



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO



MARIA ELIZABETE RODRIGUES VIANA

**Cultura de Segurança do Paciente nas unidades de Estratégia de Saúde da
Família em Alagoas**

Maceió
2018

MARIA ELIZABETE RODRIGUES VIANA

Cultura de Segurança do Paciente nas unidades de Estratégia de Saúde da Família em Alagoas

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), área de concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida, linha de pesquisa: Enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Patrícia de Carvalho Nagliate.

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Isabel Comassetto

Maceió
2018

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale – CRB4 - 661

V614c Viana, Maria Elizabete Rodrigues.
Cultura de segurança do paciente nas unidades de estratégia de saúde da família em Alagoas / Maria Elizabete Rodrigues Viana. – 2018.
92 f. : il.

Orientadora: Patrícia de Carvalho Nagliate.
Coorientadora: Isabel Comassetto.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Maceió, 2018.

Bibliografia: f. 72-85.
Apêndices: f. 86-88.
Anexos: 89-92.

1. Atenção primária à Saúde. 2. Estratégia de saúde da família – Cultura.
3. Segurança do paciente. 4. Cuidados de enfermagem. I. Título.

CDU: 616-083: 614.253.8

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autor: Maria Elizabete Rodrigues Viana

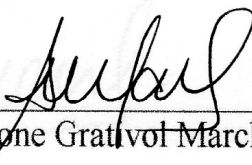
Cultura de Segurança do Paciente nas unidades de Estratégia de Saúde da Família em Alagoas.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), área de concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida, linha de pesquisa: Enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

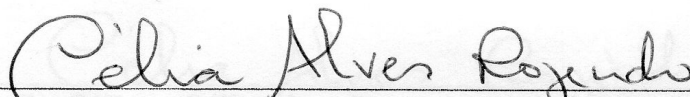


Prof.^a. Dr.^a. Patrícia de Carvalho Nagliate
Universidade Federal de Alagoas - UFAL
Orientadora

Banca examinadora:



Prof.^a. Dra. Simone Grati von Marchon (FIOCRUZ)



Prof.^a. Dra. Célia Alves Rozendo (UFAL/ESENFAR)

Dedico primeiramente ao meu bondoso **DEUS**,
por ter me dado a perseverança necessária
em meio a tantos desafios, por ter iluminado
e guiado meu caminho ao longo do mestrado,
minha eterna GRATIDÃO.

Dedico ao meu pai Espedito Viana (*in memore*),
que partiu desse mundo com a certeza de dever
cumprido com seus filhos e com o próximo.
Saudade das nossas conversas!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a pessoa mais importante, minha MÃE, Maria Helena Rodrigues, que sempre me incentivou. Obrigada à senhora que, com todo carinho, passou uma vida inteira zelando para que cada filho alcançasse seus objetivos.

Aos meus irmãos e irmãs Edilene, Enaldo, Eliandro, Marcos, Eliane, Adriana e Zilda que estimularam e apoiaram em todos os momentos, obrigada pelo companheirismo, pela compreensão, paciência. Serei sempre grata pelo esforço de vocês para que mais esse objetivo fosse alcançado. A vocês que foram e serão sempre meus melhores amigos, que compartilharam dos meus ideais e os alimentaram, incentivando a prosseguir na jornada, mostrando que o caminho deveria ser seguido sem medo, fossem quais fossem os obstáculos. Minha eterna gratidão.

Aos amigos que sempre abrilhantam a vida. Esses irmãos que a vida nos dá e que seguram firme em nossas mãos e não desamparam quando queremos desistir. Obrigada pelos momentos de alegrias e também pelas tristezas que vivenciamos, decorrentes das ausências. Obrigada pela amizade que acima de tudo se manteve. Agradeço especialmente a Amauri, Mariana, Janaina, Priscilla, Willi, Miny, Rosy, Lucia, Wal, Nanda, Rita, Nathália e Alda, que tornaram mais doce e leve a caminhada no mestrado. Obrigada por dividir comigo as angústias e alegrias.

Aos alunos de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, campus Maceió e Arapiraca, que humildemente ajudaram na construção dos resultados dessa pesquisa.

Aos profissionais que, com gentileza, aceitaram participar da pesquisa, compartilhando suas experiências e aos que não participaram o meu agradecimento.

A Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e Arapiraca pelo apoio e liberação para realização da pesquisa.

As Unidades de Estratégia de Saúde da Família pela oportunidade concedida e o apoio oferecido.

A Universidade Federal de Alagoas e a Escola de Enfermagem e Farmácia pela oportunidade.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGEnf da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, pelo mestrado cursado e pela organização de todo o programa. Ao Corpo docente agradeço pelos ensinamentos, agradeço aos funcionários, em especial a Monique e Daniel, que fazem com que tudo funcione da melhor maneira possível.

Aos membros da banca examinadora, Titulares e Suplentes, Prof.º Dr.ª Simone Grativol Marchon (FIOCRUZ), Prof.ª Dr.ª Célia Alves Rozendo (UFAL/ESENFAR), Prof.ª Dr.ª – Débora de Souza Santos (UNICAMP), Prof.ª Dr.ª Regina Maria dos Santos (UFAL/ESENFAR), agradeço a vocês por todas as contribuições feitas para o desenvolvimento deste estudo e pelo carinho de aceitar a participar.

A minha orientadora, Prof.ª Dr.ª Patrícia de Carvalho Nagliate, agradeço pelos ensinamentos e compartilhamento do seu conhecimento, mesmo em meio ao processo mais bonito da vida de uma mulher (ser mãe) conseguiu me acompanhar até o final.

A minha Co-orientadora, Isabel Comassetto, pelo laço criado desde a graduação, agradeço pela dedicação e por acreditar, pela atenção, compreensão e por compartilhar sua experiência para que esse projeto fosse concluído com êxito. Todo meu carinho e admiração à pessoa maravilhosa que a senhora é, pois sua visão crítica e construtiva ajudou-me a superar os desafios nesses dois anos, que em meios a “PITOS” tornou esse mestrado muito engraçado, serei eternamente grata.

A todos que direta e indiretamente colaboraram na realização desta pesquisa.

“Você pode encarar o erro como uma besteira a ser esquecida, ou como um resultado que aponta uma nova direção”.

Steve Jobs

RESUMO

O presente estudo teve como objeto a Cultura de Segurança do Paciente na Estratégia de Saúde da Família. Os avanços científicos proporcionam progressos no tratamento de diversas doenças, porém os usuários dos serviços de saúde ainda estão vulneráveis aos erros provenientes da assistência. Nesse cenário, a Segurança do Paciente se configura como um dos pilares da qualidade da saúde que busca minimizar os incidentes. O objetivo deste estudo foi identificar a percepção da Cultura de Segurança do Paciente nas unidades de Estratégia de Saúde da Família em Alagoas. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo transversal do tipo Survey, quantitativo. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alagoas, sob o número de protocolo CAAE: 64203616.8.0000.5013, realizou-se a coleta de dados com dois instrumentos, sendo um para caracterização da amostra construído pelo autor e o Questionário de Atitudes de Segurança adaptado e validado por Carvalho 2011, ocorrida nos meses de março a novembro de 2017. Os locais de coleta foram 59 unidades de Estratégia de Saúde da Família, sendo 33 no Município de Maceió e 26 em Arapiraca. Participaram do estudo profissionais médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnico em farmácia, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas, auxiliares de saúde bucal, diretores, administrativos e assistentes sociais. A análise dos dados foi realizada com auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. Para análise das variáveis qualitativas, utilizou-se frequências absolutas e relativas, e para as quantitativas, média e desvio-padrão. O teste de normalidade empregado foi Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov. Utilizou-se a estatística inferencial bivariada (Teste t de Student) e análise de variância (ANOVA). Para o estabelecimento da significação estatística, foi considerado p valor $< 0,05$ para um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados. Do universo de 1976 profissionais, aceitaram participar 749 (37,84%), recusaram 438 (22,1%), eliminados 717 (36,2%) e a perda amostral foi de 72 (3,6%). O sexo feminino teve destaque com 587 (78,4%), casados 416 (55,5%), a faixa etária variou de 28 a 47 anos 491(65,7%) e atuam em cargo de nível médio 573 (76,5%). Em Maceió, 217 (52,2%) profissionais concluíram o curso em média há 10 anos e 245 (56,8%) têm especialização. Em Arapiraca, os profissionais que finalizaram a graduação há menos de 04 anos foram 74 (38,3%), 140 (58,8%) não possuem especialização e 659 (90,5%) atuam na área de afinidade. Na avaliação do clima de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Alagoas, os domínios que apresentaram valores positivos foram satisfação no trabalho (82,45), clima de trabalho em equipe (78,34), percepção de gestão (77,39) e Q-33 a 35 (85,50), e expôs pontuação negativa nos domínios: clima de segurança (71,45), percepção do estresse (67,93) e condição de trabalho (64,59) e Q 36 (37,67). Os fatores que influenciam nesses valores estão ligados à satisfação, colaboração dos profissionais, comunicação, variações de cultura e condições de gestão. A pontuação para Cultura de Segurança do Paciente é apenas um indicador indireto que permite avaliar aspectos nos cenários de saúde. Estes, quando apresentam escores negativos, necessitam de maior vigilância e operacionalização de ações com o intento de melhorar a cultura organizacional. No contexto de avaliação do clima de segurança do paciente em cada município, foram encontrados resultados distintos para cultura de segurança. Portanto, viabilizar uma cultura positiva a partir da oferta de condições de trabalho para os profissionais em quantidade e qualidade, educação permanente, organização do processo trabalho de maneira vertical e horizontal e inserir modelos de avaliação do serviço. Investir na potencialização do trabalho colaborativo e participativo, na comunicação, na promoção de melhoria através da implantação de protocolos e gestão de equipe, bem como nas notificações dos erros.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Cultura. Segurança do Paciente.

ABSTRACT

The present study had as object the Patient Safety Culture in the Family Health Strategy. Scientific advances provide progress in the treatment of various diseases, but health care users are still vulnerable to errors in care. In this scenario, Patient Safety is one of the pillars of health quality that seeks to minimize incidents. The objective of this study was to identify the perception of the Patient Safety Culture in the Family Health Strategy units in Alagoas. This is an exploratory-descriptive cross-sectional study of the Survey type, quantitative. After approval by the Committee of Ethics in Research with Human Beings of the Federal University of Alagoas under the CAAE protocol number: 64203616.8.0000.5013, data collection was performed with two instruments, one for characterization of the sample constructed by the author and the Questionnaire of Attitudes of Safety adapted and validated by Carvalho 2011, occurred in the months of March to November 2017. The collection sites were 59 units of Family Health Strategy, 33 in the Municipality of Maceió and 26 in Arapiraca. Medical professionals, nurses, pharmacists, pharmacy technicians, nursing technicians, community health agents, dentists, oral health aides, directors, administrative staff, social workers participated in the study. Data analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software version 21.0. Qualitative variables were analyzed using absolute and relative frequencies and for the mean and standard deviation quantitative variables. The normality test used was Shapiro-Wilk and Kolmogorov-Smirnov. We used bivariate inferential statistics (Student's t-test) and analysis of variance (ANOVA). For the establishment of statistical significance p was considered <0.05 for a 95% confidence interval between the data found. Of the universe of 1976 professionals, 749 (37.84%) accepted, refused 438 (22.1%), eliminated 717 (36.2%) and sample loss was 72 (3.6%). The female gender was highlighted in 587 (78.4%), married 416 (55.5%), age group ranged from 28 to 47 years 491 (65.7%) and work in the middle level position 573 (76.5 %). In Maceió, professionals completed the course for 10 years, 217 (52.2%) and 245 (56.8%) specialization, in Arapiraca, the professionals who finished their undergraduate studies in less than 4 years 74 (38.3%). and has no specialization 140 (58.8%), and 659 (90.5%) work in the affinity area. In the evaluation of the patient's safety climate from the perspective of professionals in the Alagoas Family Health Strategy, domains that presented positive values were job satisfaction (82,45), teamwork climate (78,34), perception of (77.39) and Q-33 to 35 (85.50), and exposed negative scores in the following domains: safety climate (71.45), stress perception (67.93) and work condition (64.59) and Q 36 (37.67). The factors that influence these values are related to satisfaction, collaboration of professionals, communication, variations of culture and management conditions. The Score for Patient Safety Culture is only an indirect indicator that allows to evaluate aspects in the health scenarios, when they present negative scores they need more vigilance and operationalization of actions with the intent to improve the organizational culture. In the context of assessing the patient safety climate in each municipality, different results were found for safety culture. Therefore, make possible positive culture from the offer of working conditions for professionals in quantity and quality, permanent education, work process organization in a vertical and horizontal way and insert service evaluation models. Invest in the potentialization of collaborative and participatory work, in communication, in the promotion of improvement through the implementation of protocols and team management, as well as in the notifications of errors.

Keywords: Primary Health Care. culture. Patient safety.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Dimensões da qualidade dos serviços de saúde	24
Quadro 2-	Aspectos presentes aos indivíduos, trabalho e organização relacionados à cultura de segurança.....	27
Quadro 3-	Principais conceitos empregados na Segurança do Paciente.....	28
Quadro 4-	Atributos/domínios de qualidade no cuidado de saúde, Brasil 2017.....	36
Quadro 5-	Descrição de domínios e quantidade respectiva de itens que compõem o Questionário de Atitudes e Segurança (SAQ).....	44
Quadro 6-	Teste de normalidade da amostra para os domínios de Cultura de Segurança do Paciente.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização, por município, dos profissionais de saúde das unidades de Estratégia de Saúde da Família do estado de Alagoas em relação à percepção da cultura de segurança do paciente. Maceió- Al, 2018.....	51
Tabela 2-	Distribuição de participação por categoria profissional das unidades de Estratégia de Saúde da Família do Estado de Alagoas. Maceió- Al, 2018.....	52
Tabela 3-	Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por domínios e gênero dos profissionais de saúde atuantes nas unidades de Estratégia de Saúde da Família do Estado de Alagoas. Maceió- Al, 2018.....	53
Tabela 4-	Escore da percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde x faixa etária, das unidades de Estratégia de Saúde da Família do Estado de Alagoas. Maceió- Al, 2018.....	54
Tabela 5-	Escore da percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde que possuem ou não pós graduação <i>latu sensu</i> atuantes nas unidades de Estratégia de Saúde da Família do Estado de Alagoas. Maceió- Al, 2018.....	54
Tabela 6-	Escore da percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde x trabalho na área de afinidade, dos profissionais de saúde das unidades de Estratégia de Saúde da Família do Estado de Alagoas. Maceió- Al, 2018.....	55
Tabela 7-	Escore geral por domínio da percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde atuantes nas unidades de Estratégia de Saúde da Família do Estado de Alagoas. Maceió- Al, 2018.....	55
Tabela 8-	Escore da percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde X municípios, dos profissionais de saúde das unidades de Estratégia de Saúde da Família do Estado de Alagoas. Maceió- Al, 2018.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliares de Consultório Dentário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP -UFAL	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
CSP	Cultura de Segurança do Paciente
DIU	Dispositivo Intrauterino
DS	Distritos Sanitários
ESENFAR	Escola de Enfermagem e Farmácia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
EA	Eventos Adversos
ICPS	International Classification for Patient Safety
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IOM	Institute of Medicine
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ – AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROADESS	Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SAD	Serviços de Atendimento Domiciliar
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	Segurança do Paciente
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Hipótese.....	22
1.2 Objetivos.....	23
1.2.1 Objetivo geral.....	23
1.2.3 Objetivos específicos.....	23
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
3 MÉTODO.....	40
3.1 Tipo de estudo.....	40
3.2 Local da Pesquisa.....	40
3.2.1 Unidades de saúde de Maceió.....	40
3.2.2 Unidades de saúde de Arapiraca.....	41
3.3 Amostra/População.....	41
3.4 Critérios inclusão.....	42
3.5 Critérios exclusão.....	42
3.6 Coleta de dados.....	43
3.6.1 Instrumentos de medida.....	43
3.7 Variáveis do estudo	44
3.7.1 Variável Dependente.....	45
3.7.2 Variável Independente.....	45
3.7.3 Variáveis Qualitativas.....	45
3.7.4 Variáveis Quantitativas.....	46
3.8 Teste piloto e capacitação dos colaboradores da pesquisa.....	46
3.9 Aspectos éticos.....	47
3.10 Recrutamento dos participantes	48
3.11 Análise dos dados.....	48
4 RESULTADOS.....	51
5 DISCUSSÃO.....	57
6 CONCLUSÃO.....	69
LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	71
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE (A) - Questionário de Informações Adicionais.....	86

APÊNDICE (B) – Termo De Consentimento Livre Esclarecido.....	87
ANEXO (A) - Questionário de Atitudes de Segurança versão original.....	89
ANEXO (B) - Questionário de Atitudes de Segurança versão modificada.....	90
ANEXO (C) - Carta de Aprovação Comitê de Ética.....	92

1 INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objeto a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) na Estratégia de Saúde da Família (ESF). O interesse pelo tema emergiu no ambiente de trabalho, na Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Maceió- AL, onde participei, em conjunto com equipe técnica, de visitas em hospitais contratualizados para avaliação de metas de qualidade, dentre elas as de Segurança do Paciente (SP).

Apesar de trabalhar no setor que acompanha os serviços de saúde de média e alta complexidade, o interesse sobre a SP no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu pelo reduzido número de estudos sobre o cuidado seguro na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e o quanto isso influencia negativamente no planejamento de ações e nas práticas assistenciais prestadas através do trabalho em equipe e na gestão de qualidade e somando-se a deficiência na funcionalidade da RAS, a qual se torna uma das barreiras para o cuidado seguro.

Partiu-se da intenção de averiguar o conhecimento dos profissionais acerca do tema, assim como das ações promovidas pelas instituições de saúde, com a finalidade de reduzir a um mínimo aceitável os possíveis riscos associados ao cuidado ao paciente, pois se sabe que a qualidade em saúde se torna prioridade no meio científico.

Tal preocupação tem sido configurada desde 1999, nos Estados Unidos (EUA), pelo Institute of Medicine (IOM), a partir da divulgação do relatório “Errar é humano”, o qual descreve os acontecimentos que ocasionaram consequências graves a pacientes que receberam esses cuidados, passando a ser alvo de críticas pelos meios de comunicação, principalmente entre as equipes de saúde.

Com o intento de fortalecer a SP, em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a SP, que associa os riscos com a saúde, bem como fomentou a instituição da portaria Nº 529, que lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em 2013, no cenário brasileiro.

Rigobello et al. (2012) reforçam que a OMS difundiu no programa da Aliança Mundial diretrizes e estratégias para estimular e divulgar técnicas que intensificam a importância da SP, definido como prioritário para a ampliação de investigações científicas, bem como empreendimentos de pesquisas com impacto nos problemas de segurança.

Estudos evidenciam que, nas últimas décadas, a SP tornou-se prioritária no cenário da assistência à saúde. Apesar dos avanços científicos proporcionarem progressos no tratamento de diversas doenças, observou-se que os usuários desses serviços ainda estão vulneráveis aos erros provenientes da assistência. Isso tem gerado sofrimento para os pacientes e onerado os

serviços de saúde, principalmente a nível de APS (MELLO; BARBOSA, 2013; OLIVEIRA, 2016; MARCHON, 2015).

Nesta perspectiva, a OMS, em 2010, definiu SP como redução a um mínimo aceitável de risco de danos à assistência em saúde. Refere-se àquilo que é viável diante do contexto atual, da disponibilização dos recursos para que seja realizada a assistência frente ao risco. Logo, se faz necessário a compreensão a partir de uma subdimensão da eficácia e de atributos da qualidade do cuidado. Deste modo, o movimento moderno de SP substituiu “o jogo da culpa e vergonha” por uma abordagem conhecida como pensamento sistêmico – paradigma que reconhece a condição humana (OMS, 2005; BRASIL, 2012; WACHTER, 2013).

A SP visa alcançar melhores resultados para o paciente através da redução de atos inseguros que ocorrem nos processos de trabalhos na área da saúde e do desenvolvimento de melhores práticas assistenciais desenvolvidas (WHO, 2009). Em uma ampla abordagem, as tomadas de decisões e ações realizadas por profissionais requerem o contexto estrutura, política e cultura de organizações em sistemas de saúde, elevando, assim, a qualidade do serviço e reconhecendo a magnitude do problema da SP a nível global (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2012; WACHTER, 2013).

Para Timm e Rodrigues (2016), a abordagem sobre SP em uma estrutura multifatorial, utilizando um sistema para prevenir e reduzir danos que podem acometer o paciente, é fundamental. A adoção de boas práticas e a redução de erros durante a assistência é essencial para a SP, principalmente no contexto da APS, sendo um atributo indispensável para a concretização da qualidade aos cuidados de saúde prestado, além de criar um ambiente onde a CSP possa ser fortalecida diariamente pelas atitudes dos profissionais (ARRUDA et al., 2014).

Ademais, a CSP é definida como os valores, experiências, atitudes e práticas que orientam o comportamento de um grupo e determinam o compromisso com a assistência prestada (HELMREICH; MERRITT, 2001, SEXTON et al., 2006, CARVALHO, 2011; RIGOBELLO et al., 2012; PAESE, DAL SASSO, 2013; MATOS, et al. 2016).

Inserida nesse contexto, a CSP é um componente crítico da qualidade nos serviços de saúde, a qual é pouco discutida no ambiente de APS, bem como é desconhecida ou reduzida à abordagem dos conceitos taxonômicos. Desse modo, as organizações necessitam investir na CSP para instigar nos profissionais de saúde reflexões no que tange tais conceitos, avaliando a aplicação das ações de forma progressiva, contínua e que estabeleça metas internas e externas no seu processo de trabalho. Apesar de ser um desafio para as unidades, a avaliação da cultura ou do clima de segurança, quando instituída, exerce correlação com a qualidade dos resultados da assistência prestada ao paciente (PAESE, DAL SASSO, 2013).

O termo Clima de Segurança ou Safety Climate, considerado como sinônimo de cultura de segurança, também será adotado para este estudo, uma vez que é definido como a medida do estado de cultura, mensurado pelas percepções sobre as atitudes individuais e coletivas na organização (RIGOBELLO et al., 2012)

De acordo com Schein (2010), avaliar a cultura ou o clima de uma organização não é tarefa fácil, porém reforça que o conjunto de fatores que integram a cultura de uma organização devem ser acompanhados frequentemente, buscando o aperfeiçoamento e dando ênfase a indicadores culturais ligados ao perfil da gerência e funcionários, missão da organização e o clima organizacional. Dos indicadores culturais, o clima organizacional é analisado como o fator mais propício à avaliação. Assim, uma organização é distinta de outra pelas características do clima organizacional, o que influencia direta e indiretamente no desenvolvimento da instituição a partir da satisfação do profissional (GONZÁLES-ROMÁ et al., 1999).

Para que ocorram modificações na CSP, se faz necessário identificar as fragilidades nas organizações de saúde, instituir metas que influencie as práticas dos colaboradores e, com isso, seja alcançado resultados positivos nas instituições (IOM, 2004; BARATTO, 2015). Segundo Reis (2013), as atitudes, capacidades e protótipos de condutas individuais e de grupo garantem habilidade na realização da coordenação segura e benéfica, com conseqüente valorização do cuidado em saúde, alterando a cultura do grupo.

Logo, investir em cultura de segurança nos serviços de saúde emerge como um dos requisitos essenciais para melhorar a qualidade do cuidado, através do desenvolvimento de estratégias e comprometimento dos atores envolvidos nesse processo (RIGOBELLO et al., 2012; SILVA, 2010).

A conscientização do papel que cada um exerce na equipe, das conseqüências de suas ações e da responsabilização para organização do serviço, busca promover o fortalecimento da CSP, pois não se trata de um problema individual ou de uma categoria, mas sim do processo de transformação da instituição (TIMM; RODRIGUES, 2016).

A geração de uma cultura é iniciada a partir da avaliação do nível de segurança atual na instituição, pois as precauções de proteção implementadas sem uma avaliação adequada podem elevar os custos e também causar novos riscos imprevisíveis, além de danos que podem ser irreversíveis ao paciente (BODUR; FILIZ, 2009; MATOS et al., 2016). O sentimento de culpa deve ser modificado, buscando ver os erros como oportunidades de melhorar o processo de saúde, com o objetivo de obter a chance para trabalhar e desenvolver as mudanças com reflexão crítica por parte da equipe sobre as práticas integrativas do cuidado, assim como as atitudes

diante dos próprios incidentes, aprendendo com o erro e gerando conhecimento para prevenir novos episódios pertinentes (IOM, 2000; PAESE; DEL SASSO, 2013; BARATTO, 2015).

Em relação a SP, apresenta-se o pressuposto à ideia de identificar erros para punir culpados. Assim, a abordagem sobre esse tema passa a ser muito sensível e pouco atrativa pelos profissionais, visto que estes não são preparados na formação, nem no ambiente de trabalho, para lidar com erros, uma vez que estão associados a sentimentos de incapacidade, culpa, vergonha e incompetência, somado ao temor de sanções legais, éticas e sociais (MENDES; BARROSO, 2014).

O enfoque no clima organizacional permite que a gestão reavalie suas ações, planeje e desenvolva relações de trabalho com o intuito de satisfazer seus clientes e funcionários, garantindo bem-estar a partir da transformação e aprimoramento da qualidade do ambiente, o que favorece a motivação, o clima entre as pessoas e aumento da produtividade (MOSER et al., 2012).

Desta forma, a avaliação desse sistema permite identificar, dentro das unidades de saúde, principalmente da APS, os processos de trabalho, aspectos de liderança, estratégias para redução de riscos, condições do ambiente, capacitação dos recursos humanos, influenciando a gestão nas tomadas de decisões. Além disso, transforma-se o enfoque utilizado, onde os erros eram pouco explorados pelas instituições e hoje passam a ser estudados com a finalidade de utilizar essa informação como modo de modificação através de estratégias preventivas (DUARTE et al., 2015).

Tomazoni et al. (2014) trazem que a CSP é diferente entre as organizações e que a avaliação depende de alguns aspectos, tais como o tamanho da organização de saúde, acreditação e especialidade, os quais variam conforme os profissionais, dependendo da sua ocupação, tempo de experiência e idade. Essa diferença pode resultar em transformações culturais inerentes ou distinções obtidas nos serviços, mas que podem estar relacionadas ao processo de tratar os erros dentro das instituições, subvalorizando as dimensões da cultura segurança (BODUR; FILIZ, 2009).

Na atualidade, o desenvolvimento de instrumentos que permitem mensurar as percepções dos profissionais sobre questões relativas à segurança tem fortalecido o clima organizacional e de segurança, principalmente nos estabelecimentos de saúde (SEXTON et al., 2006; LEE et al., 2010). A avaliação da cultura configura-se em identificar e promover melhorias na SP, partindo do entendimento de que “cultura positiva” é construída a partir de processos bem desenhados e implementados, como demonstrado em alguns estudos realizados

na APS (PAESE; DEL SASSO, 2013; BONDEVIK et al., 2014; VERBAKEL et al., 2014; WEBAIR et al., 2015; ASTIER-PEÑA et al., 2015; KETIS et al., 2017).

A cultura positiva é definida a partir de uma organização baseada em comunicação de confiança mútua, compartilhamento de percepções de segurança e no estímulo de medidas de prevenção com confiança e eficácia (BATALHA; MELLEIRO, 2015). O clima de uma organização pode ser avaliado em positivo ou negativo, sadio ou doentio, satisfatório ou insatisfatório, dependendo da percepção dos profissionais. Quando se trata de um clima organizacional positivo, tanto a instituição, os profissionais e, principalmente, os pacientes são beneficiados. Portanto, uma instituição com cultura positiva é uma garantia de que as taxas de incidentes são reduzidas, as relações interpessoais foram melhoradas, profissionais mais satisfeitos e a satisfação do paciente foi priorizada, e no final os serviços são ofertados com segurança (ASTIER-PEÑA et al., 2015; KETIS et al., 2017).

Essa cultura é considerada o maior desafio para o movimento de um sistema seguro, que precisa ser avaliada e trabalhada para fortalecer a SP na APS. De acordo com Marchon (2015), os desafios a serem superados para o fortalecimento da cultura estão ligados à implementação de políticas voltadas para SP, trabalho de sensibilização de gestores e profissionais para o tema, incentivo à notificação de incidentes com a utilização de meios eletrônicos, educação permanente dos profissionais para práticas mais seguras e incentivo à produção de pesquisas relacionadas ao tema na APS.

De acordo com Marchon (2015), faz-se necessário compreender como ocorrem as cascatas de erros e destaca como fator primordial a criação de estratégias que viabilizem melhorias na qualidade do cuidado, promovendo uma cultura de segurança entre os profissionais na APS. Embora a assistência dispensada na APS tenha se tornado mais complexa em decorrência das patologias que modificaram o perfil do paciente, suas funções encontram-se ameaçadas, pois a ausência do reconhecimento das suas características e contribuições tem sido banalizadas a partir da economia nos serviços, ocasionado a redução da qualidade na assistência (STARFIELD, 2002; SILVA, 2017).

Essa complexidade nos cuidados de saúde, na APS, é decorrente da grande demanda de pacientes com doenças crônicas, somando-se à baixa densidade em tecnologia e o aumento das funções clínicas, que geralmente são incompatíveis com as atribuições de uma unidade de saúde, o que contribui para reduzir a qualidade dos cuidados ofertados (MARCHON, 2015).

Nessa conjuntura, é importante ressaltar que os erros que ocorrem nestas unidades são identificados no âmbito hospitalar. A detecção das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), decorrentes de infecções, é considerada um marcador importante de

qualidade, sendo essas situações evidências de assistência primária fragilizada e pouco segura, o que acarreta danos ao paciente e aumenta os custos com os cuidados em saúde, que atualmente representa cerca de 20% das internações do SUS (MAKEHAM et al., 2008; FERNANDES et al., 2009; PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014; MARCHON, 2015).

O relatório da OMS, denominado “Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca”, lançado em 2008, em Genebra, aponta as principais barreiras nos cuidados na APS, classificando o cuidado nessas instituições como “pouco seguro”, incapaz de ofertar serviços com níveis de segurança e higiene, elevando as taxas de infecções, juntamente com erros de medicação e outros Eventos Adversos (EA), que são 70% evitáveis e que constituem causas de danos que podem ocasionar a morte e comprometer a qualidade da saúde a partir de um sistema mal pensado (WHO, 2008).

Diante desse contexto, a preocupação com a qualidade do cuidado, nas instituições de saúde, tem surgido em esfera global, de modo a fortalecer as iniciativas de mudanças na assistência, tanto na área hospitalar como na atenção primária. No estudo realizado por Marchon (2015), ele afirma que as investigações em SP são praticamente desenvolvidas dentro dos hospitais, com raras exceções na APS, isso em decorrência da complexidade do tratamento terapêutico e a utilização de tecnologias duras, mas ressalta que grande parte dos cuidados são prestados nesse nível de atenção de onde muitos erros são oriundos, sendo, desta forma, necessária a realização de investigações nesse ambiente de prestação de cuidado (Marchon, 2015).

O reconhecimento da APS como a principal porta de entrada e ordenadora das redes de atenção, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), coloca-a em um grau de evidência e de equidade com a saúde da população, que implica em garantir um atendimento de qualidade, eficaz e com segurança, através do comprometimento e responsabilidade dos profissionais (FRACOLLI et al., 2014; SILVA, 2017).

A APS trabalha com ações individuais e coletivas, que envolvem desde a promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, até a reabilitação e manutenção da saúde do indivíduo, amparada por práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma do trabalho em equipe, em que são assumidas responsabilidades sanitárias direcionadas à população (OMS, 2005; BRASIL, 2012; FRACOLLI et al., 2014).

Fricolli (2014) destaca que a APS é envolvida no sistema nacional de saúde, agregando um método constante de assistência como parte do processo amplo, abrangendo a colaboração com outros campos para gerar o desenvolvimento social e encarar os determinantes de saúde a partir dos cuidados ofertados.

De acordo com Oliveira (2016), a APS compreende um conjunto de ações e procedimentos de assistência, tendo como base a prevenção de agravos e a promoção da saúde realizada tanto no âmbito público pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), quanto no âmbito privado por serviços de assistência ambulatorial. Enquanto modelo preferencial para orientar a APS em nosso país, a ESF, configurando-se como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, tem por atribuição a manutenção de vínculo com a população adstrita, o que possibilita maior continuidade do cuidado. Configura-se como modelo onde o cuidado é compartilhado, sendo responsabilidade de todos, inclusive das famílias (BRASIL, 2012).

Para esse estudo, foram adotadas as unidades de ESF por favorecerem uma nova visão do processo de trabalho, potencializando os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, e está pautado no conceito de saúde e qualidade de vida, no coletivo e no indivíduo pertencente a um conjunto familiar inserido na comunidade. Esse contexto reitera e expõe a magnitude de lacunas do conhecimento sobre a CSP na atenção em saúde, frente a estratégias para abordagem e sensibilização (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2012).

A partir do exposto, observa-se que já existem alguns instrumentos criados para mensuração da CSP, e é nesta perspectiva de identificar a CSP das unidades de ESF do Estado de Alagoas, que este estudo busca responder à seguinte questão: **A Cultura de Segurança do Paciente está presente nas unidades de Estratégia de Saúde da Família em Alagoas?**

Essa pesquisa na APS justifica-se pela necessidade de reconhecer se há CSP nas unidades de APS que pode fortificar e tornar um cuidado de saúde mais seguro, sendo este o ponto crucial para o planejamento de ações que permitam mudanças na forma de organizar o processo de trabalho, garantindo, com isso, um cuidado de qualidade, com redução de incidentes. Kraman, Hamm (1999) e Duarte et al. (2015) afirmam que existem situações que intensificam a ocorrência de erros no processo de trabalho, e que estes podem ser reconhecidas pelas equipes com a finalidade de criar mecanismos para reduzir falhas.

Na teoria do queijo suíço, modelo proposto por James Reason, em 1990, os mecanismos para redução de falhas são construídos em uma série de barreiras, formando as defesas organizacionais, as quais são representadas pelas fatias do queijo. Caso haja fraqueza nesse sistema, o perigo ultrapassa a barreira e a falha ocorre. Assim, a fraqueza é representada pelo orifício no queijo, quando estes estão alinhados em todas as fatias, e demonstra-se a ausência de obstáculos dentro das instituições (REASON, 1990; DUARTE et al. (2015).

Nesta configuração, este estudo torna-se relevante por apresentar um tema que abrange uma discussão mundial com recente incentivo pelo Ministério da Saúde (MS) para propagação

das metas de SP no Brasil. Assim, essa pesquisa ampliará a discussão das estratégias de SP neste cenário, promovendo a utilização do conhecimento para alcançar avanços na área. Para isso, se faz necessário que o processo de trabalho nas instituições de saúde seja avaliado, buscando a garantia de cuidado seguro.

1.1 Hipótese

As unidades de Estratégia de Saúde da Família do Estado de Alagoas apresentam uma cultura negativa para a segurança do paciente, uma vez que esta temática não tem sido incluída nas discussões pelos profissionais e pela gestão. Os processos de trabalho são desenvolvidos sem seguir protocolos e os serviços não garantem cuidado seguro para os pacientes, somado à reduzida oferta de qualificação dos profissionais para atuarem nessa área.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

- Avaliar a Cultura de Segurança do Paciente nas unidades de Estratégia de Saúde da Família em Alagoas.

1.2.3 Objetivos específicos

- Avaliar a percepção de Cultura de Segurança do Paciente nas unidades de Estratégia de Saúde da Família;
- Comparar a percepção de Cultura de Segurança do Paciente nos municípios investigados;
- Abordar sugestões para tornar o cuidado mais seguro.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Ao longo do tempo, tem-se observado que muitos pacientes são vítimas de falhas na assistência prestada pela equipe de saúde, sofrendo EA que podem levar à morte. Assim, é preciso que os profissionais e as organizações envolvidas em todo o processo construam uma assistência que possa ser cada vez mais segura, efetiva e sustentável. A capacitação de pessoas, o desenvolvimento de soluções e o cultivo de ideias acerca do assunto podem ajudar na transformação dessa realidade e melhorar a SP (BONATO, 2011; BRASIL, 2014).

A segurança é um dos seis atributos da qualidade do cuidado (conforme descrito no quadro 1) e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde, com a finalidade de oferecer uma assistência segura. Nessa conjuntura, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado para contribuir com a qualidade do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (FRAGATA, 2011; PAESE; DAL SASSO, 2013).

Quadro -1. Dimensões da qualidade dos serviços de saúde

Segurança	Ausência de lesões devido à assistência à saúde, que supostamente deve ser benéfica. Sistemas de saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes.
Efetividade	Prestação de serviços, baseados no conhecimento científico, a todos os que podem beneficiar-se destes, e evitar prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiarão (evitar a infra e suprautilização, respectivamente).
Atenção centrada no paciente	Envolve o respeitar o paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores.
Oportunidade / Acesso (interno e externo)	Redução das esperas e atrasos, às vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam a assistência à saúde.
Eficiência	Prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias.
Equidade	Prestação de serviços que não variam a qualidade, segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

Fonte: Brasil (2017).

De acordo com Brasil (2014), os Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs) serão os responsáveis pela elaboração de um plano de segurança do paciente do serviço de Saúde, com a finalidade de apontar e descrever estratégias e ações para execução das etapas de promoção, de proteção e de mitigação dos incidentes associados à assistência à saúde, desde a admissão

até a transferência, a alta ou o óbito do paciente. Como previsto na Portaria MS/GM nº 529/2013 e na RDC nº 36/2013/Anvisa, estes têm que apoiar todas as iniciativas voltadas para SP e nas unidades de APS, por exemplo, de uma mesma região de Saúde. Ademais, o NSP pode ser único, conforme definição do gestor local, para o acompanhamento e direcionamento das metas, com o intuito de reduzir as “falhas humanas”.

A OMS despertou interesse pelo tema a partir dessas “falhas humanas”, pois estas se tornam um dos grandes motivos de destaque, uma vez que episódios de erros aparecem na mídia, ocasionando revolta e crítica na população pelo não entendimento desses incidentes, desenvolvendo, nos profissionais, sentimentos de humilhação, culpabilidade e temor. Os estabelecimentos de saúde, conseqüentemente, adotam punições a partir da desvinculação do servidor do seu quadro de funcionários, como forma de conseguir novamente credibilidade perante a sociedade (ARRUDA et al., 2014; DUARTE et al., 2015).

A OMS aborda de forma concisa as falhas no processo de cuidar e elucida que os incidentes são situações ou ocorrências que resultam em complicações inerentes ao processo de cuidar em que os erros, transgressões e atos que sucedem são deliberadamente perigosos (OMS, 2005; WHO, 2008; NOVARETTI et al., 2014). O objetivo da SP é o amingramento dos riscos de danos dispensáveis, pertinentes aos cuidados de saúde para um mínimo admissível/aceitável, bem como a redução de atos inseguros a partir da utilização de práticas apropriadas, buscando, como resultado, a oferta de produtos com *know-how* (*saber como*) de qualidade (WHO, 2009).

Para isso, é necessário mensurar os prováveis riscos que o serviço apresenta à clientela assistida, levando-se em conta que as implicações de possíveis imprecisões do processo de cuidar podem ser graves ou fatais, além de gerar ônus tanto para as vítimas quanto para os serviços (NOVARETTI et al., 2014; SILVA et al, 2017). Tais “deslizes” na realização das técnicas e procedimentos podem resultar em tragédias de custos imensuráveis, pois acarreta sofrimento emocional, perda da operosidade, dias de trabalho improdutivos, desgaste da equipe, dentre outros (CARREIRAS, 2015).

Outro grande problema percebido é que os incidentes são identificados pela equipe envolvida, porém eles acabam, por vezes, ignorados. Mas, as notificações existentes apontam para um imenso *iceberg* relacionado à ausência de segurança do paciente na real situação das instituições (KRAMAN; HAMM, 1999; SILVA et al, 2017). Desse modo, para promover a SP, deve-se priorizar a diminuição das ações danosas, atentando-se para reconhecer os incidentes na assistência prestada, através de notificações voluntárias, revisão de prontuários ou mesmo observação direta (OMS, 2005; BRASIL, 2007; DUARTE et al., 2015).

Assim, é preciso que exista uma abordagem globalizada acerca dessas questões de segurança, com o intuito de minimizar os incidentes. Para isso, a abordagem nas instituições deve ser de forma coletiva, visando à prevenção dos incidentes de maneira “pró-ativa, não punitiva e com incentivo às notificações de caráter anônimo, espontâneo, sucedido ou evitável, assim como dos potenciais riscos que elas estão inseridas” (CARRERA, 2013, p. 21).

A SP passou a ser valorizada pelas instituições de saúde a partir do desprendimento de um olhar intrínseco e peculiar, convertendo um cenário, que antes era pouco explorado, para um ambiente afortunado com qualidade, tendo como artifícios a notificação, com a finalidade de utilizar os erros como modo de modificação através de estratégias preventivas (ARRUDA et al., 2014; DUARTE et al., 2015; BARATTO, 2015; KETIS et al., 2017).

O primeiro passo para a prevenção do erro na saúde é admitir que ele é possível e está presente no cuidado. A partir disso, os profissionais de saúde necessitam compreender os tipos de EA, suas causas, consequências e fatores contribuintes. A notificação e o registro dos EA servem de subsídios para a análise crítica e a tomada de decisão, o que pretende eliminar, evitar e reduzir essas circunstâncias do cotidiano da saúde, já que esse tipo de cuidado lida com a vida alheia (OLIVEIRA, 2016; WEBAIR et al., 2015; ASTIER-PEÑA et al., 2015).

Nesse contexto, é possível introduzir a CSP nos serviços, apesar do termo “cultura de segurança” ter sua origem em outras áreas, como, por exemplo, na aviação e na energia nuclear, devido a sua característica complexa. Não tão distante é possível observar essa magnitude na área da saúde, pois o trabalho em saúde se caracteriza pelo alto grau de complexidade e pelos riscos eminentes. Portanto, é possível falar que a CSP é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (WACHTER, 2013).

Segundo Clarke (1999), Matos et al. (2016), o ponto chave da cultura de segurança são as "concepções partilhadas entre os gestores e os funcionários sobre a importância da segurança". O progresso de "cultura positiva" é aludido como um meio de reduzir o potencial de catástrofes em larga escala, bem como os acidentes associados a tarefas do cotidiano. Todavia, vale destacar que é difícil mudar a cultura de uma unidade ou organização, pois valores e crenças são relativamente invariáveis e não são facilmente alterados (FENG; BOBAY; WEISS, 2008; MOSER et al., 2012).

Dessa forma, é possível dizer que a cultura de segurança de uma organização é o produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso da gestão da saúde e da segurança de uma

organização (NIEVA, SORRA, 2003; CARVALHO, 2011; RIGOBELLO et al., 2012; PAESE, DAL SASSO, 2013; TOMAZONI et al., 2014; BARATTO, 2015; MATOS et al., 2016).

Embora não exista concordância com relação à definição de cultura de segurança, há semelhanças e convergências entre eles. Todavia, muitos aspectos presentes nos diferentes conceitos apresentados anteriormente são comuns e podem ser agrupados, conforme o quadro 2, de acordo com Gonçalves Filho, Andrade e Marinho (2011):

Quadro – 2. Aspectos presentes aos indivíduos, trabalho e organização, relacionados à cultura de segurança.

ASPECTOS RELACIONADOS AO INDIVÍDUO	ASPECTOS RELACIONADOS AO TRABALHO	ASPECTOS RELACIONADOS À ORGANIZAÇÃO
São os valores, crenças, atitudes e percepção dos indivíduos com relação à gestão da segurança do trabalho. Estes aspectos refletem o que é a organização.	É o comportamento e ações do indivíduo com relação ao sistema de gestão da segurança e aos riscos presentes no ambiente de trabalho.	São as práticas e estrutura da instituição para dar suporte ao indivíduo e ao sistema de gestão da segurança do trabalho. Estes aspectos retratam o que a organização tem.

Fonte: Gonçalves Filho, Andrade e Marinho (2011), adaptado pelo autor.

Estes conceitos regem, de forma hegemônica, a cultura de segurança como um "produto" de valores e crenças dos membros organizacionais. Isso pode ajudar a elucidar o que vem a "ser" cultura de segurança para uma organização e determinar as estratégias para desenvolver esse artefato, bem como fornecer medidas de resultado para avaliar o grau em que as instituições podem ou não possuir uma "boa" segurança (DEAL; KENNEDY, 1982; MOSER et al., 2012; WEBAIR et al., 2015).

A relação entre uma cultura positiva de segurança e resultados positivos para a saúde é inequívoca. Desse modo, as implicações podem ser demonstradas nessas três amplas categorias, com suporte extensivo em decorrência de estudos (TOMAZONI et al., 2014; BARATTO, 2015). Segundo Feng, Bobay e Weiss (2008), os resultados positivos incluem taxas de mortalidades mais baixas, menores índices de falhas, diminuição das chances de erros médicos e aumento da satisfação do paciente.

Com o intento de determinar um cenário livre de perigos, desviando-se da ocorrência de erros, a CSP traz que estes, quando sucedidos, devem ser apresentados e notificados, proporcionando a investigação, de modo que os estabelecimentos adotem condutas conservadoras e educacionais. Assim, para que a notificação dos eventos aconteça, é necessário

que a forma de repressão punitiva diante do erro não ocorra, sendo, portanto, extinto, pois tais atitudes interferem diretamente na dificuldade do reconhecimento por parte dos trabalhadores (MOSER et al., 2012; SOUZA et al., 2014; DUARTE et al., 2015).

A implementação de uma política de cultura de segurança nas instituições de saúde torna-se essencial, no entanto, é um grande desafio, talvez o mais difícil deles. Essa transformação se dá, primeiramente, com a realização de uma investigação das causas organizacionais que impossibilitam a construção de uma cultura de segurança (MOSER et al., 2012).

Desse modo, o clima de segurança da organização fornece informações importantes sobre o estado de proteção de um determinado grupo de trabalho ou da unidade como um todo, além do conhecimento e discussão da taxonomia utilizada na área de SP (MATIELLO et al., 2016). Por ser ainda uma temática nova e para compressão das publicações, a OMS justificou a criação da classificação taxonômica para segurança do paciente, a qual surgiu com o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da OMS, em 2004. O grupo de trabalho desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety – ICPS), ajudando na promoção de melhorias relacionadas à SP e à qualidade em serviços de saúde. Segue os principais conceitos descritos no quadro 3 (BRASIL, 2017).

Quadro - 3. Principais conceitos empregados na Segurança do Paciente. (Continua)

Cultura da segurança	Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Erro	Falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução.
Evento adverso	Incidente que resulta em dano à saúde.
Garantia da qualidade	Totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.
Gestão de risco	Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

(continua)

Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.
Near miss	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem dano	Evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível (por exemplo: a unidade de sangue acabou sendo transfundida para o paciente, mas não houve reação).
Incidente com dano (evento adverso)	Incidente que resulta em dano ao paciente (por exemplo: é feita infusão da unidade errada de sangue no paciente e este morre por reação hemolítica).
Never event	Evento que nunca deveria ocorrer em serviços de saúde. Tipo de indicador de qualidade/segurança; apenas um caso é suficiente para identificar problema e abrir investigação/análise.
Práticas de Segurança	Tipo de processo ou estrutura cuja aplicação reduz a probabilidade de ocorrência de eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde durante o tratamento de doenças e realização de procedimentos em serviços de saúde.
Segurança do paciente	Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Fonte: Brasil (2017), adaptado pelo autor.

Neste sentido, promover uma cultura de segurança tem se tornado um dos pilares do movimento a favor da SP. Para isso, estratégias de avaliações têm sido estimuladas com vistas a reconhecer as situações organizacionais que podem desencadear EA e danos ao paciente nas instituições de saúde (SILVA et al., 2017; KETIS et al., 2017). De acordo com Carreiras (2015), as equipes devem trabalhar sistematicamente, analisando os incidentes para identificar os fatores que favoreçam sua ocorrência, tendo como objetivo principal o aprendizado a partir do erro, de forma a evidenciar quais fases não apresentaram barreiras ou quais foram “puladas”, tornando o sistema sólido e seguro.

No entanto, Parker et al. (2015) ressalta que mesmo que a CSP esteja em evidência, os profissionais são relapsos e por vezes não exercem o senso crítico no desenvolvimento das ações, gerando danos irreparáveis. Quando isso ocorre na saúde, gestores políticos comumente se debruçam sobre o papel da cultura de segurança, buscando causas e soluções para tais danos. Os profissionais, em sua maioria, absorvem que a criação de uma cultura aberta e transparente é primordial para que seja mais eficaz.

Outro ponto relevante diz respeito ao apoio de gerenciamento do líder como um aspecto importante na criação e modelagem da cultura no ambiente de trabalho. Os valores de segurança podem ser transmitidos aos membros do grupo, comunicando que a proteção do paciente é a

primeira prioridade. Por outro lado, os comportamentos de segurança dos envolvidos podem ser reforçados através da recompensação deles. Um ambiente sem culpa e com espírito de perdão pode ser encorajado através da comunicação aberta de erros e análises justas de causas (MOSEER et al., 2012; VERBAKEL et al., 2014; ASTIER-PEÑA et al., 2015; KETIS et al., 2017).

Destaca-se, ainda, a visão do IOM sobre a temática, o qual declara que a cultura da segurança no cuidado em saúde requer três elementos: o primeiro, que os cuidados devem ser planejados para prevenir o dano, mesmo existindo a crença de que os processos sejam de alto risco; o segundo é detectar os erros e aprender com eles, sendo um compromisso das pessoas que organizam o serviço; e o terceiro, um ambiente que administra e notifica os erros dos trabalhadores, conseqüentemente favorece a diminuição dos riscos para os pacientes (SILVA, 2012).

É possível destacar, também, que a perspicácia na cultura de segurança que prevalece é vista como um passo fundamental no sentido de um sistema de segurança adequado ao paciente (VERBAKEL et al., 2013). De acordo com Brasil (2014), a assistência à saúde é um direito do indivíduo dentro dos serviços de saúde, e estes devem ser ofertados sempre buscando a qualidade de forma efetiva, eficiente e segura, procurando a satisfação do paciente em todo o processo.

Desse modo, deve-se existir um elo integral entre a equipe multidisciplinar e os usuários que buscam esses serviços, os quais devem admitir uma relação longitudinal e solícita, tendo em vista a construção de vínculo e corresponsabilização, bem como a utilização de tecnologias que complementam as ações tradicionais de assistência (consultas), entre outros (PARANAGUÁ, 2015; ASTIER-PEÑA et al., 2015).

Neste contexto de segurança do paciente para a construção de uma cultura de segurança com qualidade, encontra-se a atenção primária responsável pelos cuidados primários à saúde, que deve ser eficaz e eficiente e que atendam expressamente às necessidades dos cidadãos. Esta atenção à saúde deve ser voltada para responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas. Nessas circunstâncias, é de fundamental relevância mencionar o quanto a segurança do paciente se faz necessária nesse cenário, pois os cuidados primários são fundamentados em procedimentos e metodologias práticas, de cunho puramente científico e socialmente concebível, postar ao alcance de todos, não admitindo, assim, imperfeições (WHO, 2008; SILVA, 2017).

Dessa forma, é relevante mencionar o quanto este conteúdo é indispensável na atenção primária, pois, nesse contexto, existe uma enorme necessidade de compreensão acerca da “competência cultural”, e de como a equipe deve agir para que ações de segurança possam, de fato, serem realizadas. Observa-se que tal competência pode ser facilitada através da integração entre os membros da equipe de APS e os componentes da comunidade que, juntos, podem apresentar evidências de impacto na saúde com relação à qualidade da segurança do paciente (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Diante dessa conjuntura, faz-se necessário compreender o significado de cuidados primários e o início de sua implantação. Para isso, utilizou-se a definição formulada na I Conferência Internacional de cuidados primários em Saúde e descrita na Declaração de Alma Ata, que ocorreu na Rússia, no ano de 1978 (OMS, 1978, p. 1-2):

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.

A proposta de criação da APS emergiu no cenário mundial na década de 70. No Brasil, a mudança para o novo modelo de atenção à saúde começou a ser instituída com o intuito de aproximar a população a partir da ampliação do acesso aos serviços de saúde (PEREIRA, 2011). Esse modelo de atenção está baseado na centralização da APS como primeiro nível de contato do paciente com a assistência e tem modificado a acessibilidade através da diversidade e das possibilidades de fazer saúde. Isso acontece com base em artifícios científicos que buscam a promoção sem a utilização de aparato tecnológico em grande escala. Nessa construção, desafios são enfrentados continuamente para garantir e atender às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2007; BRASIL, 2012).

Diante disso, é notado, ainda, que a APS é interpretada como sendo um programa específico, simplificado e de baixo custo, direcionado às populações marginais. O Estado buscava, em função das desigualdades sociais e regionais, ofertar serviços clínicos como forma de compensar a falta de acesso à saúde, implementando, assim, políticas de saúde igualitárias (GIOVANELLA, 2008; PEREIRA, 2011).

Mas, observa-se que a APS assume um papel crucial, sendo responsável pela organização e coordenação do cuidado primário, devido, principalmente, à otimização dos recursos, à integralidade e à acessibilidade. O trabalho de reestruturação do modelo assistencial, baseado nas redes de atenção para atender a toda população, levando saúde e cuidado o mais próximo do seu domicílio, tem apresentado melhores resultados nos indicadores de saúde

(OMS, 1978; STARFIELD, 2002; GIOVANELLA, 2008; LAVRAS, 2011; BRASIL, 2012; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

O atendimento na APS é centrado no coletivo, trabalhando a integralidade e a abrangência da assistência. Com isso, estabelece vínculos entre as equipes e os usuários, realiza ações que promovem o cuidado integral, através de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, assegurando, dessa forma, a resolubilidade da maior parte das necessidades primárias da população (CAMPOS, 2005; SILVA, 2017).

Dessa forma, a assistência prestada deve ser padronizada e de qualidade, em que exista ação assistencial por uma equipe multiprofissional motivada e preparada para a garantia de “atenção básica”, ambulatorial e generalista, com capacidade de resolubilidade de 85% das demandas oriundas do coletivo e garantindo sempre a segurança de sua clientela (PARANAGUÁ et al., 2016; OLIVEIRA 2016).

Para que essa demanda seja atendida com qualidade, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2011, o programa de melhoria e desempenho da Atenção Básica e o “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” – PMAQ – AB. De acordo com os resultados alcançados pelas equipes e municípios, o programa oferece incentivo federal que varia de acordo com as metas obtidas. São pactuadas metas de melhorias e é assumido o compromisso de aperfeiçoar os resultados dos indicadores de saúde e da qualidade da assistência. Os indicadores são de grupos prioritários e o padrão de qualidade incluem aspectos da infraestrutura, organização do trabalho, capacidade para atendimento de casos agudos, satisfação dos usuários, entre outros (BRASIL, 2017).

Para que se garanta a segurança no atendimento dessa demanda de pacientes, é preciso que a APS tenha resolubilidade dos casos, baseando-se nos recursos de avaliação clínica cuidadosa, exame físico detalhado, procedimentos básicos bem executados, bom vínculo com os usuários, gestão eficiente dos insumos, com menor necessidade de tecnologia sofisticada. A assistência prestada deve ser baseada na capacidade disponível de estrutura e recursos necessários para resolução dos casos, com priorização e avaliação dos critérios de risco e vulnerabilidade, organizando a assistência por listas de prioridade e garantindo sempre um cuidado com qualidade (CAMPOS, 2005; OLIVEIRA, 2016; SILVA 2017).

Para isso, as condições necessárias, tais como recursos humanos e insumos, devem estar disponíveis para o atendimento em saúde tanto para o usuário como para o profissional, baseado na acessibilidade sem distinção, com condições de estrutura disponíveis, tempo de espera, bem como outros aspectos ligados às questões de loco regional (CAMPOS, 2005; LAVRAS, 2011; OLIVEIRA, 2016).

Campos (2005, p. 565) enfatiza que na APS “a tecnologia empregada deve ser adequada e resolutive, não necessariamente de alta densidade, mas associada a equipes multiprofissionais qualificadas com foco na efetiva organização da assistência comunitária”. O aprimoramento do serviço busca a qualidade que satisfaça seu público. Diante disso, os “Sistemas de Qualidade foram adotados na busca de competitividade, eficiência e eficácia dos processos, obtendo altos índices de desempenho com resultados de sucesso” (BONATO, 2011, p. 359).

Quando se fala de conceito de qualidade na atenção primária, isso se refere às experiências vivenciadas e atendidas de forma individual e coletiva, a partir das circunstâncias e da adequação para atender suas necessidades de saúde com segurança, somando-se aos riscos que, por vezes, é oferecido. Marchon, Mendes Junior e Pavão (2015), em um levantamento de estudos internacionais sobre incidentes na APS, evidenciaram, através de avaliações feitas nas unidades de saúde, que mesmo a assistência prestada por profissionais ser considerada segura emana riscos de incidentes, gerando erros incalculáveis e danos de alta frequência aos pacientes, chamando a atenção, desse cenário, para a segurança dos pacientes e para os conteúdos acerca da cultura de segurança.

Foi possível relatar, na atualidade, que os incidentes mais comuns na APS são comumente relacionados à imunização. Verifica-se que outros procedimentos com um grau de invasividade são realizados e oferecem ameaça, tais como: coleta de exames colpocitológico, inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU), cauterização de colo de útero, glicemia capilar, inalações, curativos, administração de medicamentos e procedimentos odontológicos, com o perigo de adquirir alguma doença viral ou bacteriana, porém são poucos os relatos notificados (PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014; MESQUITA et al., 2016).

Outro ponto identificado no atendimento, na atenção primária, diz respeito às internações por condições sensíveis, decorrentes de infecções, sendo considerado marcador importante de qualidade associados ou não ao acompanhamento pelas equipes de ESF. Diante desse contexto, a estimativa que comprova o quantitativo é ausente, visto que, nos processos de internações, o reconhecimento dessa condição é falho e não notificado pelos hospitais (MALTA; DUARTE, 2007; FERNANDES et al., 2009; PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014).

Makeham et al. (2008) ainda traz que alguns dos erros que chegam aos hospitais estão relacionados à ausência do cuidado na APS, sendo estes de repercussão imediata e pequena, mas que ampliados por frequentes repetições e exposições sobrecarrega o sistema de saúde (WAGNER et al., 2016). Um dos erros citados faz referência à administração de medicação, sendo este um fator que agrava a condição de saúde, uma vez que este pode levar à internação. A prevenção realizada pelas equipes tem potencial de reduzir ou minimizar tais complicações,

evitando, assim, hospitalizações desnecessárias (PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014, SANTOS et al., 2014).

Um dado importante trazido pela OMS (2006) diz que cerca de 15% da população consome mais de 90% da produção farmacêutica. Todavia, o gasto das instituições hospitalares para solucionar ou minimizar as complicações decorrentes desse alto consumo exaure em torno de 15 a 20% do seu orçamento da saúde. No Brasil, segundo dados obtidos através do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), os medicamentos ocupam o primeiro lugar nas causas de intoxicação, elevando o número de EA, já os óbitos relacionados a erros de medicação totalizam cerca de 7.000 ao ano, ocupando o segundo lugar (SANTANA et al., 2012; PEREIRA, 2017).

Na revisão feita por Marchon e Mendes Junior (2014), diz que a estimativa de erro na APS apresenta-se da seguinte forma: Erros de diagnóstico (26% a 57%); erros no tratamento (7% a 37%); tratamento medicamentoso (13% a 53%); decorrentes da forma da organização do serviço (9% a 56%). A comunicação interprofissionais e entre a equipe de saúde e os pacientes permearam o valor de (5% a 72%), sendo apontada como fator de relevância para os incidentes.

Marchon e Mendes Junior (2014) e Paese e Dal Sasso (2013) ainda dizem que os fatores contribuintes para incidentes estão relacionados à pressão sofrida pelos profissionais para reduzir o tempo de atendimento, comunicação incorreta, atraso dos resultados de exames, problemas com medicamentos, principalmente na prescrição, funcionamento inadequado de equipamentos, falha ao prover insumos, estresse, cansaço, doença, ausência de classificação de risco, entre outros que influenciam negativamente na qualidade da assistência, colocando em risco a segurança do paciente.

Analisando todas estas evidências, percebe-se que os autores citam falhas no atendimento prestado pela equipe multiprofissional, o que favorece a discussão acerca da falta de cultura de segurança do paciente na atenção primária. E, nesta conjuntura, a enfermagem assume um papel de precursora nas discussões sobre a segurança do paciente no Brasil, destacando-se em estudos envolvendo os erros de medicação, bem como a abordagem das várias etapas desse processo e incluem nos resultados os demais atores, como farmacêuticos, médicos, técnicos de farmácia, entre outros, de modo a ser um tema que deve ser abordado dentro da equipe (WAGNER et al., 2016).

Os autores Novo, Chernicharo e Barradas (2008) ressaltam que a qualidade da equipe depende da maneira como define a missão, o objetivo, as responsabilidades, a compreensão de papéis, além da capacidade de passar das intenções para ações e entregar o produto. Pode-se

dizer, portanto, que a finalidade da assistência em saúde é os parâmetros de qualidade assegurados a partir de critérios de segurança pré-estabelecidos (DONABEDIAN, 2005).

Dessa forma, não se pode deixar de falar sobre a importância do fortalecimento dos vínculos entre esses profissionais de saúde e o quanto consolidar essas relações contribui para o aprimoramento da cultura de segurança do paciente. Pois, como já dizia Martins et al. (2012), o objetivo dos vínculos dentro das equipes é promover o fortalecimento das relações interpessoais que envolve a realidade a ser trabalhada para garantir o crescimento individual e coletivo, propiciando planejamento do processo de trabalho e a resolução dos desentendimentos, ao mesmo tempo em que suscita a entrega de um produto final de qualidade. Assim, entende-se que o vínculo é uma relação humana entre pessoas, que reunidas para um trabalho em conjunto, visam atingir os mesmos objetivos.

Portanto, é importante enfatizar que caso não exista este entrelace entre os profissionais, as ações repercutiriam de maneira negativa, interferindo diretamente nos resultados esperados, inclusive no processo organizacional do serviço, causando, assim, ao “produto final” dano e prejuízos físicos e financeiros, uma vez que a assistência tem se tornado particularizada. Com isso, faz-se necessário a formação de vínculos e de comprometimento da equipe para alcançar o *know-how* de qualidade (FARAH, 2010).

Então, é cabível dizer que quando a equipe encontra-se em harmonia, possivelmente vão ser reforçados os elos de confiança, atingindo um resultado de qualidade, e as necessidades e os erros são expostos mais claramente pelos profissionais, o que leva as instituições conseguirem intervir nos processos de trabalho e na formação permanente (PAESE E DEL SASSO, 2013). A partir daí os avanços na qualidade da assistência prestada em qualquer setor, e em especial nas unidades de APS, passam a assumir papel fundamental para desenvolver e aprimorar métodos, técnicas e obter um “cuidado em saúde” com qualidade.

E é com essa visão que as organizações mundiais de saúde desprenderam um olhar especial para os processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais nas instituições de saúde, resultantes das inobservâncias dos fatores de risco, a partir do não delineamento do planejamento e execução das ações (OLIVEIRA, 2016). Assim, a qualidade do cuidado em saúde vai aperfeiçoando sua assistência e, conseqüentemente, reduzindo a probabilidade de resultados desfavoráveis para o paciente, o que garante uma cultura de segurança com qualidade (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). De acordo com Rossaneis et al. (2014), é um conjunto de atributos, no contexto social, que compreende nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo risco ao usuário/família e alto grau de satisfação dos usuários.

Dessa forma, a satisfação é conquistada através da entrega do cuidado de saúde desejado e da interação que cada um tem no seu contexto para desenvolver o trabalho. Nessa conjuntura, o processo de trabalho busca entregar o seu produto final, que é “o cuidado em saúde”, com a qualidade garantida, sendo compartilhada através do conhecimento e habilidades técnicas desenvolvidas dentro da equipe e a partir da organização do seu modo de desenvolver as atividades gerenciais e assistenciais (DONABEDIAN, 2005). Destarte a sistematização do processo ter como objetivo garantir o padrão de qualidade do produto final, com este, tem-se a pretensão de responder a algumas necessidades ou expectativas humanas, as quais são determinadas ou condicionadas pelo desenvolvimento histórico da sociedade (SANNA, 2007; FARIA et al., 2009; REIS, 2012).

Para Donabedian (1980), o cuidado com qualidade proporciona ao paciente o bem estar máximo e mais completo, considerando o equilíbrio esperado entre ganhos (benefícios) e perdas (danos) que, durante o cuidado, são acompanhados até sua finalização. A boa qualidade, ainda de acordo com o autor, é entendida como sendo aquela que produz resultados de saúde com um dado volume de recursos sem ofertar danos ou o mínimo possível.

A qualidade do cuidado em saúde é composta por atributos que incluem: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. São características que sofrem diversas combinações ou são avaliadas isoladamente, evidenciando se existe ou não a qualidade (DONABEDIAN, 1980). No Brasil, o Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS), criado após a divulgação do “Relatório Mundial de Saúde” (World Health Report), propôs uma forma de avaliação para o país, desenvolvendo um grupo de pesquisadores. Na primeira fase, foi construída matriz conceitual identificando oito dimensões para a realização dessa avaliação. O Ministério da Saúde, em 2008, financiou a continuidade do projeto e apresentou um conjunto de indicadores (BRASIL, 2017), conforme quadro abaixo:

Quadro 4. Atributos/domínios de qualidade no cuidado de saúde, Brasil - 2017.

(Continua)

ATRIBUTOS/ DOMÍNIOS	DONABEDIAN (2003)	IOM (2001)	PROADESS (2003)
Acesso/ Oportunidade	-	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.	Capacidade do sistema de saúde para prover o cuidado e os serviços necessários no momento certo e no lugar adequado.

(Continua)

ATRIBUTOS/ DOMÍNIOS	DONABEDIAN (2003)	IOM (2001)	PROADESS (2003)
Segurança	-	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado, que tem como objetivo ajudá-los.	Capacidade do sistema de saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.
Eficácia	Habilidade da ciência e tecnologia (C&T) do cuidado de saúde em realizar melhoria no estado de saúde quando utilizada em circunstâncias específicas.	-	-
Efetividade	Grau em que as melhorias nas condições de saúde possíveis a cada momento são, de fato, atingidas. Implica na comparação entre o desempenho realizado e aquele indicado pela C&T, idealmente ou sob circunstâncias específicas. A efetividade é um conceito relativo.	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobre utilização, respectivamente).	Grau com que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados.
Adequação	-	-	Grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico.
Eficiência	Habilidade em reduzir o custo do cuidado sem diminuir as melhorias nas condições de saúde.	Cuidado sem desperdício, incluindo perdas associadas ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.	Relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados.
Aceitabilidade/ Foco no paciente	Grau de conformidade do cuidado aos desejos, vontades e expectativas do paciente e de seus familiares.	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.	Grau em que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e as expectativas dos usuários e da população.
Otimização	Balanço das melhorias nas condições de saúde comparadas com o custo de tais melhorias.	-	-
Continuidade	-	-	Capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção.
Legitimidade	Conformidade com as preferências sociais, expressas em princípios éticos, valores, normas, leis e regulamentações.	-	-
Respeito aos direitos das pessoas	-	-	Capacidade do sistema de saúde assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas.

(Continua)

Equidade	Conformidade com o princípio que determina o que é justo e razoável na distribuição do cuidado de saúde e dos seus benefícios entre os membros de uma população.	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.	Princípio que tem por finalidade compensar ou superar as desigualdades existentes, consideradas socialmente injustas e indesejáveis.
----------	--	--	--

Fonte: Brasil (2017).

Leape (2009) ainda reforça que os sistemas mal desenhados podem determinar resultados ruins, visto que os incidentes e EA normalmente não são causados por pessoas más. Nesse contexto, Abdi et al. (2015) traz que os profissionais de saúde da APS devem discutir a temática com prioridade, visando aprimorar a qualidade do cuidado, com foco voltado para promoção da SP com direcionamento na estimulação da comunicação dos erros nas instituições de saúde. Portanto, o cuidado em saúde é um produto complexo que pode resultar em danos indesejáveis por quem presta e quem recebe esta assistência. Atualmente, o reconhecimento na falha ao entregar o cuidado em saúde na APS ainda é incipiente, sendo necessário conhecer os motivos que frequentemente levam a erros nesse nível de atenção, pois as investigações ainda estão centradas na área hospitalar (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014).

Ressalte-se que a qualidade da assistência em saúde obtém resultados a partir de um atendimento seguro e dependente de uma cultura de segurança estabelecida a partir do comprometimento dos gestores e dos profissionais em identificar a necessidade de criar eixos norteadores nas instituições, conhecendo as situações diárias de dificuldades e desafios que o prestador do cuidado direto enfrenta diariamente, para assim produzir um canal de comunicação efetivo com os níveis hierárquicos, permitindo a construção da confiança entre todos os envolvidos (PAESE; DEL SASSO, 2015; PARKER et al., 2015).

Esta realidade reflete a importância de oferecer um apoio essencial às instituições de cuidados primários, por ser uma questão que continua a ser pouco abordada na área da saúde, e consiste em trabalhar a cultura organizacional com o objetivo de provocar mudanças no comportamento dos indivíduos, para melhorar as interações no ambiente de trabalho (MOSER et al., 2012; PARANAGUÁ, 2015; TIMM, RODRIGUES, 2016).

Contudo, torna-se necessário o fortalecimento das barreiras existentes para comedir novos incidentes dentro dos ambientes de cuidados em saúde, fazendo-se necessário que os esforços para aprimoramento dos processos de assistência sejam evidenciados, de forma a transformar a cultura punitiva em aprendizado a partir dos erros, sendo, desse modo, fundamental para a promoção e sustentação da segurança (CLARO et al., 2011; FIDÉLIS et al., 2011; CARRERA, 2013; SOUZA et al., 2014).

Isso vem corroborar o fato de que um conhecimento mais profundo acerca do entendimento dessa temática e a necessidade de políticas mais claras e objetivas, em que os profissionais de saúde devam ser ativamente incentivados a reportar as falhas com a finalidade de aprendizado e aperfeiçoamento, poderá contribuir não apenas para a melhoria dos processos, mas para incentivar as mudanças organizacionais e influenciar o modo como as instituições se comportam diante de fatores inesperados, mantendo a estrutura e os processos organizacionais cada vez mais reforçados para a obtenção de resultados com maior qualidade e segurança (VERBAKEL et al., 2014; WEBAIR et al., 2015; PARANAGUÁ, 2015).

De modo, acredita-se que este tema é de extrema importância, logo fácil de analisar e propor mudanças no sentido da redução dos danos relacionados à segurança do paciente. Portanto, as organizações devem estar presentes nos serviços de saúde sob a premissa de que os profissionais de saúde são passíveis de cometer erros, cabendo ao sistema criar mecanismos que reduzam o risco de ocorrência de erros e, principalmente, evitar que esse atinja o paciente (PAESE; DEL SASSO, 2013; MARCHON, 2015).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo exploratório-descritivo transversal do tipo Survey, quantitativo. As características do estudo transversal estão em aferir da pesquisa causas e efeitos concomitantemente em um espaço de tempo único, sem existir cronologicamente acompanhamento dos sujeitos (BASTOS; DUQUIA, 2013).

O modelo transversal é utilizado quando a exposição é relativamente constante e o efeito é crônico. Este oferece um suporte quando trazem os indicadores de um determinado episódio, tomando como base a estimativa e a frequência, avaliando os fatores associados, bem como descrevem as características de uma determinada população para a tomada de decisões, favorecendo o planejamento das ações em saúde (BASTOS; DUQUIA, 2013).

O método de pesquisa Survey tem como interesse produzir descrições quantitativas de uma população fazendo uso de um instrumento predefinido. A coleta de dados ocorre em um só momento, com vista a descrever e analisar o estado de uma ou várias variáveis (MARTINS; FERREIRA, 2011).

3.2 Local da Pesquisa

Unidades de ESFs dos municípios de Maceió e Arapiraca foram selecionadas intencionalmente, considerando-se a elevada densidade populacional nessas duas cidades, por estas concentrarem, respectivamente, 1.029.129 e 234.185 pessoas de um universo de 3.375.823 habitantes, distribuídos em 102 municípios (IBGE 2016).

Estas unidades foram escolhidas por terem uma equipe multiprofissional com vínculo com a comunidade e atender a uma população adstrita. Os municípios foram selecionados por representarem um terço da população do Estado, por terem o maior número de unidades com o modelo de ESF e a presença de práticas inovadoras voltadas à implementação de protocolos.

3.2.1 Unidades de saúde de Maceió

Em Maceió¹, há divisões das regiões de saúde em oito Distritos Sanitários (DS) com o número de unidades, respectivamente, conforme descrito: I - 05; II - 09; III - 08; IV - 09; V -

¹ A Secretaria Municipal Saúde (SMS) forneceu documento com quantitativos das unidades por Distrito Sanitário (DS).

13; VI – 11; VII – 14; VIII – 07, totalizando 76 unidades. Destas, foram selecionadas para o estudo 38 por serem de ESF e 05 foram eliminadas, atendendo aos critérios de exclusão, resultando em 33 unidades participantes. As outras unidades correspondem aos serviços de UBS (21), unidades de referência (09), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (05), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (02) e Serviços de Atendimento Domiciliar (SAD) (01). A rede é complementada nos serviços de alta complexidade com os hospitais contratualizados (04), além de outros hospitais conveniados com o SUS. A cobertura da APS é de 45,24%, sendo a cobertura pelas unidades ESFs correspondente a aproximadamente 30% da cobertura de APS. O acesso aos serviços de saúde ocorre principalmente pelas unidades de média e alta complexidade, visto que mais da metade da população não tem atendimento de APS.

3.2.2 Unidades de saúde de Arapiraca

Em Arapiraca,⁴ foi concedido pela Secretaria Municipal Saúde (SMS) um documento com quantitativos das unidades de ESF, totalizando 40 unidades. Destas, 14 foram eliminadas, atendendo aos critérios de exclusão, resultando em 26 unidades participantes. Esse município conta com uma rede de atenção composta de serviços de atenção primária, com cobertura de 92% da população, interligado a 14 serviços de saúde de média complexidade, os quais contemplam os serviços das cinco redes de atenção (psicossocial, deficiência, doenças crônicas, saúde da mulher, urgência e emergência) e SAD. Conta, nos serviços de alta complexidade, com hospital municipal e estadual, além de hospitais conveniados com o SUS. O fluxo dos pacientes dentro da rede tende a seguir o fluxo onde a principal porta de entrada é a APS.

3.3 Amostra / população

A amostra foi constituída de forma não probabilística, sendo o universo composto por 1976 profissionais nas categorias: Enfermeiros (136), técnicos e/ou auxiliares de enfermagem (265), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (828), médicos (152), assistente administrativo (246), farmacêutico (46), Assistente Social (14) e outros (289- diretores, dentistas e Auxiliares de Consultório Dentário - ACD).

⁴ A Secretaria Municipal Saúde (SMS) forneceu documento com quantitativos das unidades, sem definição de Distrito Sanitário.

Polit, Beck e Hungler (2004) trazem que o conhecimento do pesquisador sobre a sua população e seus elementos pode ser utilizado como meio para selecionar os casos a serem incluídos de forma não probabilística na amostra.

Ao comparar com o estudo de Paese (2010), no qual o universo foi composto por noventa e seis (96) profissionais, onde a população consta estratificada por categoria de quatorze (14) enfermeiros, trinta e dois (32) técnicos de enfermagem e sessenta (60) agentes comunitários de saúde, que integram as equipes da ESF e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) da área de abrangência do Distrito Sanitário Centro do Município de Florianópolis, no final, a amostragem estratificada foi escolhida pelos critérios de conhecimento da pesquisadora para a sua pesquisa.

No presente estudo, composto pelo universo de 1976 profissionais, uma população de 749 aceitou participar, distribuídos nas seguintes categorias de profissionais: Enfermeiros (66), técnicos e/ou auxiliares de enfermagem (108), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (306), médicos (30), assistente administrativo (99), farmacêutico (17), Assistente Social (8) e outros (115- diretores, dentistas e Auxiliares de Consultório Dentário - ACD).

Do universo de 1976 profissionais, 438 recusaram-se a participar com a alegação de que o questionário era extenso e não tinham tempo para participar da pesquisa, outros com a justificativa de que as perguntas do questionário comprometiam a equipe e a direção. Atendendo aos critérios de exclusão, foram eliminados 717 profissionais. A perda amostral foi de 72 questionários que não foram corretamente preenchidos.

3.4 Critérios inclusão

- Profissionais que atuavam no serviço de ESF;
- Profissionais que tinham ensino médio ou superior;
- Profissionais da ESF que atuam a tempo igual ou maior que um mês².

3.5 Critérios exclusão

- Profissionais que estejam de licença sem vencimento;

² Por entendermos ser um tempo mínimo de reconhecimento do processo de trabalho e por considerar que este período é suficiente para exposição e assimilação da cultura de segurança do paciente.

-Profissionais com contratos temporários, residentes e estudantes que integram a equipe de ESF³;

- Profissionais da equipe da limpeza⁴;

-Profissionais de segurança⁵;

- Profissionais que desempenham atividades em unidades de ESF em reforma da estrutura física ⁶.

- Profissionais que integram unidades de ESF pertencentes à zona rural⁷.

- Profissionais de unidades de saúde localizadas em áreas de alta periculosidade⁸.

3.6 Coleta de dados

3.6.1 Instrumentos de medida

Para a coleta dos dados, foram utilizados dois instrumentos: um questionário de Informações Adicionais (apêndice A) elaborado pela pesquisadora, contendo 11 questões. Destas, três eram abertas para caracterização de dados profissionais referentes a estado civil, idade, nível de escolaridade, tempo de formação, especializações, capacitação no serviço, carga horária de trabalho, tipo de vínculo, área de afinidade, outros locais de labor e forma de contato do profissional com o paciente.

O Segundo instrumento de coleta de dados foi Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006, versão genérica do instrumento que mensura o clima de segurança percebido pelos profissionais. Esse instrumento foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas, Eric Thomas, John B Sexton e Robert L Helmreich, a partir de outras duas escalas: Intensive Care Unit Managent Attitudes Questionnaires e o Flight Managent Attitudes Questionnaire. Essa última é utilizada há mais de 20 anos pelas empresas de aviação para mensurar a percepção de segurança das tripulações de voos (CARVALHO, 2011).

³ Por entendermos que estes profissionais passam curto espaço de tempo e não participam integralmente do processo de trabalho;

⁴ Por ter uma alta rotatividade uma vez que estes são contratados e não participarem integralmente do processo de trabalho.

⁵ Por não integrarem parte do quadro de funcionários na cidade de Maceió e em Arapiraca essa categoria está presente apenas em algumas unidades;

⁶ Como o contato com os profissionais era realizado no ambiente de trabalho, não sendo possível localizá-los em outro local;

⁷Maceió não oferta serviços na zona rural o estudo propôs ser realizado com unidades apresentando as mesmas características

⁸ Orientada pela SMS de Maceió para não realizar em duas unidades, pois entrar nas comunidades onde localizavam-se as unidades oferecia riscos à pesquisadora.

De acordo com Carvalho (2011), esse instrumento já foi traduzido e validado na China por mais de 40 mil profissionais (LEE et al., 2010), além de outros países, como Estados Unidos, Inglaterra, Austrália, Suíça, Itália, Espanha, Portugal e Nova Zelândia, atualmente disponível em mais de 7 idiomas (DEILKÅS, HOFLOSS, 2008). E por ser um instrumento com boas propriedades psicométricas (alfa de Cronbach de 0,7 a 0,8), foi escolhido para esse estudo.

O instrumento SAQ original está no anexo A. Este foi validado por Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho (2011), utilizado para coletar os dados que mensuram a percepção de cultura de segurança nas unidades de saúde brasileiras (SEXTON et al., 2006; CARVALHO, 2011). Esse instrumento é dividido em duas partes: a primeira é composta por 41 questões divididas em seis domínios: Clima de trabalho em equipe; Satisfação no trabalho; Percepção da Gerência do setor e Gerência geral; Clima de segurança; Condições de trabalho; e Percepção do estresse (Quadro 1). A segunda parte do instrumento é composta por informações acerca dos participantes, referente a dados do profissional, sexo, categoria profissional, tempo de atuação e unidade de atuação (SEXTON et al., 2006; CARVALHO; CASSIANI, 2012). Os itens 33, 34, 35 e 36 não compreendem nenhum domínio do instrumento original validado por Carvalho (2011), sendo estes agrupados da seguinte forma, para atender à análise, item 33-a 35 (avaliação da colaboração em equipe) e item 36, relacionado às falhas na comunicação. As questões de 24 - 28 compreendem parte do domínio Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, divididas em duas avaliações, sendo referentes à administração da unidade e outra à administração hospitalar, onde foi utilizada apenas questões de avaliação da administração da unidade.

Quadro 5- Descrição de domínios e quantidade respectiva de itens que compõem o Questionário de Atitudes e Segurança (SAQ).

DOMÍNIO	DESCRIÇÃO	ITENS
Clima de Trabalho em Equipe (CTE)	Qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe.	1 a 6
Clima de Segurança (CS)	Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente.	7 a 13
Satisfação no Trabalho (ST)	Visão positiva do local de trabalho.	15 a 19
Percepção de Estresse (PE)	Trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho.	20 a 23
Percepção da Gestão (PG)	Refere-se à aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança.	14 24 a 29
Condições de Trabalho (CT)	Refere-se à percepção da qualidade do ambiente de trabalho.	30 a 32

FONTE: Carvalho (2011), adaptado pelo autor.

3.7 Variáveis do estudo

As variáveis definidas foram fundamentadas a partir do estudo de Paese (2010), que se constituem nas formas: dependente, independente, qualitativa nominal, numérica e quantitativa, abrangendo, também, aspectos sócio-demográficos dos participantes relacionando às atitudes de segurança.

3.7.1 Variável Dependente

- **Cultura da Segurança do Paciente:** Paese (2010, p.62) apud Sexton (2006) define como sendo “o produto do indivíduo e do grupo de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o empenho, estilo e competência de uma organização de saúde e gestão da segurança”.

3.7.2 Variável Independente

- **Atitudes de Segurança:** De acordo com Sexton (2006), as atitudes de segurança são avaliadas a partir das ações frente à equipe de trabalho, tais como satisfação, comunicação, cultura do trabalho em equipe, condições de labor, percepção sobre a gerência e o reconhecimento do estresse.

3.7.3 Variáveis Qualitativas

- **Satisfação do trabalho:** É entendida como a experiência positiva após realização do trabalho individual ou em equipe (PAESE, 2010; SEXTON, 2006).

- **Clima do trabalho em equipe:** Meio auspicioso para os profissionais identificarem a qualidade da cooperação entre a equipe (SEXTON, 2006).

- **Condições de trabalho:** Paese (2010) traz que as condições são estabelecidas durante o desenvolvimento do trabalho, seja entre as equipes ou na relação profissional/paciente, bem como a disponibilidade de recursos estruturais, materiais de consumo, manutenção e condições de uso dos equipamentos.

- **Comunicação:** Ato ou efeito de comunicar; de transmitir e receber mensagens; capacidade de dialogar; processo e técnicas de propagar e receber ideias com vistas à troca de informações, aquisição de conhecimentos e formação de opiniões (DICIONÁRIO DA ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008).

- **Segurança do Paciente:** Segundo o documento da OMS (2009), é “a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável”, que é preconizado frente ao conhecimento atual e surgimento de novos produtos, com a utilização de tecnologias simples e componentes que interagem entre si, para realização de um tratamento sem risco. Entende-se, então, ser o aminguamento dos erros cometidos durante a assistência e aplicação de práticas de forma a conseguir os melhores resultados.
- **Percepção do Estresse:** Pease (2010) considera como fatores estressantes as extensas cargas horárias, o número insuficiente de profissionais, bem como a falta de materiais e insumos para a prestação do cuidado.

3.7.4 Variáveis Quantitativas

Definida por Pease (2010) da seguinte forma:

- **Tempo de trabalho em Unidades de Atenção Primária à Saúde:** representado pelo número de anos e meses completos trabalhados.
- **Idade dos profissionais:** representada pelo número de anos completos dos profissionais no momento da pesquisa.
- **Carga Horária:** carga horária diária de trabalho do profissional no Centro de Saúde, seja ela de quatro, seis ou oito horas/dia.

3.8 Teste piloto e capacitação dos colaboradores da pesquisa

A aplicação dos questionários ocorreu durante os meses de março a novembro de 2017. Em março, antes de começar a aplicação do questionário, em todas as unidades foi realizado “teste piloto” para eliminar as situações que ocasionassem dúvidas nos resultados da pesquisa. Após a aplicação dos questionários na unidade, selecionada de modo aleatório, percebeu-se a necessidade de capacitar todos os colaboradores para assegurar que o método utilizado na aplicação não influenciasse nas variáveis do estudo, de modo a alterar o resultado.

O teste piloto foi realizado pela pesquisadora e duas colaboradoras, em uma unidade de saúde escolhida de maneira aleatória, que teve como objetivo avaliar o entendimento das questões para identificar a necessidade de alteração e cronometrar o tempo de preenchimento. Participaram deste teste um enfermeiro, um médico, cinco ACSs, um farmacêutico, dois

auxiliares de enfermagem e um administrativo, os quais levaram em média de 05 a 30 minutos para realizarem o preenchimento, sendo estes descartados da amostra.

Estes profissionais sugeriram ajustes nos seguintes itens do questionário (SAQ – anexo B): na questão trinta – trocado o nome hospital por unidade, para que se ajustassem à realidade das APS; nas questões 24, 25, 26, 27, 28 foram retiradas as alternativas de avaliação da administração hospitalar, visto que a unidade de APS não tem divisão de setores e que a direção é única; acrescentado na parte de INFORMAÇÕES – CARGO a função ACS; outra mudança foi na cor do formulário e linhas entre as perguntas e alternativas para facilitar o preenchimento pelos participantes.

A capacitação ocorreu, no primeiro momento, com todos os colaboradores (Graduandos do curso de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas- UFAL, campus Maceió e Arapiraca) em seus respectivos campos de graduação. No primeiro contato com as unidades, eram acompanhados. Nas coletas seguintes, à medida que emergiam dúvidas, eram realizadas reuniões para discussão dos problemas, com posterior direcionamento das atitudes que deveriam ser seguidas. Ocorreram, em média, de 2 a 3 encontros com cada colaborador da pesquisa.

3.9 Aspectos éticos

Obedecendo às normas que regem a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, na óptica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Atendendo a normas dessa resolução, o projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, via Plataforma Brasil, com emissão do parecer consubstanciado, com a devida aprovação, sob o número de protocolo CAAE: 64203616.8.0000.5013.

As medidas de confidencialidade dos participantes foram mantidas. Em nenhum momento ou por quaisquer meios existiu a possibilidade de divulgação pública dos resultados que permitam identificar os dados dos participantes da pesquisa. As informações conseguidas através da participação não permitiram a identificação dos participantes, exceto aos responsáveis pelo estudo.

3.10 Recrutamento dos participantes

O recrutamento dos profissionais teve início após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ensino e Pesquisa (CEP) da Universidade de Federal de Alagoas (UFAL), sendo convidados a participar do estudo no seu ambiente de trabalho. Inicialmente, foi solicitada a autorização à direção da unidade para realização da pesquisa, apresentando os objetivos do estudo. Após liberação pela gerência das unidades, todas receberam o convite verbal para participação e, por fim, a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B). Posteriormente à leitura, foram esclarecidas as dúvidas. Assegurado que a pesquisa não acarretaria nenhum gasto financeiro e não previa remuneração aos participantes, assim como não oferecia danos nem prejuízos à sua saúde, exceto algum constrangimento que pudesse surgir ao responder às questões. O direito ao sigilo, ao livre acesso aos dados e à liberdade de retirar-se da pesquisa foram garantidos. Após a concordância e de forma voluntária, assinaram o TCLE.

Saliente-se que profissionais de algumas unidades de USFs solicitaram que os questionários fossem deixados e, ao decorrer do dia, à medida que fossem respondendo, seriam recolhidos em envelopes para facilitar a entrega pela equipe, os quais foram orientados a colocar junto com o TCLE de forma desordenada, de modo a assegurar o anonimato das respostas. Algumas unidades solicitaram que fôssemos no dia seguinte recolher.

3.11 Análise dos dados

Após o recolhimento dos questionários, esses foram conferidos para identificar se todos os campos estavam corretamente preenchidos ou se seriam excluídos por apresentarem itens incompletos. Em seguida, eram identificados por número de 1 a 749 e, à medida que eram inseridos em planilha Microsoft[®] Excel[®] 2016, os dados foram digitados e tabulados com dupla digitação e conferência para avaliar possíveis inconsistências.

Os dados foram agrupados e, posteriormente analisados, por meio da estatística descritiva, obedecendo à orientação para alteração dos itens reversos (2, 11 e 36). Estes foram recodificados da seguinte maneira: concordo totalmente passa a ser considerados discordo totalmente. Os itens foram agrupados por domínio, sendo as respostas de cada domínio agrupadas e somadas e o resultado dividido pelo número de questões de cada campo (CARVALHO, 2011).

As respostas foram avaliadas a partir da escala Likert de seis pontos, sendo: discordo totalmente (A), discordo parcialmente (B), neutro (C), concordo parcialmente (D), concordo

totalmente (E) e não se aplica (X), seguido da caracterização dos sujeitos. Adquiriu-se a média através da soma das respostas, sendo desconsiderados os itens de cada domínio que apresentava a resposta não se aplica (X).

Para testar a normalidade dos dados, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov, onde a hipótese nula foi rejeitada, com nível de significância de 5%. Portanto, há indícios de que os dados das variáveis estudadas não seguem uma distribuição normal, conforme quadro 6.

As variáveis qualitativas foram expressas por frequências absolutas e relativas, já as quantitativas foram expressas pela média e desvio-padrão. A estatística inferencial bivariada foi utilizada para verificar o padrão de associação entre as variáveis estudadas, se existe ou não diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Para isso, foi utilizado o teste t-Student (para dois grupos). A análise de variância (ANOVA) foi utilizada para testar diferenças de médias de três ou mais grupos e utilizado o teste não paramétrico Mann-Whitney (para dois grupos) e Kurskal Wallis (mais de 2 grupos), com ajuda do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0.

Quadro 6- Teste de normalidade da amostra para os domínios de Cultura de Segurança do Paciente.

Domínios	KS - P-valor	SW - P-valor
Clima de Trabalho em Equipe	0,00	0,00
Clima de Segurança	0,00	0,00
Satisfação no Trabalho	0,00	0,00
Percepção de Gestão	0,00	0,00
Condições de Trabalho	0,00	0,00
Percepção de Estresse	0,00	0,00
Q33 a Q350	0,00	0,00
Q36	0,00	0,00

FONTE: Criado pelo autor.

As variáveis quantitativas foram expressas por média e desvio padrão. Ademais, foi realizado o cálculo do valor médio das variáveis quantitativas e proporção das variáveis qualitativas. O nível de significância estatística assumida quando (α) de 5%, sendo considerados significantes os resultados que apresentaram p-valor igual ou inferior a ($p < 0,05$), existindo evidências de que os grupos diferem. O intervalo de confiança estabelecido foi de 95% (IC 95%).

O escore final da escala é a variação de 0 a 100, onde zero e 100 correspondem à pior e à melhor percepção do clima de segurança, respectivamente. Os valores positivos, para o

estudo, foram considerados a partir de valores maior ou igual a 75. A pontuação foi sistematizada da seguinte forma: “discorda totalmente (A) equivale a 0 pontos, discorda parcialmente (B) - 25 pontos, neutro (C) - 50 pontos, concorda parcialmente (D) - 75 pontos e concorda totalmente (E) corresponde a 100 pontos” (CARVALHO, 2011).

4 RESULTADOS

Obteve-se uma taxa de resposta de 37,84% referente aos 749 questionários respondidos. De acordo com a Tabela 1, as características sociodemográficas dos participantes do estudo são sexo feminino 587 (78,4%), casado 416 (55,5%), faixa etária representativa variou de 28 a 47 anos 491(65,7%) com mediana de 37 anos, atuam em cargo de nível médio 573 (76,5%). Em Maceió, os profissionais concluíram o curso em média há 10 anos 217 (52,2%) e tem especialização 245 (56,8%). Em Arapiraca, os profissionais que finalizaram a graduação há menos de 04 anos totalizam 74 (38,3%) e 140 (58,8%) não possuem especialização. Nos municípios, a maioria dos participantes 659 (90,5%) atuam na área de afinidade e tem apenas um vínculo empregatício 603 (82,4%). A maioria informa ter interação ou contato direto com os pacientes, totalizando 737 (98,4%). A média de horas trabalhadas pelos profissionais da APS foi de 38,27 em Maceió e em Arapiraca a carga horária de trabalho foi de 39,44.

Tabela 1- Caracterização por município dos profissionais de saúde das unidades de Estratégia de Saúde da Família do Estado de Alagoas em relação à percepção da cultura de segurança do paciente. Maceió- Al, 2018.

VARIÁVEIS		MACEIÓ		ARAPIRACA		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
Gênero	Masculino	109	23,20	53	18,90	162	21,60
	Feminino	360	76,80	227	81,10	587	78,40
Estado Civil	Solteiro	119	25,40	93	33,20	212	28,30
	Casado	264	56,30	152	54,30	416	55,50
	União Estável	44	9,40	16	5,70	60	8,00
	Separado/Divorciado	42	9,00	19	6,80	61	8,10
Faixa etária	18 a 27 anos	14	3,00	28	10,00	42	5,60
	28 a 37 anos	134	28,70	109	38,90	243	32,50
	38 a 47 anos	157	33,60	91	32,50	248	33,20
	48 a 57 anos	131	28,10	40	14,30	171	22,90
	58 e mais anos	31	6,60	12	4,30	43	5,80
Escolaridade	Superior	111	23,70	65	23,20	176	23,50
	Médio	358	76,30	215	76,80	573	76,50
Tempo de conclusão de curso	Menos de 4 anos	88	21,20	74	38,30	162	26,60
	De 4 a 10 anos	111	26,70	56	29,00	167	27,40
	Mais de 10 anos	217	52,20	63	32,60	280	46,00

(Continua)

VARIÁVEIS		MACEIÓ		ARAPIRACA		TOTAL	
		N	%	N	-	N	%
Especialização	Sim	245	56,80	86	36,10	331	49,50
	Não	167	38,70	140	58,80	307	45,90
	Em andamento	19	4,40	12	5,00	31	4,60
Área de afinidade	Sim	405	89,00	254	93,00	659	90,50
	Não	50	11,00	19	7,00	69	9,50
Trabalho em outros locais	Sim	91	19,80	38	14,00	129	17,60
	Não	369	80,20	234	86,00	603	82,40
Vínculo formal	Sim	167	47,40	90	37,30	257	43,30
	Não	185	52,60	151	62,70	336	56,70
Contato com paciente	Sim	461	98,30	276	98,60	737	98,40
	Não	8	1,70	4	1,40	12	1,60
Carga horária de trabalho	Média	38,27		39,44		-	
	DP*	4,13		2,56		-	

FONTE: Criado pelo autor. *Desvio Padrão.

A proporção de participantes na pesquisa sofreu variação de acordo com a categoria profissional, sendo de maior magnitude a classe de ACS, com 40,9%, (N=306), seguido de 14,4% (N= 108) auxiliar/técnico de enfermagem, proporção esperada, visto que, pela configuração do modelo assistencial brasileiro, essas categorias foram previstas em maior quantitativo do que as outras, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2– Distribuição de participação por categoria profissional das unidades de Estratégia de Saúde da Família do Estado de Alagoas. Maceió- Al, 2018.

CARGO	TOTAL	
	N	%
Agente comunitário de saúde	306	40,90
Auxiliar/Técnico de enfermagem	108	14,40
Administrativo (auxiliar de escritório/secretário)	99	13,20
Enfermeiro	66	8,80
Médico da equipe responsável	30	4,00
Outros (diretor, dentistas, técnico/auxiliar em saúde bucal, técnico/auxiliar em farmácia, farmacêutico e assistente social)	140	18,70

FONTE: Criado pelo autor.

Com intervalo de confiança de 95% e valor de $p < 0,05$, verificou-se, por meio da aplicação do teste Teste t student, que houve significância estatística entre a categoria sexo x domínios para clima de segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho e grupo de questões de 33-35, sendo o sexo feminino o com pontuação mais alta, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3- Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por domínios e gênero dos profissionais de saúde atuantes nas unidades de Estratégia de Saúde da Família do Estado de Alagoas. Maceió- Al, 2018.

			CTE	CS	ST	PG	CT	PE	Q33-35	Q36
Gênero	N									
M	162	Média	76,71	68,22	78,94	76,44	60,03	67,43	82,69	37,42
		DP*	± 16,28	± 16,69	± 20,88	± 24,72	± 26,14	± 23,16	± 23,03	± 33,20
F	587	Média	78,79	72,34	83,43	77,66	65,84	68,06	86,28	37,74
		DP*	± 16,62	± 16,53	± 17,68	± 23,66	± 27,15	± 22,65	± 20,16	± 33,51
P-valor			0,090	0,002	0,028	0,763	0,007	0,764	0,040	0,844

FONTE: Criado pelo autor. Clima e Trabalho em Equipe (CTE), Clima de Segurança (CS), Satisfação no Trabalho (ST), Percepção de Gestão (PG), Condições de Trabalho (CT), Percepção de Estresse (PE), Questões 33 a 35 (Q 33-35) e Questão 36 (Q 36); *Desvio Padrão.

Com relação aos domínios de clima de segurança x faixa etária, verificou-se que apenas o domínio satisfação no trabalho apresenta significância estatística, com tendência de valores mais positivos à medida que as faixas etárias aumentam (tabela 4).

Na relação entre a variável especialização x domínios, verificou-se que há significância para os domínios clima de segurança, condições de trabalho, percepção de estresse, porém com valores abaixo da média proposta para o estudo. Apenas o domínio das Q 33-35 apresentou valores positivos (tabela 5).

Quando testado a existência de diferença entre os domínios x trabalho na área de afinidade dos profissionais, evidencia que não existe diferença estatística significativa para os domínios clima de segurança, percepção de gestão e Q 36. Quanto aos valores com significância, apresentaram valores abaixo da média os domínios condições de trabalho e percepção do estresse, conforme tabela 6.

Tabela 4- Escore da percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde x faixa etária das unidades de Estratégia de Saúde da Família do Estado de Alagoas. Maceió- Al, 2018.

			CTE	CS	ST	PG	CT	PE	Q33-35	Q36
Idade	N									
		Média	77,75	69,17	74,31	72,47	63,88	68,90	86,61	48,78
18 a 27 anos	42	DP*	± 19,42	± 17,26	± 21,52	± 21,78	± 27,57	± 20,29	± 21,73	± 37,48
		Média	77,27	71,00	79,34	76,87	63,62	65,81	85,67	40,97
28 a 37 anos	243	DP*	± 17,25	± 18,47	± 20,00	± 25,04	± 27,49	± 23,42	± 19,35	± 34,71
		Média	78,57	71,64	83,02	78,05	63,95	67,45	85,38	34,81
38 a 47 anos	248	DP*	± 16,39	± 16,01	± 17,75	± 23,85	± 27,13	± 22,90	± 21,18	± 30,63
		Média	79,16	71,97	86,10	78,17	65,99	70,41	83,11	35,76
48 a 57 anos	171	DP*	± 15,68	± 15,62	± 16,63	± 22,37	± 26,74	± 23,02	± 23,74	± 34,29
		Média	80,15	72,69	89,88	80,62	68,75	71,29	93,22	33,33
58 e mais anos	43	DP*	± 14,57	± 13,05	± 11,31	± 22,74	± 25,47	± 18,73	± 10,76	± 31,56
		P-valor	0,848	0,944	0,000	0,280	0,790	0,270	0,131	0,074

FONTE: Criado pelo autor. Clima e Trabalho em Equipe (CTE), Clima de Segurança (CS), Satisfação no Trabalho (ST), Percepção de Gestão (PG), Condições de Trabalho (CT), Percepção de Estresse (PE), Questões 33 a 35 (Q 33-35) e Questão 36 (Q 36); *Desvio Padrão.

Tabela 5 - Escore da percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde que possuem ou não pós graduação *latu sensu*, atuantes nas unidades de Estratégia de Saúde da Família do Estado de Alagoas. Maceió- Al, 2018.

			CTE	CS	ST	PG	CT	PE	Q33-35	Q36
Especialização	N									
		Média	79,14	73,52	83,73	77,86	68,54	71,93	87,43	40,97
NÃO	307	DP*	± 16,28	± 16,45	± 16,88	± 23,26	± 26,65	± 22,12	± 18,99	± 35,33
		Média	77,27	70,18	81,34	77,66	60,80	64,31	82,96	34,10
SIM	331	DP*	± 16,64	± 16,58	± 19,19	± 24,76	± 26,32	± 22,93	± 22,47	± 30,95
		Média	78,69	69,22	78,99	74,93	69,16	65,77	86,83	39,17
Andamento	31	DP*	± 14,39	± 13,89	± 21,62	± 26,58	± 25,46	± 22,22	± 22,75	± 38,10
		P-valor	0,177	0,011	0,193	0,787	0,000	0,000	0,012	0,107

FONTE: Criado pelo autor. Clima e Trabalho em Equipe (CTE), Clima de Segurança (CS), Satisfação no Trabalho (ST), Percepção de Gestão (PG), Condições de Trabalho (CT), Percepção de Estresse (PE), Questões 33 a 35 (Q 33-35) e Questão 36 (Q 36); *Desvio Padrão.

Tabela 6 - Escore da percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde x trabalho na área de afinidade, dos profissionais de saúde das unidades de Estratégia de Saúde da Família do Estado de Alagoas. Maceió- Al, 2018.

			CTE	CS	ST	PG	CT	PE	Q33-35	Q36
Área de afinidade	N									
SIM	659	Média	78,92	72,00	84,33	77,26	65,94	68,61	86,29	38,12
		DP*	± 16,01	± 16,37	± 16,72	± 23,73	± 26,18	± 22,36	± 20,02	± 33,57
NÃO	69	Média	73,00	67,02	66,08	77,98	51,11	61,14	78,86	30,15
		DP*	± 20,08	± 19,22	± 24,72	± 25,34	± 31,77	± 25,49	± 25,75	± 29,15
P-valor			0,027	0,068	0,000	0,646	0,000	0,021	0,008	0,083

FONTE: Criado pelo autor. Clima e Trabalho em Equipe (CTE), Clima de Segurança (CS), Satisfação no Trabalho (ST), Percepção de Gestão (PG), Condições de Trabalho (CT), Percepção de Estresse (PE), Questões 33 a 35 (Q 33-35) e Questão 36 (Q 36); *Desvio Padrão.

Quando analisado o clima de segurança nas seis dimensões e nas questões (Q33-35 e Q36) que compõem o SAQ, nas unidades de APS do Estado de Alagoas, percebe-se que somente as dimensões satisfação no trabalho, clima de trabalho, percepção de gestão e o grupo de questões Q33-35 apresentaram valores positivos para CSP, conforme tabela 7.

Tabela 7- Escore geral por domínio da percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde atuantes nas unidades de Estratégia de Saúde da Família do Estado de Alagoas. Maceió- Al, 2018.

DOMÍNIOS (N=749)	MÍNIMO	MÉDIA	MÁXIMO	DESVIO PADRÃO
Clima de Trabalho em Equipe (CTE)	4,17	78,34	100	16,56
Clima de Segurança (CS)	0,00	71,45	100	16,64
Satisfação no Trabalho (ST)	0,00	82,45	100	18,50
Percepção de Gestão (PG)	0,00	77,39	100	23,88
Condições de Trabalho (CT)	0,00	64,59	100	27,02
Percepção de Estresse (PE)	0,00	67,93	100	22,75
Q33 a Q35	0,00	85,50	100	20,85
Q36	0,00	37,67	100	33,42

FONTE: Criado pelo autor.

Na avaliação entre os domínios de clima segurança X municípios, apenas o domínio percepção da gestão não apresentou significância com o valor de $p > 0,05$ (tabela 8). Nessa avaliação individual dos municípios, destaca-se que Arapiraca apresenta domínios com escores com valores mais positivos, apresentando uma cultura de segurança mais fortalecida. Maceió apresentou valores positivos próximos da média, chamando a atenção para a fragilidade da CSP nesse município.

Tabela 8 – Escore da percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde X municípios, dos profissionais de saúde das unidades de Estratégia de Saúde da Família do Estado de Alagoas. Maceió- Al, 2018.

		CTE	CS	ST	PG	CT	PE	Q33-35	Q36	
Município	N									
		Média	76,12	69,21	79,69	77,97	58,66	63,98	83,39	34,69
Maceió	469	DP*	± 18,26	± 17,64	± 20,09	± 23,52	± 27,84	± 24,30	± 23,05	± 32,44
		Média	82,06	75,21	87,12	76,43	74,22	74,53	89,05	42,71
Arapiraca	280	DP*	± 12,38	± 14,07	± 14,32	± 24,49	± 22,58	± 18,09	± 15,96	± 34,49
P-valor			0,000	0,000	0,000	0,440	0,000	0,000	0,002	0,001

FONTE: Criado pelo autor. Clima e Trabalho em Equipe (CTE), Clima de Segurança (CS), Satisfação no Trabalho (ST), Percepção de Gestão (PG), Condições de Trabalho (CT), Percepção de Estresse (PE), Questões 33 a 35 (Q 33-35) e Questão 36 (Q 36); *Desvio Padrão.

As variáveis estado civil, escolaridade, tempo de conclusão do curso, trabalhar em outros locais e tipo de contato com o paciente X os domínios de clima de segurança não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre as médias de escores.

5 DISCUSSÃO

As organizações de saúde anseiam conhecer a cultura existente nos ambientes de saúde a fim de aprimorar o nível de qualidade e segurança. Nesta perspectiva, o ambiente de trabalho deve fornecer subsídios para modificar as atitudes e comportamentos, viabilizando, assim, a implementação de uma CSP positiva (ASTIER-PEÑA et al., 2015).

Refletir sobre o fortalecimento dessa cultura nas organizações de saúde emerge, de acordo com Corona e Peniche (2015), da necessidade de ofertar um cuidado seguro, utilizando como estratégia indutora a implantação de diretrizes e protocolos. Para Guire et al. (2013), uma organização com forte cultura de segurança capacita a equipe para identificar erros, relatar preocupações e gerenciar recursos afim de minimizá-los. Nessa conjuntura, ao avaliar o sistema, observa-se que os resultados obtidos fornecem orientações para o desenvolvimento de um programa que poderá ser utilizado para aumentar a qualidade da assistência.

Embora a CSP tenha sido analisada em diferentes contextos, as unidades de APS prevalecem como ambientes de avaliação tímida. Todavia, o aumento da demanda clínica, as diferenças nos processos de trabalho e a estrutura organizacional têm sobrecarregado estes serviços e essa ampliação, caso não seja planejada, pode levar a falhas na assistência, comprometendo a SP. Assim, Conhecer a cultura na APS pode influenciar diretamente a tomada de decisão no planejamento do processo de trabalho.

Os resultados apresentados neste estudo, por vezes, são análogos ou divergem quando comparados com dados divulgados em outras pesquisas, apresentando significância para discussão, levando em conta as diferenças organizacionais e culturais, onde a gestão, os processos de trabalho e cobranças pela produtividade nem sempre são as mesmas. Nessa perspectiva, ao avaliar a taxa de participação dos profissionais, observou-se que o resultado 37,84% foi baixo, uma vez que Sexton et al. (2006) afirmam que a amostra para ter representatividade deve ter, no mínimo, 65% de aceitação, pois o resultado com o público inferior poderá representar apenas a característica do grupo participante.

Ao ser confrontado com os estudos de Verbakel et al. (2014) e Paranaguá et al. (2016), verificou-se resultados inferiores ao encontrado, pois obtiveram a taxa de resposta de 23,6% e 17,2%, respectivamente. Entretanto, tal valor pode ser decorrente da composição da equipe, falta de conhecimento sobre o tema, tempo de formação, além destes considerar essa assistência como segura e desconhecer os EA embutidos nos cuidados de saúde, bem como o medo da avaliação dos cuidados prestados. Esses valores abaixo do preconizado podem estar atrelados à cultura ou formato da equipe. Entretanto, observa-se que em estudos de outros países (Lémen-Arábico e Turquia) a quantidade de participantes variou, conforme descrito por Webair et al.

(2015) e Bodur e Filiz (2009), que obtiveram a taxa de 71% e 85% de *feedback*, respectivamente, com maior participação do nível superior, os quais representam a maioria na equipe (ASTIER-PEÑA et al. 2016).

No Brasil, a configuração difere na formação da equipe, com profissionais de nível superior em menor escala. Contudo, estes não aderem bem às pesquisas, quando comparado com outros ambientes de saúde. Observam-se variações de aceitabilidade de 47,9% a 99,3%, utilizando o mesmo instrumento, o que reforça que, nestes espaços, existem características que devem ser observadas para modificação da SP (SEXTON et al., 2006; ZIMMERMANN et al., 2013; NGUYEN et al., 2015; GOMIDES 2016; MINUZZ, SALUM, LOCKS, 2016).

Paranaguá et al. (2016) trazem que, na sua amostra, 88,4% dos profissionais da APS afirmam não ter formação na área de SP, o que demonstra déficit na qualificação e a constatação de que as taxas em assentir podem variar conforme grau de formação, conhecimento sobre o tema e/ou cultura.

A análise do perfil dos participantes deste estudo apresentou predominância do sexo feminino em todas as categorias, representado 78,4% da amostra. Ademais, verificou-se hegemonia nos estudos na APS, corroborando com Bondevik et al. (2014), Verbakel et al. (2014), Webair et al. (2015), Astier-Peña et al. (2015), ketis et al. (2017) e, na área hospitalar, com Rigobello et al. (2012), Zimmermann et al. (2013), Santiago, Turrini (2015), Nguyen et al. (2015), Samsuri, Lin e Fahrni (2015), Gomides (2016) e Rocha et al. (2017). As pesquisas nesses ambientes demonstraram prevalência do sexo feminino em todas as categorias. Apenas Carvalho et al. (2015) encontraram valores equiparados para ambos no ambiente hospitalar.

De acordo com Wermelinger et al. (2010), a participação da mulher no setor saúde representa em média 70% do total de profissionais, sofrendo algumas alterações de escores a depender da categoria, ambiente de trabalho e escolaridade. Todavia, o referido estudo aponta que o nível superior representou 62% e o nível médio e elementar 74%, bem como destaca que as profissões com o percentual maior de homens são medicina e odontologia, sendo que, ao longo dos anos, este tem perdido representatividade.

Para Bernardes (2013), essa distribuição está diretamente ligada à inserção das mulheres nos cursos da saúde e, na medicina, estas predominam em seis especialidades (pediatria - 70%, medicina de família e comunidade - 54,2%, clínica médica- 54,2% e ginecologia/obstetrícia - 51,5%), consideradas como básicas das 53 existentes, divergindo em outras, como, por exemplo, neurocirurgia (91,8%), ortopedia (95%) e urologia (98,8%), com presença predominantemente masculina. Este autor reforça que o Brasil passa por mudanças demográficas e epidemiológicas, destacando que na APS encontram-se lotados o maior número

de profissionais das especialidades básicas, que são prevalentemente compostas por profissionais do sexo feminino, conforme comprovado neste estudo. Na enfermagem, historicamente a presença feminina é consagrada, onde foi naturalizado como papel socialmente construído através de escolhas e conforme aptidão do sexo (SOUZA et al., 2016).

Em relação ao sexo e aos escores para de CSP, os valores nessa pesquisa apresentam diferenças estatisticamente significante, com $p < 0,05$ para três domínios, sendo condições de trabalho (65,84) e clima de segurança (72,34) uma cultura enfraquecida. Já o domínio satisfação no trabalho (83,43) e Q 33-35 mostraram resultados para uma cultura fortalecida. Esses valores apresentaram-se antagônicos quando confrontado com a literatura, pois as mulheres pontuaram positivamente mais que os homens.

Os valores encontrados, quando comparados com o estudo de Bondevik et al. (2014), divergem, pois é constatado que os profissionais de saúde do sexo masculino pontuam significativamente mais elevado que o feminino para os domínios: Clima trabalho em equipe, 88,5 e 75,9, $p = 0,02$; clima de segurança, 85,4 e 67,9, $p = 0,02$; percepções de gestão, 84,4 e 67,7, $p = 0,02$; e condições de trabalho, 85,7 e 71,9, $p = 0,02$, respectivamente. Bodur e Filiz (2009) não encontraram relação estatisticamente significante entre sexo, ocupação, estado civil ou horas de trabalho semanais.

Neste estudo, algumas variáveis não apresentaram relação estatística significativa, sendo elas estado civil, tempo de conclusão de curso, escolaridade, outro vínculo empregatício e forma de contato com o paciente, os quais, após análise, não apresentaram significância para o estudo, porém, quando avaliados os escores isoladamente, estes exercem influência nas condições de segurança.

Com relação à faixa etária, apenas o domínio satisfação no trabalho obteve significância estatística, com $p < 0,05$, com destaque para a categoria de 58 anos ou mais, evidenciando-se que pessoas com mais idade se sentem mais satisfeitas trabalhando na APS.

O intervalo representativo da amostra foi de 28 a 47 anos, com 65,5%, atestando os valores encontrados nos estudos de Paranaguá et al. (2016), Minuzz, Salum e Locks (2016) e Ketis et al. (2017). Ao realizar análises ajustadas para a profissão, sexo e idade, a diferença de pontuação média foi significativa para os fatores clima de segurança (77,2 x 69,6, $p = 0,01$) e condições de trabalho (76,2 x 69,2, $p = 0,02$), com uma similar tendência para a satisfação no trabalho (87,6 x 83,4, $p = 0,06$), embora não significativa (BONDEVIK et al., 2014).

Indivíduos satisfeitos apresentam melhor desempenho no trabalho. Lima et al. (2014) elencam alguns dos motivos da satisfação profissional na APS, dentre eles resolubilidade da assistência, afinidade com a profissão, satisfação do usuário com o cuidado recebido,

comprometimento da equipe, salário, vínculo com os usuários, autonomia, entre outros que influenciam diretamente na qualidade de vida e em seu comportamento, de forma a suscitar a redução de falhas e erros. Assim, o profissional compromete-se com seu bem estar e com o do paciente, garantindo-lhes segurança. Segundo o autor aludido, independente do modelo assistencial na APS, a afinidade no “gostar do que faz” leva à satisfação no trabalho, isso quando associado à relação com a formação de vínculos entre a equipe, que faz o profissional perceber que o produto do seu trabalho é valioso para a sociedade.

Desse modo, ao avaliar a variável “trabalho na área de afinidade” x clima de segurança, constatou-se significância estatística para os domínios clima de trabalho em equipe (78,92), satisfação no trabalho (84,33), pontuando positivamente para cultura, condições de trabalho (65,94) e percepção de estresse (68,61), mostrando uma cultura enfraquecida, chamando a atenção que, mesmo satisfeito, existem pontos importantes do processo de trabalho que devem ser avaliadas e valorizadas.

A satisfação tende a ser entendida como um estado emocional que gera prazer, sendo resultante de uma combinação de aspectos que envolvem o trabalho, influenciada pelo entendimento e concepções do mundo e do que cada um constrói dele. Sendo assim, as características pessoais influenciam no enfrentamento das dificuldades encontradas e nas decisões tomadas rotineiramente, o que também pode ter relação com seu papel dentro da equipe (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Os dados encontrados, relacionados à categoria profissional, mostram que os ACS representam 40,9%, seguido de auxiliar/técnico de enfermagem, com 14,4%, corroborando com a pesquisa de Paese e Dal Sasso (2013). Essa configuração se dá pelo modelo assistencial brasileiro proposto para organização do serviço, que é sistematizado em equipe multiprofissional composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, comunitários de saúde, odontólogo e auxiliar/técnico em saúde bucal (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011).

A composição da equipe pode variar de acordo com as necessidades loco-regionais, podendo acrescentar outros profissionais de nível superior, como farmacêutico, nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e educador físico, aumentando as possibilidades para uma nova abordagem desse modelo (OLIVEIRA.; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011). Esse modelo, quando bem estruturado, apresenta resultados significativos nos indicadores de saúde, porém o apoio da gestão em fornecer condições adequadas para o funcionamento e o comprometimento dos profissionais são fatores imprescindíveis.

Ao analisar a variável “tempo de formação”, evidenciou-se que, mesmo com menos tempo de formação e com baixa na especialização, Arapiraca apresentou escores mais significativos para CSP quando avaliado isoladamente, o que permite afirmar que a formação contemporânea trabalha as questões de SP na academia e que podem existir fatores culturais inerentes a cada cidade que exerce influência sobre essa cultura. Por sua vez, em Maceió, pouco mais da metade dos profissionais (52,2%) tem formação há mais de 10 anos e 56,8% tem especialização. Em Arapiraca, 38,3% concluíram a graduação há menos de 4 anos e 58,8% não tem especialização.

Saliente-se que há diferença estatística entre a variável especialização x domínios, atestando que o clima de segurança nas categorias condições de trabalho e percepção de estresse diferem em relação à especialização, com significância de $p < 0,05$, porém as pessoas que alegaram não ter especialização apresentaram respostas mais positivas para CSP.

A especialização indica o aprimoramento profissional. Conseqüentemente, ocorrerá na prática a aplicabilidade do aprendizado adquirido, no intuito de melhorar os processos de trabalho, fornecendo resultados à sociedade ao longo do tempo (COSTA et al., 2014).

Os pesquisadores Ortega et al. (2015) trazem que a formação e atividade profissional devem ser supervisionadas dentro das organizações de saúde, com o intuito de atingir e garantir os padrões de qualidade na prestação dos cuidados, uma vez que após a formação não há avaliações para os profissionais em sua prática na APS, sendo possível correlacionar tais ausências com a menor percepção para CSP.

Ao mensurar a variável tempo de trabalho, Bodur e Filiz (2009) afirmam que os valores para clima de segurança diminuem conforme mais antigo é o profissional. Questiona-se sobre o aumento de erros ao longo do tempo ou se a pontuação relativamente baixa está interligada com outros mecanismos, tais como a sensibilização do pessoal, aumento dos problemas de segurança ou maior disponibilidade para admitir erro.

Assim, a longevidade emerge problemas de ordem fisiológica, psicológica e física, presente no desenvolvimento do trabalho, que podem ser gerados através do modelo organizacional e gerencial existente, influenciando na SP e, para aperfeiçoar esse processo, o entendimento do mecanismo deve ser bem compreendido pelos profissionais para que não existam erros ao longo do tempo (SEIXAS, 2017).

Segundo Bodur e Filiz (2009), na análise multivariada, observa-se que profissionais que laboravam há mais de 10 anos apresentaram pontuação significativamente mais baixa para CSP. Já no estudo de Guire et al. (2013), houve inversão desses valores, pois os trabalhadores mais velhos marcaram mais significativamente que os jovens para domínio de clima de segurança e

condições de trabalho, que pode ser associado a um maior grau de “apego” ao seu ambiente de trabalho. Quando comparado com a área hospitalar, o tempo de atuação não exerce influência estatística, o que possivelmente ocorre pela complexidade do serviço, criando limites para atuação no setor (GOMIDES, 2017).

O “fator humano” e suas etapas no sistema podem apresentar problemas operacionais sérios. Seixas (2017) cita alguns aspectos típicos que devem ser considerados para manutenção de novos equipamentos, tais como pessoas impacientes para realizar uma atividade e observar as precauções adequadas, desenvolve suas ações pensando em outras coisas, após um procedimento não checam adequadamente para verificar possíveis falhas, não ler instruções ou não dão a devida atenção para o processo, tem atitudes irracionais em situações emergenciais, são relutantes em admitir erros e com o passar do tempo tendem a ser menos atenciosas. Alguns desses aspectos podem estar agregados aos valores encontrados.

Os resultados obtidos neste estudo sinalizam a necessidade de investimentos na área de SP na APS através da capacitação de gestores, qualificação de profissionais, adequações das condições do processo de trabalho, fortalecendo, a partir da criação do Núcleo de Segurança do Paciente, para implantar mecanismos de segurança nos ambientes de saúde.

No que se refere à avaliação do clima de segurança do paciente, na perspectiva dos profissionais da ESF de Alagoas, a mensuração dos escores apresentou valores positivos para os domínios satisfação no trabalho (82,45), clima de trabalho em equipe (78,34), percepção de gestão (77,39) e Q-33 a 35 (85,50), e expôs pontuação negativa nos domínios clima de segurança (71,4506), percepção do estresse (67,93), condição de trabalho (64,59) e Q 36 (37,67).

Para o domínio satisfação no trabalho, com média de 82,4582, verificaram-se atitudes positivas para desempenhar as atividades em equipe, o que difere do estudo de Paese e Dal Sasso (2013), onde os valores para esse âmbito não apresentaram intervalo de confiança e, quando comparado à pesquisa de Bondevik et al. (2014), apesar da média ter sido de 87,6 vs. 83,4, o valor de $p = 0,06$ não conferiu significância para o estudo. Este domínio na pesquisa de Guire et al. (2013) foi de 74,1% vs. 86,8%, $p < 0,05$, na segunda e terceira avaliação, realizadas após a implementação de um sistema de registro médico eletrônico que permitia a avaliação do processo de trabalho, sendo atualmente identificada como uma estratégia para melhorar a SP, o que pode ser relacionada a alterações de contextos culturais bem diferenciados (GUIRE et al., 2013).

A satisfação é o resultado do desempenho no trabalho em equipe, através da colaboração e compartilhamento das atividades, contribuindo para a efetividade no atendimento e,

consequentemente, sinaliza um efeito positivo no resultado final (LIMA et al., 2014). Quando avaliado na pesquisa o resultado das Q 33-35, que avalia o trabalho de colaboração dos profissionais, apresentando média no valor de 85,50, reafirma a ligação da satisfação no trabalho com colaboração pelos membros da equipe.

Como fator influente, é destacado, nesse domínio, a autonomia, pois o profissional torna seu ambiente de trabalho mais proativo, promovendo uma assistência de qualidade através da criatividade em gerir suas ações, se relacionar com o grupo e gestão, e argumentar com mais propriedade para conseguir as melhorias, propiciando um bom trabalho em equipe (PARANAGUÁ et al., 2016).

Para fortalecer o trabalho em equipe e aumentar a satisfação no trabalho, Marchon (2015) traz que a presença de outras categorias profissionais, apoio de tecnologia da informação, o envolvimento do paciente, associado à integralidade com a gestão, são essenciais para a sensibilização de práticas de SP, sendo um dos desafios a ser superado.

Na análise do domínio clima de trabalho em equipe, foi alcançada uma média satisfatória de 78,34 de atitudes com valores positivos para cultura de segurança, equiparando-se aos achados nas pesquisas de Guire et al. (2013) e Bodur, Filiz (2009), com valores na primeira avaliação de 77,4% e aumentando para 88,9% na segunda, e 76%, respectivamente. Gomides (2016) retrata que os profissionais têm se mostrado dispostos a colaborar dentro do grupo. Figueiredo (2012, p. 20) reforça que “o trabalho em equipe destaca-se, por conseguinte, como uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento de um serviço de qualidade”.

O trabalho em equipe é concebido para melhorar a afetividade e aumentar o grau de satisfação com os resultados ao final do expediente, porém vale destacar que a composição apresenta indivíduos com habilidades e especificidades diferenciadas, que devem ser usadas para melhorar a qualidade e produtividade (FRANCISCHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008).

A comunicação entra como o “ponto chave” para o aperfeiçoamento do trabalho em equipe, uma vez que este favorece abertura para troca de informações, aumenta o respeito entre os profissionais, verifica-se maior controle das ações lesivas (ABDI et al., 2015; SEXTON et al., 2006). O apoio da gestão entra como um instrumento para melhorar o processo de trabalho em equipe, fortalecer as relações e incentivar uma melhor comunicação. Para esse estudo, a Q 36, que trata de comunicação, obteve uma média de 37,67 considerada muito baixa e reafirmando que o processo de comunicação nas instituições de saúde é uma situação que necessita ser abordada.

Ribas (2010) aponta que a comunicação é o principal fator para ocorrência de incidentes e, com o intuito de melhorar a comunicação, ela sugere algumas medidas para minimizar a ocorrência de erros. São elas: minimizar o uso de instruções verbais ou telefônicas; treinar e recertificar periodicamente os profissionais em entrevista clínica; verificar sistematicamente a identidade dos pacientes, cruzando mais do que um dado de identificação (ex: nome e data de nascimento), encorajando o paciente a participar ativamente no processo; Partilhar experiências de quase - erro, EA e eventos-sentinela; fornecer informação clara e escrita sempre que possível; implementar registro clínico único.

A comunicação entre a equipe e entre equipe e paciente deve ser eficaz, pois é o maior fator que influencia nas condições de SP. Através dela, modifica-se a cultura de um ambiente e fortalece as relações que devem ser baseadas na abertura para questionar possíveis erros, sugerir mudanças no ambiente de trabalho.

Na avaliação do domínio percepção de gestão, a média alcançada foi de 77,39, um valor surpreendente quando confrontado com os trabalhos de Verbakel et al. (2014) e Webair et al. (2015). Estes apresentam escores menores que 50%, pois este resultado já é esperado como negativo devido à ausência de sistemas de segurança e gestão de qualidade/capacitada para gerir as unidades.

Nesta pesquisa, o resultado não era esperado nesse nível de significância, uma vez que os processos de gestão são interrompidos, frequentemente, através das substituições dos gestores das unidades, em decorrência de indicações políticas, bem como ausência de formação em gestão. De acordo com Verbakel et al. (2014), as pontuações relativamente menores sobre gestão podem refletir a estrutura das organizações de saúde que são geralmente pequenas e, principalmente, não tem uma hierarquia clara. Muitas vezes, não há supervisor formal em tais práticas, mas os profissionais compartilham as mesmas responsabilidades. Outra questão a ser levantada é o assunto de segurança ser relativamente novo no ambiente de APS e não ser conhecido ou gerido de forma mais consistente.

Por se tratar de importante aspecto da gestão no nosso contexto, devem ser melhor avaliados e acompanhados, uma vez que tal resultado pode não representar a realidade vivenciada nestas unidades, pois há duras críticas por parte dos profissionais e dos pacientes referente aos diretores de unidades e, na análise isolada dos municípios, essa realidade não muda.

Ao avaliar as consequências dos erros latentes ocasionados pela gestão, decorrente da ausência de insumos, recursos humanos, processo de trabalho, estes podem ser visualizados entre a execução dos processos de trabalho e as manifestações desses erros ao longo do tempo

na saúde da população. Isso é compreendido quando observamos a realidade dos serviços de saúde que diariamente encontraram-se abarrotados de pacientes, os quais, muitas vezes, são internados em decorrência da ausência de tratamento ao longo do tempo e das condições de assistência na APS.

As falhas na gestão comprometem a qualidade do serviço prestado. Os fatores que contribuem para a falta de segurança na APS foram elencados por Marchon (2015, p. 94):

[...] falta de insumos médico-cirúrgicos e de medicamentos, profissionais pressionados para serem mais produtivos em menos tempo, falhas em prontuários, falhas na recepção dos pacientes, planta física da unidade de saúde inadequada, descarte inadequado de resíduos da unidade de saúde, tarefas excessivas, não acesso a computadores e internet.

As falhas na gestão, somado ao “comodismo” de muitos profissionais que, se não tiver as condições necessárias para realizar o processo de trabalho, não notificam e não buscam as condições de melhoria, junto com ausência de um sistema de avaliação e sugestões, passam a vivenciar e encarar a situação como normal.

A pontuação para CSP é apenas um indicador indireto que permite avaliar aspectos nos cenários de saúde. Estes, quando apresentam escores negativos, necessitam de maior vigilância e operacionalização de ações com o intento de melhorar a cultura organizacional. Neste caso, os domínios clima de segurança (71,45), percepção do estresse (67,93), condição de trabalho (64,59) e Q 36 (37,67) demandam uma atenção por todos para que se criem ações que favoreçam melhorias, pois sinalizam alerta para cultura de segurança na APS.

A literatura aponta que esses domínios variam e estão correlacionados com a comunicação, a qual (Q 36) apresentou o menor escore 37,67, sendo o fator principal e até individual em muitas análises (KETIS et al., 2017). Segundo Kwintessential (2017), a comunicação difere entre os países, e esta pode ter agregadas alterações culturais, como, por exemplo, valorizar a lógica, ser linear e esperar que as pessoas falem com franqueza e/ou de forma simples, outros tendem a ser diretos. Assim, entender o processo de comunicação faz parte do processo de compreender como as relações se apresentam.

Em algumas culturas, essa abertura é dificultada pelos costumes conservadores que impedem uma comunicação franca. Sekkat e Varoudakis (2007) apontam que, nos países em desenvolvimento e no oriente médio, as pessoas tendem a ser conservadoras, há ausência de feedback e críticas geralmente não são aceitáveis. Críticas aos membros das equipes são, frequentemente, interpretadas como culpa ou luta contra eles, de forma a dificultar os elos e interdisciplinaridade.

A comunicação é considerada o principal “gatilho” para se obter uma cultura fortalecida nas instituições de saúde. No Brasil, esta é dificultada pelas diferenças hierárquicas, pela falta

de emponderamento dos profissionais para questionar os erros, pelo medo da demissão, pela concepção de que os médicos não cometem erros e por prevalecer a “cultura de culpa”, se configurando em uma “comunicação omissa”.

Reconhecer os erros, notificá-los e receber retorno sobre as mudanças implementadas, com a finalidade de não existir a ocorrência de novos episódios, são situações que os profissionais que estão na linha de frente devem ser ouvidos e orientados. Na cultura de segurança, uma propriedade importante é a confiança e os elos formados através do feedback dado à equipe (MINUZZ; SALUM; LOCKS, 2016).

As áreas que almejam melhorias devem favorecer a comunicação, para que, com isso, se possa reduzir a pressão no trabalho, fortalecer o elo entre a equipe e beneficiar o clima de segurança, porque cultura positiva é importante para consolidar a SP na APS (WERBAIR et al, 2015). Exemplo disso é mostra no estudo de Guire et al. (2013), os quais alcançaram valores para o domínio clima de segurança de 76,4% versus 87,8%, $P < 0,05$), condições de trabalho na segunda e terceira avaliação de 74,3 vs 84,9, $P < 0,05$) e houve uma tendência não significativa para a melhoria no domínio estresse, sendo essa melhoria conquistada e reconhecida através de avaliações. Desta forma, o seu estudo comprovou que, à medida que for implantado sistema que melhore o processo de trabalho e monitore, a CSP se torna mais fortalecida, somando-se a melhoria no processo de comunicação.

Deste modo, essa observação pode ser aplicada a nossa realidade com o intuito de fortalecer a CSP, em virtude dos processos de trabalho na APS serem desenvolvidos sem supervisão e avaliação adequadas. Teriam a finalidade de reconhecer os problemas existentes, tentar corrigi-los, capacitar os profissionais, melhorar a comunicação e avaliar regularmente, para que a demanda do paciente seja atendida sem falha, no ritmo que o processo de trabalho e a gestão enfraquecida sejam corrigidos.

Na APS, o impacto dessas dificuldades não é mensurado, não há estudos que demonstrem os danos causados e o ônus gerado por se ter uma cultura de segurança enfraquecida. Os profissionais levados a rever suas práticas possivelmente começariam a “enxergar” os possíveis danos, o quase dano e o dano que estão embutidos no produto da saúde e que perderam o know-how de qualidade pelo fazer do “meu jeito”, porque não tem as condições adequadas e por não almejar / favorecer as mudanças. Dificuldades de mudança são encontradas em todas as equipes e acompanhá-las ao longo do tempo, juntamente com intervenções realizadas, programas de segurança, conscientizar sobre a segurança do paciente de forma isolada ou em conjunto, justificando, assim, a necessidade do procedimento no início,

meio e fim do processo, mostrando a importância como requisitos para ampliar melhorias (NIEVA; SORRA, 2003; SCOTT et al, 2003; SILVA, 2017).

Na análise do contexto do clima de segurança do paciente em cada município, foram encontrados resultados distintos. Webair et al. (2015) trazem que quanto maior o número de unidades pesquisadas, a porcentagem média tende a ser mais baixa em todas as dimensões de cultura. Acredita-se que equipes pequenas podem ter uma percepção mais positiva do clima de segurança geral. Quando avaliamos os valores isoladamente dos dois municípios, ocorre variação, porém os dois deveriam aumentar, conforme o autor supracitado, porém destoam, conforme apresentado na tabela 4.

Apenas o domínio de percepção de gestão não apresentou significância para o estudo. Arapiraca apresentou quatro domínios com escores positivos, dois muito próximos da média e um escore negativo, valores que podem ser utilizados para planejar ações que fortaleçam os pontos fortes da cultura e outros para ser investidas em estratégias para alcançar valores fortalecidos. Maceió apresentou três com cultura positiva, porém muito próximo da média, e quatro domínios com escores negativos para cultura de segurança. Vale ressaltar que a gestão do município de Arapiraca trabalha com projeto de implementação de protocolos de SP, o que pode ter influenciado na postura profissional, favorecendo melhores resultados nessa pesquisa e que pode servir de modelo para outras cidades.

Essa avaliação isolada permite afirmar que os níveis de cultura podem variar de acordo com a região e com as formas de se trabalhar e acredita-se, também, que outros fatores interfiram nesse resultado, tais como comprometimento da gestão, condições de trabalho e tempo de formação, pois se os municípios forem analisados isoladamente nesses aspectos, apresentarão diferenças significativas que exercem influência nos escores da amostra e não apenas o quantitativo de unidades participantes.

Os profissionais acreditam no modelo da ESF proposto e identificam como fonte de insatisfação problemas já na sua implementação por dificuldades de compreensão da proposta por parte dos gestores, usuários e por componentes da equipe, quando identificam a centralidade nas consultas médicas, o que se aproxima do modelo curativo da biomedicina pelos problemas na rede assistencial (incluindo o sistema de referência e contra-referência). A literatura registra os diversos problemas que a ESF tem enfrentado no seu processo de desenvolvimento e busca de consolidação (KANNO; BELLODI; TESS, 2012; LIMA et al., 2014).

Desse modo, deve-se investir em melhores condições de trabalho, acompanhar de perto os processos assistenciais e modificar a tradicional cultura de culpa e vergonha, que impossibilita o "aprender com os erros" (IOM, 2004). Através do conhecimento organizacional

para planejamento de ações que reduzam os incidentes, melhorias institucionais serão adotadas por todos para prevenção de falhas. A implementação da sistematização do conhecimento de erros dentro dos processos de assistência, partindo do princípio de identificar e analisar todos os fatores que possam estar interligados e desencadear a ocorrência por meio da reestruturação dos fatos, identificando falhas, as quais subsidiará a análise e fomentará um plano de ações para o gerenciamento de melhorias e monitoramento, fortalecerá a cultura dentro das unidades (CARERA, 2015).

6 CONCLUSÃO

O estudo apresenta a avaliação da Cultura de Segurança do Paciente nas unidades de Estratégia de Saúde da Família em Alagoas, representando progresso nos cuidados ofertados nesse âmbito, através de processos clínicos construídos com o intuito de reconhecer as inadequações da assistência que levam a erros, principalmente quando se trata de cuidados primários. Respondendo à hipótese do estudo, há uma cultura negativa, como apresentada em vários domínios avaliados.

Essa avaliação, através do instrumento SAQ, faz referência a característica e percepções de atitudes vivenciadas atualmente pelas equipes, assinalando que mudanças são necessárias para o fortalecimento da CSP em Alagoas, pois demonstrou-se, em alguns domínios, uma cultura enfraquecida e vale destacar que os resultados alcançados como fortalecidos, em sua maioria, atingem escores necessários apenas para promoção de uma cultura positiva. Desta forma, entende-se que aprimorar os processos de trabalho na APS é requisito primordial, uma vez que não é conhecida a dimensão das falhas existentes nesses ambientes.

Foi constatada que a presença feminina na área da saúde ainda é uma prevalência no cenário brasileiro, o que não difere muito do cenário local para os municípios apontados neste estudo. Na relação de sexo com os domínios, os valores apresentados destacaram-se nos domínios clima de segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho, diferenciando-se de outros estudos onde os homens ocupam destaque nessa relação.

Nota-se que os profissionais não reconhecem a APS como local onde “falhas humanas” ocasionam erros. Soma-se a isso a ausência de promoção de ações educativas que trabalhem a cultura de aprendizado através do reconhecimento de falhas, com a liberdade do diálogo em que a culpa e medo sejam substituídos pela confiança e o aprendizado. Os desafios a serem enfrentados na assistência em saúde na APS são decorrentes dos processos de gestão, problemas de comunicação, dificuldade no relacionamento interpessoal e o desconhecimento da liderança quanto às fragilidades e potencialidades da equipe. Outro fator importante e que gera impacto nas ações de SP é ausência de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), conforme preconizado pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que levantaria e promoveria uma discussão acerca do tema, bem como ações para aperfeiçoamento do serviço e consequente oferta de cuidado seguro.

Na avaliação geral, os domínios apresentaram escores negativos para clima de segurança, percepção do estresse, condição de trabalho e comunicação, o que pode ser explicado pelas falhas nos processos de gestão, que não fornecem as condições relacionadas a

insumos e recursos humanos necessários em tempo hábil, pois estes são os responsáveis pela provisão de recursos, orientações e planejamento de ações que favorecem a SP.

Baseando-se na atual conjuntura da Saúde do Estado de Alagoas, a CSP vem ganhando espaço e fortalecendo as ações propostas na realidade da SP na cidade de Arapiraca, sendo atribuída ao maior resultado nos escores, quando avaliada separadamente, sendo imputado ao tipo de formação, aos processos de trabalho desenvolvidos pela gestão, a qual já vem orientando os profissionais para o uso de protocolos de SP, o que contribui para a qualidade da assistência prestada. Ademais, o relacionamento e a comunicação vertical e horizontal são pontos que devem ser valorizados, visto que estes são os principais fatores para melhorar CSP. A comunicação continua sendo o ponto mais importante e que deve ser fortalecido pelos municípios.

Assim, os níveis de satisfação e a importância resultantes desse domínio sugerem mudanças na organização do trabalho, promovendo uma gestão mais participativa com o objetivo de propiciar a todos os profissionais a oportunidade de interagirem mais em atividades de criação e implantação de novos projetos.

Dentre as dificuldades encontradas, destacam-se os processos políticos. Estes influenciam na gestão das unidades, dificultando a criação de um canal de comunicação efetiva com a gestão. A incipiência da gestão diante da CSP gera um certo atraso na evolução da SP na APS, pois sabe-se que ter um suporte que oportunize a aplicação da cultura, diante da mudança, promove uma atitude de segurança mais fortalecida entre os profissionais que a praticam.

Portanto, a contribuição desse estudo está em fomentar e incentivar a gestão e servidores a trabalharem a CSP nos ambientes de APS, pois os resultados mostram pontuações que necessitam ser fortalecidas nos serviços de saúde. Sendo assim, faz-se necessário viabilizar uma cultura positiva a partir da oferta de condições de trabalho para os profissionais em quantidade e qualidade, educação permanente, organização do processo trabalho, de maneira vertical e horizontal, e inserir modelos de avaliação do serviço, além de investir na potencialização do trabalho colaborativo e participativo, na comunicação, na promoção de melhoria, através da implantação de protocolos e gestão de equipe, bem como nas notificações dos erros. E, a partir desse novo cenário, o incentivo para novas pesquisas relacionadas à temática.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações do estudo, tais como ser realizado apenas nas unidades de ESF nos dois municípios, representando um resultado referente às equipes de saúde desses ambientes; os profissionais considerarem sua prática segura na APS e, com isso, sentiram-se menos inclinados a participar; questões políticas que refletem na postura dos profissionais nas unidades, inclusive a participação no estudo. Pelo fato da avaliação da cultura ter relação com a equipe e gerência, muitos profissionais recusaram-se, com medo de se comprometer e/ou ter problemas com a gestão.

REFERÊNCIAS

- ABDI, Z. The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. **J. Nurs. Manage**, v. 23, n. 3, p. 333-45, 2015. Disponível em: <http://onlinelibrary-wiley-com.ez29.periodicos.capes.gov.br/enhanced/doi/10.1111/jonm.12135/>. Acesso em: 24/10/17.
- ARRUDA, L. P. et al. Evidências científicas do cuidado de enfermagem acerca da Segurança do paciente: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 7, p. 2107-14, jul. 2014. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/5927/pdf_5543. Acesso em 15/06/16.
- ASTIER-PEÑA, M. P. et al. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety?. **European Journal of Public Health**. v. 25, n. 5, p. 781–787, oct. 2015. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article/25/5/781/2399128>. Acesso em: 07/01/2018.
- BARATTO, M. A. M. **Cultura de segurança do paciente: Percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria**. 2015. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande do Sul, 2015.
- BASTOS, J. L. D; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-32, out./dez. 2007- Atualizado em 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/2806/7864>. Acesso em: 01/06/2016.
- BATALHA, E. M. S. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 4, n. 2, p. 432-41. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf. Acesso em: 01/06/2016.
- BERNARDES, J. **Presença feminina na medicina aumenta no Brasil, revela pesquisa da FMUSP**. Publicado em Saúde por Redação em 23 de agosto de 2013. Disponível em: <http://www5.usp.br/31644/presenca-feminina-na-medicina-aumenta-no-brasil-revela-pesquisa-da-fmusp/>. Acesso em 12/01/2018.
- BODUR, S.; FILIZ, E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 5, p.348-55, agu. 2009. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19700779>. Acesso em 15/06/16.
- BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo,3, v. 5, n. 5, p. 319-331. 2011. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/Bonato-2011.pdf>. Acesso em 27/08/17.

BONDEVIK, G. T. et al Patient safety culture in Norwegian primary care: a study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. **Scand J Prim Health Care**, v. 32, n.3, p. 132-8, sep. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206561/>. Acesso em 27/08/17.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulamento das diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde Resolução cns nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15/ 02/16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 15/ 02/16.

BRASIL. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9) ISBN 978-85-334-1490-7.

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/Agência Nacional de Vigilância Sanitária- Brasília: Anvisa, 2016. p. 68. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>. Acesso em: 15/ 02/18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4.d. Brasília: MS, 2007.68p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 15/ 02/16.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2014. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/modulo6.pdf. Acesso em: 15/ 02/16.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%A0ncia+Segura+-+Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>. Acesso em: 10/03/2018.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v. 5 suppl.1 Recife Dec. 2005 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000500007. Acesso em: 15/02/16.

CARRERA, S. A. **Cultura de Segurança do paciente: A percepção do enfermeiro em um hospital oncológico.** 141fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro: UNIRIO, 2013. Disponível em: <http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2013/simone-de-amorim-carrera>. Acesso em: 15/02/16.

CARREIRAS, T. **A importância da educação para o nível de remuneração salarial do trabalhador.** 2015. 60p. (Monografia) Centro Universitário de Franca - Uni-FACEF Franca, 2015 Disponível em: <file:///C:/Users/Bete%20Viana/Downloads/1164-3184-1-PB.pdf>. Acesso em: 23/12/17.

CARVALHO, P. A. et al. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n.6, Nov./Dec. 2015. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601041. Acesso em: 08/01/18.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil** - Questionário de Atitudes de Segurança. 2011. 158 p. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-30112011-085601/pt-br.php>. Acesso em 15/06/16.

CARVALHO, S. H. D. B. C.; CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n.3, mai./jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000300020&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 15/06/16.

CLARKE, S. Perceptions of organizational safety: implications for the development of safety culture. **Journal of Organizational Behavior**, v. 20, p.185–198, 1999. Disponível em: [http://onlinelibrary-wiley.ez9.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(199903\)20:2%3C185::AID-JOB892%3E3.0.CO;2-C/full](http://onlinelibrary-wiley.ez9.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1002/(SICI)1099-1379(199903)20:2%3C185::AID-JOB892%3E3.0.CO;2-C/full). Acesso em 10/01/2018.

CLARO, C. M. et al. Eventos adversos em terapia intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, n. 1, p.167-172, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100023. Acesso em: 28/08/17.

CORONA, A. R. P. D.; PENICHE, A. C.G. A Cultura de Segurança do Paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. **Rev. Sobecc.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 179-185, Jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v20n3/179-185.pdf>. Acesso em: 30/042018.

COSTA, C. M. M. et al. Contribuições da pós-graduação na área da saúde para a formação profissional: relato de experiência. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.4, p.1471-1481, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1471.pdf>. Acesso em: 20/01/18.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.514-524, abr-jun 2015 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00514.pdf>. Acesso em: 20/01/18.

DEAL, T.E.; KENNEDY, A. A. **Corporate Culture: The Rites and Rituals of Corporate Life**. Addison-Wesley Publishing Company, Reading, M. A. 1982.

DEILKÅS, E. T.; HOFLOSS, D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). **BMC Health Service Research**, v. 191, n. 5, p.1-10, 2008. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-191>. Acesso em: 20/01/18.

DICIONÁRIO ESCOLAR DE LÍNGUA PORTUGUESA/ ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. 1º ed. São Paulo: **Companhia Editora Nacional**, 2008.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. In: A. Donabedian, Explorations in quality assessment and monitoring. volume I. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **Journal List. Milbank Q.**, v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>. Acesso em:10/02/18.

DUARTE, S. C. M. et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1074-81, nov.-dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01074.pdf.

FARAH, B. F. **Comunicação e relações humanas no trabalho de enfermagem**. 2010. Disponível em: <http://www.ufjf.br/admenf/files/2017/03/Aula-1-Comunica%C3%A7%C3%A3o-e-rela%C3%A7%C3%B5es-humanas-no-trabalho-da-enfermagem.pdf>. Acesso em: 20/08/17.

FARIA, et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed. -Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf>. Acesso em: 27/07/17.

FENG, X.; BOBAY, K.; WEISS, M. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. **JAN**. v. 63, n. 3, p. 310–319, ago. 2008. Disponível em: <http://onlinelibrary-wiley.ez9.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04728.x/full>. Acesso em: 08/01/18.

FERNANDES, V.B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 6, p.928-36, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/03.pdf>. Acesso em: 27/12/17.

FIDÉLIS, R. E. **Cultura de segurança**: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência adulto 2011, 170p. Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, Santa Catarina, 2011. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/enfermagem/wp-content/uploads/sites/10/2014/10/2011-ROZELI-EM%C3%8DRIA-FIDELIS.pdf>. Acesso em: 28/08/17.

FIGUEIREDO, V. L. **Trabalho em equipe**: Um desafio para equipe de saúde da família. 2012. 28 p. [TCC]. Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4038.pdf>. Acesso em 19/01/18.

GONZÁLEZ-ROMÁ, V. et al. The validity of collective climates. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, v. 72, n. 1, p. 25- 40, 1999. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1348/096317999166473>. Acesso em 19/01/18.

FRACOLLI, L. A; et al. instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n. 12, p. 4851-4860, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf> Acesso em: Junho de 2017.

FRAGATA, J. **Segurança dos doentes**: Uma abordagem prática. Lisboa: Lidel-Zamboni, 2011.

FRANCISCHINI, A. C.; MOURA, S. D. R. P.; CHINELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no programa saúde da família. **Investigação**. v. 8, n. 1-3, p. 25–32, jan.

/dez. 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/Bete%20Viana/Downloads/62-41-1-PB.pdf>. Acesso em 19/01/18.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. **Cad. Saúde Pública**, v.24, suppl.1, p.21-23. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005. Acesso em 09/01/17.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde**. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Capítulo-16.pmd. 2012.

GOMIDES, M. D. A. **Análise da cultura da segurança entre os profissionais da unidade de terapia intensiva adulto de uma instituição de ensino**. 142 fl. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Goiás Regional Catalão, Catalão/GO 2016. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/6124/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Mabel%20Duarte%20Alves%20Gomides%20-%202016.pdf>. Acesso em 09/01/18.

GONÇALVES FILHO, A. P.; ANDRADE, J. C. S.; MARINHO, M. M. O. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 18, n. 1, p. 205-220, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/gp/v18n1/15.pdf>. Acesso em 09/01/17.

GUIRE, M. J. et al. Patient Safety Perceptions of Primary Care Providers after Implementation of an Electronic Medical Record System. **J Gen Intern Med.**, v. 28, n. 2, p. 184–192, feb. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3614133/>. Acesso em: 12/12/17.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION (HSC). **Third Report: Organizing for Safety**. ACSNI Study Group on Human Factors. HMSO, London, 1993.

HELMREICH, R. L.; MERRITT, A. C. **Culture at work in aviation and medicine**. Burlington (US): Ashgate, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. The National Academic Press, Washington DC. 2000.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Keeping Patient Safe: Transforming the Work Environment of Nurses**. The National Academy Press, Washington. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BGE). 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 20/01/2018.

KANNO, N.P.; BELLODI, P.L.; TESS, B.H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saude soc.**, v.21, n. 4, p. 884-94, 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400008. Acesso em 19/01/18.

KETIS, Z. K. et al. The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Slovenian version for the out-of-hours primary care setting. **BMC Health Services Research**, inclusive and trusted, v. 17, n. 36. 2017. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1972-7>. Acesso em: 10/01/18.

KRAMAN, S. S.; HAMM, G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. **Annals of Internal Medicine**, v. 131, n. 12, p. 963-967, 1999. Disponível em: <http://www.annals.org/cgi/reprint/131/12/963.pdf>. Acesso em: 7agost. 2010.

KWINTESSENTIAL. **Guide To The USA - Etiquette, Customs, Culture & Business**. 2017. <http://www.kwintessential.co.uk/resources/global-etiquette/usa.html>. Acessado em 20/01/18.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005. Acesso em: 20/12/17.

LEAPE, L. L. Errors in medicine. **Clinica chimica acta**, v. 404, n. 1, p. 2-5, 2009. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009898109001326>. Acesso em: 24/10/17.

LEE, W. C. et al. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version safety attitude questionnaire. **BMC Health Serv Res.**, v. 10, n. 234, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2924859/>. Acesso em: 05/02/18.

LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc Anna Nery**, n. 18, v. 1, p.17-24, 2014. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0017.pdf>. Acesso em:23/01/18.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.12, n. 3, p. 765-76, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/27.pdf>. Acesso em: 27/12/17.

MAKEHAM, M. et al. **Methods and measures used in primary care patient safety research**. Geneva: World Health Organization; 2008. http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_full.pdf. Acesso em 15/06/16.

MARCHON, S. G. **A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde**. 2015. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12823/1/136.pdf>. Acesso em 15/06/16.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1-21. set, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/pt_0102-311X-csp-30-9-1815.pdf. Acesso em: 23/08/17.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V.; PAVAO, A. L. B. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n.11, p.2313-2330, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015001102313&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23/08/17.

MARTINS, A. R. et al. Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na Atenção Básica. **Rev. Brasileira de Educ. Méd.**, v. 36 (1, Supl. 2) p. 6-12, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a02v36n1s2.pdf>. Acesso em: 20/08/17.

MARTINS, C. G.; FERREIRA, M. L. R. **O survey como tipo de pesquisa aplicado na descrição do conhecimento do processo de gerenciamento de riscos em projetos no segmento da construção**. VII Congresso Nacional De Excelência Em Gestão, agosto de 2011. Disponível em: http://www.inovarse.org/sites/default/files/T11_0362_1839.pdf. Acesso em: 20/01/2017.

MATIELLO, R. D. C. et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. esp, p. 01-09, 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45408/pdf>. Acesso em: 20/08/17.

MATOS, J. C. et al. Cultura de Segurança do Paciente no cuidado em saúde: análise reflexiva. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 6, p. 2223-9, jun. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Bete%20Viana/Downloads/11237-25302-1-PB.pdf>.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-33, out./dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400031. Acesso em 15/06/16.

MENDES, C. M. F. G. S.; BARROSO, F. F. M. Promoting a Culture of Safety in Primary Health Care. *Ver. Portug. de Saúde Púb.* v. 32, n. 2, p. 197-205, July–Dece. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902514000509>. Acesso em: 28/02/18.

MESQUITA, K. O. et al. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: Revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 01-08, abr/jun. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Bete%20Viana/Downloads/45665-182025-1-PB.pdf>. Acesso em 27/08/17.

MINUZZI, A.P.; SALUM, N.C.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 2, p. e1610015, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-1610015.pdf>. Acesso em 27/08/17. Acesso em 27/08/17.

MOSER, R. et al. **Impactos da cultura e clima organizacional nas organizações**. VIII Congresso Nacional De Excelência Em Gestão, junho de 2012. Disponível em: http://www.inovarse.org/sites/default/files/T12_0567_2827.pdf. Acesso em: 05/02/18.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. S. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care**, v. 12, p. 17–23, 2003. Disponível em: http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17. Acesso em 27/08/17.

NOVARETTI, M. C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev. bras. enferm.*, v.67, n.5, p.692-699, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf>. Acesso em 27/08/17.

NOVO, D. V.; CHERNICHARO, E. A. M.; BARRADAS, M. S. S. **Liderança de equipes**. FGV editora. 1ª edição. Rio de Janeiro, 2008.

NGUYEN, G. et al. Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. **BMC Health Services Research**. v.15, n. 284.2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4512154/>. Acesso em: 10/08/18.

OLIVEIRA, H. M.; MORETTI-PIRES, R.O.; PARENTE, R.C.P. Power relations in a Family Health multidisciplinary team according to an Arendtian theoretical model. *Interface - Comunic. Saude, Educ.*, v.15, n.37, p.539-50, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a17v15n37>. Acesso em 10/01/2018.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 21/11 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety** v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>: Acesso em 15/06/16.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Renovação da atenção primária nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington: Pan-american Health Organization; 2005.

ORTEGA, M. C. B. et al. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n.3, p.404-10, maio-jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-23-03-00404.pdf. Acesso em: 20/01/18.

PADOVEZE, M. C.; FIGUEIREDO, R. M. O papel da Atenção Primária na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 6, p.1137-44, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1137.pdf. Acesso em 15/09/17.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n.2, p. 302-10, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>. Acesso em 15/09/17.

PAESE, F. **Cultura da segurança do paciente em cuidados de saúde primários**. 2010. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/93894/289121.pdf?sequence=1>. Acesso em 15/09/17.

PARKER, D. et al. Measurement tools and process indicators of patient safety culture in primary care. A mixed methods study by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. **Eur J Gen Pract.**, v. 21 Suppl:26-30, sep. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4828620/>. Acesso em 15/09/17.

PARANAGUÁ, T.T.B. **Segurança do Paciente na Atenção Primária: conhecimento dos profissionais de saúde**. 140p. [thesis]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2015. <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/4961/5/Tese%20-%20Thatianny%20Tanferri%20de%20Brito%20Paranagu%C3%A1%20-%202015.pdf>. Acesso em: 23/07/17.

PEREIRA, C. **Casos de intoxicação por medicamento aumentam quase 30% no país**. 2017. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/comportamento/noticia/2017/05/casos-de-intoxica%C3%A7%C3%A3o-por-medicamento-aumentam-quase-30-no-pa%C3%ADs-9787190.html>. Acesso em 08/02/18.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2004. 488p.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de

Janeiro, v.18 n.7, july. 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018. Acesso em:10/02/18.

REIS, J.T. **História do trabalho e seu conceito**. 2012. Disponível em:

<http://blog.newtonpiva.br/direito/wp-content/uploads/2012/08/PDF-D6-10.pdf>. Acesso em: 20/08/17.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 217 p. [tese de doutorado]- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>. Acesso em 15/06/16.

RIBAS, M. J. Eventos adversos em Cuidados de Saúde Primários: promover uma cultura de segurança. **Rev Port Clin Geral**, v.26, p. 585-9, 2010. Disponível em:

<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/10801-10717-1-PB.pdf>. Acesso em:10/02/18.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012. Disponível em:

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

ROCHA, N. H. G. et al. Determinantes sociodemográficos e profissionais na cultura de segurança do paciente. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 6, n. 1, p. 80-94, jan/jun. 2017.

Disponível em: <file:///C:/Users/Bete%20Viana/Downloads/2025-11773-2-PB.pdf>. Acesso em: 10/01/18.

ROSSANEIS, M. A. et al. Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 16, n. 4, p. 769-76, out/dez. 2014. Disponível em:

<https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n4/pdf/v16n4a09.pdf>. Acesso em: 09/02/18.

SAMSURI, S.E.; LIN, L. P.; FAHRNI, M. L. Safety culture perceptions of pharmacists in Malaysian hospitals and health clinics: a multicentre assessment using the Safety Attitudes Questionnaire. **BMJ Open.**, v. 5,n. 11, e008889, 2015. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4663412/?tool=pubmed>. Acesso em: 10/01/18.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília. v. 60, n. 2, p. 221-4, Mar./Apr. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>. Acesso em: 24/10/17.

SANTANA, J. C. B. et al. Fatores que influenciam e minimizam os erros da administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. **Rev. Enfer. Revista**, Belo Horizonte, v.15, n.1, p.122-137, 2012. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3300/3657>. Acesso em 27/08/17.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.49, dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700123. Acesso em: 10/08/18.

SANTOS, D. S. et al. Segurança do paciente: fatores causais de eventos adversos a medicamentos pela equipe de enfermagem. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracaju, v. 2, n.2, p. 19-30. Out. 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/viewFile/1775/1009>. Acesso em 27/08/17.

SEIXAS, E. S. **Erro humano na manutenção**. 2017. Disponível em: http://www.arsymposium.org/southamerica/palestras2011/P4S2paper_ErroHumano_Seixas.pdf. Acesso em: 23/01/18.

SEKKAT, K.; VAROUDAKIS, M. A. V. Openness, Investment Climate, and FDI in Developing Countries. **Rev Dev Econ.**, n.11, v. 4, p. 607-620, 2007. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1023239. Acesso em: 20/01/18.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v. 44, n. 6, p. 1- 10, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/>. Acesso em: 20/11/17

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 422, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>. Acesso em: 20/11/17.

SILVA, L. P. Segurança do paciente no contexto hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 291-2, jul/set, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4076/2871>. Acesso em: 20/11/17.

SILVA, I. B. Desafios do financiamento da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 30, n.1, p. 110-117, jan./mar., 2017. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5919/pdf>. Acesso em: 20/11/17.

SORRA, J. et al. **Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente**: Relatório Comparativo de Banco de Dados de 2008, Partes II e III, Rockville, MD Publicação, AHRQ

nº 08-0039. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey08/hospsurveydb2.pdf>. Acesso em: 20/11/17.

SOUZA, F. T. et al. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Rev Enferm UFSM**, v. 4, n. 1, p. 152-162, Jan/Mar. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Bete%20Viana/Downloads/8781-64606-1-PB.pdf>. Acesso em: 20/11/17.

SOUZA, L.K.C. S. et al. Gênero e formação profissional: considerações acerca do papel feminino na construção da carreira de nutricionista. **Demetra**, v. 11, n. 3, p. 773-788, 2016. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/viewFile/23426/18425>. Acesso em: 03/02/2018.

SCOTT, T. et al. The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care: A Review of the Available Instruments. **Health Services Research**, v. 38, n. 3, p.923–945. Jun. 2003. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6773.00154/full>. Acesso em: 20/08/17.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020. Acesso em: 20/08/17.

SCHEIN, E. H. **Organizational Culture and Leadership**. Jossey-Bass, 2010. Disponível em: https://is.muni.cz/el/1421/podzim2013/CJVA1M/43514039/reading_4_Levels_of_culture.pdf. Acesso em: 20/08/17.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>.

TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paul Enferm**, v. 29, n. 1, p. 26-37, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n1/1982-0194-ape-29-01-0026.pdf>.

TOMAZONI, A. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 755-63, set./out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00755.pdf. Acesso em: 01/12/17.

VERBAKEL, N. J. et al. Exploring patient safety culture in primary care. **Int. J. Qual. Health Care.**, v. 26, n. 6, p. 585–59, 2014. Disponível em: https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/intqhc/26/6/10.1093_intqhc_mzu074/2/mzu074.pdf?Expires=1489077029&Signature=RLt-8egqIXWpjO4HFJhi1pD4ABG49NcR7KvOA1ySj6IrcUIKta18Eb4FqJ2oi44v5WzSLdA3OX7WjSyYB6VqISlJufHSo6~yLl1tPNC9mvNh1whsJm05oNzJ4albIEZ-

[RMBUMIZxU8PEk~Tui4yqwgG7akBotHLE12IrdTiR5tc~Ty9yrHi8naq8KRAKONY3xTX~V70TIZ7iN4vL-1D1pc4eN-T~VaHL~nZ9AXA~bRIwtLRkPhXtyD2ZKua3h3InAe9Mqy2ahR5bZtZPGgoZBRgkbOAJtgSdKsMIOmzr5Q4LxUqsm4-pi-zeMF2NyKDiNwtYfIdS8nOifXygI4-wg &Key-Pair-Id=APKAIUCZBIA4LVPVW3Q](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=LWQ3AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=seguran%C3%A7a+do+paciente&ots=sBvp7992Gd&sig=fqnMGHdMvXgE966g9eVTTztt_I4#v=onepage&q&f=false). Acesso em: 01/12/17.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2ed. AMGH Editora Ltda, 2013. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=LWQ3AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=seguran%C3%A7a+do+paciente&ots=sBvp7992Gd&sig=fqnMGHdMvXgE966g9eVTTztt_I4#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 28/02/18.

WAGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**. v. 20, n. 3, jul-set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf>. Acesso em Junho de 2017.

WEBAIR, H.H. et al. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. **BMC Fam Pract** ., v. 16, p. 136, 2015. Disponível em: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0355-1>. Acesso em: 01/12/17.

WERMELINGER, M. et al. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n.45, p. 54-70. mai 2010. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>. Acesso em 12/01/2018.

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: the second global patient safety challenge: safe surgery saves lives. Geneva: WHO; 2008.

World Health Organization (WHO). Cuidados de Saúde Primários – agora mais que nunca. WHO Library Cataloguing-in-Publication 2008. Link: http://www.who.int/whr/2008/08_overview_pr.pdf.

World Health Organization. **Patient safety research**. Geneva: WHO; 2009.

ZIMMERMANN, N. et al. Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals – a validation study. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 347, 2013. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-347>. Acesso em: 10/08/18.

APÊNDICE (A) – QUESTIONÁRIO**INFORMAÇÕES ADICIONAIS****Estado Civil**

Solteiro Casado União Estável Separado/ Divorciado

Idade

entre 18 e 27 anos 28 e 37 anos 38 e 47 anos 48 e 57 anos
 58 e 67 anos 68 anos e mais

Há quanto tempo você concluiu seu curso de graduação/ técnico/ auxiliar?

Menos de 6 meses 6 a 11 meses 1 a 2 anos 3 a 4 anos
 5 a 10 anos 11 a 20 anos 21 anos ou mais

Possui curso de pós-graduação, especialização, de capacitação na área ou em outra correlata a que atua, se sim, qual?

Não Sim Em andamento não se aplica Qual? _____

Com que frequência os treinamentos dos membros da equipe de enfermagem são realizados nesta unidade?

Semanal Quinzenal Mensal Trimestral Semestral Anual Outro, qual?

Qual sua carga horária de trabalho nesta instituição? _____

Você atua na área que tem afinidade?

Sim Não

Você trabalha em outros locais além desta? Se sim, onde?

Sim Não

Todos são vínculos formais? (Carteira Assinada)

Sim Não

Qual sua carga horária de trabalho semanal dos seus outros vínculos?

Qual forma de contato com paciente?

Direta Indireta

APÊNDICE (B) - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.

Eu,....., tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo "**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM ALAGOAS**", recebi da mestrandia Maria Elizabete Rodrigues Viana, orientada pela Sr(a) Profª Dra. Patrícia de Carvalho Nagliate, da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a procurar saber junto aos entrevistados o conhecimento sobre a Cultura de Segurança do Paciente.
- Que a importância deste estudo é avaliar o conhecimento dos profissionais sobre a relevância do conhecimento sobre a Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária a Saúde.
- Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: Conhecer durante a pesquisa a Cultura de Segurança do Paciente para contribuir na orientação sobre a Segurança do Paciente, bem como incentivar outros estudos sobre a Cultura de Segurança do Paciente.
- Que este estudo começará em janeiro de 2017 e terminará em fevereiro /2018.
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: através de entrevistas com profissionais da área de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS no seu local de trabalho nas Unidade de Atenção Primária, que funcionam com equipes de Estratégia de Saúde da Família -ESF.
- Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: incômodo devido à ocupação do tempo para avaliar e responder a entrevista; Constrangimento com alguma pergunta que conste no instrumento de coleta de dados; já os benefícios seria contribuir de forma singular como referencial teórico sobre o tema; e fornecer maior subsídio e fundamentação científica para a melhoria da qualidade da assistência, e a excelência do cuidar no serviço das instituições.
- Que deverei contar com a seguinte assistência: ser atendido em qualquer incômodo que possa acontecer durante a entrevista, sendo responsável (is) por ela: Maria Elizabete Rodrigues Viana, Profª Dra. Patrícia de Carvalho Nagliate e, Profª Dra. Isabel Comasseto.
- Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: esclarecer aos profissionais de saúde e a população, em geral, questões relacionadas com a Cultura de Segurança do Paciente e fornecerá subsídios para que os gestores também venham a intervir de modo positivo na Cultura de Segurança do Paciente em cada localidade estudada a partir do conhecimento dessa realidade.
- Que eu participarei do estudo da seguinte maneira: a pesquisadora responsável irá orientar sobre como acontecerá durante o preenchimento do questionário e sobre os objetivos do estudo para cada participante de forma individual e isolada a fim de evitar influências durante a pesquisa entre os voluntários.
- Que eu serei informado (a) sobre o resultado final desta pesquisa, e sempre que eu desejar será fornecido esclarecimentos sobre qualquer etapa da mesma.
- Que eu compreendo não existir outros meios conhecidos para se obter os mesmos resultados a não ser fazendo entrevista com os profissionais.
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

- Que eu deverei ser ressarcido por todas as despesas que venha a ter com a minha participação nesse estudo, sendo-me garantida a existência de recursos ou que o estudo não acarretará nenhuma despesa para o sujeito da pesquisa.
- Que eu deverei ser indenizado por qualquer despesa que venha a ter com a minha participação nesse estudo e, também, por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para essas despesas, foi-me garantida à existência de recursos.
- Que eu receberei uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do (a) participante-voluntário (a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):
 Bloco: /Nº: /Complemento:
 Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:
 Ponto de referência:

Endereço dos (as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas
 Profa. Patrícia de Carvalho Nagliate
 Endereço: Jardim Europa - Quadra A, Lote 18, Maceió -AL
 Bairro: Antares
 Telefones p/contato:

Maria Elizabete Rodrigues Viana
 Endereço: Av. Rosalvo Borges da Silva Nº 13
 Bairro: Santos Dumont /CEP: 57075-260 /Cidade: Maceió- AL
 Telefones p/contato: 82 987374783 / 99975-5496

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária Telefone: 3214-1041



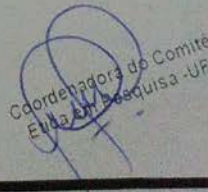
<p>(Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal - Rubricar as demais folhas)</p>	<p>Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)</p>

ANEXO (B) - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇAVERSÃO MODIFICADA

Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado						
Área clínica ou assistencial ao paciente onde você passa maior parte do seu tempo: _____						
Por favor preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências em sua área.						
Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica.						
Selecione suas respostas usando a escala abaixo:						
A	B	C	D	E	X	
Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica	
1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nessa área	A	B	C	D	E	X
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	A	B	C	D	E	X
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado(ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	A	B	C	D	E	X
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	A	B	C	D	E	X
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	A	B	C	D	E	X
6. Os (as) médico (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	A	B	C	D	E	X
7. Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	A	B	C	D	E	X
8. Erros são tratados de maneira apropriada nesta área	A	B	C	D	E	X
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	A	B	C	D	E	X
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	A	B	C	D	E	X
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros	A	B	C	D	E	X
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	A	B	C	D	E	X
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	A	B	C	D	E	X
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu expressasse à administração	A	B	C	D	E	X
15. Eu gosto do meu trabalho	A	B	C	D	E	X
16. trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	A	B	C	D	E	X
17. Este é um bom lugar para trabalhar	A	B	C	D	E	X
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área	A	B	C	D	E	X
19. O moral nesta área é alto	A	B	C	D	E	X
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	A	B	C	D	E	X
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a)	A	B	C	D	E	X
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	A	B	C	D	E	X
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência	A	B	C	D	E	X
24. A administração apoia meus esforços diários	A	B	C	D	E	X
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente	A	B	C	D	E	X
26. A administração está fazendo um bom trabalho	A	B	C	D	E	X
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:	A	B	C	D	E	X
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do(a):	A	B	C	D	E	X
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	A	B	C	D	E	X
30. Esta unidade faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	A	B	C	D	E	X
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	A	B	C	D	E	X
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	A	B	C	D	E	X
33. Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área	A	B	C	D	E	X

34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	A	B	C	D	E	X
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área	A	B	C	D	E	X
36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	A	B	C	D	E	X
INFORMAÇÕES - Você já havia preenchido este instrumento anteriormente () sim () Não () Não sabe						
Cargo (marque somente um)			Data (mês/ano): _____			
() Médico da equipe responsável	() Psicólogo	() Técnico em nutrição/radiologia/laboratório				
() Médico residente	() Farmacêutico	() Administrativo (Auxiliar de escritório/secretário/ recepcionista				
() Chefe de enfermagem	() Fisioterapeuta	() Suporte ambiental (pessoal da limpeza)				
() Enfermeiro	() Assistente social	() Agente comunitário de saúde				
() Auxiliar/ técnico de enfermagem	() Nutricionista	() Outro				
Gênero: () Homem () mulher Atuação Principal: () adulto () Pediatria () Ambos						
Tempo na especialidade: () menos de 6 meses () 6 a 11 meses () 1 a 2 anos () 3 a 4 anos () 5 a 10 anos () 11 a 20 anos () 21anos ou mais						

ANEXO (C) – CARTA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos Campus A. C. Simões – Av. Lourival Melo Mota, S/N Cep: 57072-970, Cidade Universitária – Maceió-AL comitedeeticaufal@gmail.com - Tel: 3214-1041</p>	
CARTA DE APROVAÇÃO		
Maceió-AL, 19/12/2017		
Senhor(a) Pesquisador(a),	Patrícia de Carvalho Nagliate Maria Elizabete Rodrigues Viana Isabel Comassetto	
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 14/12/2017 e com base no parecer emitido pelo(a) relator(a) do processo CAAE nº 64203616.8.0000.5013, sob o título A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM ALAGOAS do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12.</p>		
<p>O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).</p>		
<p>É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.</p>		
<p>Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o(a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).</p>		
<p>Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/12.</p>		
<p>Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.</p>		
<p>Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.</p>		
<p>(*) Áreas temáticas especiais</p>		
<p>Válido até: AGOSTO de 2019.</p>		
		 <p>Coordenadora do Comitê Ética em Pesquisa -UFAL</p>