde, o que demonstra que eventos adversos acontecem e apresentam potencial para danos graves nesse nível de atenção à saúde.

2 JUSTIFICATIVA

A partir do conhecimento histórico do surgimento e adequação de formas de manejo da segurança do paciente no Brasil e no mundo, percebe-se que houve avanços quanto à promoção da mesma em ambientes de cuidado à saúde, bem como a prevenção de danos decorrentes, ainda que mais consistentes no âmbito hospitalar da assistência (DAKER-WHITE et al., 2015; GEHRING et al., 2012; DOWELL et al., 2005; AÑEL-RODRIGUEZ; CAMBERO-SERRANO; IRURZU-ZUAZABAL, 2015; MARCHON, MENDES; PAVÃO, 2015; BALL et al., 2014; BRASAITÉ et al., 2016; LAUGALAND; AASE; BARACH, 2012; MACDAVITT; CHOU; STONE, 2007; PRITCHARD; GREER, 1989; RATHERT; MAY, 2007; SKARDA; BARNHART, 2015; SMITH; LATTE; BLENKINSOPP, 2014; TUFFREY-WIJNE, 2013; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2017d).

No entanto, percebe-se que a atenção primária tem apresentado riscos importantes à segurança do paciente. Estes riscos podem ser exemplificados com o risco de não controle e agravamento de doenças crônicas, desnutrição e desidratação graves no idoso, prejuízo na saúde mental, pioras de quadro clínico, lesões em superfície corpórea, reações alérgicas a medicamentos, dentre outros. Estes problemas podem ser decorrentes de erros administrativos, na investigação de exames, de comunicação, dentre outros (MARTINS; PEREIRA; SEQUEIRA, 2010).

Diante disso, reconhece-se a necessidade de estudos direcionados à segurança do paciente na atenção primária. Em adição, a segurança do paciente nesse nível de atenção ainda foi pouco explorada quando comparada à atenção hospitalar. Desta forma, encontra-se a necessidade de identificar o entendimento dos trabalhadores e as atitudes que fortalecem ou enfraquecem a segurança do paciente na atenção primária em saúde (BRASIL, 2014a).

A cultura de segurança é definida por existência de normas, tradições, valores, crenças que dizem respeito à segurança do paciente, o que, por influenciar diretamente a prática profissional, determinará o manejo de atitudes que promovam ou não a segurança (MENDES, 2016; PAESE; DAL SASSO, 2013). 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 são muito importantes para que se estabeleçam atitudes seguras

na assistência à saúde (BRASIL, 2014a; ALLEN; CHIARELLA; HOMER, 2010; NPSA, 2004). Assim, identifica-se a importância de estudos que retratem as percepções dos profissionais quanto à segurança do paciente na atenção básica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar a cultura de segurança do paciente percebida por trabalhadores da atenção primária à saúde em município de grande porte do Paraná.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever a percepção e atitudes dos trabalhadores da atenção primária sobre a segurança do paciente;
- Classificar a cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde como positiva, neutra ou negativa;
- Caracterizar a cultura de segurança dos trabalhadores da atenção básica segundo variáveis socioeconômicas e de trabalho;
- Identificar a associação entre função dos trabalhadores e cultura de segurança do paciente;
- Verificar a associação entre região geográfica da unidade de saúde da família e cultura de segurança do paciente.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Estudo transversal, descritivo e exploratório, com trabalhadores atuantes na atenção primária à saúde.

4.2 Local de Estudo

A pesquisa foi realizada no município de Londrina, localizado na região norte do Estado do Paraná. Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município, em 2017, apresentava 558.439 habitantes (IBGE, 2017). No momento atual, o município conta com 54 Unidades de Saúde da Família (USF), 42 localizadas na área urbana do município.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Londrina foram implantadas na década de 1970, como campo de estágio para estudantes de medicina da Universidade Estadual de Londrina. Essas primeiras UBS estavam localizadas nos bairros Vila Fraternidade e Jardim do Sol. As UBS seguiam como referencial o modelo da Atenção Primária à Saúde proposta em Alma Ata, em 1978. Sendo esse movimento de saúde do município um dos impulsionadores para a Reforma Sanitária no país. Nesse período foram implantados os primeiros postos de saúde no município, os quais foram muito importantes na história da saúde de Londrina (LONDRINA, 2016). Atualmente, as UBS do município seguem, em sua totalidade, a Estratégia de Saúde da Família, com equipes multiprofissionais e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) atuantes, por isso são denominadas Unidades de Saúde da Família (USF).

4.3 População de Estudo

A população de estudo foi composta por todos os trabalhadores atuantes nas Unidades de Saúde da Família (USF) da área urbana do município de Londrina (n=1.231) independente da função; que têm atuação fixa e contínua na unidade e equipe de saúde, e inserção sólida no processo de trabalho da unidade. Portanto, as categorias participantes da pesquisa foram agentes comunitários de

saúde, técnicos/auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, auxiliares de odontologia, cirurgiões-dentistas e auxiliares administrativos.

Estes critérios objetivaram garantir que as percepções quanto à segurança do paciente fossem mensuradas adequadamente. Sendo assim, profissionais do NASF, profissionais residentes, internos e estagiários das instituições de ensino superior ou ensino técnico não foram incluídos.

Foram excluídos os trabalhadores que atuavam nas Unidades de Saúde que oferecem assistência por 16 horas diárias: USF Orlando Cestari, do bairro União da Vitória e USF Dr. Orlando Vicentini, do bairro Maria Cecília (LONDRINA, 2016). Esse critério foi utilizado por se entender que as USF citadas podem apresentar fragilidade no vínculo profissional-usuário e profissional-profissional, considerando a atuação pontual de plantonistas e pelo fluxo e quantidade de atividades se distinguirem das demais USF, fatores que comprometeriam a qualidade de respostas e posterior análise das mesmas.

Também foram excluídos os trabalhadores de serviços gerais, devido ao menor vínculo que demonstraram possuir com a equipe de saúde, pois são, em sua grande parte, terceirizados, e devido ao menor vínculo com os pacientes quando comparados com as demais categorias. Todas estas exclusões visaram garantir que os respondentes conhecessem o suficiente a unidade e processo de trabalho em que estão inseridos para que fornecessem respostas de qualidade (SORRA; FRANKLYN; STREAGLE, 2008).

4.4 Instrumento para Coleta de Dados

Para a coleta de dados foi utilizado questionário autorrespondido, o qual, além de informações sobre características sociodemográficas do entrevistado, continham questões que abordam a segurança do paciente. Para esta abordagem, foi utilizado o instrumento “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária” (MOSPSC - Medical Office Survey on Patient Safety Culture), formulado em 2007, nos Estados Unidos da América, pela Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ, 2016), e traduzido, adaptado e validado para a atenção primária no Brasil em 2015 (TIMM; RODRIGUES, 2016; TIMM, 2015).

O instrumento “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária” (Anexo A) dispõe de oito seções, de A à H, que abordam

sobre a percepção e avaliação do profissional quanto a segurança do paciente. As áreas representadas nas seções são: “questões sobre segurança do paciente e qualidade” (seção A), “troca de informações com outras instituições” (seção B), “trabalhando neste serviço de saúde” (seção C), “comunicação e acompanhamento” (seção D), “apoio de gestores/administradores/líderes” (seção E), “seu serviço de saúde” (seção F), “avaliação global” (seção G), e “questões sobre a prática profissional” (seção H). Para resposta, o questionário dispõe de escala de likert para as seções C, E e F, apresentada em escalas de concordância, com “1” para menor grau e “5” para o maior grau de concordância. As seções A, B e D utilizam-se de escalas de frequência ou ocorrência (de “diariamente” ou “sempre” à “não aconteceu nos últimos 12 meses” ou “nunca”) e a seção G escala de apreciação (de “ruim” à “excelente”). A seção H não utiliza padrão específico de resposta. Também foi construído um instrumento para a obtenção de questões sociodemográficas e profissionais adicionais (Apêndice A).

4.5 Estudo Piloto

Foi realizado um estudo piloto em duas USF de um município de médio porte localizado próximo ao município de Londrina. Estas duas USF contavam com um total de 51 profissionais. Neste estudo piloto obteve-se uma taxa de resposta de 88,2%. Tais USF foram selecionadas por apresentarem todas as características requeridas para a população-alvo, sendo que o único impedimento para que compoñham a amostra do estudo foi não pertencerem ao município de Londrina (KLEIN; BLOCH, 2008).

Através do estudo piloto identificou-se possíveis obstáculos para a aplicação dos questionários, dúvidas quanto ao processo de coleta de dados em sua completitude mediante à reprodução de todos os métodos e estratégias propostas para o estudo, além de ter sido útil para teste definitivo dos instrumentos, buscando, como apresenta a literatura, afirmar a viabilidade dos mesmos (KLEIN; BLOCH, 2008).

4.6 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada nas dependências das USF. Para isso, as pesquisadoras contataram inicialmente as coordenações das unidades para acordar detalhes da pesquisa, por e-mail ou telefone. Devido ao não sucesso na tentativa de contato com algumas coordenadoras optou-se por participar de uma reunião com todas as coordenadoras para informá-las sobre o objetivo da pesquisa e processo de coleta de dados. Após esta reunião, optou-se por 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.

Para a aplicação dos instrumentos à população de pesquisa houve atuação da pesquisadora principal e uma enfermeira, devidamente treinada, que participou ativamente do estudo piloto. A coleta de dados iniciou-se no mês de abril/2017 e foi finalizada em junho/2017.

Foram utilizadas cinco abordagens diferentes para a coleta de dados, sendo que esta variação de estratégias foi proveniente da solicitação das coordenadoras das USF. A diversificação das abordagens utilizadas para a coleta também foi necessária para a garantia de maior taxa de respostas e consequente viabilização operacional da pesquisa.

No primeiro tipo de coleta 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 que as pesquisadoras deixaram envelopes separados para o depósito dos questionários e termos de consentimento preenchidos com as coordenadoras das USF e orientaram que os participantes da pesquisa arquivassem seus questionários e termos 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 repassassem aos funcionários; estas se responsabilizaram de entregar os questionários à população de pesquisa e orientá-los a arquivar os questionários e termos preenchidos nos respectivos envelopes, que foram recolhidos em data agendada com coordenadoras.

Foi solicitado o número de funcionários às coordenadoras no dia da coleta, que proporcionou a identificação daqueles ausentes no dia ou período entre entrega dos questionários e seu recolhimento. Foram realizadas duas visitas posteriores para a busca destes trabalhadores.

4.7 Variáveis do Estudo

4.7.1 Variáveis de caracterização:

- Faixa etária:
 - Até 25 anos
 - De 26 a 50 anos
 - De 51 a 66 anos

- Sexo:
 - Feminino
 - Masculino

- Escolaridade:
 - Ensino médio ou menos
 - Ensino superior incompleto
 - Ensino superior completo

- Curso/capacitação em segurança do paciente
 - Sim
 - Não

- Outro vínculo empregatício
 - Sim
 - Não

- Tempo de trabalho na USF
 - Menos de 3 anos
 - De 3 a menos de 6 anos
 - De 6 a menos de 11 anos
 - Há 11 anos ou mais

- Carga horária semanal no serviço
 - 24 horas ou menos
 - De 25 – 32 horas
 - De 33 – 40 horas
 - 41 horas ou mais

- Função
 - Técnico de enfermagem
 - Agente Comunitário de Saúde
 - Enfermeiro
 - Enfermeiro Coordenador
 - Médico
 - Cirurgião-dentista
 - Auxiliar administrativo
 - Auxiliar de odontologia

Para as análises de associação as categorias cirurgião-dentista e auxiliar de odontologia foram agrupadas em uma categoria chamada “odontologia”. O mesmo ocorreu para o cargo de enfermeiro e enfermeiro coordenador, que foram agrupados em “enfermeiro”.

- Região em que se localiza a USF
 - Leste
 - Sul
 - Central
 - Norte
 - Oeste

4.7.2 Variáveis de Segurança do Paciente:

- Segurança do paciente e qualidade do cuidado (Seção A), questões categorizadas em:
 - Diariamente
 - Pelo menos uma vez na semana
 - Uma vez ao mês ou menos
 - Não aconteceu nos últimos 12 meses
- Troca de informações com outras instituições (Seção B), categorizadas em:
 - Problemas diariamente
 - Problemas pelo menos uma vez na semana
 - Problemas uma vez ao mês ou menos
 - Nenhum problema nos últimos 12 meses
- Processo de trabalho no serviço de saúde (Seção C), questões categorizadas em:
 - Discordo totalmente/parcialmente
 - Não concordo nem discordo
 - Concordo totalmente/parcialmente
- Comunicação e acompanhamento do paciente (Seção D), categorizadas em:
 - Nunca
 - Raramente/às vezes
 - Quase sempre
 - Sempre

- Apoio dos gestores/administradores/líderes na cultura de segurança do paciente (Seção E), questões categorizadas em:
 - Discordo totalmente/parcialmente
 - Não concordo nem discordo
 - Concordo totalmente/parcialmente

Os participantes da pesquisa foram informados, antes de responderem à pesquisa, que a expressão gestores/administradores/líderes devia ser interpretada como profissionais coordenadores das USF. Esses profissionais (coordenadores das USF) não responderam a seção E.

- Características dos serviços de saúde em que atuam (Seção F), categorizadas em:
 - Discordo totalmente/parcialmente
 - Não concordo nem discordo
 - Concordo totalmente/parcialmente
- Avaliação geral da qualidade do cuidado (Seção G), categorizadas em:
 - Ruim/razoável
 - Bom
 - Excelente/muito bom.

As seções A à F possuíam a opção de resposta “não sei/não se aplica”. Para esta situação as respostas foram retiradas das análises, não sendo consideradas respostas válidas. O mesmo ocorreu para o caso de alguma questão não ser respondida pelo profissional.

4.8 Análise Estatística

As informações obtidas por meio dos instrumentos de coleta de dados foram duplamente digitadas, por distintos pesquisadores em planilha criada no programa Microsoft Excel 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. Na comparação inicial, detectou-se que 2,9% dos campos apresentavam discrepância na digitação. 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.

Também foram analisados os percentuais de respostas positivas para cada dimensão do instrumento utilizado (MOSPSC), utilizando-se a seguinte fórmula (SORRA; FRANKLYN; STREAGLE, 2008):

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

Considerou-se respostas positivas aquelas em que foram assinaladas a opção 4 ou 5 (concordo totalmente/parcialmente ou quase sempre/sempre) para as sentenças formuladas de forma positiva, ou 1 ou 2 (discordo totalmente/parcialmente ou nunca/raramente) nas perguntas formuladas negativamente. As respostas neutras referem-se àquelas em que foram assinaladas a opção 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes) para qualquer pergunta. As respostas negativas referem-se àquelas em que foram assinaladas as opções 1 ou 2 (discordo totalmente/parcialmente ou nunca/raramente) para as perguntas formuladas de forma positiva, ou 4 ou 5 (concordo totalmente/parcialmente ou quase sempre/sempre) nas sentenças formuladas negativamente (SORRA; FRANKLYN; STREAGLE, 2008). Esta análise também foi aplicada por profissional, identificando o percentual de respostas positivas por indivíduo entrevistado.

A partir do cálculo dos percentuais foi atribuída a categoria positiva para todo indivíduo que atingisse um percentual de respostas positivas de 75% ou mais; categoria neutra para todo indivíduo que atingisse um percentual de respostas positivas maior que 50% e menor que 75%; e, por fim, categoria negativa para os indivíduos que atingissem um percentual de respostas positivas de 50% ou menos. Estas categorias foram utilizadas nas análises de associação, e se restringiram às seções C à F.

Ainda, compondo a percepção sobre segurança do paciente (Seção G), os profissionais realizaram uma avaliação geral da qualidade do cuidado, em que foram atribuídas percepções de ruim a excelente para os serviços de saúde. Foram consideradas “ruim” e “razoável” como percepção negativas, e “bom”, “muito

bom” e “excelente” como positivas, e tais categorias foram utilizadas na análise de associação. Para esta seção não houve categoria “neutra”.

Para as situações relacionadas à “segurança do paciente e qualidade do cuidado” e “troca de informações com outras instituições” (Seção A e B), as respostas foram atribuídas de forma a evidenciar a frequência de acontecimento de problemas ou mesmo de situações positivas nas Unidades de Saúde da Família. Sendo assim, para tais variáveis, não foram realizadas análises de associação, mas somente cálculos de frequência destes problemas ou situações em análise descritiva.

Para as análises de associação, utilizou-se a regressão de Poisson com cálculo da Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança 95% (IC 95%), utilizando-se como nível de significância $p < 0,05$. Assim, as variáveis de cultura de segurança foram dicotomizadas em “negativo” e “neutro/positivo”. Tal dicotomização foi aplicada apenas às seções C, D, E, F e G (utilizadas na análise de associação como variáveis dependentes). Foram utilizadas como variáveis independentes a categoria profissional e a região da USF, sendo que cada categoria e região foram comparadas, individualmente, com as demais. Foram utilizadas como variáveis de ajuste: faixa etária, sexo e tempo de trabalho no serviço.

Também foi avaliada a consistência interna do instrumento utilizado (MOSPSC). Para isso foi calculado o Coeficiente Alfa de Cronbach (CRONBACH, 1951). Para a análise de confiabilidade do Alfa de Cronbach os níveis entre 0,70 e 0,90 indicam consistência interna, sendo que acima de 0,90 sugere-se redundância no questionário (STREINER, 2003).

4.9 Aspectos Éticos

Este projeto respeitou a todos os preceitos éticos constantes na Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012a) e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CEP-UEL), o qual deu parecer favorável (CAAE: 62763916.4.0000.5231) (Anexo B). Também, foi solicitada autorização à Secretaria Municipal de Saúde de Londrina e às coordenações da USF para realização da pesquisa, as quais permitiram a realização da mesma.

Cada participante do estudo foi devidamente orientado quantos aos objetivos da pesquisa e, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e concordância em participar da pesquisa, assinou o mesmo. O instrumento recolhido somente foi considerado caso o participante tivesse assinado o TCLE.

5 RESULTADOS

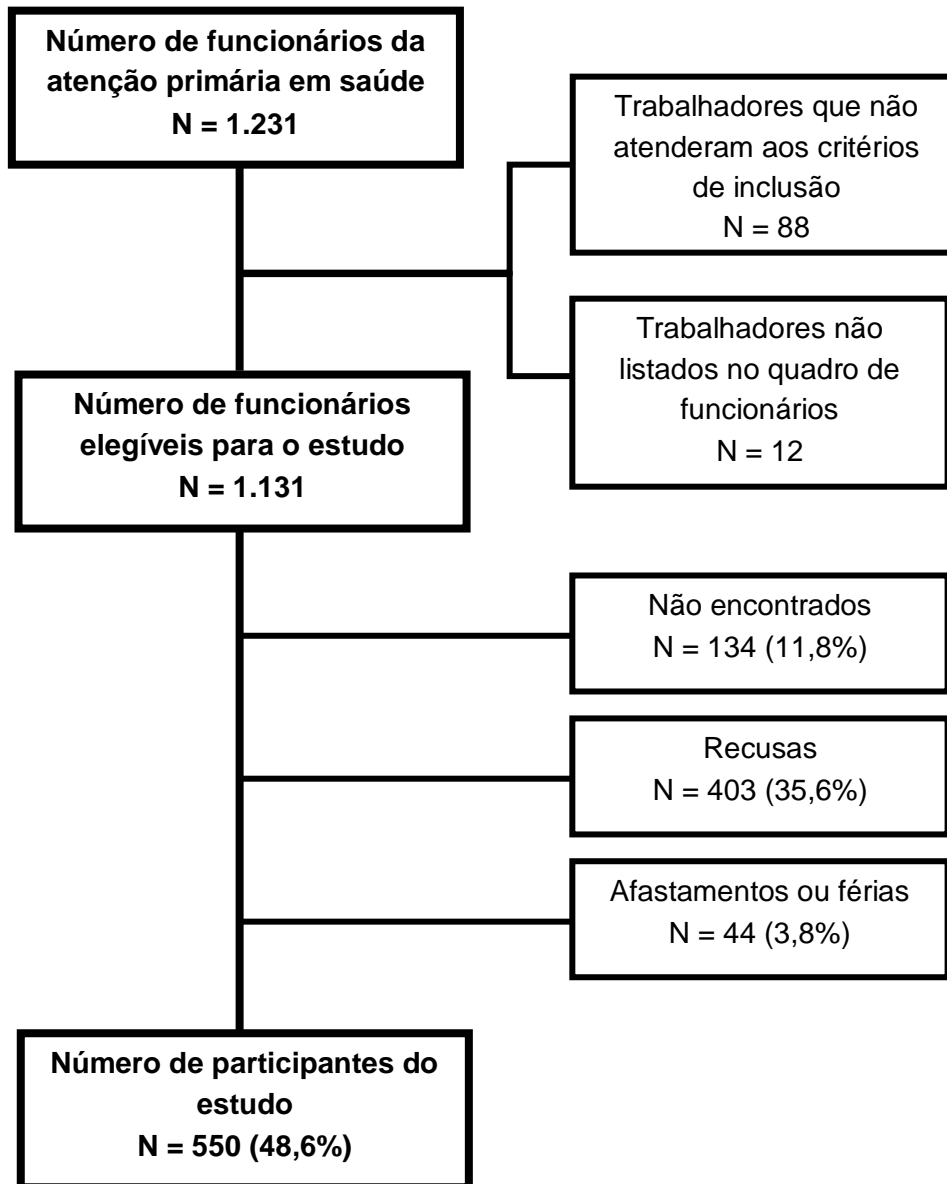
O município de Londrina possui 1.231 funcionários nas Unidades de Atenção Primária à Saúde urbanas, não incluindo a este quantitativo as USF que prestam atendimento por mais de 12 horas diárias. Destes 1.231 funcionários, 65 pertencem ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 23 ocupam o cargo de serviços gerais, portanto esses trabalhadores não atingiram critérios de inclusão. Destes, 12 não estavam listados no quadro de funcionários atual das Unidades Básicas de Saúde. Assim, tornaram-se elegíveis para esta pesquisa 1.131 trabalhadores em saúde atuantes na atenção primária em saúde.

Dentre estes (n=1.131), contabilizaram-se 35,6% recusas (n=403), 11,8% (n=134) de profissionais não encontrados e 3,8% de férias ou em afastamento (n= 44), totalizando uma amostra de 550 trabalhadores em saúde (Figura 2).

Conforme apresentado na tabela 1, a região Oeste foi a que registrou menor taxa de resposta (34,8%), contrariamente à região leste, que apresentou taxa de resposta de 59,6%. Na região Oeste houve uma USF que apresentou taxa de resposta inferior à 30,0%.

Os profissionais que mais aderiram à pesquisa foram os enfermeiros e agentes comunitários de saúde (60,8% e 58,9% de taxa de resposta, respectivamente), conforme pode ser verificado na tabela 2.

Figura 2. Fluxograma de exclusões/perdas e taxa de resposta à pesquisa, trabalhadores da Atenção Primária em Saúde, Londrina, PR, 2017.



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

Tabela 1. Taxa de resposta à pesquisa segundo região geográfica das USF, trabalhadores da Atenção Primária em Saúde, Londrina, PR, 2017.

Região da USF	N	Total de questionários preenchidos	Taxa de resposta (%)
Leste	213	127	59,6
Central	154	83	53,9
Norte	308	155	50,3
Sul	223	104	46,6
Oeste	233	81	34,8
Total	1131	550	48,6

Tabela 2. Taxa de resposta à pesquisa segundo função, Atenção Primária em Saúde, Londrina, PR, 2017.

Função*	N	Total de questionários preenchidos	Taxa de resposta (%)
Enfermeiro	97	59	60,8
Agente Comunitário de Saúde	251	148	58,9
Cirurgião-dentista	65	31	50,7
Técnico de enfermagem	414	184	44,7
Auxiliar administrativo	69	29	44,9
Auxiliar de odontologia	116	34	29,3
Médico	119	28	23,5

* Trabalhadores que assinalaram outra função (não especificada): 37.

A caracterização da população estudada segundo variáveis sociodemográficas e profissionais pode ser observada na tabela 3. Nela, nota-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino (83,5%), com idade entre 26 e 50 anos (73,3%), não relataram curso/capacitação em segurança do paciente (78,7%) e não referiram outro vínculo empregatício (82,9%). A idade média foi de 42 anos (desvio padrão: 9,5 anos). Também se deve destacar que cerca de 70% trabalhavam há três anos ou mais na USF e aproximadamente 60% trabalhavam 33 horas ou mais no serviço. Quanto à escolaridade e formação profissional, 48,2% tem ensino superior completo e possui os cargos de técnico de enfermagem e agente comunitário (33,5% e 26,9%, respectivamente). Em relação ao cargo de enfermeiro, 45 (8,2%) atuam na assistência e 14 (2,5%) como coordenadores.

Tabela 3. Distribuição dos trabalhadores em saúde segundo características sociodemográficas e profissionais, Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017 (N=550).

Faixa etária	N	%
Faixa etária¹		
Até 25 anos	17	3,1
26-50 anos	403	73,3
51-66 anos	109	19,8
Sexo²		
Feminino	459	83,5
Masculino	89	16,2
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
Outro vínculo empregatício³		
Sim	88	16,0
Não	456	82,9
Tempo de trabalho na USF (em anos) ¹¹		
< 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 serviço²²		
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
Função³³		
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
Auxiliar administrativo	29	5,2
Médico	28	5,1
Função não identificada	13	2,4

¹Campos sem resposta totalizaram 21(3,8%);

²Campos sem resposta totalizaram 2(0,4%);

³Campos sem resposta totalizaram 6(1,1%);

¹¹Campos sem resposta totalizaram 26(4,7%);

²²Campos sem resposta totalizaram 27(4,9%);

³³Campos sem resposta totalizaram 24(4,4%).

5.1 Caracterização e Avaliação da Segurança do Paciente

A seguir estão representadas as frequências de respostas dos trabalhadores às seções do questionário “Pesquisa sobre cultura de segurança do paciente para a atenção primária” (MOSPSC). Em caso de não resposta a alguma questão do instrumento ou respostas “não sei/não se aplica”, estas foram retiradas das análises subsequentes. Dessa forma, o total de respondentes para cada

questão foi variável. Inicialmente, destaca-se que a análise de confiabilidade do questionário, utilizando-se do Alfa de Cronbach, demonstrou valores superiores a 0,65 para todas as seções (Tabela 4).

Tabela 4. Análise de confiabilidade do instrumento “Pesquisa sobre cultura de segurança do paciente para atenção primária” segundo seções do instrumento, Londrina, PR, 2017.

Seções	Alfa de Cronbach
Questões sobre segurança do paciente e qualidade	0,829
Questões sobre troca de informações com as instituições	0,859
Trabalhando neste serviço de saúde	0,692
Comunicação e acompanhamento	0,717
Apoio de gestores/administradores/líderes*	0,775
Características de seu serviço de saúde	0,679
Avaliação global	0,877
Instrumento total (Seções A à G)	0,887

*Não respondido por profissionais coordenadores de USF.

Quanto às situações negativas referentes à qualidade de assistência e segurança do paciente (Figura 3), destacam-se o prontuário/registro do paciente estar indisponível quando necessário e o paciente não conseguir uma consulta em até 48 horas para um problema sério ou agudo, para as quais, 15,5% e 14,4% dos trabalhadores, respectivamente, referiram a ocorrência diária. Ainda foi atribuído percentual importante de respostas negativas (diariamente: 13,3%), à situação “exames não foram realizados quando necessário”.

Para as situações avaliadas de forma mais positiva, observou-se que medicamentos utilizados pelos pacientes não serem revisados durante a consulta foi o melhor avaliado, com 49,2% dos trabalhadores relatando que a situação não ocorreu nos últimos 12 meses. Neste sentido, outras duas situações foram também avaliadas de forma positiva (“utilizado um prontuário trocado no atendimento a uma paciente” e “informações clínicas de um paciente inseridas no prontuário de outro”), com percentual próximo de 50% dos trabalhadores relatando que estas situações não ocorreram nos últimos 12 meses.

De acordo com a figura 4, as instituições assinaladas como as que apresentam maior frequência de problemas (diariamente) relacionados a troca de informações com a atenção primária em saúde foram os hospitais (7,5%). Contrariamente, os hospitais também representaram a instituição que teve maior

percentual de respostas positivas (nenhum problema nos últimos 12 meses), com 36,8%, seguido das farmácias, com 35,8%. Outro dado que deve ser destacado é em relação aos centros de imagem e laboratórios, uma vez que apenas 22,8% dos trabalhadores referiram não ter problemas de troca de informações com esses serviços nos últimos 12 meses.

Figura 3. Distribuição das respostas dos trabalhadores segundo segurança do paciente e qualidade do cuidado (Seção A), Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.

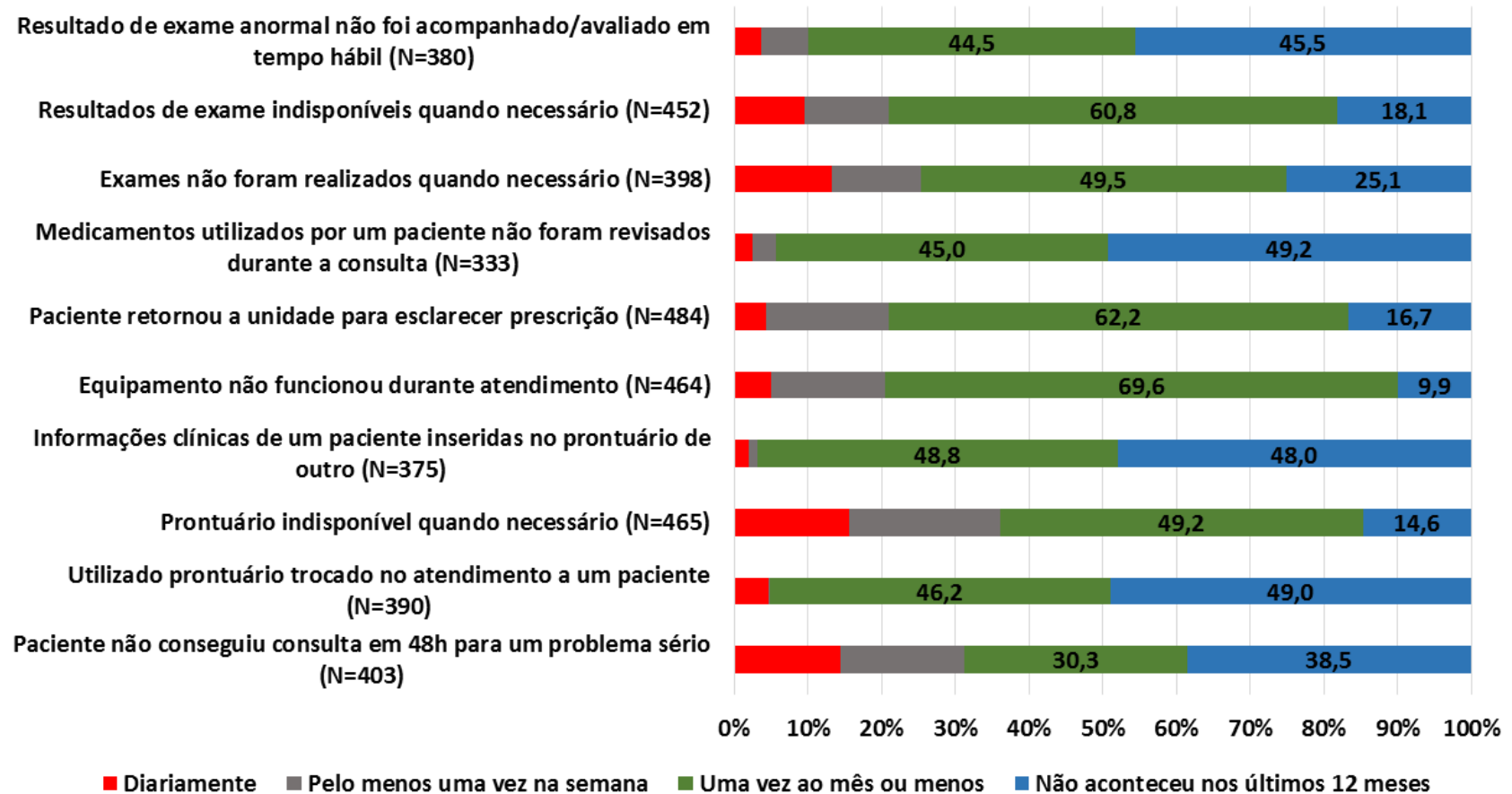
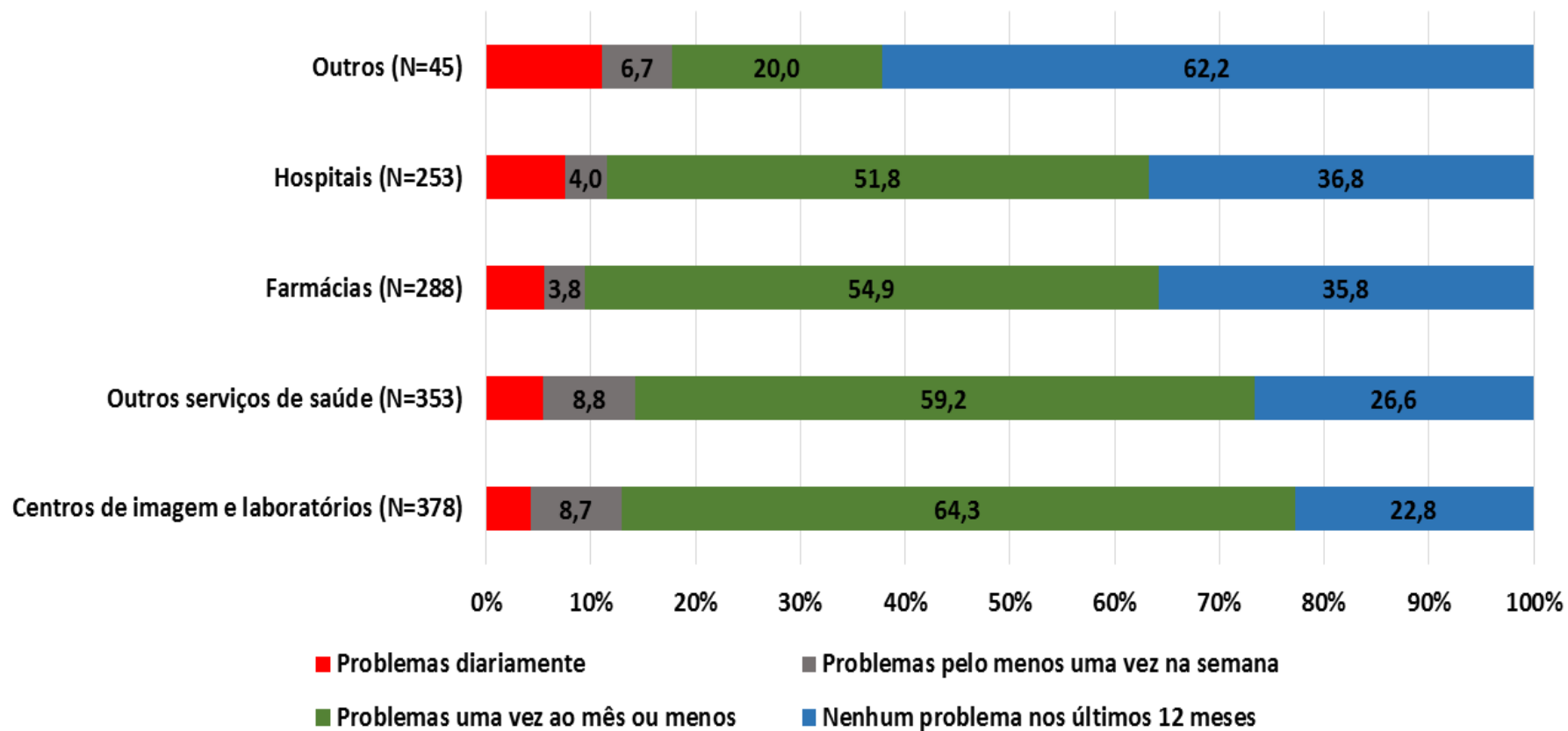


Figura 4. Distribuição das respostas dos trabalhadores segundo troca de informações com outras instituições (Seção B), Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.

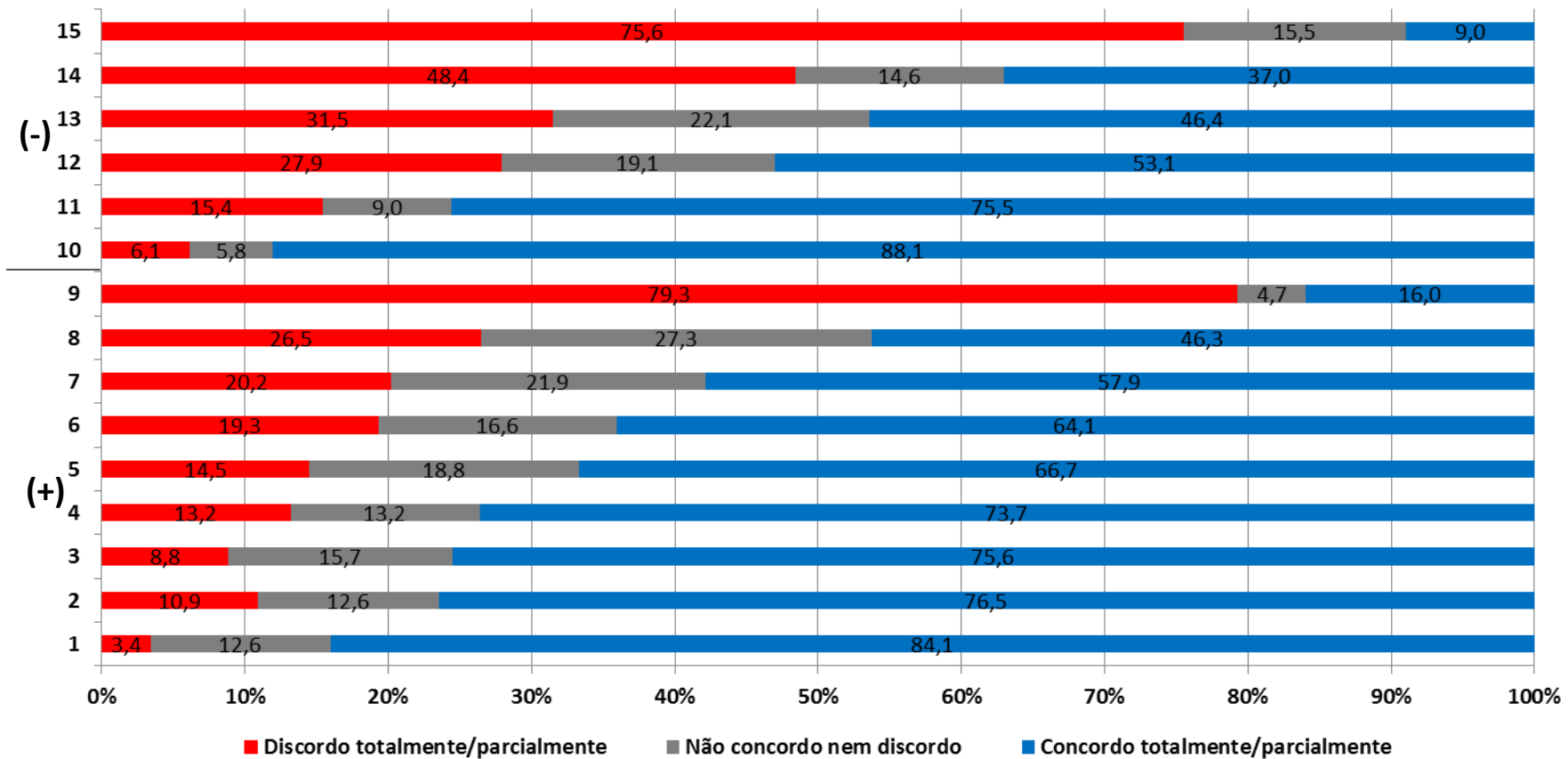


De acordo com a figura 5, relativa à avaliação dos trabalhadores quanto ao processo de trabalho, a situação negativa que apresentou maior percentual das respostas “concordo totalmente/parcialmente” foi a que diz respeito à quantidade alta de pacientes comparada ao número de médicos (88,1%), seguida de haver um número maior de pacientes que a capacidade de atendê-los de forma eficiente (75,5%). A situação negativa “desorganização maior que a aceitável” apresentou maior percentual de respostas “discordo totalmente/parcialmente” (75,6%).

Dentre as situações positivas apresentadas na figura 5, os trabalhadores terem boa relação com os médicos apresentou maior percentual de “concordo totalmente/parcialmente” (84,1%). A situação positiva “número de profissionais suficiente para atender o número de pacientes” apresentou maior percentual de “discordo totalmente/parcialmente” (79,3%).

Em relação à avaliação geral da seção “processo de trabalho no serviço de saúde”, verificou-se que apenas 51,0% das respostas foram positivas, o que classificaria esta seção com uma avaliação neutra.

Figura 5. Distribuição das respostas dos trabalhadores segundo processo de trabalho no serviço de saúde (Seção C), Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.



Negativas (-): 10-Quantidade de pacientes é muito alta comparada ao número de médicos (N=521); 11-Há número maior de pacientes que a capacidade de atendê-los de forma eficiente (N=531); 12-Profissionais se sentem apressados no atendimento (N=535); 13-Há problemas com o fluxo de trabalho (N=521); 14-Profissionais são solicitados a fazer tarefas às quais não foram treinados (N=514); 15-Desorganização maior que aceitável (N=524).

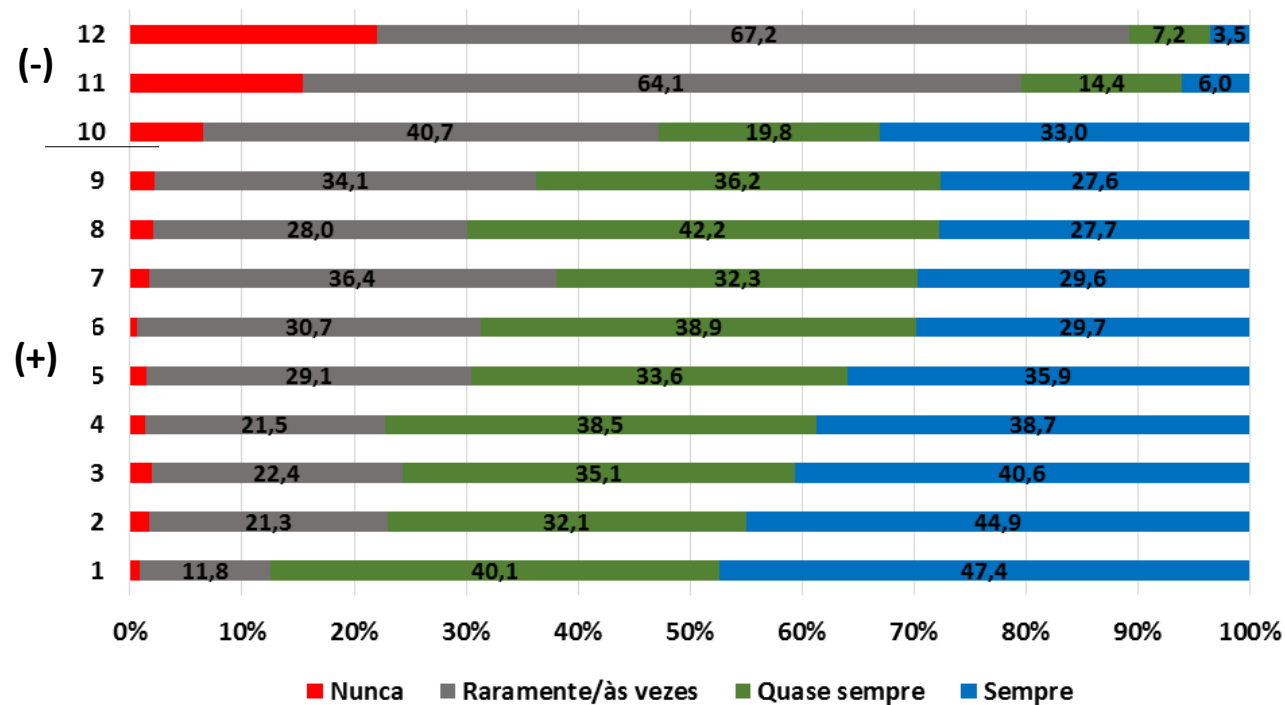
Positivas (+): 1-Boa relação de trabalho com os médicos (N=533); 2-Quando alguém está muito ocupado os outros ajudam (N=541); 3-Trata-se todos os profissionais com respeito (N=536); 4-A equipe segue processos padronizados para a realização de atividades (N=524); 5-Há valorização do trabalho em equipe no cuidado aos pacientes (N=532); 6-Há treinamento na implantação de novos processos de trabalho (N=535); 7-Garantia de atualizações necessárias ao atendimento (N=535); 8-Verifica-se se o trabalho foi realizado corretamente (N=499); 9-Número de profissionais suficiente para atender aos pacientes (N=531).

Na figura 6 (comunicação e acompanhamento do paciente) os maiores percentuais da resposta “nunca” estiveram nas situações negativas “neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes” e “a equipe tem receio de perguntar quando algo não parece correto”. Com exceção destas duas situações, todas as outras apresentaram níveis de respostas “quase sempre/sempré” que superaram 50%. Neste caso destaca-se, negativamente, que 52,8% dos trabalhadores afirmaram que “quase sempre/sempré” a “equipe acredita que seus erros possam ser usados contra si”. Contrariamente, 87,5% dos trabalhadores consideram que “quase sempre/sempré” a “equipe acompanha pacientes que precisam de monitoramento”. O percentual de respostas positivas para a seção comunicação e acompanhamento representou 65,0%, o que atribuiu à seção uma avaliação neutra.

A figura 7 apresenta as respostas dos trabalhadores da atenção primária em saúde quanto a aspectos relacionados à ocorrência de erros e de situações negativas no serviço. O maior percentual de respostas encontrado na seção refere-se a afirmativa “quando há problema no serviço é avaliado se há necessidade de alguma mudança”, com 88,9% concordando com esta situação. Já o maior percentual de respostas “discordo totalmente/parcialmente” encontra-se na situação negativa “é apenas por acaso que não acontecem mais erros que afetam aos pacientes” (83%). A avaliação geral desta seção mostrou que 73,2% das respostas foram dadas de forma positiva pelos trabalhadores quanto ao serviço em que atuam, classificando a seção como uma seção neutra.

Na avaliação de qualidade (figura 8) de acordo com as cinco áreas (imparcialidade, eficiência, pontualidade, serviço efetivo e serviço centrado no paciente), os melhores indicadores avaliados (muito bom/excelente) foram a imparcialidade (54,4%) e a efetividade (44,7%). A pontualidade foi o item que apresentou avaliação negativa mais frequente, com 33,7% dos trabalhadores respondendo como “ruim/razoável”. A avaliação geral sobre segurança do paciente mostrou que 35,7% dos trabalhadores consideraram-na “muito boa/excelente”, contra apenas 18,4% que avaliaram com “ruim/razoável”. Destaque para a avaliação global desta seção, na qual 79,0% das respostas foram atribuídas de forma positiva, classificando-a como uma seção avaliada positivamente pelos trabalhadores.

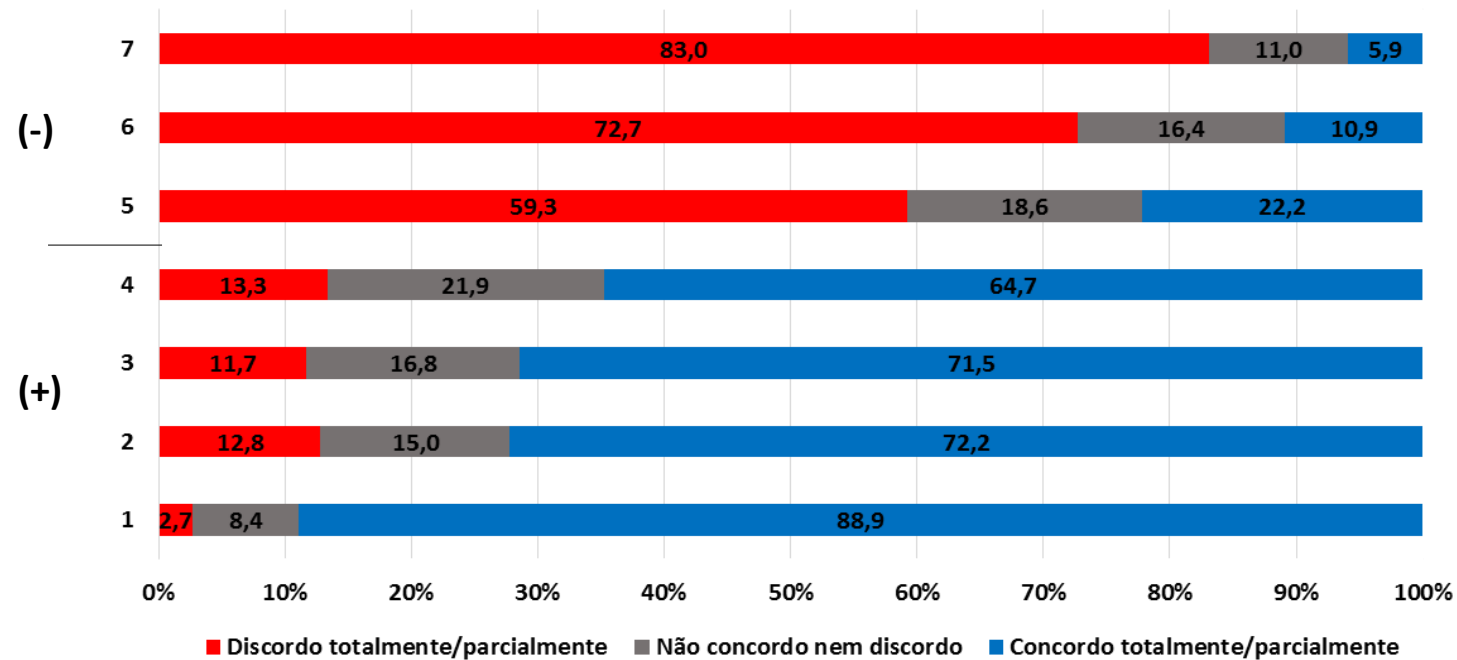
Figura 6. Distribuição das respostas dos trabalhadores segundo comunicação e acompanhamento do paciente (Seção D), Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.



Negativas (-): 10-A equipe acredita que seus erros possam ser usados contra si (N=460); 11-Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes (N=513); 12-A equipe tem receio de perguntar quando algo não parece correto (N=516).

Positivas (+): 1-Acompanha pacientes que precisam de monitoramento (N=519); 2-Pacientes são avisados quando precisam agendar consulta de cuidados preventivos ou de rotina (N=530); 3-Discute-se maneiras de evitar que erros aconteçam novamente (N=527); 4-É registrada a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento (N=475); 5-A equipe fala abertamente sobre problemas (N=515); 6-Médicos são abertos para ideias de outros profissionais sobre como melhorar processo de trabalho (N=511); 7-A equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista (N=533); 8-Faz acompanhamento, quando não recebe um relatório esperado de outro serviço (N=429); 9-Funcionários estão dispostos a relatar erros que observam (N=511).

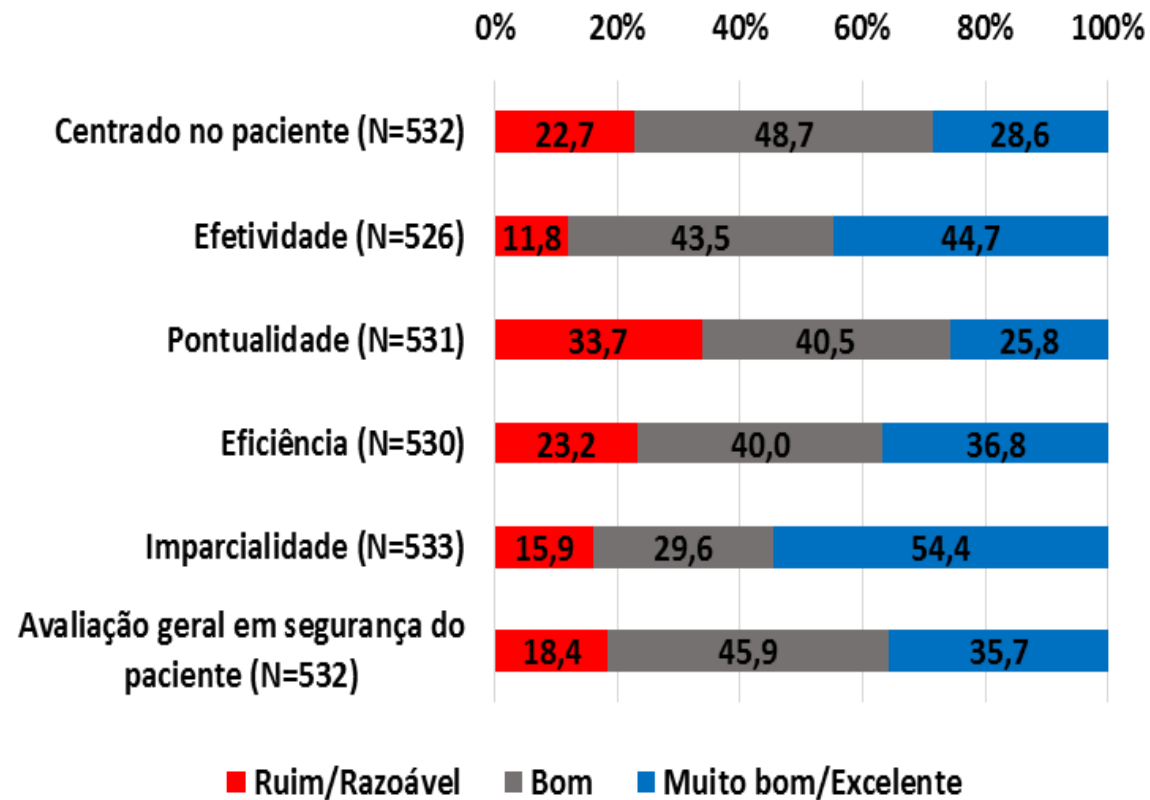
Figura 7. Distribuição das respostas dos trabalhadores segundo serviço de saúde de atuação (Seção F), Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.



Negativas (-): 5-Dá-se mais importância à quantidade de atividades realizadas do que à qualidade (N=474); 6-Neste serviço acontecem erros mais frequentemente do que deveria (N=469); 7-É apenas por acaso que não acontecem mais erros que afetam aos pacientes (N=454).

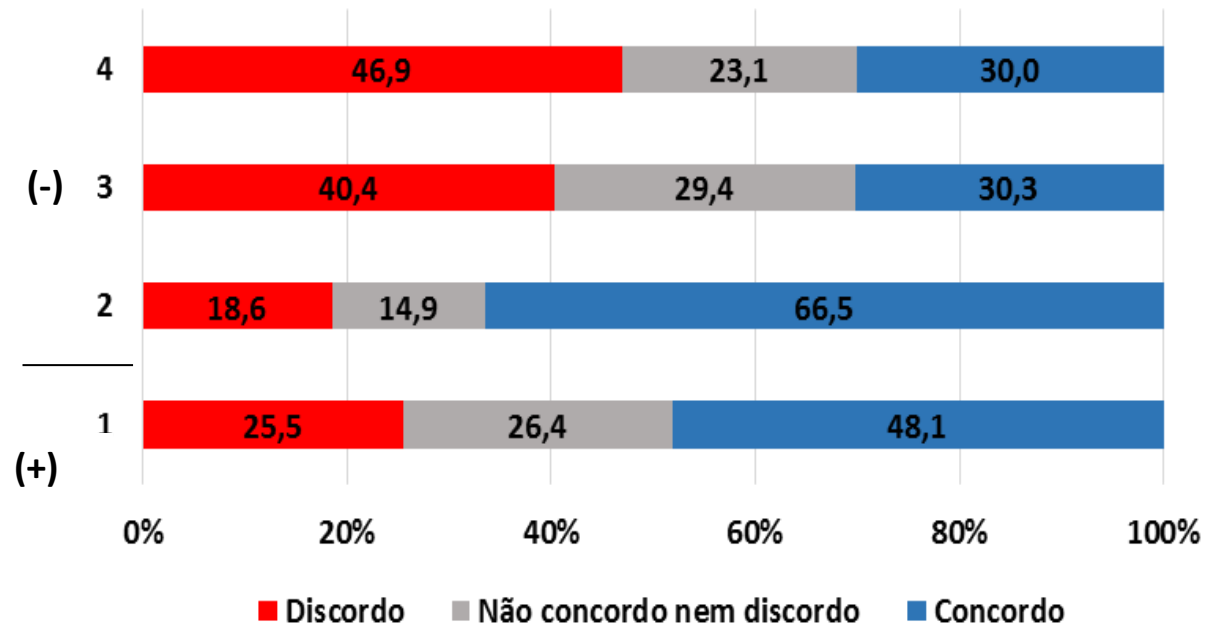
Positivas (+): 1-Quando há problema no serviço é avaliado se há necessidade de alguma mudança (N=479); 2-Após realizar-se mudanças para melhorar o processo de trabalho avalia-se se estas funcionam (N=468); 3-Processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar aos pacientes (N=471); 4-É eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir a repetição de problemas (N=465).

Figura 8. Distribuição das respostas dos trabalhadores segundo avaliação global da qualidade do cuidado (Seção G), Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.



De acordo com a figura 9, a qual apresenta aspectos referentes à gestão, respondida pelos trabalhadores que não têm cargo de coordenação (n=429), o maior percentual de respostas “concordo totalmente/parcialmente” foi referente a situação negativa “não há investimento de recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado” (66,5%). Ainda merece destaque que 30,0% dos trabalhadores responderam que concordam totalmente/parcialmente com o fato de que os coordenadores/gestores das USF “ignoram erros que se repetem no cuidado ao paciente”. O total de respostas dadas de forma positiva à seção que diz respeito ao apoio de gestores no processo de trabalho representou 38,4%, classificando a seção com uma avaliação negativa dos trabalhadores.

Figura 9. Distribuição das respostas dos trabalhadores segundo apoio dos gestores na cultura segurança do paciente (Seção E), Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.



Negativas (-): 2-Não há investimento de recursos suficientes para melhorar qualidade do cuidado (N=463); 3-Frequentemente tomam decisões baseados no que é melhor para o serviço e não para o paciente (N=456); 4-Ignoram erros que se repetem no cuidado ao paciente (N=454).

Positiva (+): 1-Priorizam a melhoria dos processos de atendimento aos pacientes (N=462);

A partir da análise da proporção de respostas positivas, neutras e negativas relacionadas às características sociodemográficas e profissionais dos respondentes da pesquisa, destaca-se que os trabalhadores com idade inferior a 25 anos, agentes comunitários de saúde, trabalhadores que não possuíam outro vínculo empregatício e das regiões leste e sul atribuíram avaliação geral mais negativa que os demais à seção que trata do processo de trabalho no serviço de saúde (Tabela 5).

Com relação ao processo de comunicação e acompanhamento dos pacientes (Tabela 6), observou-se que os técnicos de enfermagem, os agentes comunitários de saúde e os trabalhadores com menos tempo de atuação na USF apresentaram maior frequência de avaliação negativa quanto a estes aspectos. De acordo com a tabela 7, os agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e aqueles com menos de três anos atuando na USF apresentaram avaliação mais negativa que os demais sobre o serviço de saúde em que atuam.

Na avaliação geral sobre segurança do paciente e qualidade de atendimento (Tabela 8), os trabalhadores com maior carga horária semanal de trabalho e que atuavam em USF da região leste apresentaram maior percentual de avaliação negativa desta seção. Conforme observado na tabela 9, a qual apresenta a avaliação dos trabalhadores acerca do apoio de gestores no processo de trabalho, verificou-se que trabalhadores do sexo masculino avaliaram mais negativamente este processo.

Tabela 5. Distribuição das respostas (positivas, negativas e neutras) sobre processo de trabalho no serviço de saúde segundo variáveis sociodemográficas e profissionais, Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.

Variáveis	Positivas n (%)	Neutras n (%)	Negativas n (%)	Valor de p
Faixa etária				<0,001
Até 25 anos	0 (0)	7 (41,2)	10 (58,8)	
De 26 a 50 anos	31 (7,7)	171 (42,5)	200 (49,8)	
De 51 a 66 anos	19 (17,4)	60 (55)	30 (27,5)	
Sexo				0,349
Feminino	41 (8,9)	215 (46,8)	203 (44,2)	
Masculino	10 (11,4)	34 (38,6)	44 (50)	
Escolaridade				0,497
Ensino médio ou menos	22 (9,8)	104 (46,2)	99 (44)	
Ensino superior incompleto	3 (5)	24 (40)	33 (55)	
Ensino superior completo	27 (10,3)	121 (46)	115 (43,7)	
Capacitação em segurança do paciente				0,520
Sim	14 (12)	54 (46,2)	49 (41,9)	
Não	38 (8,8)	196 (45,4)	198 (45,8)	
Outro vínculo empregatício				0,039
Sim	10 (11,4)	49 (55,7)	29 (33)	
Não	41 (9)	197 (43,3)	217 (47,7)	
Tempo de trabalho na USF em anos				0,025
Menos de 3 anos	13 (7,7)	64 (38,1)	91 (54,2)	
De 3 a menos de 6 anos	15 (11,8)	55 (43,3)	57 (44,9)	
De 6 a menos de 11 anos	4 (6,3)	28 (44,4)	31 (49,2)	
Há 11 anos ou mais	17 (10,2)	91 (54,8)	58 (34,9)	
Carga horária semanal no serviço				0,286
24 horas ou menos	22 (41,5)	23 (43,4)	8 (15,1)	
De 25 – 32 horas	7 (4,9)	64 (45,1)	71 (50)	
De 33 – 40 horas	32 (10,9)	135 (45,9)	127 (43,2)	
41 horas ou mais	2 (5,9)	15 (44,1)	17 (50)	
Função				0,007
Técnico de enfermagem	16 (8,7)	79 (42,9)	89 (48,4)	
Agente Comunitário de Saúde	10 (6,8)	58 (39,2)	80 (54,1)	
Enfermeiro	6 (13,3)	29 (64,4)	10 (22,2)	
Enfermeiro Coordenador	2 (14,3)	12 (85,7)	0 (0)	
Médico	4 (14,3)	13 (46,4)	11 (39,3)	
Cirurgião-dentista	4 (12,9)	16 (51,6)	11 (35,5)	
Auxiliar administrativo	2 (6,9)	9 (31)	18 (6,2)	
Auxiliar de odontologia	3 (8,8)	18 (52,9)	13 (38,2)	
Função não identificada	1 (7,7)	6 (46,2)	6 (46,2)	
Região				0,008
Leste	15 (11,8)	44 (34,6)	68 (53,5)	
Sul	11 (10,7)	38 (36,9)	54 (52,4)	
Central	10 (12)	40 (48,2)	33 (39,8)	
Norte	9 (5,8)	90 (58,1)	56 (36,1)	
Oeste	7 (8,6)	38 (46,9)	36 (44,4)	

Tabela 6. Distribuição das respostas (positivas, negativas e neutras) sobre comunicação e acompanhamento do paciente segundo variáveis sociodemográficas e profissionais, Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.

Variáveis	Positivas n (%)	Neutras n (%)	Negativas n (%)	Valor de p
Faixa etária				0,135
Até 25 anos	8 (47,1)	3 (17,6)	6 (35,3)	
De 26 a 50 anos	164 (41)	105 (26,2)	131 (32,8)	
De 51 a 66 anos	54 (50)	32 (29,6)	22 (20,4)	
Sexo				0,518
Feminino	194 (42,5)	124 (27,2)	138 (30,3)	
Masculino	43 (48,9)	20 (22,7)	25 (28,4)	
Escolaridade				0,281
Ensino médio ou menos	99 (44,4)	61 (27,4)	63 (28,3)	
Ensino superior incompleto	20 (33,3)	15 (25)	25 (41,7)	
Ensino superior completo	120 (45,8)	67 (25,6)	75 (28,6)	
Capacitação em segurança do paciente				0,569
Sim	54 (46,6)	32 (27,6)	30 (25,9)	
Não	185 (43)	112 (26)	133 (30,9)	
Outro vínculo empregatício				0,417
Sim	44 (50)	21 (23,9)	23 (26,1)	
Não	192 (42,4)	122 (26,9)	139 (30,7)	
Tempo de trabalho na USF em anos				0,015
Menos de 3 anos	75 (44,6)	32 (19)	61 (36,3)	
De 3 a menos de 6 anos	48 (37,8)	38 (29,9)	41 (32,3)	
De 6 a menos de 11 anos	22 (34,9)	17 (27)	24 (38,1)	
Há 11 anos ou mais	82 (49,7)	48 (29,1)	35 (21,2)	
Carga horária semanal no serviço				0,562
24 horas ou menos	27 (50,9)	13 (24,5)	13 (24,5)	
De 25 – 32 horas	55 (38,7)	35 (24,6)	52 (36,6)	
De 33 – 40 horas	131 (44,7)	76 (25,9)	86 (29,4)	
41 horas ou mais	13 (38,2)	11 (32,4)	10 (29,4)	
Função				0,003
Técnico de enfermagem	67 (36,4)	48 (26,1)	69 (37,5)	
Agente Comunitário de Saúde	60 (40,5)	36 (24,3)	52 (35,1)	
Enfermeiro	23 (51,1)	13 (28,9)	9 (20)	
Enfermeiro Coordenador	11 (78,6)	3 (21,4)	0 (0)	
Médico	16 (59,3)	7 (25,9)	4 (14,8)	
Cirurgião-dentista	18 (58,1)	11 (35,5)	2 (6,5)	
Auxiliar administrativo	11 (37,9)	5 (17,2)	13 (44,8)	
Auxiliar de odontologia	17 (50)	10 (29,4)	7 (20,6)	
Função não identificada	4 (30,8)	3 (23,1)	6 (46,2)	
Região				0,390
Leste	58 (45,7)	33 (26)	36 (28,3)	
Sul	37 (37)	22 (22)	41 (41)	
Central	40 (48,2)	20 (24,1)	23 (27,7)	
Norte	67 (43,2)	46 (29,7)	42 (27,1)	
Oeste	37 (45,7)	23 (28,4)	21 (25,9)	

Tabela 7. Distribuição das respostas (positivas, negativas e neutras) sobre serviço de saúde de atuação segundo variáveis sociodemográficas e profissionais, Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017

Variáveis	Positivas n (%)	Neutras n (%)	Negativas n (%)	Valor de p
Faixa etária				0,805
Até 25 anos	7 (50)	3 (21,4)	4 (28,6)	
De 26 a 50 anos	172 (47,9)	108 (30,1)	79 (22)	
De 51 a 66 anos	53 (53,5)	27 (27,3)	19 (19,2)	
Sexo				0,199
Feminino	208 (51,4)	111 (27,4)	86 (21,2)	
Masculino	33 (41,2)	29 (36,2)	18 (22,5)	
Escolaridade				0,202
Ensino médio ou menos	102 (52,3)	55 (28,2)	38 (19,5)	
Ensino superior incompleto	17 (35,4)	20 (41,7)	11 (22,9)	
Ensino superior completo	123 (50,6)	65 (26,7)	55 (22,6)	
Capacitação em segurança do paciente				0,205
Sim	58 (56,3)	29 (28,2)	16 (15,5)	
Não	185 (48,2)	111 (28,9)	88 (22,9)	
Outro vínculo empregatício				0,948
Sim	40 (50)	24 (30)	16 (20)	
Não	200 (49,9)	115 (28,7)	86 (21,4)	
Tempo de trabalho na USF em anos				0,002
Menos de 3 anos	54 (37,2)	47 (32,4)	44 (30,3)	
De 3 a menos de 6 anos	66 (57,4)	27 (23,5)	22 (19,1)	
De 6 a menos de 11 anos	26 (45,6)	19 (33,3)	12 (21,1)	
Há 11 anos ou mais	90 (60)	38 (25,3)	22 (14,7)	
Carga horária semanal no serviço				0,699
24 horas ou menos	25 (51)	12 (24,5)	12 (24,5)	
De 25 – 32 horas	63 (49,6)	42 (33,1)	22 (17,3)	
De 33 – 40 horas	128 (49,8)	70 (27,2)	59 (23)	
41 horas ou mais	19 (57,6)	7 (21,2)	7 (21,2)	
Função				0,002
Técnico de enfermagem	79 (49,1)	43 (26,7)	39 (24,2)	
Agente Comunitário de Saúde	47 (36,7)	44 (34,4)	37 (28,9)	
Enfermeiro	25 (64,1)	8 (20,5)	6 (15,4)	
Enfermeiro Coordenador	12 (85,7)	2 (14,3)	0 (0)	
Médico	11 (39,3)	11 (39,3)	6 (21,4)	
Cirurgião-dentista	21 (67,7)	8 (25,8)	2 (6,5)	
Auxiliar administrativo	11 (45,8)	7 (29,2)	6 (25)	
Auxiliar de odontologia	24 (75)	6 (18,8)	2 (6,2)	
Função não identificada	6 (54,5)	3 (27,3)	2 (18,2)	
Região				0,360
Leste	51 (44,7)	39 (34,2)	24 (21,1)	
Sul	47 (50,5)	19 (20,4)	27 (29)	
Central	34 (47,9)	24 (33,8)	13 (18,3)	
Norte	75 (52,1)	41 (28,5)	28 (19,4)	
Oeste	36 (55,4)	17 (26,2)	12 (18,5)	

Tabela 8. Distribuição das respostas (positivas, negativas e neutras) sobre avaliação global da qualidade do cuidado segundo variáveis sociodemográficas e profissionais, Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.

Variáveis	Positivas n (%)	Neutras n (%)	Negativas n (%)	Valor de p
Faixa etária				0,548
Até 25 anos	12 (70,6)	2 (11,8)	3 (17,6)	
De 26 a 50 anos	263 (67,3)	43 (11)	85 (21,7)	
De 51 a 66 anos	78 (72,2)	6 (5,6)	24 (22,2)	
Sexo				0,867
Feminino	307 (68,5)	45 (10)	96 (21,4)	
Masculino	60 (70,6)	7 (8,2)	18 (21,2)	
Escolaridade				0,187
Ensino médio ou menos	152 (69,7)	24 (11)	42 (19,3)	
Ensino superior incompleto	35 (59,3)	9 (15,3)	15 (25,4)	
Ensino superior completo	182 (70,8)	18 (7)	57 (22,2)	
Capacitação em segurança do paciente				0,537
Sim	82 (71,9)	12 (10,5)	20 (17,5)	
Não	287 (68,2)	40 (9,5)	94 (22,3)	
Outro vínculo empregatício				0,393
Sim	62 (72,9)	5 (5,9)	18 (21,2)	
Não	302 (67,9)	47 (10,6)	96 (21,6)	
Tempo de serviço na USF em anos				0,095
Menos de 3 anos	103 (62,4)	22 (13,3)	40 (24,2)	
De 3 a menos de 6 anos	90 (71,4)	8 (6,3)	28 (22,2)	
De 6 a menos de 11 anos	40 (65,6)	9 (14,8)	12 (19,7)	
Há 11 anos ou mais	122 (74,8)	10 (6,1)	31 (19)	
Carga horária semanal no serviço				0,029
24 horas ou menos	43 (81,1)	5 (9,4)	5 (9,4)	
De 25 – 32 horas	91 (65,5)	9 (6,5)	39 (28,1)	
De 33 – 40 horas	200 (69,4)	28 (9,7)	60 (20,8)	
41 horas ou mais	21 (61,8)	7 (20,6)	6 (17,6)	
Função				0,112
Técnico de enfermagem	121 (67,6)	16 (8,9)	42 (23,5)	
Agente Comunitário de Saúde	89 (60,5)	19 (12,9)	39 (26,5)	
Enfermeiro	35 (79,5)	2 (4,5)	7 (15,9)	
Enfermeiro Coordenador	14 (100)	0 (0)	0 (0)	
Médico	21 (80,8)	2 (7,7)	3 (11,5)	
Cirurgião-dentista	24 (77,4)	3 (9,7)	4 (12,9)	
Auxiliar administrativo	16 (55,2)	5 (17,2)	8 (27,6)	
Auxiliar de odontologia	26 (78,8)	1 (3)	6 (18,2)	
Função não identificada	10 (76,9)	1 (7,7)	2 (15,4)	
Região				0,019
Leste	80 (64,5)	9 (7,3)	35 (28,2)	
Sul	61 (63,5)	13 (13,5)	22 (22,9)	
Central	68 (82,9)	1 (1,2)	13 (15,9)	
Norte	107 (69,9)	19 (12,4)	27 (17,6)	
Oeste	53 (66,2)	10 (12,5)	17 (21,2)	

Tabela 9. Distribuição das respostas (positivas, negativas e neutras) sobre apoio dos gestores na cultura segurança do paciente segundo variáveis sociodemográficas e profissionais, Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.

Variáveis	Positivas n (%)	Neutras n (%)	Negativas n (%)	Valor de p
Faixa etária				0,065
Até 25 anos	2 (11,8)	1 (5,9)	14 (82,4)	
De 26 a 50 anos	84 (23,7)	12 (3,4)	259 (73)	
De 51 a 66 anos	35 (36,8)	3 (3,2)	57 (60)	
Sexo				0,027
Feminino	113 (28)	15 (3,7)	276 (68,3)	
Masculino	12 (15,4)	1 (1,3)	65 (83,3)	
Escolaridade				0,476
Ensino médio ou menos	59 (29,5)	5 (2,5)	136 (68)	
Ensino superior incompleto	11 (19)	3 (5,2)	44 (75,9)	
Ensino superior completo	57 (25,3)	8 (3,6)	160 (71,1)	
Capacitação em segurança do paciente				0,285
Sim	30 (28,3)	1 (0,9)	75 (70,8)	
Não	97 (25,7)	15 (4)	266 (70,4)	
Outro vínculo empregatício				0,894
Sim	22 (27,8)	3 (3,8)	54 (68,4)	
Não	103 (25,8)	13 (3,3)	283 (70,9)	
Tempo de serviço na USF em anos				0,872
Menos de 3 anos	42 (27,3)	7 (4,5)	105 (68,2)	
De 3 a menos de 6 anos	28 (25,5)	2 (1,8)	80 (72,7)	
De 6 a menos de 11 anos	13 (24,1)	1 (1,9)	40 (74,1)	
Há 11 anos ou mais	37 (25,5)	6 (4,1)	102 (70,3)	
Carga horária semanal no serviço				0,165
24 horas ou menos	16 (33,3)	0 (0)	32 (66,7)	
De 25 – 32 horas	26 (20,2)	7 (5,4)	96 (74,4)	
De 33 – 40 horas	72 (28,1)	7 (2,7)	177 (69,1)	
41 horas ou mais	5 (16,7)	2 (6,7)	23 (76,7)	
Função				0,629
Técnico de enfermagem	46 (28)	4 (2,4)	114 (69,5)	
Agente Comunitário de Saúde	39 (28,9)	7 (5,2)	89 (65,9)	
Enfermeiro	10 (30,3)	0 (0)	23 (69,7)	
Enfermeiro Coordenador	2 (33,3)	0 (0)	4 (66,7)	
Médico	8 (29,6)	1 (3,7)	18 (66,7)	
Cirurgião-dentista	7 (24,1)	0 (0)	22 (75,9)	
Auxiliar administrativo	3 (11,5)	1 (3,8)	22 (84,6)	
Auxiliar de odontologia	5 (16,1)	2 (6,5)	24 (77,4)	
Função não identificada	1 (7,7)	1 (7,7)	11 (84,6)	
Região				0,080
Leste	32 (28,6)	4 (3,6)	76 (67,9)	
Sul	15 (17)	1 (1,1)	72 (81,8)	
Central	16 (22,9)	4 (5,7)	50 (71,4)	
Norte	45 (32,4)	2 (1,4)	92 (66,2)	
Oeste	19 (25,3)	5 (6,7)	51 (68)	

5.2 Relação da Segurança do Paciente com Função e Regiões de Atuação dos Trabalhadores

As análises com as quais se identificou a relação da função dos trabalhadores e região da USF de atuação com a avaliação dos destes quanto à cultura de segurança do paciente estão apresentadas nas tabelas 10 à 14. Destaca-se que para todas estas análises utilizou-se como variáveis de ajuste: sexo, faixa etária e tempo de trabalho na USF.

Na tabela 10 observa-se que profissionais técnicos de enfermagem (RP: 1,33; IC 95%: 1,07-1,64) e que atuam na região Norte (RP: 1,39; IC 95%: 1,10-1,76) e Leste (RP: 1,29; IC 95%: 1,07-1,57) apresentaram maior prevalência de avaliação negativa do processo de trabalho na USF. Em contrapartida, enfermeiros (RP: 0,37; IC 95%: 0,21-0,66) e auxiliares administrativos (RP: 0,68; IC 95%: 0,50-0,93) mostraram menor prevalência de avaliação negativa. A relação entre ser agente comunitário de saúde e avaliação negativa no processo de trabalho perdeu significância estatística na análise ajustada.

Tabela 10. Associação bruta e ajustada entre avaliação negativa do processo de trabalho no serviço de saúde e função e região de atuação dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.

Variável Independente	Avaliação Negativa	
	Análise Bruta RP (IC 95%)	Análise ajustada RP (IC 95%)
Função		
Enfermeiro	0,35 (0,20-0,62) ^{***}	0,37 (0,21-0,66) ^{**}
Agente Comunitário de Saúde	1,30 (1,08-1,57) ^{**}	1,09 (0,87-1,37)
Técnico de enfermagem	1,12 (0,92-1,35)	1,33 (1,07-1,64) ^{**}
Odontologia	1,20 (0,91-1,59)	1,16 (0,82-1,65)
Médico	1,07 (0,74-1,57)	1,19 (0,76-1,86)
Auxiliar administrativo	0,75 (0,57-0,97) [*]	0,68 (0,50-0,93) [*]
Região		
Norte	1,38 (1,12-1,70) ^{**}	1,39 (1,10-1,76) ^{**}
Sul	0,83 (0,69-0,99) [*]	0,88 (0,70-1,10)
Leste	1,26 (1,04-1,54) [*]	1,29 (1,07-1,57) ^{**}
Oeste	1,02 (0,81-1,29)	1,03 (0,79-1,35)
Central	1,10 (0,87-1,39)	1,03 (0,78-1,35)

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; Ajustado por sexo, faixa etária e tempo de serviço

Em relação ao processo de comunicação e acompanhamento de pacientes, observou-se que técnicos de enfermagem (RP: 1,67; IC 95%: 1,26-2,22) e trabalhadores atuantes em USF na região Sul (RP: 1,44; IC 95%: 1,09-1,90) apresentaram maiores prevalências de avaliação negativa. De forma contrária, enfermeiros (RP: 0,48; IC 95%: 0,26-0,90) e profissionais da odontologia (RP: 0,43; IC 95%: 0,22-0,84) apresentaram menor prevalência de avaliação negativa (Tabela 11).

Tabela 11. Associação bruta e ajustada entre avaliação negativa da comunicação e acompanhamento do paciente e função e região de atuação dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.

Variável Independente	Avaliação Negativa	
	Análise Bruta	Análise ajustada
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
Função		
Enfermeiro	0,48 (0,26-0,89)*	0,48 (0,26-0,90)*
Agente Comunitário de Saúde	1,26 (0,96-1,65)	1,01 (0,74-1,38)
Técnico de enfermagem	1,44 (1,12-1,86)**	1,67 (1,26-2,22)***
Odontologia	0,43 (0,23-0,80)**	0,43 (0,22-0,84)*
Médico	0,48 (0,19-1,21)	0,05 (0,18-1,10)
Auxiliar administrativo	1,54 (1,01-2,36)*	1,55 (1,00-2,40)
Região		
Norte	0,88 (0,65-1,18)	0,88 (0,66-1,18)
Sul	1,50 (1,13-1,98)**	1,44 (1,09-1,90)**
Leste	0,93 (0,68-1,28)	0,95 (0,70-1,30)
Oeste	0,85 (0,57-1,26)	0,84 (0,56-1,25)
Central	0,92 (0,63-1,33)	0,93 (0,64-1,34)

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; Ajustado por sexo, faixa etária e tempo de serviço

A análise de regressão relativa ao apoio de gestores demonstrou que os auxiliares administrativos (RP: 1,21; IC 95%: 1,01-1,44) e que atuam na região Sul (RP: 1,19; IC 95%: 1,06-1,34) apresentaram maior frequência de respostas negativas que os demais (Tabela 12).

Tabela 12. Associação bruta e ajustada entre avaliação negativa do apoio dos gestores na cultura de segurança do paciente e função e região de atuação dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.

Variável Independente	Avaliação Negativa	
	Análise Bruta RP (IC 95%)	Análise ajustada RP (IC 95%)
Função		
Enfermeiro	0,98 (0,79-1,22)	1,02 (0,82-1,26)
Agente Comunitário de Saúde	0,91 (0,80-1,05)	0,89 (0,75-1,06)
Técnico de enfermagem	0,98 (0,87-1,11)	0,98 (0,86-1,12)
Odontologia	0,91 (0,78-1,06)	1,05 (0,89-1,25)
Médico	1,06 (0,81-1,39)	0,96 (0,74-1,25)
Auxiliar administrativo	1,21 (1,02-1,45)*	1,21 (1,01-1,44)*
Região		
Norte	0,92 (0,80-1,05)	0,92 (0,80-1,06)
Sul	1,20 (1,07-1,36)**	1,19 (1,06-1,34)**
Leste	0,95 (0,83-1,10)	0,97 (0,84-1,12)
Oeste	0,96 (0,81-1,13)	0,94 (0,79-1,12)
Central	1,02 (0,86-1,19)	1,01 (0,86-1,20)

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; Ajustado por sexo, faixa etária e tempo de serviço

Conforme apresentado na Tabela 13, os técnicos de enfermagem (RP: 1,67; IC 95%: 1,14-2,45) e trabalhadores que atuam na região Sul do município (RP: 1,49; IC 95%: 1,02-1,18) responderam de forma mais negativa sobre o serviço em que atuam. Já os profissionais da equipe de odontologia (RP: 0,31; IC 95%: 0,12-0,80) apresentaram menor frequência de respostas negativas que os demais trabalhadores. A relação entre os agentes comunitários de saúde e a avaliação do processo de trabalho no serviço em que atuam perdeu significância na análise ajustada.

Em relação a avaliação global é possível afirmar que os trabalhadores que atuam na região leste do município de Londrina atribuíram avaliações mais negativas (RP: 1,53; IC 95%: 1,08-2,17) quando comparados aos trabalhadores que atuam nas demais regiões (Tabela 14).

Tabela 13. Associação bruta e ajustada entre avaliação negativa do serviço de saúde de atuação e função e região de atuação dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.

Variável Independente	Avaliação Negativa	
	Análise Bruta	Análise ajustada
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
Função		
Enfermeiro	0,50 (0,23-1,09)	0,49 (0,22-1,12)
Agente Comunitário de Saúde	1,55 (1,09-2,19)*	1,12 (0,77-1,63)
Técnico de enfermagem	1,21 (0,86-1,72)	1,67 (1,14-2,45)**
Odontologia	0,27 (0,10-0,71)**	0,31 (0,12-0,80)*
Médico	0,99 (0,48-2,07)	0,96 (0,46-1,98)
Auxiliar administrativo	1,18 (0,58-2,41)	1,30 (0,64-2,65)
Região		
Norte	0,88 (0,60-1,29)	0,83 (0,55-1,24)
Sul	1,49 (1,02-2,16)*	1,49 (1,02-2,18)*
Leste	0,98 (0,65-1,47)	1,03 (0,69-1,55)
Oeste	0,85 (0,49-1,46)	0,77 (0,42-1,40)
Central	0,84 (0,50-1,41)	0,91 (0,55-1,52)

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; Ajustado por sexo, faixa etária e tempo de serviço

Tabela 14. Associação bruta e ajustada entre avaliação negativa da avaliação geral da qualidade do cuidado e função e região de atuação dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, Londrina, PR, 2017.

Variável Independente	Avaliação Negativa	
	Análise Bruta	Análise ajustada
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
Função		
Enfermeiro	0,54 (0,26-1,10)	0,52 (0,25-1,06)
Agente Comunitário de Saúde	1,37 (0,98-1,92)	1,31 (0,87-1,95)
Técnico de enfermagem	1,16 (0,83-1,62)	1,29 (0,89-1,85)
Odontologia	0,71 (0,39-1,28)	0,72 (0,39-1,34)
Médico	0,53 (0,18-1,55)	0,51 (1,72-1,50)
Auxiliar administrativo	1,32 (0,71-2,43)	1,39 (0,73-2,63)
Região		
Norte	0,77 (0,52-1,14)	0,82 (0,55-1,22)
Sul	1,09 (0,73-1,65)	0,96 (0,62-1,49)
Leste	1,47 (1,04-2,07)*	1,53 (1,08-2,17)*
Oeste	1,00 (0,63-1,57)	0,96 (0,60-1,54)
Central	0,71 (0,42-1,20)	0,74 (0,44-1,25)

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; Ajustado por sexo, faixa etária e tempo de serviço

6 DISCUSSÃO

Quanto aos resultados apresentados, destaca-se que os trabalhadores da atenção primária à saúde de Londrina caracterizam as USF como organizadas e o relacionamento interprofissional como positivo, demonstrando insatisfação apenas com o apoio dos coordenadores ao serviço. Foram ressaltadas falhas de estrutura, como paciente não ter acesso a uma consulta em até 48 horas para uma situação grave, e um quantitativo insuficiente de profissionais para o atendimento em saúde.

Foram identificados, ainda, problemas no processo de trabalho, como a não disponibilização de prontuários quando necessários, problemas na troca de informações com centros de imagem e laboratórios, e medo de que os erros cometidos sejam usados contra eles próprios. Foram caracterizados como positivos o acompanhamento de pacientes que precisam de monitoramento, a implementação de mudanças necessárias e a prevenção de erros. A segurança do paciente e qualidade, de forma ampla, obteve avaliação positiva dos trabalhadores em saúde. No que diz respeito à comunicação e acompanhamento dos pacientes, ao processo de trabalho, e às características do serviço de saúde, obteve-se avaliação geral predominantemente neutra.

Identificou-se que os profissionais técnicos de enfermagem apresentaram maior prevalência de avaliações negativas quanto ao processo de trabalho, comunicação e acompanhamento e aspectos quanto ao serviço de atuação. Além disso, identificou-se que trabalhadores que atuam na região sul do município avaliaram o processo de trabalho, comunicação e acompanhamento, e apoio de gestores de forma mais negativa.

6.1 Caracterização e Avaliação da Segurança do Paciente

Apesar de ter-se identificado uma percepção majoritariamente negativa quanto aos processos de trabalho, os serviços de atenção primária de Londrina, de acordo com o apontamento dos trabalhadores, têm um nível de organização aceitável (75,6% assinalaram respostas positivas) e o relacionamento dos demais profissionais com os médicos é percebido de forma positiva (84,1%). Para que haja trabalho em equipe, é essencial a boa interação entre os sujeitos que

a compõem, o que facilita a discussão de casos, identificação e compartilhamento de situações de risco e até mesmo desenvolvimento conjunto de estratégias preventivas dos eventos adversos (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI 2013). Em concordância com um estudo nacional sobre a percepção da segurança do paciente por médicos e enfermeiros atuantes em unidades urbanas da atenção básica de 13 municípios do Rio de Janeiro, o relacionamento interprofissional não é percebido neste estudo como algo negativo no serviço (MARCHON; MENDES; PAVÃO, 2015).

O processo de trabalho, que inclui procedimentos, técnicas, relações interpessoais com os trabalhadores, gestores do serviço, trabalhadores de outros serviços e com o paciente está diretamente relacionado aos resultados esperados da assistência de saúde (DONABEDIAN, 1988). Quanto aos achados negativos do processo de trabalho, sugere-se a sobrecarga dos trabalhadores como possível fator causal da situação sinalizada pelos respondentes como comum, sendo esta a indisponibilidade do prontuário/registro do paciente quando necessário; o que pode ser resultante de falha do profissional encarregado da organização e disponibilização dos prontuários. O fato de o prontuário do paciente estar indisponível no momento do atendimento pode dificultar o atendimento integral ao paciente, tendo em vista que as únicas informações disponíveis à assistência serão aquelas coletadas no momento da consulta.

Além disso, é fator que pode comprometer à longitudinalidade do cuidado, um dos atributos essenciais da APS (UNA-SUS, 2016). Com a ausência de dados anteriores, ou mesmo a anotação dos dados coletados em material à parte do prontuário do paciente, o que pode levar a perda desses dados, a continuidade à assistência seria fragilizada. Logo, se esse paciente for encaminhado a outros níveis de atenção, ou ainda, se retornar a USF com outras queixas, o acompanhamento e o atendimento integral ao mesmo poderá ser prejudicado.

Destaca-se que o profissional responsável pela organização e disponibilização dos prontuários não é o único responsável por esse tipo de falha, mas, além da sobrecarga deste profissional, podem existir diversos fatores desencadeadores do erro (PAINÉ et al., 2004). Estudo realizado com gerentes de enfermagem em hospitais públicos das cinco regiões do país pontuou a saúde emocional prejudicada dos trabalhadores de saúde como um fator contribuinte para falhas, reforçando que esta influencia diretamente na assistência segura ao paciente

(BAPTISTA et al., 2015). Aspectos emocionais e de sobrecarga dos trabalhadores podem facilitar o esquecimento e não cumprimento de funções, ainda que estas sejam parte da rotina dos mesmos.

No que diz respeito à estrutura, no presente estudo identificou-se que situações como falta ou atraso da realização de exames e o paciente não ter acesso a uma consulta em até 48 horas para uma situação grave foram avaliadas pelos trabalhadores de forma negativa. Além disso, mais de 79% dos trabalhadores entendem que há número insuficiente de trabalhadores para demanda dos pacientes. Estes achados vão ao encontro dos estudos internacionais sobre o tema na atenção primária (RUIZ-SANCHEZ et al., 2013; DAKER-WHITE et al., 2015), e condizem com a conhecida realidade brasileira de baixo investimento na atenção primária à saúde (BATALHA, 2017). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) defende a articulação de municípios, estados e distrito federal como suporte para as microrregulações de consultas com especialidades, da realização de exames solicitados nas unidades básicas de saúde, visando assim fortalecer a resolutividade deste nível de atenção. A partir da PNAB, a atenção primária à saúde encontra possibilidades de aumentar a resolutividade quanto a realização de exames, a depender da realidade política e financeira da região (BRASIL, 2017b).

Quanto à qualidade de atendimento atrelada ao quantitativo de profissionais, a nova PNAB (2017) 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 profissionais, gerando, assim, a possibilidade da existência de unidades que não possuam esta categoria profissional (BRASIL, 2017b). A ausência dos ACS na equipe de saúde coloca em risco tanto a alcançabilidade das unidades para com os moradores de suas áreas de abrangência, além de comprometer o acompanhamento e atendimento qualificado e baseado nas reais condições de vida da população adscrita. Logo, esta situação pode refletir em menor capacidade de atendimento, e redução da qualidade de assistência, com sobrecarga dos profissionais presentes. Em concordância, afirma Donabedian (1988) que questões de estrutura, como falta de profissionais, materiais, e impossibilidade de procedimentos, interferem diretamente no processo de trabalho e, conseqüentemente nos resultados da assistência.

Diferente de outros estudos brasileiros e internacionais sobre segurança do paciente na atenção primária, problemas com medicações não foram identificados pelos trabalhadores como algo frequente. No entanto, o questionário não aborda sobre eventos adversos ou administração incorreta de medicações, ocorrências que geralmente são pontuadas na literatura como situações frequentes (MARCHON; MENDES; PAVÃO, 2015; CORBELLINI et al., 2011; AÑEL-RODRIGUEZ; CAMBERO-SERRANO; IRURZU-ZUAZABAL, 2015; GEHRING et al., 2012; HEYWORTH et al., 2013; RUIZ-SANCHEZ et al., 2013).

No que diz respeito aos problemas de trocas de informações com instituições, aquelas que oferecem exames de imagem e laboratório são as que mais causam problemas de acordo com os trabalhadores da atenção primária do município. Estudos internacionais confirmam este achado, evidenciando que os problemas da atenção primária com serviços de exames laboratoriais e demais exames são frequentes (DAKER-WHITE et al., 2015; RUIZ-SANCHEZ et al., 2013). Como a atenção primária do município de Londrina conta com acesso eletrônico aos resultados de exames, infere-se que os problemas de troca de informações com essas instituições são originados a partir de atraso ou erros na digitação dos resultados.

Para serem alcançadas a boa comunicação e cooperatividade entre serviços é imprescindível que as tecnologias leves, que são produzidas pelos indivíduos que se relacionam, como o diálogo horizontalizado, a compreensão e a empatia, sejam fortalecidas (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Ainda que não solucionem todos os problemas com as instituições que ofertam exames laboratoriais e de imagem, é uma ferramenta sem custos que está ao alcance de todas as instituições da atenção primária à saúde.

Na seção de comunicação e acompanhamento, o presente estudo identificou que mais da metade dos trabalhadores tem medo de que seus erros possam ser usados contra eles próprios, tornando-se claro que há o que ser aperfeiçoado neste sentido. O medo neste caso pode ser resultado de relações de poder em que o indivíduo que está no alto da hierarquia utiliza-se demasiadamente de sua autoridade para fazer valer as regras de trabalho, sendo por vezes grosseiro ou até mesmo propondo punições àqueles que as descumprirem. Esta atitude do líder/gestor dificulta a sua comunicação com os demais trabalhadores, causando

receio de compartilhar-se situações de erros, ou que gerem dúvidas, para que não lhes sejam atribuídas culpa ou punições (CORBELLINI et al., 2011).

De acordo com estudo realizado com auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital universitário em Porto Alegre, RS, a baixa comunicação de eventos adversos nas instituições de saúde pode ocorrer devido ao medo de punições, como perda do emprego e advertências (CORBELLINI et al., 2011). A conduta punitiva frente a comunicação ou diagnóstico de erros perpassa o processo de trabalho da maioria das instituições de saúde, ainda que idealizem uma cultura não punitiva. Talvez a substituição de ameaças de advertências e “chamadas de atenção” frente a erros por um aumento da educação permanente e do estímulo à cooperatividade entre profissionais quanto às práticas seguras reduza o medo de comunicar erros, e, ainda, a autopunição dos funcionários que os cometem (SILVA et al., 2016; NÉRI et al., 2006).

A diminuição do medo da punição frente à comunicação do erro cometido pode ser estimulada a partir da utilização dos erros ocorridos como objetos de estudo e facilitadores para a educação permanente, visando a prevenção de novos erros. De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente (2009), é importante que a mudança de práticas do trabalho em saúde seja proveniente não somente do estudo das habilidades práticas exercidas de forma correta ou incorreta, mas da análise da situação que proporcionou o uso dessas habilidades e do entorno, ou seja, do contexto em que ocorreu a prática profissional correta ou incorreta. Logo, identifica-se a importância da utilização do erro como elemento importante de aprendizado à equipe em substituição à cultura punitiva, sem atribuir culpa ao profissional que cometeu e notificou o erro (BRASIL, 2009).

Falhas na comunicação também foram consideradas como fatores contribuintes para a redução da segurança dos pacientes e qualidade do cuidado prestado, e ainda, intensificadoras das consequências dos erros em estudos internacionais e nacionais (SILVA, 2017; DAKER-WHITE et al., 2015; DOWELL et al., 2005; MARCHON; MENDES; PAVÃO, 2015; PAESE; DAL SASSO, 2013). A boa comunicação requerida pelos profissionais e pacientes em qualquer instituição de saúde se inicia a partir de atitudes de empatia. De acordo com Watson (2014), o cuidado em saúde não se resume somente na aplicação do saber técnico, mas aliado a este saber é vital que haja o exercício da bondade, equanimidade, compreensão de valores e crenças do outro, e que haja o apoio aos sentimentos do

indivíduo. É importante que em qualquer relação transpessoal haja incentivo para o autoconhecimento e que se promova um ambiente que proporcione restauração física, emocional e espiritual. Ao serem construídas relações fundamentadas nesta teoria humanística, a valorização do profissional pelo paciente se torna mais frequente, aumentando-se o vínculo e a confiança, assim também ocorre na relação entre os trabalhadores. Como consequência ainda, a comunicação se torna mais saudável e se encontra em crescente valorização, aumentando-se o investimento de tempo e investimento pessoal na escuta dos trabalhadores e dos pacientes, e proporcionando um cuidado à saúde mais completo, qualificado e seguro (WATSON, 2014).

Dentre os levantamentos positivos deste estudo, destacam-se três aspectos: o acompanhamento de pacientes que precisam de monitoramento tem sido frequente na atenção primária, os problemas são avaliados e implementadas mudanças necessárias, e erros são prevenidos (87,5%, 88,9% e 83,0% dos trabalhadores responderam que ocorre quase sempre ou sempre, respectivamente). Entende-se, então, que essas atitudes da equipe relacionadas à qualidade do atendimento, à prevenção de erros e aos danos aos pacientes são percebidas 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, esta satisfação demonstra envolvimento com o processo de trabalho, o que é importante para a construção de uma assistência de qualidade. Como afirma Campos (1997), não existem técnicas de gestão que modifiquem resultados, por exemplo, se no campo da arte um pintor não tiver prazer por imagens, ou ainda, um escritor não demonstrar interesse pelas palavras, da mesma forma, se um sanitarista for indisposto a enfrentar problemas e a envolver-se para superar indicadores negativos da saúde, dificilmente serão alcançados bons resultados.

A avaliação geral de qualidade e segurança foi avaliada positivamente pelos trabalhadores da atenção primária. A pontualidade (esperas e atrasos pontencialmente prejudiciais) foi a pior avaliada nesta seção. Sabe-se que a atenção primária à saúde vivencia dia a dia o “estrangulamento” de agendas, pois ainda há hegemonia da lógica da produtividade, em que quanto mais indivíduos são atendidos, mais qualificada a USF se apresentará, tendo direito a maiores incentivos

financeiros. Na rotina das USF do município também predomina a assistência à saúde centrada no profissional médico e o modelo curativo do cuidado, o que aumenta as filas de espera por atendimento médico. Em virtude disto, podem ser frequentes os atrasos no atendimento. É importante que as equipes, além de questionarem-se sobre este modelo de atenção vigente, visando identificar pontos contribuintes para a reprodução do mesmo, direcionem maiores esforços à formulação de estratégias para minimizar tais problemas. Entre estas estratégias, destaca-se a sensível e sincera troca de informações entre os trabalhadores que revele os principais fatores impulsionadores e interesses, sejam políticos ou não, que estão por trás do atual modelo (MERHY; CHAKKOUR, 1997).

Destaca-se ainda que os modelos curativo e centrado no profissional médico não são modelos simplesmente postos pelos gestores da USF ou gestores municipais, mas podem ser resultantes da própria demanda da população. Portanto, o que a população busca e identifica como necessidade de saúde pode ser a demanda mais urgente que ela apresenta, como realização de exames e consultas médicas imediatas, mas pode não traduzir e esgotar todas as necessidades de saúde que esse indivíduo carrega consigo. Torna-se, assim, imprescindível uma escuta qualificada em substituição ao imediatismo para solucionar de forma rápida o caso ou situação de saúde do paciente, já que essas necessidades não verbalizadas imediatamente poderão vir à tona a partir do estabelecimento do vínculo e da prática de empatia entre profissional e paciente (CECÍLIO, 2000). Com isso, espera-se que se torne possível a modificação desta lógica e a consequente assistência à saúde de maneira mais ética e direcionada ao objetivo maior de buscar a melhoria da saúde do indivíduo e coletividade.

A seção avaliada de forma mais negativa 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, (AÑEL-RODRIGUEZ et al., 2015; PAESE; DAL SASO, 2013; MARCHON, 2014). Essa situação serve de alerta para a necessidade de aproximação do gestor com os demais trabalhadores e participação daquele em processos de trabalho, visando a construção em conjunto do conhecimento necessário para melhorias no atendimento à saúde. Desta forma, é importante que haja planejamento de estratégias baseado em teorias científicas, mas que não sejam ignoradas as experiências práticas dos trabalhadores, que se

mostram como importante ferramenta para a prevenção de erros e dá significado às ações de saúde (DONABEDIAN, 1988; PORTELA et al., 2016).

Merhy e Franco (2009) atribuem ao trabalho em saúde o sentido de ser um “trabalho vivo em ato”, por ser produzido e consumido no momento do encontro de profissionais com profissionais e profissionais com pacientes, tendo conhecimento de que cada indivíduo busca a instituição de saúde com uma necessidade diferente e desconhecida pelos profissionais. Isto posto, é importante que haja a horizontalidade e abertura suficiente no relacionamento interprofissional, a se iniciar na relação do gestor com demais trabalhadores (MERHY; FRANCO, 2009).

A abertura para discussão de casos de forma horizontal mediante a prática de projetos terapêuticos singulares é defendida por Feuerwerker (2014), que reconhece a complexidade da gestão do cuidado. Ao mesmo tempo, explicita-se a discussão coletiva como potente ferramenta para a identificação de problemas, além de que esta fortalece o vínculo entre trabalhadores da equipe e com o gestor local, já que é necessária a participação de profissionais de representantes do máximo de categorias possível e primordial a presença do gestor (FEUERWERKER, 2014).

Entende-se que para que haja mais eficiência na solução e prevenção de erros, é necessário que o profissional não seja diretamente responsabilizado, mas que haja a compreensão de que o erro somente acontece devido a um sistema falho e a um processo de trabalho que não apresenta barreiras eficientes para evitarem os erros (REASON, 2000; NÉRI et al., 2006). A manutenção da cultura punitiva inviabiliza a percepção da origem dos erros, descobrindo-se assim somente a “ponta do iceberg” e não os fatores causais. Logo, torna-se difícil a criação de estratégias de prevenção de incidentes e possíveis eventos adversos.

Quanto ao processo de trabalho e comunicação e acompanhamento, percebeu-se, por meio desta pesquisa, que grande parte das respostas também foram negativas. Uma das propostas para a melhoria da comunicação e processo de trabalho nas instituições de saúde é a implantação de instrumentos de notificação que são úteis não somente para contabilizar eventos adversos, mas para que o gestor entenda o que têm ocorrido no serviço, tendo subsídios para traçar estratégias de melhoria. Segundo Paiva, Paiva e Berti (2010), a falha na comunicação está entre os principais fatores causais, tanto de eventos adversos

quanto de ocorrências administrativas. Assim, instrumentos de notificação requerem informações detalhadas dos eventos adversos, como a possível causa ou origem do erro, dentre outros fatores contribuintes e caracterizadores deste, por isso podem promover um maior e fidedigno conhecimento de falhas e auxiliar na qualificação do processo de trabalho (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Em estudo qualitativo realizado em Santa Catarina com enfermeiros de um hospital de ensino e estudantes dos dois últimos anos de enfermagem, foi identificado que estes tiveram facilidade em apresentar estratégias de prevenção e/ou solução de erros e quase erros após diagnosticarem situações de risco que eles mesmos haviam proporcionado, ou que não haviam proporcionado, mas que eram consentidas pelos mesmos. Assim, a inclusão dos profissionais no diagnóstico de erros e de situações de perigo para a assistência à saúde, e no planejamento de estratégias gerou resultados satisfatórios (RADUENZ et al., 2010). Essa estratégia proporcionaria menor exposição dos paciente às situações de risco para eventos adversos, e maior identificação dos erros ocorrentes.

De acordo com estudo realizado com profissionais da atenção primária à saúde de Florianópolis-SC, condições de trabalho, comunicação e gerência dos centros de saúde apresentaram relação com a cultura de segurança do paciente nessas unidades (PAESE; DAL SASSO, 2013), sugerindo que investir em estratégias de melhorias para estas áreas, as quais no presente estudo apresentaram aspectos a serem trabalhados, auxiliaria no aperfeiçoamento da cultura de segurança do paciente.

Segundo Portela et al. (2016), para se obterem mudanças que visam a melhoria do cuidado em saúde é necessário o embasamento teórico na literatura corrente. Os autores detalham diversas teorias que auxiliam na melhoria do cuidado, dentre elas, encontram-se teorias da comunicação, sobre trabalho em equipe, sobre o aprendizado e sobre liderança. Estas teorias vêm ao encontro das necessidades de mudança identificadas através das respostas negativas dos trabalhadores sobre o processo de trabalho em saúde neste estudo e em grande parte dos estudos já publicados (DAKER-WHITE et al., 2015; DOWELL et al., 2005; MARCHON; MENDES; PAVÃO, 2015).

Quanto à busca por bons resultados de saúde, Donabedian (1988) discorre sobre a qualidade do cuidado à saúde baseando-se em três dimensões do cuidado: estrutura, processo e resultados. Em suas obras afirma que estas

dimensões estão interligadas entre si, sendo assim, falhas na estrutura podem contribuir para erros no processo de trabalho, o processo, por sua vez, contribui para resultados do cuidado em saúde, que se caracterizam em fator importante para a avaliação da qualidade, tendo em vista que bons resultados são os principais objetivos da assistência à saúde. No entanto, entende-se que a avaliação dos resultados requer tempo para acompanhamento da evolução do estado de saúde do paciente, desde o primeiro contato com a instituição até a resolução de sua situação. Além disso, há dificuldade para identificar a contribuição da assistência em saúde para um bom resultado, livre da influência dos demais fatores, como fatores pessoais, sociais, dentre outros. Por isso torna-se grandemente importante a avaliação do processo e estrutura, o que justifica a produção de estudos, como este, relacionados ao processo de trabalho e não somente aos resultados (DONABEDIAN, 1988).

6.2 Relação da Segurança do Paciente com Função e Regiões de Atuação dos Trabalhadores

No que diz respeito a relação entre região de trabalho com a avaliação da cultura de segurança do paciente, ajustadas para sexo, faixa etária e tempo de serviço, encontrou-se que os trabalhadores que atuam na região sul avaliaram o processo de trabalho do serviço em que atuam (Seção C), comunicação e acompanhamento (Seção D), apoio de gestores (Seção E) de forma mais negativa. O que caracteriza os trabalhadores que atuam nesta região, como aqueles que avaliaram mais negativamente a cultura de segurança do paciente quando comparados aos que atuam nas demais regiões. A região citada é composta por bairros com piores condições sociais, a contar com grande quantidade de conjuntos habitacionais, além de serem bairros populosos. Apresenta-se como a segunda região com bairros mais populosos do município, perdendo somente da região norte (LONDRINA, 2014).

Acredita-se que devido às situações sociais e de acesso há uma demanda maior dos trabalhadores destas regiões e, por vezes estes funcionários podem ser mais sobrecarregados refletindo assim num processo de trabalho mais falho e relações interpessoais mais prejudicadas (MARTINS, 2011; BAPTISTA et al., 2015). No entanto há discordância quanto a esta suposição, em estudo realizado

com profissionais da Estratégia de Saúde da Família identificou-se que aqueles profissionais que lidavam com classes mais baixas da sociedade não sentiam-se mais sobrecarregados, mas satisfeitos em estarem deixando felizes e satisfeitas as pessoas que entraram tão necessitadas nas USF (TRINDADE; LAUTER; BECK, 2009; BECK et al., 2007).

Destaca-se ainda que técnicos de enfermagem foram os profissionais que mais avaliaram o processo de trabalho, comunicação e acompanhamento e aspectos quanto ao serviço de atuação de forma negativa. Vale ressaltar que esta categoria profissional é, na atenção primária à saúde, uma das principais atingidas com a sobrecarga de trabalho e esgotamento profissional devido ao constante e estreito contato com a população assistida (SILVA; MENEZES, 2008; SUEHIRO et al., 2008; MARTINS, 2011; TRINDADE; LAUTER; BECK, 2009). Tendo em vista esta possível sobrecarga de trabalho e constante exposição a fatores estressores (BELANCIERI, 2004; 2007; BELANCIERI et al., 2010; SCHERER et al., 2016), entende-se ser natural que estes trabalhadores tenham percepção mais negativa do processo de trabalho.

É importante destinar atenção à saúde física e emocional do trabalhador em saúde, pois identifica-se que o profissional esgotado tem auto-estima prejudicada e deterioração do sentimento de competência, o que leva a diminuição de habilidades técnicas destes profissionais, além de ser fator contribuinte para o absenteísmo e presenteísmo, o que prejudica a qualidade da assistência em saúde (RODRIGUES; SANTOS; SOUZA, 2017; TELLES; PIMENTA, 2009).

Com relação ao processo de trabalho e à comunicação e acompanhamento, os profissionais enfermeiros apresentaram menor prevalência de respostas negativas quando comparados às demais funções dos trabalhadores. Estudo transversal realizado com enfermeiros de um hospital do município de Vitória-ES também identificou que profissionais enfermeiros percebem a segurança do paciente como algo positivo, identificando que 89,0% deles acreditam que os erros cometidos são tratados de forma apropriada, apesar de reconhecerem que ainda existem pontos a serem melhorados (MATIELLO et al., 2016). Em estudo qualitativo realizado com enfermeiros da atenção hospitalar e da atenção primária à saúde quanto à segurança do paciente e erros de medicação, no estado de São Paulo, identificou-se que enfermeiros hospitalares entendem que possuem atuação

mais hierárquica, de autoridade, e que enfermeiros da atenção primária à saúde se percebem como apoiadores e coordenadores do serviço (DIAS et al., 2014).

Nesse sentido, infere-se que enfermeiros da atenção primária à saúde, por ocuparem função de coordenação do cuidado e se perceberem como apoiadores da equipe de enfermagem, entendem que são os profissionais mais responsáveis pela garantia da assistência segura no serviço de saúde. Além disso, estes conhecem as estratégias e práticas pensadas e aplicadas para solucionar os obstáculos identificados no processo de trabalho com relação ao tema. Assim, podem apresentar percepção mais positiva com relação à segurança do paciente.

Os auxiliares administrativos apresentaram uma menor prevalência de avaliação negativa que os demais trabalhadores em relação ao processo de trabalho no serviço. Tal percepção pode ser decorrente da menor aproximação que auxiliares administrativos possuem com o processo de trabalho em saúde, o que os distanciam da maioria dos processos e condições de trabalho do serviço, que são aqueles relacionados ao cuidado à saúde.

Os auxiliares administrativos apresentaram maior prevalência de avaliação negativa quanto ao apoio dos gestores. Tal categoria pode avaliar os gestores do serviço de forma mais negativa por associarem a figura dos mesmos àquele profissional que cria as regras e normas, mas que pouco presencia a prática da função administrativa. Os gestores das unidades de saúde da família se aproximam frequentemente da rotina clínica do serviço, por vezes privilegiando esta em detrimento das funções mais burocráticas. Talvez a avaliação negativa quanto aos gestores do serviço se deva ao vínculo frágil que estes possuem com os auxiliares administrativos, decorrente da dificuldade de equilibrar a função de gestão da assistência e gestão do processo de trabalho mais burocrático e organizativo (CARNELUTTI, 2012; GONÇALVES, 2011).

Também percebeu-se que profissionais de odontologia apresentaram uma menor prevalência de avaliação negativa em relação à comunicação e acompanhamento dos pacientes e sobre o serviço de saúde de atuação. A recente inclusão dos cirurgiões dentistas na estratégia de saúde da família (ano 2000) coopera para um vínculo pouco sólido com os demais trabalhadores e pacientes e desconhecimento do processo de trabalho (BOARETTO, 2011). Ademais, em geral, no município de Londrina, os serviços de odontologia localizados na APS possuem dinâmica própria, sendo, na maioria das

vezes, distanciados das outras atividades realizadas nas UBS. Assim, com frágil inserção na equipe, os trabalhadores tendem a desconhecer o processo de trabalho e seus problemas quanto a segurança do paciente, realizando uma avaliação mais positiva destes aspectos.

A prática da segurança do paciente na atenção primária à saúde tem sido identificada como um desafio no contexto brasileiro. Em consonância com a identificação deste desafio, soluções têm sido propostas, tais quais a inserção e envolvimento de pacientes e família no planejamento de estratégias para a promoção de segurança e na avaliação da segurança do paciente; a implementação de tecnologias de informação na rotina de assistência, assim como prontuários eletrônicos, boletins de acompanhamento, aumento do uso de tecnologias leves em relações interpessoais e educação profissional (MARCHON; MENDES; PAVÃO, 2015); todas mencionadas no presente estudo e que cooperam para o atendimento humanizado, além de serem fortalecedoras da cultura de segurança do paciente (BRASIL, 2006a).

Em estudo realizado nos campus da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) que oferecem cursos nas áreas de enfermagem, fisioterapia, medicina e farmácia, identificou-se que os conteúdos relacionados à segurança do paciente são abordados de forma fragmentada, não se consolidando em aprendizado significativo aos graduandos. Acredita-se que tal qual a Unifesp, a maioria das universidades não dispõe de tempo e outros recursos suficientes para abordar o tema segurança do paciente de forma satisfatória, já que este é assunto recente na realidade brasileira (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016). Entretanto, salienta-se que a abordagem deste tema nas graduações da área da saúde é de extrema importância.

Identificou-se, a partir deste estudo, a real necessidade do refazer de práticas, percepções e quiçá valores profissionais prevalentes nos serviços de saúde de atenção primária do município, movimentando seu sistema simbólico e consequentemente proporcionando uma cultura de segurança do paciente mais qualificada neste nível de atenção. Sabe-se que toda cultura é de custosa modificação e que cada grupo profissional atribui valores e crenças diferentes ao processo de trabalho. Assim, além da cultura de determinada instituição de saúde, lida-se com a interpretação pessoal dos atores do trabalho em saúde. Apesar de possíveis resistências às mudanças, a cultura não é fixa e permanente, mas um

sistema simbólico que compõe o agir, interpreta o mundo do ator e é repassado em determinado grupo social. Este sistema simbólico ou, de significados, depende das interações sociais, não sendo simplesmente posto e por todos aceito (LANGDON; WIIK, 2010).

6.3 Aspectos Metodológicos

Dentre as fragilidades deste estudo, reconhece-se que a taxa de resposta identificada apresentou-se baixa, especialmente para algumas categorias profissionais (auxiliar de odontologia e médico) e região oeste do município. No entanto, é válida como retrato descritivo geral da percepção dos trabalhadores quanto à segurança do paciente no nível da atenção primária à saúde (APS), e útil para a elaboração de estratégias de melhoria da assistência à de saúde.

Além disso, identificou-se que em algumas seções houve questões que muitos profissionais não responderam, o que pode ter contribuído para a redução do poder do estudo e, conseqüentemente, fragilizando a análise dos dados. Ademais, como o instrumento é autopreenchido, os entrevistados podem apresentar divergências na interpretação das questões, o que pode contribuir tanto para o aumento da taxa de respostas não válidas como para uma resposta que não representa o que o profissional compreende sobre o assunto pesquisado. Dentre as divergências de interpretação, ressalta-se que, em ocasiões específicas, a seção E do instrumento, que se refere ao gestor/administrador, pode ter sido entendida pelos participantes da pesquisa como uma seção que avalia o gestor municipal e não o coordenador da USF, já que foram relatadas dúvidas quanto à compreensão do termo gestores/administradores/líderes durante a aplicação do instrumento.

Como aspecto positivo, identifica-se a coleta de dados primários, o que possibilita fonte confiável de dados para desenvolvimento de estratégias resolutivas e que condizem com a atual e real necessidade para a segurança do paciente na atenção primária à saúde do município de Londrina, bem como de este ser um dos primeiros estudos nacionais que abordam a cultura de segurança na atenção primária em saúde. Ainda, deve-se destacar que este estudo apresentou ótima consistência interna, medida por meio do Alfa de Cronbach, o que permite afirmar que os resultados encontrados refletem o perfil da cultura de segurança do paciente na APS do município de Londrina. Soma-se a isso o fato do instrumento

utilizado já ter sido adaptado e validado para uso na atenção primária em saúde no Brasil. Em adição, este estudo foi realizado com várias categorias profissionais, não se restringindo a um único profissional, o que é frequente na maioria dos estudos. Também destaca-se como aspecto positivo ao estudo a operacionalização da coleta de dados, que ocorreu de cinco formas diferentes. Acredita-se que, se os pesquisadores não se dispusessem dessas diversas estratégias de coleta, alcançaria-se menor taxa de resposta. Essa diversificação ocorreu visando atender às necessidades de cada USF, não as prejudicando em seu processo de trabalho e, do mesmo modo, buscando atingir o maior número possível de questionários respondidos.

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os resultados descritos, foi constatada percepção negativa em uma seção (38,4% de respostas positivas) e neutra em três seções (51,0%, 65,0% e 73,2% de respostas positivas) das cinco seções do questionário que foram analisadas quanto ao percentual de respostas positivas. Esta percepção majoritariamente neutra da cultura de segurança do paciente na atenção primária do município de Londrina pode indicar a necessidade de maior discussão sobre o assunto e de propagação de práticas seguras de assistência em saúde na rotina dos serviços deste nível de atenção.

Em suma, este estudo evidenciou que a comunicação e acompanhamento, o processo de trabalho e o apoio dos gestores nas USF de Londrina são considerados pelos trabalhadores aspectos a serem melhorados. Diante disso sugere-se a modificação de estratégias para que haja uma reconstrução da cultura de segurança do paciente, objetivando-se que essa seja realizada com participação multiprofissional, que tenha caráter não punitivo e que seja fortificadora das relações interprofissionais e com o paciente, o que certamente resultará em processos de trabalho e relações interpessoais mais qualificados, e, ainda, modificará valores, atitudes e futuras percepções da equipe, proporcionando uma cultura de segurança do paciente sólida e significativa.

Como identificado neste estudo, trabalhadores atuantes da região sul, que está entre as regiões mais carentes financeiramente do município, e aqueles que compõem a categoria de técnicos de enfermagem apresentaram percepções mais negativas quanto à cultura de segurança. Acredita-se que a partir da intensificação da comunicação, cooperatividade e empatia entre profissionais, tanto os responsáveis pelo atendimento de pacientes moradores de áreas com maiores vulnerabilidades sociais, quanto os técnicos de enfermagem, que, são trabalhadores que possuem grande carga de trabalho diária e são expostos a diversos fatores estressores, oferecerão uma assistência mais qualificada e segura aos pacientes, assim cooperando para a cultura de segurança.

Com a aplicação da empatia e cooperatividade entre profissionais, maior cuidado e atenção são dispensados para os pacientes de classes sociais menos favorecidas ao serem tratadas suas necessidades de saúde, visando atingir uma assistência equitativa e segura, e diminuindo-se o risco de negligenciar

situações tratáveis e preveníveis devido ao não uso da escuta e da personalização no atendimento desses indivíduos. Com o planejamento conjunto de estratégias de assistência, a responsabilidade de solucionar as situações de saúde não ficará direcionada somente a alguns profissionais, sobrecarregando-os, mas será dividida com toda a equipe, unindo-se diversos saberes para a solução desses casos. Assim, os membros da equipe se apoiarão mutuamente, fortalecendo seus vínculos interprofissionais para atingir o objetivo principal da assistência à saúde: oferecer cuidado qualificado e humanizado promovendo a saúde da população.

Além das estratégias sugeridas, é importante que haja a implementação de núcleos de segurança do paciente na atenção primária à saúde. Esses núcleos forneceriam grande apoio às USF e, conseqüentemente, aos profissionais na construção da cultura de segurança. É imprescindível também que a educação permanente em saúde seja fortalecida dentro das unidades de atenção primária, assim, difundindo-se o conhecimento sobre a segurança do paciente e aumentando o vínculo entre coordenadores e demais membros da equipe.

É importante ainda que na rotina de trabalho da atenção primária à saúde os trabalhadores sejam corresponsáveis pelo diagnóstico de erros e planejamento de estratégias de combate aos mesmos, para que se sintam parte do processo como um todo e não somente da implementação e prática de ações mais seguras. Com o estímulo dos trabalhadores à prática da segurança do paciente na atenção primária e seu conseqüente aperfeiçoamento, espera-se, além de produzir uma assistência segura à saúde, aumentar a confiabilidade e efetividade dos serviços, e que se intensifique o vínculo do usuário com os profissionais.

Desta forma, objetiva-se valorizar a cada dia a assistência oferecida, fortalecendo o sistema único de saúde, buscando-se estimular primeiramente a implantação de estratégias contribuintes para um cuidado em saúde qualificado que já vêm sendo preconizadas, em portarias, resoluções e normativas.

Ademais, sugere-se a realização de novos estudos em âmbito nacional sobre a segurança do paciente na atenção primária, o que poderia ratificar os resultados na presente investigação. O desenvolvimento de estudos qualitativos buscando aprofundar a temática entre estes profissionais também poderiam contribuir para uma melhor compreensão da cultura de segurança. E por fim, estudos que tentem identificar os erros relacionados à assistência à saúde na atenção primária e sua relação com a cultura de segurança poderiam esclarecer

como a cultura de segurança contribuiu para a ocorrência de eventos adversos na atenção primária em saúde.

REFERÊNCIAS

AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. **Medical Office Survey on Patient Safety Culture**. Content last reviewed. Rockville, MD., june, 2016.

Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/index.html>. Acesso em: 15 nov. 2016.

ALLEN, S.; CHIARELLA, M.; HOMER, C. S. Lessons learned from measuring safety culture: An Australian case study. **Midwifery**. Australia, v.26, n.5, p.497-503, jul. 2010.

AÑEL-RODRIGUEZ, R.M.; CAMBERO-SERRANO, M. I.; IRURZU-ZUAZABAL, E. Análise das reclamações dos pacientes na atenção primária: uma oportunidade para melhorar a segurança clínica. **Calid. Assist.** Espanha, v.5, n.30, p.220-225, jul. 2015.

BALL, J.E. et al. Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. **BMJ Qual. Saf.** London, v.2, n.23, p.116-125, fev. 2014.

BATALHA, E. **Para entender o subfinanciamento do SUS**. Disponível em: <<http://www6.enp.fiocruz.br/radis/conteudo/para-entender-o-subfinanciamento-do-sus>>. Acesso em 23 nov. 2017.

BAPTISTA, P.C.P. et al. Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v.2, n.49, p.122-128, dez. 2015.

BECK, C.L.C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis, v.3, n.16, p.503-510, jul-set. 2007.

BELANCIERI, M.F. Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da enfermagem de um hospital universitário. **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis. v.13, n.1, p.124-131, jan-mar. 2004.

BELANCIERI, M.F. **Promoção do processo de resiliência em enfermeiras: uma possibilidade**. 203p. Tese (Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

BELANCIERI, M.F. et al. A resiliência em trabalhadores da área da enfermagem. **Rev. Estud. Psicol**. Campinas, v.2, n.27, p.227-233, abr-jun. 2010.

BOARETTO, P.P. **A inclusão da odontologia na estratégia saúde da família**. 32p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica). Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

BOHOMOL, E.; FREITAS, M.A.O.; CUNHA, I.C.K.O. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. **Rev. Interface Comun. Saúde Educ**. Botucatu, v.20, n.58, p.727-741, mar. 2016.

BRASILE, I. et al. Health Care Professionals' Knowledge Regarding Patient Safety. **BMC Res. Notes**. London, v.177, n.9, p.1-7, jan. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016a. 68p.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 1.ed., Brasília: Anvisa, 2013b. 168p.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 1.ed. Brasília: Anvisa, 2014a. 40p.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Rede Sentinela**: histórico. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/historico.htm>>. Acesso em 06 out. 2017b.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Internet]. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em 19 set. 2017c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 52p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Proadess**: programa de avaliação do desempenho do sistema de saúde. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=antec>>. Acesso em 19 set de 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013c.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2017d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de**

Educação Permanente em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997, p.229-266.

CARNELUTTI, C. **As fragilidades profissionais do enfermeiro gestor da UBS.** 17p. Monografia (Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde). Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

CECILIO, L.C.O.; LIMA, M.H.J. Necessidades de saúde das pessoas como eixo a integração e a humanização do atendimento na rede básica. In: LINHARES, A. L. (Org.) **Saúde e Humanização: a experiência de Chapecó.** São Paulo: Hucutec, 2000, p.159-182.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.53, p.143-147, dez. 2000.

COHN, A.; LUÍS, O.C. Sociedade de Risco e Risco Epidemiológico. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2339-2348, nov. 2006.

CORBELLINI, V.L. et al. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, DF, v.2, n.64, p.241-247, mar-abr. 2011.

COSTA, E.A.; ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da vigilância sanitária.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p.15-40.

CRONBACH, J.L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika.** Colorado Springs, v.16, n.3, p.297-334, set. 1951.

DAKER-WHITE et al. Blame the Patient, Blame the Doctor or Blame the System? A Meta-Synthesis of Qualitative Studies of Patient Safety in Primary Care. **Rev. PLoS One.** Reino Unido, v.8, n.10, ago. 2015.

DIAS, J.D. et al. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v.18, n.4, p.866-873, out-dez. 2014.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care How Can It Be Assessed? **J. am. med. assoc.** Chicago, v.260, n.12, p.1743-1748, set. 1988.

DOWELL, D. et al. Urban outpatient views on quality and safety in primary care. **Rev. Health Q.** Nova York, v.2, n.8, p.2-8, mar. 2005.

ESPANHA. Ministerio de Sanidade. Servicios Sociales e Igualdad. **Estudo IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica.** 2010. Disponível em:

<https://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf>. Acesso em 19 set de 2017.

FEUERWERKER, L.C.M. Cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S. Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Editora Hucitec, 2.ed., 2014, p.99-113.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987, 288p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 107p.

GEHRING, K. et al. Frequency of and harm associated with primary care safety incidents. **Rev. Am J Manag Care**. Nova Jersey, v.18, n.9, p.323-337, set. 2012.

GONÇALVES, S.M.S. **Papel do enfermeiro na unidade básica de saúde: assistência a saúde ou gerência de ações?** 40p. Monografia. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

GRAHAM, D.G. et al. Mitigation of patient harm from testing errors in family medicine offices: a report from the American Academy of Family Physicians National Research Network. **Rev. Qual. Saf. Health Care**. London, v.17, n.3, p.201-208, jun. 2008.

GREENPEACE. **Desastre no Golfo do México completa 5 anos**. 2015. [Internet]. Disponível em: <<http://www.greenpeace.org/brasil/pt/Noticias/Pior-vazamento-de-petroleo-completa-cinco-anos/>>. Acesso em 03 nov. 2016.

HAYES, M.V. On the epistemology of risk: language, logic and social science. **Soc. Sci. Med.** Oxford, v.35, n.4, p.401- 407, 1992.

HEYWORTH, L. et al. Aligning medication reconciliation and secure messaging: qualitative study of primary care providers' perspectives. **J. Med. Internet Res.** Pittsburgh, v.12, n.15, dez. 2013.

HICKNER, J. et al. Testing process errors and their harms and consequences reported from family medicine practices: a study of the American Academy of Family Physicians National Research Network. **Qual. Saf. Health Care**. London, v.17, n.3, p.194-200, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **População**. [Internet]. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>>. Acesso em 18 dez. 2017.

ISMP. Instituto para Práticas Seguras no uso de Medicamentos. **Uso seguro de medicamentos (Medication without harm) é o tema do Desafio Global de Segurança do Paciente 2017 da OMS**. [Internet]. Disponível em: <<http://www.ismp-brasil.org/site/noticia/uso-seguro-de-medicamentos-medication-without-harm-e-o-tema-do-desafio-global-de-seguranca-do-paciente-2017-da-oms/>>. Acesso em 20 set. 2017.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. **To err is human: building a safer health system.** Washington: National Academy of Sciences, 2000.

KLEIN, C.H.; BLOCH, K.V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A. et al. (Orgs.) **Epidemiologia.** 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2008, p.195-200.

LANGDON, E.J.; WIJK F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enferm.** Ribeirão Preto. SP, v.3, n.18, 9p., mai-jun. 2010.

LAUGALAND, K.; AASE, K.; BARACH, P. Interventions to improve patient safety in transitional care - a review of the evidence. **Work.** Amsterdam, v.41, n.1, p.2915-2924, 2012.

LEAPE, L.L. Errors in medicine. **Clin. Chim. Acta.** Amsterdam, v.404, n.1, p.2-5, mar. 2009.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Assistência Social.** [Internet], 2014-2017. Disponível em: <www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/...assistencia/PMAS%202014-2017.pdf>. Acesso em 20 dez. 2017.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. **Unidades Básicas de Saúde.** [Internet] Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=129&limitstart=7>. Acesso em 12 out. 2016.

LOPES, L.M.M.; SANTOS, S.M.P. Florence Nightingale: apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. **Enf. Ref.** [online] v.3, n.2, p.181-189, dez. 2010.

MACDAVITT, K; CHOU, S.S; STONE, P.W. Organizational climate and health care outcomes. **Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.** Oakbrook Terrace, v.33, n.11, p.45-56, nov. 2007.

MARCHON, S.G.; MENDES JR, W.V.; PAVÃO, A.L.B. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.31, n.11, p.2313-2330, nov. 2015.

MARCHON, S.G. **A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde.** 78p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, set. 2014.

MARTINS, L.F. **Estresse ocupacional e esgotamento profissional entre profissionais da atenção primária à saúde.** 140p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Juiz de Fora. MG, 2011.

MARTINS, L; PEREIRA, V.H.; SEQUEIRA, A.M. Natureza e frequência dos erros na actividade de Medicina Geral e Familiar Geral num ACES: Estudo descritivo. **Rev. Port. Clin. Geral.** Lisboa, p.572-584. Dez. 2010

MATIELLO, R.D.C. et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. **Rev. Cogitare Enferm.** [online], v.21, n.5, p.01-09, fev-jun. 2016.

MENDES, P.S.W. Qualidade em saúde e segurança do paciente: aspectos fundamentais. In: MENDES, P.S.W. (Org.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde.** 1.ed. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2016, p.25-115.

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.

Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997, p.35-77.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde.** São Cristóvão: UFS, 2009, p.29-74.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro. 2009. [Internet] Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>>. Acesso em 30 out. 2017.

MIRA, J.J. et al. Patient report on information given, consultation time and safety in primary care. **Rev. Qual. Saf. Health Care.** London, v.19, n.5, p.1-4, maio 2010.

NAVARRO, A.S.S.; GUIMARÃES, R.L.S.; GARANHANI, M.L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v.17, n.1, p.61-68, jan-mar. 2013.

NÉRI, E.D.R. et al. Erros na área da saúde: culpado ou inocente? **Rev. Infarma.** Brasília. DF, v.18, n.3/4, p.5-8, 2006.

NPSA. National Patient Safety Agency. **Seven Steps to Patient Safety: the Full Reference Guide.** Londres. 2004. [Internet]. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20692077>>. Acesso em 18 nov. 2016.

O'BEIRNE, M. et al. Safety incidents in family medicine. **BMJ Qual. Saf.** Londres, v.20, n.12, p.1005-1010, dez. 2011.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **The World health report 2000.** [Internet]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **El legado de Chernobyl: gentes y lugares.** [Internet]. Disponível em: <http://www.un.org/content/es/_vidout/video19.shtml. 2011>. Acesso em 10 set 2016.

- PAESE, F.; DAL SASSO, G.T.M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Rev. Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.2, n.22, p.302-310, abr-jun., 2013.
- PAINE, L.A. et al. The Johns Hopkins Hospital: identifying and addressing risks and safety issues. **Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.** Oakbrook Terrace, v.10, n.30, p.543-550, out., 2004.
- PAIVA, M.C.M.S. ; PAIVA, A.S.R.; BERTI H.W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v.2, n.44, p.287-294, 2010.
- PORTELLA, M.C. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. **Sobre o Proqualis.** [Internet]. Disponível em: <<http://proqualis.net/sobre-o-proqualis>>. Acesso em 12 out. 2016.
- PORTELLA, M.C. et al. Ciência da Melhoria do Cuidado de Saúde: bases conceituais e teóricas para a sua aplicação na melhoria do cuidado de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.2, 15p., jan. 2016.
- PRITCHARD, V.; GREER, L. Infection control and discharge planning: cooperation essential to risk management. **Disch. Plann. Update.** Rockville, v.9, n.4, p.7-9, jul-aug. 1989.
- RADUENZ, A.C. et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Rev. Latino-Am. Enferm.** Ribeirão Preto, v.18, n.6, p.1045-1054, nov-dez. 2010.
- RATHERT, C.; MAY, D.R. Health care work environments, employee satisfaction, and patient safety: Care provider perspectives. **Health Care Manage. Rev.** Germantown MD, v.32, n.1, p.2-11, jan-mar. 2007.
- REASON, J. Human error: models and management. **Brit. Med. J.** Manchester, v.320, n.7237, p.768-770, mar. 2000.
- REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Quem somos.** [Internet]. Disponível em: <<https://www.rebraensp.com.br/quem-somos>>. Acesso em: 22 set. 2017.
- RODRIGUES, C.C.F.M.; SANTOS, V.E.P.; SOUZA, P. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. DF, v.70, n.5, p.1141-1147, set-out. 2017.
- RUIZ-SANCHEZ, M. et al, Clinical safety audits for primary care centers. A pilot study. **Rev. Aten. Primaria.** Barcelona, v.7, n.45, p.341-348, ago-set. 2013.
- SCHERER, M.D.A. et al. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. **Trab. educ. saúde.** [Online], v.14, n.1, p.89-104, 2016.

SILVA, A.T. et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Rev. Saúde debate**. Londrina, v.40, n.111, p.292-301, out-dez. 2016.

SILVA, A.T.C; MENEZES, P.R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.42, n.45, p.921-929, 2008.

SKARDA, D; BARNHART, D. Quality, patient safety, and professional values. **Semin. Pediatr. Surg.** Filadélfia, v.24, n.6, p.288-290, dez. 2015.

SMITH, A.; LATTE, S.; BLENKINSOPP, A. Safety and quality of nurse independent prescribing: a national study of experiences of education, continuing professional development clinical governance. **J. Adv. Nurs.** Oxford, v.70, n.11, p.2506-2517, nov. 2014.

SORRA, J.; FRANKLIN, M.; STREAGLE, S. Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Agency for Healthcare Research and Quality. **AHRQ Publication**. Rockville. EUA, v.08, n.09, p.59, dez. 2008.

STREINER, D.L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **J. Personal. Assess.** Burbank. EUA, v.80, n.3, p.217-222, 2003.

SUEHIRO, A.C.B. et al. Vulnerabilidade ao estresse e satisfação no trabalho em profissionais do Programa de Saúde da Família. **Rev. Bol. Psicol.** São Paulo, v.58, n.129, p.206-218, dez. 2008.

TELLES, H.; PIMENTA, A.M.C. Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. **Rev. Saude soc.** São Paulo. SP, v.18, n.3, p.467-478, 2009.

TIMM, M.; RODRIGUES, M.C.S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v.29, n.1, p.26-37, jan. 2016.

TIMM, M. **Adaptação transcultural do instrumento Medical Office Survey on Patient Safety Culture sobre segurança do paciente para Atenção Primária à Saúde**. 146p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de Brasília. DF. 2015.

TRINDADE, L.L.; LAUTERT, L.; BECK, C.L.C. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da estratégia de saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enferm.** Ribeirão Preto. SP, v.17, n.5, 9p., set-out. 2009.

TUFFREY-WIJNE, I. et al. Identifying the factors affecting the implementation of strategies to promote a safer environment for patients with learning disabilities in NHS hospitals: a mixed-methods study. **NIHR Journals Library**. [Online]. Southampton, v.1, n.13, 6p., dez. 2013.

UNA-SUS. Universidade Aberta do Sus. **Atenção primária à saúde e Política Nacional de Atenção Básica**. Unidades de Conteúdo. Universidade Federal de São Paulo, 2016.

WATSON, J. **Caring Science Theory**. 2014. [Online]. Disponível em: <<http://watsoncaringscience.org/>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

WETZELS, R. et al. Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: a prospective observational study. **BMC Fam. Pract.** Londres. Reino Unido, v.9, n.35, p.35, jun. 2008.

WETZELS, R. et al. Harm caused by adverse events in primary care: a clinical observational study. **J. Eval. Clin. Practice**. Weinheim. Alemanha, v.15, n.2, p.323-327, abr. 2009.

WHO. World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety**. 2004. [Online]. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>>. Acesso em 06 out. 2016.

WHO. World Health Organization. **WHA55.18**. Fifty-Fifth World Health Assembly. Quality of care: patient safety. My. 2002. [Online]. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/ewha5518.pdf?ua=1>. Acesso em: 06 out 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento elaborado

Código: _____

Pesquisa sobre percepção dos profissionais da atenção primária em saúde quanto a segurança do paciente.

Instrumento de Caracterização Sociodemográfica.**DADOS PESSOAIS**

1) Data de nascimento: ____/____/____

2) Sexo: a. () Feminino b. () Masculino

3) Escolaridade:

a. () Ensino fundamental incompleto b. () Ensino fundamental completo

c. () Ensino médio incompleto d. () Ensino médio completo

e. () Ensino superior incompleto f. () Ensino superior completo

4) Possui alguma formação / curso complementar na área de segurança do paciente?

a. () Sim. Nome do curso: _____

b. () Não

5) Possui outro vínculo empregatício?

a. () Sim. – Carga horária semanal: _____

b. () Não

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa “**Percepção e atitudes dos profissionais da atenção primária em saúde sobre segurança do paciente, Londrina, Paraná**”, a ser realizada nas Unidades de Saúde da Família do município. O objetivo da pesquisa é analisar as percepções e atitudes dos profissionais da atenção primária em saúde sobre a segurança do paciente, município de Londrina, Paraná. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: **Responder perguntas a respeito da cultura de segurança do paciente em sua Unidade de Saúde de atuação.**

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o(a) senhor(a) recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Os benefícios esperados são: identificar fatores associados à percepção e atitudes dos profissionais acerca da segurança do paciente e, com isso, promover mudanças nas estratégias de prevenção de eventos adversos relacionados à segurança do paciente na atenção primária à saúde. Quanto aos riscos, entende-se que não haverá riscos aos participantes durante a pesquisa ou que estes serão mínimos. Ainda assim, caso ocorra algum tipo de desconforto aos participantes, este será prontamente atendido e amparado pelos pesquisadores.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contatar a Enf. Lillian Louzada Macedo pelo telefone **(43) 98425-4647**, ou e-mail: **lilian.louzada@yahoo.com.br**, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, pelo telefone **(43) 3371-5455** ou e-mail: **cep268@uel.br**.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao(à) senhor(a).

Londrina, ___ de _____ de 2017.

Pesquisador

Responsável: _____

RG: _____

_____ tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica):

Data: _____

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento “Pesquisa sobre cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária” – 2016.

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. <i>No atendimento de um paciente</i> foi utilizado um prontuário/registo de outro paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
Prontuários/registros							
3. O prontuário/registo de um paciente não estava disponível quando necessário.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
4. Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registo de outro paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉
Equipamento							
5. Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₉

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

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 ▼
Medicamento							
6. O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
7. Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Diagnósticos & Testes							
8. <i>Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
9. <i>Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
10. Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO B: Troca de informações com outras instituições

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

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

SEÇÃO C: Trabalhando neste serviço de saúde

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

SEÇÃO D: Comunicação e Acompanhamento

Com que frequência os fatos a seguir ocorrem neste serviço?	Nunca	Raramente	As vezes	Quase sempre	Sempre	Não se Aplica ou Não Sei
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
1. Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

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

SEÇÃO E: Apoio de gestores/administradores/líderes

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

1 Sim → *Vá para Seção F*

2 Não → *Continue abaixo*

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

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

SEÇÃO F: Seu serviço de saúde

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

SEÇÃO G: Avaliação global

Avaliação global da qualidade

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

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

Avaliação Geral - em Segurança do Paciente

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

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

SEÇÃO H: Questões sobre a prática profissional

1. Há quanto tempo você trabalha neste serviço?

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

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

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

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



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

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.

OBRIGADO POR COMPLETAR ESTA PESQUISA.

ANEXO B – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP			
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA			
Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE, LONDRINA, PARANÁ			
Pesquisador: Lilian Louzada Macedo			
Área Temática:			
Versão: 1			
CAAE: 62763916.4.0000.5231			
Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva			
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio			
DADOS DO PARECER			
Número do Parecer: 1.867.100			
Apresentação do Projeto:			
<p>Atualmente vivencia-se uma sociedade de risco, em que tecnologias, novos hábitos de vida e processos de trabalho podem gerar altos e danosos custos para os indivíduos (COHN, 2006). Neste sentido a assistência à saúde também se submete à diversos riscos, perigos e danos à integridade do paciente, como exemplifica o relatório "Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro (To Err is human: Building a safer health system)", em 1999 (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999). Como forma de prevenir danos à saúde do paciente, que não aqueles que os levaram a procurar assistência, iniciaram-se estudos e foram promovidos programas e estratégias com relação à segurança do paciente a nível nacional e internacional (BRASIL, 2013, 2014; WHO, 2002, 2004; PORTELA, 2016). Estudos e iniciativas com relação à segurança do paciente no nível hospitalar de atenção à saúde têm sido desenvolvidos de forma mais expressiva quando comparados ao nível básico (BRASIL, 2013), apesar de identificar-se a ocorrência de erros e eventos adversos danosos ao paciente neste último nível (MARCHON; MENDES; PAVÃO, 2015; SEQUEIRA; MARTINS; PEREIRA, 2010). Ademais, sabe-se que a cultura organizacional influencia diretamente na promoção de atitudes seguras e na percepção do profissional quanto à segurança do paciente. Uma instituição provida de cultura de segurança possuirá normas, tradições, valores, crenças que promovam a segurança do paciente, o que influencia diretamente a prática</p>			
Endereço: LABFSC - Sala 14		CEP: 86.057-970	
Bairro: Campus Universitário		Município: LONDRINA	
UF: PR		E-mail: cep266@uel.br	
Telefone: (43)3371-5455			

Página 04 de 03



Conselho de Ética em
Pesquisa envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Protocolo: 1.857.100

profissional, determinando o manejo de atitudes (MENDES, 2016; PAESE; DAL SASSO, 2013). Diante disso, reconhece-se a necessidade de estudos direcionados à segurança do paciente na atenção primária. Objetiva-se por meio deste estudo analisar as percepções e atitudes dos profissionais da atenção primária em saúde sobre a segurança do paciente, no município de Londrina, Paraná.

Hipótese:

A percepção e as atitudes dos profissionais com relação à segurança do paciente ainda são incipientes na atenção primária à saúde no município de Londrina - Paraná.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as percepções e atitudes dos profissionais da atenção primária em saúde sobre a segurança do paciente, município de Londrina, Paraná.

Objetivo Secundário:

Identificar percepção dos profissionais da atenção primária sobre a segurança do paciente; Caracterizar atitudes dos profissionais da atenção primária frente à segurança do paciente; Identificar os fatores associados à percepção e atitudes dos profissionais da atenção primária sobre a atenção primária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Acredita-se que esse projeto apresente riscos mínimos aos participantes e, caso ocorram, o participante será prontamente atendido e amparado pelos pesquisadores.

Benefícios:

Os benefícios que poderão ser gerados dizem respeito a mudanças nas estratégias de prevenção eventos adversos relacionados à segurança do paciente na atenção básica. Como contrapartida individual para os participantes da pesquisa serão oferecidas, após as entrevistas, orientações relacionadas ao correto manejo dos eventos adversos, bem como medidas de prevenção a estes eventos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados foram:

- Folha de rosto para pesquisa com seres humanos;

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 83.057-970

Telefone: (43)3371 5455

E-mail: cep268@uel.br



Centro de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serem Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.857/100

- Autorização da unidade coparticipante (Autarquia Municipal de Saúde da cidade de Londrina-PR);
- TCLE em formato convite

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto foi apresentado de forma adequada e indico a aprovação do mesmo.

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 INFORMACOES BASICAS_DO_P ROJETO_833390.pdf	06/12/2016 19:10:12		Aceito
Outros	autorizacao.pdf	06/12/2016 19:08:04	Lilian Louzada Macedo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	06/12/2016 19:08:22	Lilian Louzada Macedo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	06/12/2016 19:04:37	Lilian Louzada Macedo	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.docx	05/12/2016 22:12:57	Lilian Louzada Macedo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 15 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Rosana Lopes
(Coordenador)

Prof.ª Dr.ª Alessandra Aparecida Manoel Cordell
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos
Universidade Estadual de Londrina

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep265@uel.br