

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

FERNANDA PAESE

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

**FLORIANÓPOLIS
2010**

FERNANDA PAESE

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Grace Teresinha Marcon Dal Sasso

Linha de Pesquisa: Arte, Criatividade e Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

P126c Paese, Fernanda

Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde [dissertação] / Fernanda Paese ; orientadora, Grace Dal Sasso. - Florianópolis, SC, 2010.

181 p.: il., grafs., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem - Medidas de segurança. 2. Cultura. 3. 2. Atenção Primária à Saúde. I. Dal Sasso, Grace T. M. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

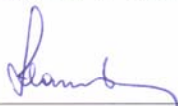
FERNANDA PAESE

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

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 17 de dezembro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



Dra. Flávia Regina de Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Grace Teresinha Marcon Dal Sasso
Presidente



Dra. Sayonara de F. Faria Barbosa
Membro



Dra. Francine Lima Gelbocke
Membro

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento desta Dissertação, em especial a:

À Deus

Que se fez presente em todos os momentos firmes e trêmulos. E, passo a passo, pude sentir sua mão na minha, transmitindo-me a segurança necessária para enfrentar meu caminho.

Aos meus pais, Maria Terezinha e Vilson

Que me proporcionaram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade. Que sempre compartilharam os meus sonhos e desalentos, vitórias e derrotas, alegrias e tristezas, incentivando-me; mesmo distante fisicamente, mantiveram-se ao meu lado lutando pelo meu sucesso e confiando em meu potencial.

Aos meus irmãos, Sandro e Fábio

Pessoas imprescindíveis para o meu crescimento. Ensinaram-me a amar, dividir e lutar pelos meus objetivos.

Aos meus tios, Maria de Lourdes e Juarez

Que me acolheram em sua família, respeitaram minha maneira de ser e a cada momento participaram dessa etapa da minha vida com um olhar de apoio, palavras de incentivo, gestos de compreensão e atitudes de amor.

À Orientadora Professora Doutora Grace T. M. Dal Sasso

Especial agradecimento por seus ensinamentos durante todo meu processo de formação acadêmica e profissional. Agradeço pelo incentivo a pesquisa, pela paciência, compreensão, por acreditar em minhas potencialidades e pelo empenho no desenvolvimento deste trabalho o qual sem sua contribuição não teria o mesmo brilho. A você, uma imensa admiração e respeito.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSC

Pelos valiosos ensinamentos transmitidos e oportunidade de crescimento.

Ao Professor Doutor Fernando Cabral, do Departamento de Engenharia Mecânica da UFSC

Pela disponibilidade e solidariedade em auxiliar na realização dos cálculos estatísticos desta Dissertação.

Aos meus colegas do mestrado

Pelos momentos de alegria e angústia compartilhados e amizades construídas.

Ao Grupo de Pesquisa GIATE

Pelo incentivo e carinho recebido e a amizade compartilhada. Agradecimento especial aos professores que desde o início da minha graduação me acolheram e me ensinaram muito sobre a pesquisa em Enfermagem.

Aos membros da Banca de Qualificação

Pelas contribuições e incentivo.

Aos meus colegas de trabalho e grandes amigos

Pelo carinho que sempre me acolheram e conhecimento compartilhado. Vocês fazem a grande diferença no meu viver, incentivando, estando com, olhando para, escutando!

Aos enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde do Distrito Sanitário Centro

Pela disposição em participar e contribuir para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos membros da Banca de Sustentação

Pela disponibilidade que demonstraram ao meu convite para análise do relatório final da pesquisa e pelas contribuições ao seu aprimoramento.

*A todos que estiveram perto de mim e de alguma forma contribuíram
nesta caminhada.
Muito obrigada.*

PAESE, Fernanda. **Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde**. 2010. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Grace Teresinha Marcon Dal Sasso
Linha de Pesquisa: Arte, Criatividade e Tecnologia em Saúde e Enfermagem

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a cultura da segurança do paciente entre os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de um Distrito Sanitário do município de Florianópolis a partir do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ). A pesquisa delineou-se como um estudo transversal prospectivo de natureza quantitativa. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do questionário de atitudes à 52 agentes comunitários de saúde, 30 técnicos de enfermagem e 14 enfermeiros que compunham as equipes de ESF e PACS no mês de julho de 2010. Para a análise dos dados foi utilizada estatística descritiva com cálculo de média e estatística inferencial com a análise de variância ANOVA e a mínima diferença significativa LSD através do Software Microsoft Excel[®]. Os resultados revelam que as atitudes de segurança Condições de Trabalho, Cultura do Trabalho em Equipe, Comunicação e Gerência do Centro de Saúde foram as atitudes que se evidenciaram para a Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. Na perspectiva dos sujeitos de pesquisa, a atitude de segurança considerada de maior importância foi a Segurança do Paciente (6,97), por outro lado, a variável com menor relevância para essas categorias foi a atitude Erro (3,74). Na avaliação subjetiva, obtiveram-se com maior frequência as recomendações de adequação do número de profissionais para o atendimento da demanda (31,4%), suprimento de materiais e insumos adequados (17,1%) e formação técnica permanente (42,8%). Conclui-se que não houve diferença entre as três categorias profissionais quanto à percepção das atitudes de segurança quando analisadas num contexto geral, por outro lado, quando as categorias profissionais são avaliadas duas a duas a partir dos testes analíticos se percebe que para as atitudes - Condições de Trabalho, Cultura do Trabalho em Equipe, Comunicação e Gerência do Centro de Saúde - são percebidas de

maneira distinta pelos agentes comunitários de saúde. Logo, pode-se inferir que esse olhar distinto dos ACS se deve pela característica do seu trabalho, desenvolvido na comunidade, diferentemente dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que compartilham materiais, espaços e ações mais intensamente. A partir disso, a cultura da segurança do paciente na atenção primária passa a ter seu foco voltado não somente para a instituição, mas também para a comunidade.

Palavras-chave: Cultura, Segurança, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem

PAESE, Fernanda. **Cultura de la Seguridad del Paciente em Atención Primaria de Salud**. 2010. 181p. Dissertação (Máster in Enfermería) – Curso de Posgrado em Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la cultura de la seguridad del paciente entre los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y el Programa de Agentes Comunitarios (PACS) en una Área Sanitaria de la ciudad de Florianópolis a partir del Cuestionario de Actitudes Seguridad (CAS). La investigación se perfila como un estudio prospectivo transversal de análisis cuantitativo. La recolección de los datos fue hecha mediante la aplicación del cuestionario de actitudes a 52 agentes comunitarios de salud, 30 técnicos de enfermería y 14 enfermeros que compone los equipos de la ESF y PACS en julio de 2010. Para el análisis de los datos se utilizaron la estadística descriptiva para los cálculos de promedios y la estadísticas inferencial, con análisis de varianza ANOVA y la mínima diferencia significativa (LSD) con el Software de Microsoft Excel®. Los resultados muestran que las actitudes de Seguridad Condiciones de Trabajo, la Cultura del Trabajo en Equipo, Comunicación y Gestión del Centro de Salud fueron las actitudes que se mostró para la cultura de la seguridad del paciente en atención primaria de salud. La perspectiva de los sujetos de la investigación, la actitud de seguridad más importante fue la Seguridad del Paciente (6,97), por otro lado, la variable con menor relevancia para esta categoría fue la actitud Error (3,74). En la evaluación subjetiva se obtuvieron con una mayor incidencia el ajuste del número de los profesionales para atender la demanda (31,4%), el provisión de materiales y suministros adecuados (17,1%) y capacitación técnica permanente (42,8%). Se concluye que no hubo diferencias entre las tres categorías profesionales de las actitudes respecto a la seguridad percibida cuando se analiza en un contexto general, por otro lado, cuando las categorías se comparan de dos en dos a partir de las pruebas de análisis se puede ver que las actitudes - Seguridad Condiciones de Trabajo, la Cultura del Trabajo en Equipo, Comunicación y Gestión del Centro de Salud - se perciben de manera diferente por los agentes comunitarios de salud. Por lo tanto, se puede inferir que la visión distinta de los AEC debe ser la característica de su trabajo, desarrollada em la comunidad, de forma diferente do los técnicos de enfermería y enfermeras que dividem materiales, espacio y lãs

problaciones com mayor intensidad. A partir de este, la cultura de la seguridad del paciente en atención primaria se sustituye por su enfoque no sólo en la institución, sino también para la comunidad.

Palabras clave: Cultura, Seguridad, Atención Primaria de Salud, Enfermería

PAESE, Fernanda. **Patient Safety Culture in Primary Health Care**. 2010. 181p. Dissertation (Máster in Nursing) – Postgraduate Nursing Programme, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the patient safety culture among the professionals of the Family Health Strategy (FHS) and Community Health Agents Program (CHAP) to a Health District of the Florianopolis city from Security Attitudes Questionnaire (SAQ). The research was outlined as a prospective cross-sectional study. The collection of data was realized through applying the attitudes survey to 52 community health agents, 30 nursing technicians and 14 nurses who made up the teams of FHS and CHAP, it was realized in July 2010. For the analysis of data were used descriptive statistics with averages and inferential statistics with ANOVA and least significant difference (LSD) through Software Microsoft Excel[®]. The results show that the attitudes Working Conditions, Teamwork Climate, Communication and Perceptions of Management showed up for a Safety Patient Culture in Primary Health Care. Safety Patient (6,97) was considered the most important safety attitude for the subjects research. In the other side, the Erro (3,74) was considered the variable with less relevance. The subjects' recommendations to improve the safety culture were adequate number of professionals to attend the demand (31,4%), provide the materials and supplies adequate (17,1%), continuous technical training (42,8%). It is concluded that there was no difference among the professional categories for the safety attitudes when analyzed in a general context, on the other hand, when the categories are compared in pairs from the analyzed tests we can notethat the attitudes - Working Conditions, Teamwork Climate, Communication and Perceptions of Management - are perceived differently by community health agents. Therefore it can be inferred that distinct look of the ACS should be the characteristic of their work, developed in the community, unlike the nurses and nursing technicians who share materials, space and stocks more intensively. From this, the culture of patient safety in primary care is replaced by their focus on not only the institution but also for the community.

Keywords: Culture, Safety, Primary Health Care, Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária de Saúde

CS – Centro de Saúde

DS – Distrito Sanitário

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GM – Gabinete do Ministério

JCAHO - Join Commission for the Accreditation of Healthcare Organization (Comissão para Acreditação das Organizações de Saúde)

LSD - Least Significant Difference (Mínima Diferença Significante)

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa da Saúde da Família

SAQ – Safety Attitudes Questionare (Questionário de Atitudes de Segurança)

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

WHO – World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Critérios de busca - bases de dados, 2010. **31**

ARTIGO 1

Quadro 1. Definições das Atitudes de Segurança e alguns exemplos no contexto do SAQ **75**

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 1

Figura 1. Atitudes de Segurança evidenciada por categoria profissional..... 77

Figura 2. Resultado do teste ANOVA para as diferentes categorias profissionais 79

ARTIGO 2

Figura 1. Atitudes de Segurança por categoria profissional..... 93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Resultado do Teste LSD com correção de Bonferroni	81
Tabela 2. Resultado do teste ANOVA para as diferentes categorias profissionais	94
Tabela 3. Principais recomendações dos sujeitos da pesquisa para aperfeiçoar a segurança do paciente.....	97

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	15
LISTA DE QUADROS	17
LISTA DE FIGURAS	19
LISTA DE TABELAS.....	21
1 INTRODUÇÃO	25
1.1 OBJETIVO GERAL	35
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
2 REVISÃO DE LITERATURA	37
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	37
2.1.1 Estratégia Saúde da Família.....	38
2.1.2 Programa de Agente Comunitário de Saúde	42
2.1.3 Enfermagem na Atenção Primária de Saúde.....	44
2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE	45
2.3 CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	51
3 METODOLOGIA	57
3.1 TIPO DO ESTUDO	57
3.2 NATUREZA DO ESTUDO.....	57
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	57
3.4 LOCAL DO ESTUDO	59
3.5 COLETA DE DADOS	60
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	62
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	66
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	69
4.1 ARTIGO 1 - CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	69
4.2 ARTIGO 2 - ATITUDES DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	85
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICES.....	117
ANEXOS	137

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem preconizado e estimulado em todo o mundo o desenvolvimento de projetos, planos e ações que visam melhorar a segurança do paciente nos ambientes de cuidado em saúde. A perspectiva de que o paciente é colocado em risco quando está sob cuidados relacionados à sua saúde não é nova, mas advém de estudos que estão sendo realizados há aproximadamente 30 anos (ZAMBON, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Estudo pioneiro realizado nos Estados Unidos em 1974, denominado *O estudo de viabilidade do seguro médico (The Medical Insurance Feasibility Study - MIFS)*, desenvolvido pela Associação Médica da Califórnia (*California Medical Association*) e Associação Hospitalar da Califórnia (*California Hospital Association*) revisou 21 mil prontuários de pacientes hospitalizados em 23 hospitais da Califórnia. Foram encontrados eventos adversos em 4,6% dos pacientes. Outro estudo realizado dez anos após este inicial, denominado *O Estudo da Prática Médica de Harvard (The Harvard Medical Practice Study - HMPS)*, encontrou dados semelhantes relacionados a eventos adversos ao revisar 30 mil prontuários de pacientes internados no Estado de Nova York (3,7% dos casos), porém mostrou que 13,6% dos eventos levaram a óbito do paciente (ZAMBON, 2008).

Após o início da década de 90 novos estudos foram realizados na Austrália, Nova Zelândia, Grã-Bretanha e França e mostraram resultados ainda mais alarmantes. A investigação de eventos adversos em prontuários revelou as incidências de 16,5%, 11,33%, 10,8% e 14,5%, respectivamente, nesses países. A análise desses eventos adversos revelou que eles são resultado de lesões decorrentes da assistência e que ocasionaram a incapacidade temporária ou permanente, prolongamento da internação ou morte do paciente. Além disso, esses estudos revelam que cerca de 30% a 60% das situações descritas seriam evitáveis (ZAMBON, 2008).

No ano de 1999, Lucian Leape, um professor da Escola de Saúde Pública de Harvard obteve a atenção de um subcomitê em um congresso nos Estados Unidos quando ele apresentou o estado da gestão do erro humano na indústria médica dos Estados Unidos. Os números são impressionantes: cerca de um milhão de pessoas sofrem algum erro de assistência nos hospitais a cada ano, com uma estimativa de 120.000 mortes decorrentes desses erros. Esse número é três vezes maior do que

aqueles que morrem em acidentes automobilísticos e 1000 vezes maiores do que aqueles que morrem em acidentes de aviões comerciais (MARX, 2001).

Apesar de não existirem dados estatísticos no Brasil sobre eventos adversos causados aos pacientes, seria possível estimar que se tivéssemos um evento adverso por dia, por hospital, e como há 7.543 hospitais no Brasil, segundo a Federação Brasileira dos Hospitais, então teoricamente poderíamos ter em torno de 7.543 eventos adversos por dia, 226.290 por mês e 2.715.480 por ano (ZAMBON, 2008). Se pensarmos em um número mais local e voltado aos serviços primários à saúde, Florianópolis, atualmente, possui 48 Centros de Saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2009) e considerando hipoteticamente um evento adverso por dia, por centro de saúde, teríamos 48 eventos adversos por dia, 960 por mês e 11.520 por ano, somente nesse município.

Observa-se, neste contexto, que a falta de confiança nos sistemas de cuidado é o problema que todos os profissionais de saúde buscam resolver com o intuito de melhorar cada vez mais a prestação deste cuidado e garantir maior segurança à população. Solucionar este problema exige mudanças na cultura do cuidado em saúde, no qual os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). A cultura da segurança é o suporte e a forma das atitudes e práticas dos membros da organização em torno da disposição da organização em detectar e aprender a partir dos erros (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993; WIEGMANN et al., 2002).

A cultura pode ser definida como um somatório de valores, atitudes e práticas individuais que guiará o comportamento dos membros do grupo. Características de cultura de segurança incluem um forte compromisso para a discussão e o aprendizado a partir dos erros, reconhecendo a inevitabilidade dos erros, identificando pró-ativamente as ameaças latentes e incorporando um sistema não-punitivo para informar e analisar os eventos adversos (BIRNBACH et al., 2008).

A utilização de boas práticas e a redução de erros decorrentes da assistência em saúde é fundamental para a garantia da segurança do paciente em ambientes de cuidado. Nesta perspectiva, visando diminuir a ocorrência dos erros e/ou eventos adversos, se enfatiza que a análise dos erros associados ao cuidado devem se concentrar em suas causas-raiz, ou seja, *“não só na causa mais aparente, ocorrida na ponta do processo, mas em todas as condições subjacentes que tornam o erro*

possível” (WACHTER, 2010, p.36). Ressalta-se que as causas-raiz dos erros e/ou eventos adversos podem estar relacionadas à/ao: instituição de saúde; organização e gestão; ambiente de trabalho; equipe multidisciplinar da saúde; indivíduo, função/tarefa e; paciente (VINCENT, 2003; LASELVA; MOURA JÚNIO; SPOLAORE, 2009; TEIXEIRA; CASSIANI, 2010; WACHTER, 2010).

Frente à ocorrência de um erro, não existe apenas um responsável, considerando que cada profissional deveria exercer o papel de defesa do paciente de modo permanente. Na literatura há estudos que comprovam que em torno de 86% dos erros relacionados ao processo de administração de medicamentos são identificados por enfermeiros, enquanto apenas 2,0% destes erros de administração são interceptados, muitas vezes, pelo próprio paciente (BOHMOL, 2006).

Como resultado de um ambiente de trabalho punitivo e a cultura de pensar que os erros provocados pelo prestador de cuidados em saúde é resultado de descuido, nota-se que a maioria das organizações não tem consciência da extensão dos seus erros e lesões. Estudos revelam que apenas 2 a 3% dos grandes erros são relatados por meio de sistemas de informações e que os profissionais de saúde muitas vezes relatam apenas o que eles não podem esconder (MARX, 2001).

Neste contexto, corroborando com as afirmações dos autores, Laselva, Moura Júnior e Spolaore (2009), Teixeira e Cassiani (2010) Wachter (2010), várias estratégias podem ser adotadas visando criar sistemas mais seguros, entre elas se destacam: simplificação, padronização (protocolos), utilização de repetições, melhoria das condições de trabalho, da comunicação em equipe e o aprendizado com os erros passados.

Frente a esta perspectiva, a Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* - JCAHO) tem difundido em todo mundo oito metas internacionais para a segurança do paciente. Estas metas incluem: 1) melhorar a acurácia na identificação do paciente; 2) melhorar a efetividade/eficácia da comunicação entre os profissionais de saúde; 3) melhorar a segurança no uso de medicações; 4) reduzir o risco de infecções associadas à assistência à saúde; 5) reconciliar de forma completa e acurada os medicamentos usados na continuidade do cuidado; 6) reduzir o risco de dano ao paciente resultante de quedas; 7) encorajar o envolvimento do próprio paciente no seu cuidado como uma das estratégias de segurança do paciente e; 8) estimular o hospital a identificar os riscos à segurança inerentes ao tipo de população atendida

(JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2008; LEÃO et al., 2008; WACHTER, 2010).

A partir do cenário apresentado, o que se observa é que as pesquisas relacionadas à segurança do paciente estão direcionadas principalmente para a assistência hospitalar, apesar da maioria dos pacientes receber seus cuidados de saúde na atenção primária, especialmente em países com um sistema de atenção primária forte e atuante (DONALDSON, 2009; STARFIELD, 2005; STELFOX et al., 2006). Ressalta-se que, em seus relatórios, tanto o Reino Unido quanto os Estados Unidos excluíram a atenção primária de suas discussões a cerca da segurança do paciente. Entretanto, destaca-se que a maioria dos cuidados de saúde é desenvolvida fora dos ambientes hospitalares e que muitos incidentes identificados nos hospitais tem origem em outros locais, como na atenção primária à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Vale ressaltar, no entanto, que a Política Nacional de Atenção Básica define:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, [...] Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007, p.12).

Apesar de o Brasil adotar uma política de saúde denominada Política Nacional de Atenção Básica criada no ano de 2006, faz-se necessário buscar as diferentes interpretações sobre a atenção básica de saúde e atenção primária à saúde, que se explica pela trajetória histórica de como esses conceitos foram gerados.

A Atenção Primária à Saúde veio como um novo paradigma para a Reforma Sanitária do Brasil ao logo da formação do SUS. As interpretações sobre a Atenção Primária variam de uma estratégia de

reordenamento do setor saúde; de uma estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde a um programa com objetivos restritos e voltados especificamente à satisfação de algumas necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalizada (GIL, 2006).

Neste mesmo contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF) traz para os centros de debate a falência das práticas profissionais e de gestão do tradicional modelo da atenção à saúde. Neste sentido, considera-se que o PSF avançou de programa para estratégia, negando as versões de que esta seria um arranjo contemporâneo da medicina simplificada, ou seja, apenas uma medicina familiar e somente atenção materno-infantil e apoiando-se nas organizações das ações a partir do território e problemas de saúde, intersetorialidade, paradigma da produção social da saúde (GIL, 2006).

Vinte anos depois da Conferência de Alma Ata emerge o conceito de Atenção Básica num contexto de importantes ajustes econômicos, passando pela influência do Banco Mundial e permeando por políticas de redução do papel do Estado (descentralização e organização do sistema). A partir da década de 1990, no Brasil, o termo Atenção Básica passa a incorporar os documentos oficiais do Ministério da Saúde, Relatórios das Conferências e artigos científicos. No entanto, o Programa de Saúde da Família agudiza o debate no interior do SUS, demonstrando a fragilidade do nosso processo de construção social da saúde, ou seja, ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudança (GIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), o modelo hierárquico do SUS, expresso em sua organização por níveis de atenção, da atenção básica à média e à alta complexidade, precisa ser revertido. A consideração da atenção primária à saúde, como atenção básica, menos complexa que os níveis de média e alta complexidade, não se sustenta. Não se considera que os procedimentos da atenção primária à saúde sejam menos complexos que os de média e alta complexidade. São, por certo, menos densos tecnologicamente, mas muito complexos.

Nessa mesma perspectiva, o Ministério da Saúde (2006), refere que a visão ideológica – característica de uma atenção primária à saúde como programa para os pobres ou como programa de atenção seletiva – deve ser afastada e substituída por uma concepção contemporânea de estruturação de redes horizontais de atenção à saúde.

Na concepção de redes, não há hierarquia entre os diferentes nós da rede sanitária, todos são igualmente importantes para os objetivos do

sistema. Entretanto, as redes de atenção à saúde apresentam uma característica singular: elas devem ter um centro de comunicação que coordene os fluxos das pessoas e das coisas na rede e que é constituído pela atenção primária à saúde (BRASIL, 2006; MENDES, 2010).

Segundo Mendes (2010), as redes de atenção à saúde são:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Frente às atuais discussões dos processos de mudança dos sistemas de saúde e a interface da atenção primária à saúde ao tema cultura da segurança do paciente, esse ainda muito incipiente no Brasil, demonstrado no texto a seguir, decidiu-se considerar o termo Atenção Primária à Saúde para trabalhar neste estudo. Além disso, considera-se a Política Nacional de Atenção Básica sempre que nos referirmos às políticas para a atenção primária à saúde no Brasil.

A atenção primária tem sido considerada relativamente segura, apesar de incidentes ocorrerem neste cenário. A ocorrência de incidentes em cuidado de saúde primário está estimada entre 5 a 80 vezes por 100.000 consultas (SANDARS, 2003; WETZELS et al., 2008). Os resultados de um estudo recente realizado na Holanda mostraram que os eventos adversos de drogas administradas no domicílio foram uma importante causa de hospitalizações agudas, com quase 50% de internações potencialmente evitáveis (LEENDERTSE et al., 2008).

Na perspectiva de ampliar o conhecimento sobre os assuntos propostos, realizou-se uma busca de artigos científicos sobre a cultura da segurança do paciente na atenção primária de saúde no contexto da enfermagem.

O Quadro 1 demonstra os critérios de busca que foram selecionados nas bases de dados para inclusão no estudo:

CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE			
Descritores de Busca – DECs e MESH: culture, safety, nursing, primary health care			
Base de Dados	Artigos encontrados	Artigos selecionados	Crítérios (Filtros) de Busca nas Bases
CINAHL	102	6	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos dos últimos 05 anos, de 01/01/2005 a 31/12/2009. • Artigos gratuitos. • Pesquisa em seres humanos. • Idiomas: Inglês, português e espanhol. • Faixa etária: 13 anos a 80 anos e mais. • Artigos de pesquisa clínica, revisões sistemáticas com ou sem meta-análise, ensaio clínico randomizado.
PUBMED	67	1	
SCIELO	0	0	
COCHRANE	59	0	
Total de Artigos	228	7	

Quadro 1: Critérios de busca - bases de dados, 2010.

Na base CINAHL foram encontrados 102 artigos, desses, 06 (seis) artigos abordavam a cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde no contexto da enfermagem e outros 05 (cinco) artigos apresentaram estudos referentes à cultura da segurança do paciente com a enfermagem, porém relacionados a instituições hospitalares.

O resultado da pesquisa revela que no Pub Med foram encontrados 67 (sessenta e sete) artigos e desses, somente em 01 (um) se identificou a abordagem da cultura da segurança do paciente no contexto da enfermagem na atenção primária à saúde. Na Scielo não se encontrou artigos com os descritores escolhidos e na base Cochrane foram encontradas 59 revisões sistemáticas, porém nenhum artigo foi selecionado, pois não contemplava os assuntos proposto na pesquisa.

Diante do exposto, percebe-se que a produção científica sobre a cultura da segurança do paciente na atenção primária de saúde é ainda muito incipiente no Brasil e no Mundo, ou seja, há muitas lacunas do conhecimento nesta área. Por conta disso, o presente estudo, certamente, poderá contribuir para o fomento de novas pesquisas, novos conhecimentos e, principalmente, a mudança na melhoria da qualidade

da assistência à saúde.

Existem diferentes definições de segurança do paciente. Um grupo de trabalho da Organização Mundial da Saúde define segurança do paciente como um evento ou circunstância que poderia ou não resultar em desnecessários danos a um paciente. Tal definição é útil, mas não deixa claro quais os componentes da prestação de cuidados de saúde está relacionada à segurança do paciente. Na prática da atenção primária à saúde, a segurança do paciente é geralmente associada à notificação de incidentes e aspectos específicos da prestação de cuidados de saúde, tais como: medicação segura e prevenção de infecções. No entanto, um estudo realizado com médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária no âmbito da segurança do paciente, revelou que pode ser muito mais amplo que as citadas (GAAL; VERSTAPPEN; WENSING, 2010).

Assim, entende-se neste estudo, que a segurança do paciente é relevante em todos os níveis de atenção à saúde, uma vez que o cuidado não se restringe somente à prescrição e administração de medicamentos de forma correta e a prevenção de processos infecciosos durante a realização de procedimentos, mas envolve também a prevenção dos erros e eventos adversos, bem como, a análise de suas ocorrências, a gestão dos recursos humanos, a efetiva liderança organizacional e o fortalecimento da cultura de segurança.

Especificamente na atenção primária à saúde, o enfermeiro possui uma gama de atribuições e responsabilidades que, se não realizadas com segurança, podem causar danos ao paciente, como, por exemplo: o acompanhamento e a orientação segura da mulher no período gestacional, avaliado através do número de óbito materno, fetal e infantil; a prescrição e a orientação do plano terapêutico ao paciente diabético que utiliza insulina no domicílio, analisado por meio do número de pacientes que procuram as emergências hospitalares com quadro de hipoglicemia severa; entre outros.

Marck e Cassiani (2005) observam que os enfermeiros devem se preocupar com os rumos e as novas abordagens das investigações científicas sobre a segurança do paciente. Neste estudo, a percepção e a vivência da pesquisadora na atenção primária à saúde, permitem observar e pontuar que o enfoque na cultura da segurança de paciente no contexto do seu ambiente de trabalho é praticamente inexistente. Infelizmente, pouco ou quase nada se fala sobre a segurança do paciente entre as discussões de gestores, tampouco de gestores locais e profissionais de saúde que prestam a assistência diretamente ao paciente. Neste contexto, é interessante também citar a ausência de cultura de

segurança com o próprio profissional de saúde, reflexo da sobrecarga de trabalho, da quase inexistente educação permanente, do número reduzido de profissionais, do não uso dos equipamentos de proteção individual, mesmo fornecido pela instituição de saúde, entre outros.

Entretanto, a literatura aponta que um dos pilares dos processos de gestão de risco é influenciar de modo positivo o relato e a investigação de eventos como ferramenta de qualidade na assistência. Uma destas estratégias é a notificação destes eventos, análise e condutas decorrentes para evitar novos eventos relacionados à mesma causa. Porém, a implementação destes mecanismos de registro não deve estar atrelado em uma filosofia institucional punitiva, mas sim que privilegia a responsabilidade e comprometimento de cada profissional (LEÃO, 2008).

Assim, constata-se, a partir da perspectiva delineada, que um dos principais desafios apresentados para a equipe multidisciplinar de saúde é o enfoque na cultura de segurança e, neste sentido, os profissionais que atuam nos diferentes níveis de atenção à saúde, devem buscar incessantemente a qualidade e a excelência do cuidado ao paciente (WACHTER, 2010). Segundo Padilha (2001), Beccaria et al. (2009), Fernandes, Pulzi Júnior e Costa Filho (2010), uma das metas a serem cumpridas, principalmente pela equipe de Enfermagem, é prevenir a ocorrência dos erros e eventos adversos no sentido de promover e garantir a segurança do cliente, estabelecendo a cultura de segurança no ambiente de cuidado.

Entende-se que a segurança do paciente deve ser garantida por meio de uma cultura de atitudes segura, construída e aceita por todos os profissionais envolvidos. Avaliar a cultura de segurança em um serviço de saúde tem por finalidade construir um diagnóstico e a partir dele elaborar estratégias de intervenção em todos os fatores que influenciam a segurança do paciente. Algumas organizações como o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (*UK National Health Service*) e a Comissão para Acreditação das Organizações de Saúde (*Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations*), estão encorajando a mensuração da cultura da segurança. Tal interesse deriva em parte de experiências de outras indústrias (energia nuclear, Agência Espacial Americana - NASA) conhecidas pela habilidade de lidar com processos de risco (SEXTON, 2006).

Para avaliar a cultura da segurança, em pesquisas quantitativas, existe uma séria de questionários, dentre eles – Pesquisa Hospitalar sobre a Cultura da Segurança do Paciente (*Hospital Survey on Patient*

Safety Culture – HSOPS); Questionário de Administração Veterana da Cultura da Segurança do Paciente (*Veterans' Administration Patient Safety Culture Questionnaire – VHA PSCQ*); Pesquisa da Cultura da Segurança (*Culture of Safety Survey – CSS*) e Questionário de Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire – SAQ*) (COLLA; BRACKEN; KINNEY, 2005; FLIN et al., 2006; DEILKAS; HOFLOSS, 2008).

Para este estudo utilizou-se o Questionário de Atitudes de Segurança. Esse surgiu a partir de um refinamento de um questionário destinado a gestão de uma Unidade de Tratamento Intensivo que foi derivado de um questionário amplamente utilizado na aviação comercial, Questionário de Atitudes para o Gerenciamento de Vôos (*Flight Attitudes Management Questionnaire - FMAQ*). Foi criado depois que os pesquisadores descobriram que a maioria dos acidentes aéreos foi causada por falhas relacionadas a aspectos interpessoais do desempenho da tripulação, como: o trabalho em equipe, liderança, comunicação e colaborações na tomada de decisão (SEXTON, 2006).

Diante do contexto, percebe-se claramente que os eventos adversos ocorrem muito mais do que os relatos oficiais apontam e não só no ambiente hospitalar mas também no nível primário de atenção a saúde, sendo decorrentes de um cultura de segurança fragilizada e incipiente.

Assim, entende-se que a proposta do presente estudo se justifica cientificamente por possibilitar um diagnóstico relacionado à cultura de segurança entre os profissionais da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde no atendimento primário de saúde. Justifica-se também pela importante iniciativa de inserir entre os profissionais envolvidos no estudo, a discussão e o pensamento crítico sobre as ações de cuidado e as atitudes frente ao próprio erro e o erro do colega, ou seja, perceber o erro como oportunidade de discussão e aprendizado para impedir novos eventos relacionados a mesma causa.

Frente a isso, o presente estudo busca responder a seguinte **pergunta de pesquisa**: “quais as atitudes dos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde de um Distrito Sanitário do Município de Florianópolis que evidenciam a cultura da segurança do paciente?”

1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a cultura da segurança do paciente entre os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de um Distrito Sanitário (DS) do Município de Florianópolis a partir do Questionário de Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire*).

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde de um Distrito Sanitário do Município de Florianópolis.
- Identificar as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde de um Distrito Sanitário do Município de Florianópolis.
- Identificar as sugestões dos profissionais a partir de suas perspectivas para melhorar a cultura da segurança do paciente através do Questionário de Atitudes de Segurança.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, será apresentada uma revisão de literatura sobre a segurança do paciente que fundamenta esta pesquisa e subsidia as discussões e análises sobre as atitudes da cultura da segurança do paciente. A revisão de literatura está organizada de acordo com os seguintes temas:

- **Atenção Primária à Saúde**
- **Segurança do Paciente**
- **Cultura da Segurança do Paciente**

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para melhor entender as competências da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários na atenção primária sente-se a necessidade de compreender a dimensão do setor saúde e as suas especificidades de trabalho. O setor saúde inclui as atividades de promoção, proteção, prevenção e de reabilitação, que envolve desde o autocuidado e a ajuda mútua, a atenção comunitária, os serviços profissionais até o cuidado institucional especializado, incorporando o sistema de serviços de saúde, suas formas de organização e seus estilos de funcionamento (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2000).

No Brasil, o processo de reforma do setor saúde foi impulsionado pelo Movimento da Reforma Sanitária que se propunha a expressar um projeto político de mudança de concepção e das suas práticas de saúde. Por meio desse movimento, houve uma ampliação do conceito de saúde, que passou a ser compreendida como direito do cidadão e dever do Estado, decorrente da expansão estatal, da elaboração da legislação sanitária a partir de 1990 e da organização dos serviços de saúde. Buscou-se instituir um novo modelo assistencial centrado no usuário, voltado ao atendimento integral da saúde, baseado na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida. Foram adotados os princípios de universalidade, integralidade e equidade, que, aliados às diretrizes de descentralização, hierarquização e participação popular, tiveram como eixo principal a municipalização da gestão da saúde (WITT, 2005).

O processo de descentralização convergiu para a ampliação da capacidade de governo local, associada à melhor estruturação da atenção

primária (BODSTEIN, 2002). Nesse processo, a expansão da rede primária ocorreu em dois momentos: o primeiro, com a implantação do SUS, cujo processo de descentralização de ações e serviços de saúde levou os municípios a ampliarem sua rede de serviços e o quadro de recursos humanos.

O segundo momento, desencadeado a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, visava atender a necessidade de reformulação do modelo assistencial, necessária para a efetiva implantação do SUS. Nesse contexto, em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) tanto como uma estratégia para reverter a forma de prestação de assistência à saúde – hospitalocêntrica e de baixa resolubilidade – como um proposta de reorganização da atenção primária, tomada como eixo de reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 2005).

Baseado numa nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, o PSF tem como principais características: a adscrição da clientela, através da definição de território de abrangência da equipe; o enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação; a estruturação de equipe multiprofissional; a ação preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população no lugar da ênfase na demanda espontânea e a atuação intersetorial visando à promoção da saúde (BRASIL, 2004, 2005).

O Programa de Saúde da Família, por não ser uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, propiciando o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Assim, é reconhecida como uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) (SILVA, 2009).

2.1.1 Estratégia Saúde da Família

A partir de 1998 o Programa Saúde da Família se consolidou como - Estratégia Saúde da Família - estratégia estruturante de um modelo de atenção à saúde que priorizou ações pautadas nos princípios da territorialização, da intersetorialidade, da descentralização, da coresponsabilização e da equidade, se direcionando para grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer, ou seja, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.

(TRAD; BASTOS, 1998; BRASIL, 2003).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria GM/MS 648, de 28 de março de 2006: “A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2007, p. 23).

Ainda, esta Política Nacional de Atenção Básica, além dos princípios gerais da Atenção Básica define que a Estratégia Saúde da Família deve:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V - ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2007, p. 23).

Tendo como eixo central o fortalecimento da atenção básica, a Estratégia Saúde da Família foi pensada como mecanismo de rompimento do comportamento passivo dos centros de saúde, entendendo o indivíduo como singular e como parte integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade (BRASIL, 2003; CHIESA; FRACOLLI, 2004).

As equipes da Saúde da Família são compostas, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um técnico/auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando essa equipe é ampliada, conta, ainda, com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e/ou um técnico em higiene dental. O trabalho dessas equipes é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências

e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do ACS (BRASIL, 2008).

Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de cerca de 3.000 a 4.000 habitantes de uma determinada área atuando principalmente nos centros de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2004).

Para a implantação das Equipes de Saúde da Família são necessários alguns itens relacionados à infra-estrutura e recursos, tais como:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;

III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:

a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;

b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de

enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde;

IV - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

V - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS (BRASIL, 2007, p. 23).

A expansão da rede básica, impulsionada pelo processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), provocou mudanças na gestão e na prestação de serviços no setor e transformou o mercado de trabalho em saúde. Neste contexto, a enfermagem tem participado significativamente desse processo, por meio da acentuada municipalização dos empregos públicos para toda a sua equipe. Ressalta-se que, além do intenso esforço de articulação entre as instituições de formação e o sistema de saúde, também se busca um profissional que tenha em seu perfil competência, habilidades e conteúdos contemporâneos para atuar no Sistema Único de Saúde (ALMEIDA, 2003).

Certamente o novo modelo de cuidado proposto exige da equipe de trabalho a aquisição de novas competências, entendida como a mobilização de um saber em ato, construída na relação com o outro, ou seja, no processo do cotidiano de trabalho junto à população (SHIMIZU; ROSALES, 2009).

Atualmente, a OPAS, para o desenvolvimento das equipes da Atenção Primária, tem investido na definição de competências laborais. São consideradas competências gerais: a comunicação, que se constitui ferramenta essencial para o trabalho em equipe, interação com o usuário, comunidade, e outros serviços e setores; a análise das informações do sistema de saúde, para avaliação do estado de saúde da população, das atividades de promoção e prevenção e curativas desenvolvidas; a gestão de recursos humanos para o desempenho do trabalho em equipe, inclusive diagnosticando as dificuldades do trabalho desenvolvido na unidade e com outros níveis de atenção à saúde e o conhecimento das funções essenciais de saúde pública (FESP) (ORGANIZAÇÃO

PANAMERICANA DA SAÚDE, 2005; SHIMIZU; ROSALES, 2009).

2.1.2 Programa de Agente Comunitário de Saúde

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1991 e suas atribuições foram definidas em 1997, pela Portaria Nº. 1.886 (BRASIL, 1997), que aprovou as normas e diretrizes para a regulamentação da implantação e operacionalização do PSF e do PACS. Em seguida, o Decreto Nº. 3.189/1999 fixou as diretrizes para o exercício da atividade dos agentes comunitários de saúde (BRASIL, 1999), mas a regulamentação da profissão só aconteceu em 2002, com a promulgação da Lei Nº. 10.507 (BRASIL, 2002) e a Portaria GM/MS 648 de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o PSF e o PACS.

A Portaria GM/MS 648 (BRASIL, 2007) descreve as atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na APS, sendo caracterizadas por uma atuação vinculada à saúde da comunidade, que proporciona um atendimento humanizado e integral e se responsabiliza pela população. Esta portaria ainda reitera as competências do ACS descritas nas legislações citadas e descreve, de forma ampla, as atribuições específicas desse profissional, sendo elas: registrar as famílias de sua micro-área; estar em contato permanente com a comunidade, desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares, e desenvolvendo ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade; manter a equipe informada de todos os dados coletados; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade e orientá-los quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade (GOMES et al., 2009).

Hoje o Brasil conta com o trabalho de 230.244 ACS, presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados, cobrindo 60,4% da população do país. Apesar de ser um número ainda distante do desejado, é expressiva a importância desse profissional para o aumento do acesso aos serviços básicos de saúde, uma vez que a cobertura das Equipes de Saúde da Família (ESF) alcançou apenas 49,5% da população em 2008 (BRASIL, 2008).

O trabalho dos agentes comunitários de saúde, inseridos nas Equipes de Saúde da Família, diferencia-se da prática dos demais componentes da equipe, na relação que estabelecem com a comunidade. No cotidiano de sua prática, assumem atividades que extrapolam as ações determinadas nas normas do Ministério da Saúde, evidenciando uma flexibilização das tarefas, na tentativa de dar respostas positivas às demandas da população. Dessa forma, acabam rompendo o enrijecimento da organização do trabalho, que se dá quando a divisão de tarefas é bem definida e cada trabalhador fica responsável pelo seu campo exclusivo de atuação. Neste sentido, "mais do que estar próximo da comunidade e da equipe de saúde, o agente comunitário pertence a esses dois territórios, podendo ser facilitador da criação de vínculos" (RODRIGUES; SANTOS; ASSIS, 2010).

No contexto da ESF, o agente comunitário de saúde é considerado o principal elo de comunicação entre o centro de saúde e a comunidade, um profissional fundamental para o melhor desenvolvimento da assistência. O ACS tem como função integrar a comunidade aos serviços de saúde e vice-versa, devendo atuar como facilitador da comunicação que se estabelece nesse processo (SILVA et al, 2005). Por ser morador da comunidade e estar em contato permanente com as famílias, pode facilitar o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizada por toda a equipe. Acredita-se que o agente comunitário representa para o sistema de saúde vigente um elemento com grande potencial de contribuição na reorganização dos serviços de saúde (SILVA et al., 2005; CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

No entanto, um estudo realizado no ano de 2006 na cidade do Rio de Janeiro com uma abordagem socioantropológica centrada na saúde coletiva e nos processos de comunicação e educação em saúde, aponta que, na prática de atuação, ainda predomina o modelo centrado na doença, fiscalizador, avaliado por medidas prescritivas. Tais atitudes encontram-se reforçadas pelas situações hierárquicas do sistema de saúde. A prática da comunicação tradicional se repete, com as vozes dominantes procurando manter seu lugar de fala, a valorização de discursos verticalizados e uma escuta ainda reduzida de outros segmentos sociais, dificultando avanços no processo de mudança efetiva nas dinâmicas locais (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

2.1.3 Enfermagem na Atenção Primária de Saúde

A produção científica da enfermagem nos últimos anos permite compreender como essa área tem contribuído historicamente com o desenvolvimento da atenção primária e das ações básicas de saúde. No Brasil, esta produção evidencia a forma de participação da enfermagem nas políticas de saúde e na expansão da rede básica. Percebe-se a preocupação com a relação entre a formação e a prática, buscando possibilidades de transformação desta e dos modelos assistenciais, em direção à integridade da atenção à saúde (FRIEDRICH, 2000; THUMÉ, 2000).

No entanto, quando se menciona pesquisas relacionadas à segurança do paciente e, principalmente, em cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde pouco se encontra sobre o assunto. Isso não se restringe a produção científica da enfermagem, mas também toda a comunidade científica que há pouco iniciou esse processo de busca e estudos sobre o assunto.

Entende-se que a equipe de enfermagem possui um grande potencial e um importante papel frente às discussões políticas e técnicas sobre a cultura da segurança do paciente, uma vez que ela é quem executa a maior parte das atividades direta com o paciente e família e possui interface com as demais profissões da equipe.

Na Estratégia Saúde da Família, a enfermagem, como outras profissões da saúde, está inserida em um processo coletivo de trabalho, no exercício da multiprofissionalidade, tendo como eixo básico de atenção à saúde da família, nas diferentes etapas do seu ciclo vital.

O cuidado de enfermagem deve favorecer o engajamento ativo da família nas ações de saúde fazendo valer os mecanismos sócio-culturais locais disponíveis para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença. Assim, entende-se que os cuidados/ações de enfermagem devem ser desenvolvidos e realizados por meio de um processo de trabalho, organizado metodologicamente em etapas assim especificadas: planejamento, diagnóstico, implantação e avaliação. A assistência de enfermagem na atenção primária é desenvolvida através da consulta de enfermagem no pré-natal, puericultura, prevenção de câncer de colo uterino e mama, acompanhamento do paciente portador de diabetes e hipertensão, visita domiciliar, vacinação, grupos educativos, procedimentos de enfermagem, supervisão técnica de enfermagem e de agente comunitário de saúde, gerência local, entre outras atividades (VERDI; BOEHS; ZAMPIERI, 2005).

As atividades desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem na atenção primária de saúde, regulamentadas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007), envolvem: participação nas atividades de assistência básica seja na unidade de saúde ou no domicílio dos pacientes ou nos demais espaços comunitários, por meio da realização de procedimentos regulamentados no exercício profissional desta categoria; realização de ações educativas em saúde direcionadas a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento do Centro de Saúde.

Nesta perspectiva, entende-se que a cultura da segurança do paciente entre esses profissionais é bastante importante, pois a falha de comunicação com a equipe e com o paciente pode gerar danos ao paciente. Como exemplo pode-se citar o seguinte contexto: o ACS percebe que um determinado paciente idoso, duas semanas após a realização de uma consulta médica no Centro de Saúde, continua com o mesmo número de comprimidos para uma dada patologia. No enfoque da cultura de segurança, a equipe de enfermagem precisa assistir esse idoso no domicílio para conhecer sua realidade e reorientá-lo, para assim, evitar que a falta desse medicamento possa condicioná-lo ao quadro patológico grave e irreversível.

Frente a este cenário apresentado, justifica-se mais uma vez a necessidade do trabalho em equipe com uma adequada comunicação entre os profissionais e desses com os pacientes, incentivados com educação permanente e, principalmente, que a discussão do erro ocorra com o intuito de aprender com o erro e não de punir quem errou.

2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é um princípio fundamental do cuidado ao paciente e integra um conjunto de ações e esforços complexos no desempenho da melhoria da segurança ambiental e gerenciamento de riscos, incluindo controle de infecção, segurança no uso de medicamentos e equipamentos, segurança da prática clínica e do ambiente de cuidado (WHO, 2005).

Em 1999, o Instituto de Medicina Norte Americano (*Institute of Medicine – IOM*) publicou dados alarmantes referentes à segurança do paciente. O IOM apontou uma estimativa entre 44 mil a 98 mil mortes

de pacientes por ano, decorrentes de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. A análise destes dados tornou-se ainda mais preocupante devido à mortalidade ser maior que a mortalidade provocada por acidentes automobilísticos (43.458 mortes/ano), câncer de mama (42.297 mortes/ano) ou Aids (16.516 mortes/ano), colocando as mortes ocasionadas por tais eventos decorrentes da assistência em saúde como 8ª causa de mortalidade nos Estados Unidos. Este mesmo estudo apontou ainda um custo estimado de 29 bilhões de dólares por ano com eventos que poderiam ter sido prevenidos. (KOHN; ORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Atualmente, observa-se a existência de um forte conjunto de evidências e um vasto conhecimento sobre as implicações que a segurança do paciente, ou a falta dela, tem sobre as organizações de saúde, os seus profissionais e principalmente sob os clientes que a elas recorrem (WEARS, 2004).

Entende-se, a partir do cenário apresentado, que a segurança do paciente seja um dos temas incontornáveis que, nos últimos anos e de forma crescente, tem dominado a agenda das políticas de saúde em muitos países europeus, nos Estados Unidos da América e na Austrália. Destaca-se ainda que este tema também é assunto central na estratégia de várias organizações internacionais, tais como: a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), lançada em 2004 pela Organização Mundial de Saúde; o Grupo de Alto Nível para Serviços de Saúde e Cuidados Médicos (*High Level Group of Health Services and Medical Care*) - Conselho da Europa, que em 2004 estabeleceu um conjunto de programas e de sistemas de relatórios de incidentes com a participação de vários países, incluindo a Suécia, Dinamarca, Holanda, Irlanda, Reino Unido e República Checa; a conferência da presidência Luxemburguesa da União Européia (*Luxembourg Presidency conference on Patient Safety*) em 2005; a reunião final da HOPE *Exchange Programme* 2005, promovida pela Federação Européia de Hospitais e Serviços de Saúde (*European Hospitals and Healthcare Federation – HOPE*), com o tema Segurança do Paciente: Aprender, Partilhar, Melhorar (*Patient Safety: Learning, Sharing, Improving*), entre muitos outros exemplos (WEARS, 2004; ARAH, 2004).

A Agência Nacional de Segurança do Paciente (*National Patient Safety Agency*), considerando a importância do tema e o vital envolvimento de todos os atores da saúde, desenvolveu um documento estratégico, intitulado: Sete passos para a segurança do paciente um guia para o Serviço Nacional de Saúde (*Seven steps to patient safety a guide*

for *National Health Service staff*), onde foram definidos os passos essenciais que as organizações do Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service - NHS*) deveriam adotar no sentido de melhorar a segurança dos pacientes e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Cada um destes passos fornece um *checklist* que ajuda a planejar as atividades e a medir o desempenho e a efetividade das ações adotadas para promover a segurança dos pacientes na atenção primária à saúde.

Destacam-se os seguintes passos: **1** – (*Build a safety culture*) Construir a cultura da segurança; **2** – (*Lead and support your staff*) Liderar e apoiar as equipes de saúde em torno da segurança dos pacientes; **3** – (*Integrate your risk management activity*) Integrar as atividades de gestão do risco; **4** – (*Promote reporting in primary care*) Promover relatórios em atenção primária; **5** – (*Involve and communicate with patients and the public*) Envolver e comunicar os pacientes e a sociedade em geral; **6** – (*Learn and share safety lessons*) Aprender e compartilhar experiências; **7** – (*Implement solutions to prevent harm*) Implementar soluções, para prevenir a ocorrência de situações que possam provocar danos nos pacientes (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2006).

Frente à magnitude do problema, no ano de 2002, a Organização Mundial da Saúde criou um grupo de trabalho com o objetivo de estudar metodologias para avaliar os riscos da segurança do paciente nos serviços de saúde de forma sistemática. Deste resultou a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, em 2004, a qual lançou campanhas mundiais. A primeira delas foi “Cuidado Limpo é Cuidado Mais Seguro” (*Clean Care is Safe Care*) focando na higiene das mãos e nos cuidados que podem prevenir infecções associadas à assistência em saúde, a segunda foi “Cirurgia Segura Salva Vidas” (*Safe Surgery Saves Lives*) buscando a redução dos danos causados por procedimentos cirúrgicos e a terceira, com proposta para iniciar em 2010, foi de Evitar a Resistência à Antimicrobianos (ZAMBON, 2008).

Destaca-se ainda que a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente apresenta as seguintes áreas de trabalho:

1. Avaliar e entender os problemas do cuidado inseguro.

- **Comunicação e Aprendizagem para a Segurança do Paciente** - o programa de comunicação e aprendizagem para a segurança do paciente se destina a ajudar a construir vigilância e sistemas de comunicação em todo o mundo para que os gestores políticos e planejadores da saúde possam ser mais

conscientes da magnitude do problema do cuidado inseguro e definir prioridades de ações (WHO, 2008).

- **Classificação Internacional para a Segurança do Paciente** – este programa foi estabelecido para construir uma Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS) para harmonizar a descrição dos incidentes da segurança do paciente (WHO, 2008).
- **Pesquisa para a Segurança do Paciente** – programa com grandes iniciativas de pesquisas para ser desenvolvido através da fixação de uma agenda global para a segurança do paciente, do desenvolvimento de instrumentos de pesquisas adaptados a diferentes contextos, reforço da capacidade de investigação, financiamento para projetos de pesquisa, apoio à investigação e desenvolvimento de uma rede global de pesquisa para a segurança do paciente (WHO, 2008).

2. Desenvolvimento de normas e estabelecimento de regras para reduzir os danos

- **Soluções para a Segurança do Paciente** – programa estabelecido para criar Estados-Membros com as informações mais confiáveis e evidências na solução da segurança do paciente (WHO, 2008).
- **Os cinco principais problemas** – programa desenvolvido para trabalhar com os Estados sobre as estratégias para melhorar o acesso e a utilização das evidências nas soluções da segurança do paciente (WHO, 2008).
- **Tecnologia para a Segurança do Paciente** – o programa tem como objetivo identificar as áreas onde a tecnologia pode ser usada para melhorar a segurança do paciente no cuidado melhorando a comunicação e a transmissão de confiança da informação (WHO, 2008).

3. Melhorar o acesso ao conhecimento, utilização e avaliação do impacto

- Primeiro desafio: **Cuidado limpo é cuidado mais seguro** – criado para a conscientização e compromisso político sobre a importância da higienização das mãos para evitar infecção oriunda de cuidados de saúde. Este desafio se dirige a um problema de relevância universal para a segurança do paciente, ou seja, está voltado para ações que reduzam as infecções

associados ao cuidado em saúde em todo o mundo. Nos países industrializados, essas infecções complicam entre 5-10% das admissões em cuidados intensivos hospitalares. Nos países em desenvolvimento, a proporção de pacientes infectados pode exceder 25% (WHO, 2008).

- Segundo desafio: **Cirurgia segura salva vidas** – os trabalhos foram iniciados em janeiro de 2007 e tinham como objetivo melhorar a segurança do cuidado cirúrgico ao redor do mundo através da definição de um conjunto de normas mínimas de segurança que pode ser aplicada universalmente em todos os países e ambientes, independente da circunstância ou ambiente. O tratamento cirúrgico é ainda um componente essencial de cuidados de saúde em todo o mundo. Seu rápido crescimento teve um impacto importante na saúde pública. Anualmente, cerca de 230 milhões de grandes operações são realizadas em todo o mundo - um para cada 25 pessoas vivas. Em países desenvolvidos, os resultados da cirurgia em pacientes internados por complicações maiores, invalidez e hospitalização prolongada são 3-16% dos pacientes cirúrgicos. Estima-se que até 50% das complicações e mortes poderiam ser evitadas, tanto no mundo em desenvolvimento e desenvolvidos se determinadas normas básicas de cuidados (WHO, 2008).
- Terceiro desafio: **Enfrentar a resistência microbiana** – Este programa iniciou suas atividades no ano de 2010. Muitas doenças infecciosas já não podem mais ser tratadas eficazmente com fármacos anti-infecciosos comum. A resistência é uma ameaça crescente para o tratamento e controle das doenças infecciosas que vão desde as doenças endêmicas – malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis – a pandêmicas, como a imunodeficiência humana (HIV). A resistência a medicamentos também ameaça o controle das infecções de ocorrência sazonal, como a meningite, influenza, bem como as pandemias com a cepa H5N1 da influenza aviária (WHO, 2008).

O rápido aparecimento de patógenos resistentes a drogas - sejam parasitas, bactérias ou vírus - leva ao fracasso do tratamento e aumento crescente da dependência da segunda linha e terapêutica, com maior potencial de efeitos colaterais tóxicos. Também aumenta o custo do tratamento, muitas vezes além do que pode ser conferida pelos pacientes nos países em desenvolvimento (WHO, 2008).

A redução nos investimentos com pesquisas e desenvolvimento de novas classes de medicamentos anti-infecciosos também estão contribuindo para o declínio das restantes opções de tratamento para doenças infecciosas. Em alguns casos, as opções de tratamento são reduzidas a quase zero. Isso aumenta o risco de transmissão de patógenos resistentes através de infecciosidade prolongada. Isso põe em risco a saúde coletiva de populações inteiras. Há evidências crescentes de que a resistência às drogas contribui, em grande parte, com o aumento da mortalidade por doenças infecciosas em todo o mundo (WHO, 2008).

No dia 26 de outubro de 2010 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária através da Resolução-RDC N°44 que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sobre prescrição médica, isoladas ou em associação, determina em seu Art. 2º que a dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita de controle especial, sendo a 1ª via - Retida no estabelecimento farmacêutico e a 2ª via - devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento (BRASIL, 2010). Esta ação se deve a preocupação com a alta resistência microbiana e teve a intenção de auxiliar a redução do uso indiscriminado de antimicrobianos.

4. Promover a inovação e manter o compromisso

- **Pacientes envolvidos com a segurança do próprio cuidado** – programa desenvolvido para reunir pacientes e seus familiares em todo o mundo e fortalecê-los a expressar suas experiências pessoais e defender a mudança em seu contexto local, trabalhando em parceria com os Estados-Membros e a sociedade civil (WHO, 2008).
- **Prêmio de Segurança** – o programa destina-se identificar as facilidades do cuidado em todo o mundo que são consideradas modelos de segurança do cuidado em saúde, e podem ser fontes de aprendizagem e partilha de melhores práticas para reduzir o dano ao paciente (WHO, 2008).

5. Reforço da capacidade mundial para a Segurança do Paciente

- **Educação para o Cuidado Seguro** – iniciou pelo desenvolvimento de um guia curricular de segurança do paciente direcionado para os alunos de medicina do mundo

todo, com o objetivo de sensibilizá-los para a segurança do paciente e ensiná-los como eles podem contribuir para promover a segurança do paciente (WHO, 2008).

- **Gestão do conhecimento** – o programa visa fornecer uma plataforma para acesso a informação atualizada da segurança do paciente, bem como, reunir a sabedoria e a experiência das pessoas que estão engajadas na melhoria da segurança do paciente em várias frentes, ou seja, pesquisadores, gestores políticos e planejadores hospitalares (WHO, 2008).

Segundo Vincent (2010), as ações e as falhas das pessoas tem individualmente um papel central, porém seus pensamentos e comportamentos são influenciados pelo ambientes de trabalho e pelas rotinas organizacionais. A sequência de acidentes inicia com as consequências negativas dos processos organizacionais, como planejamento, previsão, manutenção, estratégia e política. Assim, as falhas latentes criadas são transmitidas por meio de várias vias organizacionais até o local de trabalho, onde criam as condições locais para que os erros sejam cometidos.

O moderno movimento para a segurança do paciente substitui a prática da culpabilidade individual por uma nova abordagem, conhecida como modelo mental sistêmico “*Systems thinking*” com a idéia de repensar os processos assistenciais em busca das correções necessárias. Tal paradigma pressupõe a condição humana, ou seja, humanos erram e conclui que a segurança depende da criação de sistemas que antecipem os erros e também os previnam ou os interceptem antes de causar danos (WACHTER, 2010).

Segue neste sentido o Modelo do Queijo Suíço que enfatiza que um único erro na ponta raramente é suficiente para causar dano. Em vez disso, esses erros devem perpassar múltiplas e incompletas camadas de proteção para causar um resultado devastador. Na assistência à saúde, esse modelo salienta a concentração na sua causa-raiz – não só na causa aparente, mas em todas as condições subjacentes que tornam um erro possível (WACHTER, 2010).

2.3 CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Segurança do paciente é um componente fundamental da

qualidade de cuidados de saúde. Como as organizações de cuidado de saúde se esforçam continuamente para melhorar, há um reconhecimento crescente da importância da criação de uma cultura de segurança do paciente. Alcançar uma cultura de segurança requer um entendimento de valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados, e esperados (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2009).

A análise de acidentes graves na indústria mudou o foco de regulamentação e da investigação de fatores individuais para os fatores organizacionais, tais como a segurança do paciente. O conceito de cultura de segurança ganhou atenção após o desastre nuclear de Chernobyl, em 1986. Assim, a cultura da segurança reflete essencialmente as atitudes gerenciais e do trabalhador e valores relacionados para a gestão do risco e da segurança (FLIN et al., 2009).

Segundo Nieva e Sorra (2003), a capacidade de uma instituição em obter resultados da segurança do paciente pode ser melhorada quando se cria e se estabelece a cultura da segurança entre os seus profissionais. O maior desafio em um movimento para um sistema de saúde seguro é muitas vezes cultural. Uma cultura de culpa, em que os erros são vistos como fracassos pessoais, deveria ser substituída por uma cultura em que os erros são encarados como oportunidades de melhorar o sistema (IOM, 2001).

Estudos sobre a cultura da segurança estão focados principalmente na exploração do déficit da organização, comunicação e habilidades pessoais. Outros estudos mostram também a relação entre as atitudes de segurança e desempenho da equipe (FLIN et al., 2003; THOMAS et al., 2004). No entanto, os estudos ainda não exploraram as crenças, atitudes e comportamentos dos membros da equipe em relação à segurança do paciente, tampouco o impacto físico e psicológico do risco de erro e do ônus na percepção e no desempenho dos profissionais (WOODS et al., 2005).

Nesta perspectiva, observa-se que uma série de barreiras impede a melhora da segurança do cuidado. Essas barreiras incluem a barreira médica e a barreira social, que perpetua com o mito de que ‘bons profissionais’ de saúde irão realizar perfeitamente o cuidado e, que inversamente, os efeitos adversos serão causados por imprudência, negligência ou incompetência. Outros obstáculos incluem preocupações médico-legais e de responsabilidade que sufocam a comunicação aberta sobre problemas de segurança e compartilhamento de dados, tais como: a falta de consciência da prevalência de erros de saúde e eventos

adversos; a falta de efetivos sistemas de comunicação; falta de sistemas de pensamentos e conhecimentos da natureza sistêmica dos erros de saúde e; uma falta de liderança em matéria de segurança (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2009).

Dadas as várias definições de cultura de segurança propostas na literatura, uma inspeção mais minuciosa dos estudos relacionados a esta temática aponta a existência de pelo menos cinco componentes globais ou indicadores de cultura de segurança. Eles incluem o comprometimento organizacional, o envolvimento da gestão, a capacitação dos funcionários, sistemas de recompensa e sistemas de informação, assim definidos (WIEGMANN et al., 2002):

- O comprometimento organizacional exige de sua gestão uma identificação de segurança como valor central ou um princípio orientador da organização. Uma organização compromissada com a segurança reflete na capacidade de seus gestores de demonstrar uma atitude positiva a uma segurança duradoura em todos os níveis da organização. Ou seja, esse compromisso deve refletir na garantia de uma avaliação regular e das modificações, quando necessárias, nos equipamentos, procedimentos, seleção, treinamentos e horários de trabalho (WIEGMANN et al., 2002);
- O envolvimento da gestão aparece através da participação nas operações diárias, na supervisão ativa de segurança das operações críticas, “permanecendo em contato” com os riscos envolvidos, e na medida em que existe uma boa comunicação sobre as questões de segurança, torna-se capaz de construir um elo de confiança em todos os níveis hierárquicos da organização (WIEGMANN et al., 2002);
- Uma organização com uma cultura de segurança empodera seus funcionários e garante que seus trabalhadores entendam claramente o seu papel fundamental na promoção da segurança. A capacitação gera a percepção de uma atitude de poder que pode levar a uma maior motivação para ir além do dever de segurança organizacional, mas sim assumir a responsabilidade de garantir a operação segura (WIEGMANN et al., 2002);
- A cultura de uma organização de segurança é refletida pela medida que possui um sistema criado para reforçar comportamentos seguros (por exemplo, através de incentivos monetários ou elogio e reconhecimento público pela gestão e

seus pares), bem como sistemas que desencorajam ou punem gerando riscos desnecessários e comportamentos inseguros. No entanto, uma cultura organizacional de segurança significa não apenas a existência de sistemas de recompensas, mas também sistemas de recompensa formalmente documentados, aplicados e muito bem explicado e entendido por todos os seus profissionais (WIEGMANN et al., 2002);

- Um sistema de informação eficaz e sistemático é a chave para identificar a fraqueza e vulnerabilidade de gestão de segurança antes de ocorrer um acidente. Uma importante faceta de uma cultura de boas reportagens é o relato livre e desinibido dos problemas de segurança que chegam ao conhecimento dos trabalhadores durante o curso de suas atividades cotidianas. Para isso é importante garantir que os funcionários não sofrerão represálias ou resultados negativos a partir do uso do sistema de comunicação. Uma organização com uma boa cultura de segurança deve ter um sistema de comunicação formal em vigor e efetivamente utilizado pelos profissionais capaz de permitir e incentivar trabalhadores a comunicar problemas de segurança e, também fornecer um retorno em tempo útil e valioso para todos os funcionários (WIEGMANN et al., 2002).

Entende-se que a qualidade da assistência ao paciente é refletida a partir de um atendimento seguro, e para assegurar isso, é necessária uma cultura de segurança estabelecida. Cultura essa que envolve o comprometimento da instituição e de seus gestores em identificar a necessidade da cultura de segurança e estabelecê-la como eixo norteador de sua organização. Além de envolver-se com as situações cotidianas e buscar conhecer as dificuldades e desafios que o prestador do cuidado direto enfrenta diariamente para, assim, criar um canal de comunicação efetivo com os níveis hierárquicos e permitir a construção da confiança entre todos os envolvidos.

Por conseguinte, quando os elos de confiança estão firmados, as necessidades e erros são expostos mais claramente pelos profissionais e a instituição consegue intervir nos processos de trabalho e na formação permanente, empoderando seus funcionários para garantir a cultura da segurança, bem como a assistência segura e a promoção dela.

Para alcançar a segurança, uma cultura informada depende de como os líderes em todos os níveis de uma organização obtém, usam e

disseminam a informação (EDMONSON, 2004). Consequentemente as organizações devem avaliar a cultura da segurança ao nível de cada departamento ou unidade, bem como, ao nível organizacional para identificar as áreas de cultura com necessidade de melhorar e aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente; avaliar a efetividade das intervenções de segurança do paciente ao longo do tempo e estabelecer metas internas e externas. Portanto, o maior desafio em avaliar a cultura é estabelecer um link entre a cultura da segurança e os resultados da assistência prestada ao paciente (NIEVA; SORRA, 2003; COLLA; BRACKEN; KINNEY, 2005).

Frente a esse desafio, percebe-se a necessidade de também trabalhar o desenvolvimento da cultura da segurança do paciente positiva através dos diferentes níveis de maturidade da cultura da segurança. No contexto da atenção primária à saúde este processo é visto ainda mais complexo, pois exige o desenvolvimento de várias áreas, como o trabalho em equipe, a comunicação e a liderança. Segundo Kirk (2007), não há solução rápida para transformar as organizações neste caminho, leva tempo e exige empenho, mas os benefícios para ambos, pacientes e profissionais poderão ser consideráveis.

3 METODOLOGIA

3.1. TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal prospectivo, uma vez que os dados descrevem a cultura da segurança do paciente a partir das perspectivas do profissional da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) e Hulley et al. (2008), o delineamento transversal da pesquisa é especialmente apropriado para descrever a situação ou as relações entre os fenômenos sem um período de segmento. A estrutura do estudo transversal é importante fonte de informações para a elaboração do diagnóstico em saúde e posterior análise e intervenção a fim de garantir a melhoria da qualidade de atenção.

O estudo do tipo prospectivo, segundo Hulley et al (2008, p.117), é uma estratégia importante para definir a incidência de uma condição, sendo útil também para investigar suas possíveis causas. Esse tipo de estudo possibilita medir variáveis importantes de forma mais completa e acurada.

3.2 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa que teve por objetivo avaliar a cultura da segurança do paciente entre os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde de um Distrito Sanitário do Município de Florianópolis, a partir do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por uma amostra não probabilística estratificada por categoria, pois está baseada no pressuposto de que o conhecimento do pesquisador sobre a sua população e seus elementos

pode ser utilizado para selecionar os casos a serem incluídos na amostra (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A associação entre as variáveis foi considerada estatisticamente significativa para $p\text{-Valor} \leq 0,05$. Para o cálculo do tamanho da amostra, além de um nível de confiança de 95%, utilizamos uma população 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 PACS da área de abrangência do Distrito Sanitário Centro do Município de Florianópolis. A partir do cálculo amostral realizado no Sistema Sestatnet[®] da Universidade Federal de Santa Catarina (NASSAR et al., 2010), a amostra do estudo se constituiu de quatorze (14) enfermeiros, trinta (30) técnicos de enfermagem e cinquenta e dois (52) agentes comunitários de saúde, perfazendo um total de noventa e seis (96) participantes.

Na amostragem estratificada,

a população é dividida em subconjuntos homogêneos dos quais os elementos são selecionados aleatoriamente. [...] o alvo da amostragem estratificada é fortalecer a representatividade da amostra. O procedimento mais comum para se obter uma amostra aleatória estratificada é agrupar os elementos que pertencem a um estrato e selecionar aleatoriamente o número de elementos desejados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os critérios de inclusão da amostra do estudo foram:

- Ser enfermeiro e pertencer à equipe da Estratégia de Saúde da Família ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde dentre os Centros de Saúde (CS) de abrangência do Distrito Sanitário Centro.
- Ser técnico de enfermagem e pertencer à equipe da Estratégia de Saúde da Família ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde dentre os Centros de Saúde de abrangência do Distrito Sanitário Centro.
- Ser agente comunitário de saúde lotado entre os Centros de Saúde de abrangência do Distrito Sanitário Centro.

3.4 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em cinco Centros de Saúde: CS Trindade, CS Agrônômica, CS Monte Serrat, CS Prainha e o CS Centro, todos pertencentes ao Distrito Sanitário Centro do Município de Florianópolis no Estado de Santa Catarina - Brasil.

O município de Florianópolis desde 2002 era dividido em cinco Regionais de Saúde, os quais a partir de julho de 2009, foram denominados Distritos Sanitários (DS). São eles: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul. Cada DS é regionalizado, com base territorial e epidemiológica, vinculados e subordinados técnico-administrativamente à Secretaria Municipal de Saúde. O DS é composto por todas as unidades/serviços de saúde municipais integrantes do seu território de abrangência, com sua rede de saúde hierarquizada a partir dos Centros de Saúde. Dentre as suas atribuições estão avaliar, planejar e assessorar as ações de promoção, prevenção e/ou dar seguimento às de recuperação e reabilitação da saúde para a população de seu Distrito de abrangência (PORTARIA SS/GAB/nº283/2009).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, como forma de consolidar o eixo prioritário das ações na Atenção à Saúde editou em agosto de 2007 a Portaria SS/GAB/nº 283/2007 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2007) que estabelece a Política Municipal de Saúde do Município, centrada na Estratégia de Saúde da Família.

O DS Centro é formado por cinco Centros de Saúde, dois deles com três equipes da ESF, dois com quatro equipes da ESF e um Centro de Atenção Básica sem a presença de uma equipe da ESF devido à caracterização de sua população adstrita, porém possui o PACS para dar suporte aos profissionais desse Centro. Além desses, há também um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) – Ponta do Coral, um Centro de Apoio Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi) e a Policlínica Centro com atendimento de média complexidade. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2009).

3.5 COLETA DE DADOS

O instrumento para a coleta de dados foi um questionário (Apêndice A) de Atitudes de Segurança desenvolvido pela Universidade do Texas para ser utilizado em ambulatorios. Para utilizar o Questionário de Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*) (Anexo A) obteve-se a autorização da Universidade do Texas (*The University of Texas*) para traduzir, adaptar e aplicar o referido questionário (Anexo B).

O questionário de Atitudes de Segurança aplicado está dividido em quatro partes assim estabelecidas:

Parte 1: descreve a qualidade de colaboração e comunicação que tem vivenciado com os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionistas do Centro de Saúde, coordenadores, nutricionistas, psicólogos e odontólogos a partir de uma escala com critérios assim descritos: **Muito Baixo, Baixo, Adequado, Alto, Muito alto e Não se aplica.**

Parte 2: 64 perguntas relacionadas à cultura da segurança do paciente a partir de uma escala com critérios assim descritos: **Não concordo fortemente, Não concordo levemente, Neutro, Concordo fortemente, Concordo levemente e Não se aplica**, a fim de identificar as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente dos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Sanitário Centro

Parte 3: informações complementares como categoria profissional, tipo de vínculo com a instituição, período de trabalho, sexo, tempo de experiência na atenção primária de saúde, tempo de trabalho no CS no momento da realização da pesquisa e idade. Estas informações foram necessárias para caracterizar o perfil dos profissionais das equipes da ESF e PACS do DS Centro como forma de alcançar um dos objetivos específicos da pesquisa.

Parte 4: espaço para citar três principais recomendações para aperfeiçoar a segurança do paciente no CS respectivo, com o objetivo de identificar as sugestões desses profissionais a partir de suas perspectivas para melhorar a cultura da segurança do paciente, de acordo com o terceiro objetivo específico do estudo em questão.

Este instrumento já traduzido e adaptado ao serviço de atenção primária foi submetido a um teste piloto no mês de novembro de 2009 com 15 (quinze) profissionais do Centro de Saúde do Monte Serrat sendo, 05 assistentes administrativos, 02 enfermeiros, 01 técnico de

enfermagem, 01 médico, 01 odontólogos e 01 psicólogo, a fim de contemplar grande parte das categorias profissionais e, assim avaliar a cultura da segurança do paciente entre os profissionais da equipe da ESF.

O teste piloto, segundo Hulley et al (2008), tem por objetivo esclarecer, refinar e medir a duração da aplicação do instrumento, além de avaliar se uma questão produz uma faixa adequada de respostas e para testar a validade e reprodutibilidade do instrumento.

Este teste possibilitou algumas mudanças no desenvolvimento da pesquisa, dentre elas a redução do número de categorias profissionais, optando por um recorte para os enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS.

Quanto ao questionário, houve a necessidade de duas alterações, a primeira, decidiu-se acrescentar no início do questionário um parágrafo apresentando o conceito de segurança do paciente, segundo a Fundação Nacional de Segurança do Paciente (*National Safety Patient Foundation*), pois o termo segurança do paciente, ainda é muito recente para estes profissionais. A segunda alteração foi adequar a questão de número 51, a qual dizia “Há grande difusão de *guidelines* e *critérios baseados em evidência*” para “Há grande divulgação de trabalhos, protocolos de atendimento, normativas neste Centro de Saúde.” Essa modificação se deve a questionamentos realizados por alguns profissionais em relação as palavras *guidelines* e *critérios baseados em evidência* durante o período em que estavam respondendo ao questionário. Portanto, decidiu-se readequar essa questão com palavras de mais fácil compreensão.

O período de coleta de dados ocorreu no mês de Julho de 2010, momento em que os ACS do DS Centro estavam recebendo o Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde junto a Escola de Formação em Saúde (EFOS) da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina. Todos os ACS do Distrito Centro estavam divididos em duas turmas. Por conta disso, houve a necessidade de participar de dois momentos, um em cada turma para que fosse possível obter o número total da amostra.

Os ACS receberam as informações referentes aos objetivos do trabalho, as orientações sobre o preenchimento do questionário e lhes foi solicitado participação na pesquisa contribuindo com suas respostas sobre a cultura da segurança do paciente levando em consideração os critérios éticos da pesquisa. Os questionários foram entregues junto com o termo de consentimento livre e esclarecido e os ACS foram orientados

a colocar os questionários em um envelope diferente da segunda via do termo de consentimento livre e esclarecido, assim se poderia assegurar o anonimato das respostas do questionário.

Para a coleta de dados com os enfermeiros e técnicos de enfermagem houve a necessidade de momentos diferentes para cada Centro de Saúde. Essa dinâmica procedeu de forma semelhante em todos os CS. Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, receberam orientações sobre o preenchimento do questionário e esses, depois de respondidos, foram deixados em envelopes diferentes na sala da coordenação do CS assegurando a confidencialidade e o anonimato das respostas.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis que integram o estudo se constituem em variáveis dependente, independente, qualitativas nominais, numéricas e quantitativas que contemplam variáveis sócio-demográficas dos participantes e variáveis relacionadas às atitudes de segurança. Dentre as principais variáveis definidas para o estudo destacam-se:

Variável Dependente:

- **Cultura da Segurança do Paciente:** é 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 (SEXTON, 2006).

Variável Independente:

- **Atitudes de Segurança:** o Questionário de Atitudes de Segurança avalia o cuidador nas atitudes como: satisfação no trabalho, cultura do trabalho em equipe, condições de trabalho, percepção sobre a gerência, cultura da segurança do paciente, reconhecimento do estresse, comunicação (SEXTON, 2006).

Variáveis Qualitativas:

- **Satisfação do trabalho:** positividade da experiência do trabalho desenvolvido (SEXTON, 2006), ou seja, como são

vistos as atividades realizadas pelo profissional e pela equipe.

- **Cultura do trabalho em equipe:** percepção da qualidade de colaboração entre os profissionais da equipe (SEXTON, 2006).
- **Condições de trabalho:** percepção na qualidade do ambiente de trabalho e suporte de logística (SEXTON, 2006). Na perspectiva do estudo proposto, as condições de trabalho se estabelecem nas relações interpessoais entre os profissionais e entre o profissional e o paciente, bem como nas condições estruturais referentes aos materiais necessários para o desenvolvimento do cuidado ao paciente, pontuando a presença ou não desses materiais e insumos, além da manutenção e condições de uso dos equipamentos.
- **Comunicação:** a comunicação, a transferência da informação e do conhecimento entre os profissionais de saúde são essenciais para aperfeiçoar a segurança do paciente. No entanto, para este estudo a comunicação é o reflexo de um processo no qual os atores envolvidos são sujeitos atuando ora como emissores ora como receptores, dependendo do contexto em que se encontram no momento da ação (CASTRO, 2003). A comunicação será entre os profissionais frente às colocações de cada um, a discussão de um erro, a liberdade para colocar suas necessidades, dúvidas, questionamentos junto aos colegas e coordenação, orientação correta ao paciente quanto ao tratamento, exposição adequada e clara da situação diagnóstica para o paciente e familiar, transferência das informações relacionadas ao paciente, além de informações sobre condutas institucionalizadas frente a diagnóstico, tratamento e promoção da saúde, como protocolos, fluxos de atendimento, entre outros.
- **Segurança do Paciente:** A Fundação Nacional da Segurança do Paciente (*National Safety Patient Foundation*) define Segurança do Paciente como prevenção e melhoria dos resultados de eventos adversos ou danos decorrentes dos processos de cuidado em saúde. A segurança não reside em uma pessoa, dispositivo ou serviço, mas emerge das interações entre componentes de um sistema (WHO, 2005).
- **Educação permanente:** é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e

o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004). Para esse estudo, a educação permanente é a preocupação da instituição em promover, supervisionar e avaliar a educação durante o processo de trabalho com a finalidade de melhorar a prestação de serviço em saúde para a população.

- **Gerência do Centro de Saúde:** administração local representada por um coordenador com a função de ser o elo entre os profissionais do centro de saúde e os setores de gestão da Secretaria de Saúde do Município, bem como com os pacientes, além de gerir os recursos de materiais e recursos humanos. Avaliada pelas ações gerenciais.
- **Reconhecimento do Estresse:** reconhecimento de como o desempenho é influenciado pelos fatores estressantes (SEXTON, 2006). Neste estudo, consideram-se como fatores estressantes as horas de trabalho não adequadas para proporcionar o melhor atendimento aos pacientes, o número insuficiente de profissionais para suprir a carga de trabalho, a falta de material e insumos para a prestação do cuidado.
- **Erro:** é um evento que pode ser evitado pelos profissionais de saúde mediante a adoção de medidas preventivas. Este se apresenta quando uma ação ou omissão se desvia do processo normal, provocando como consequência um resultado adverso (CASSIANI, 2006).
- **Status do trabalho:** por ser uma instituição pública, o status do trabalho dos profissionais do proposto estudo, ou será servidor estatutário (concurado), ocupante de cargo público provido por concurso público, nos moldes do art.37, II, da Constituição Federal, regido por um estatuto, definidor de direitos e obrigações, ou será servidor temporário (contratado) que exerce função pública contratado por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público (BACCHELLI, 2008).
- **Sexo:** Neste estudo, sexo será caracterizado por M (Masculino) e F (Feminino).

Variáveis Quantitativas:

- **Tempo de trabalho em Centros de Saúde/Atenção Primária de Saúde:** representado pelo número de anos e meses completos trabalhados em Centros de Saúde.

- **Tempo de Trabalho no Centro de Saúde:** representado pelo número de anos e meses completos trabalhos no Centro de Saúde onde atua no momento da pesquisa.
- **Idade dos profissionais:** representada pelo número de anos completos do enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde no momento da pesquisa.
- **Carga Horária:** carga horária diária de trabalho do profissional no Centro de Saúde seja ela de seis horas ou oito horas/dia.

Da organização das variáveis, as perguntas que compõe o questionário de atitudes de segurança foram agrupadas segundo suas características para formar as nove atitudes de segurança, conforme Apêndice B.

Para cada pergunta do questionário foi estabelecido escores de 02 a 10, sendo (02) Não concordo fortemente – representado pela letra A, (04) Não concordo levemente – representado pela letra B, (06) Neutro – representado pela letra C, (08) Concordo levemente – representado pela letra D e (10) Concordo fortemente – representado pela letra E. A troca das letras de A à E para os escores se fez no momento de contabilizar os resultados devido a necessidade de transformar esses resultados em dados quantificáveis e, assim, mensurar a cultura da segurança do paciente.

Para a análise estatística dos dados utilizou-se o Software Microsoft Excel® com o apoio da ferramenta Action® para Excel®. Esse sistema foi selecionado porque ele oferece uma ampla variedade de habilidades para todo o processo analítico. Com o Excel®, é possível gerar rapidamente informações para a tomada de decisão por meio de poderosas estatísticas, compreender e apresentar eficientemente resultados com tabelas e gráficos de alta qualidade e compartilhar resultados com outras pessoas através de diversos tipos de relatório. Isto permite tomar decisões mais inteligentes, com mais rapidez, descobrindo fatos, padrões e tendências importantes para o estudo.

No processamento e análise dos dados, empregou-se a estatística descritiva com cálculo de médias, e estatística inferencial a partir das análises de variância ANOVA e LSD (Least Significant Difference) ou Fisher com correções de Bonferroni para o estabelecimento da diferença mínima significativa entre os testes realizados. Considerou-se o nível de significância p-Valor $\leq 0,05$ para um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados. A memória dos cálculos realizados está

disposta no Apêndice C.

A análise de variância ANOVA é um procedimento paramétrico usado para testar as diferenças das médias de grupos de três ou mais grupos. Ela decompõe a variabilidade total de uma variável dependente em: variabilidade atribuível à variável independente e variabilidade devido a outras fontes (POLIT; HUNGLER; BECK, 2004), ou seja, nesse contexto, a ANOVA será usada para avaliar o efeito de duas ou mais variáveis independentes – as atitudes de segurança – sobre a variável dependente - a cultura da segurança do paciente.

A interpretação dos comentários referentes às recomendações de aperfeiçoamento da prática segura nos centros de saúde se fez à luz das referências bibliográficas.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização deste estudo foram respeitados todos os preceitos éticos determinados pela resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CSN, 1996) através do cumprimento das exigências do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), por meio do direito de informação do indivíduo e respeito à liberdade dos participantes para que possam, a qualquer momento, desistir do estudo.

Esta Resolução fundamenta-se, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, em quatro princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Esses princípios visam assegurar os direitos e deveres a respeito da comunidade científica aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Para tornar compreensíveis os conhecimentos éticos e bioéticos, explicitaram-se os quatro princípios em seus conceitos, segundo (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002):

- ✓ O princípio do RESPEITO À AUTONOMIA pode ser definido como uma questão de ter capacidade de controlar ponderadamente e de se identificar com desejos e preferências próprias.
- ✓ O princípio da BENEFICÊNCIA é considerado o princípio fundamental para a assistência à saúde, por ser compreendido como uma ação a ser realizada em benefício ao outro.
- ✓ O princípio da NÃO-MALEFICÊNCIA pode ser compreendido como a obrigação de não causar dano ao outro.
- ✓ O último princípio, de JUSTIÇA, é entendido como uma palavra que possui como significado a distribuição equitativa,

conforme respectivas prerrogativas, deveres e benefícios.

Neste sentido, para atingir os objetivos propostos pelo estudo cada participante terá seu anonimato garantido, bem como o sigilo de suas informações através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e o Departamento de Integração Ensino e Serviço/Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, em 31 de agosto de 2009 – protocolo nº 0286/09 (Anexo C) e em 18 de agosto de 2009 (Anexo D), respectivamente, sendo aprovado, sem ressalvas, pelos membros das duas entidades.

Vale ressaltar que o pré-teste estava contemplado em um estudo intitulado “Segurança do paciente no domicílio: fatores de risco para úlceras por pressão” desenvolvido pela pesquisadora na disciplina NFR 3129 - Tópico de Pesquisa: Pesquisa Clínica e Segurança do Paciente II do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina no ano de 2009.

Frente à perspectiva de aumentar a amostra do estudo e desmembrá-lo a outra problemática, a pesquisadora, respeitando os preceitos éticos, encaminhou ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e ao Departamento de Integração Ensino e Serviço/Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis um adendo (Apêndice E) solicitando a ampliação da amostra e teve sua aprovação através do parecer consubstanciado do projeto de número 286/09 datado de 29 de março de 2010 (Anexo E) e declaração datada de 16 de março de 2010 (Anexo F).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo é composto por dois artigos conforme a resolução 006/PEN/2009 de 2009 de 02 de dezembro de 2009 (Anexo G), que dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Os dois artigos são referentes à análise dos dados obtidos através do Questionário de Atitudes de Segurança aplicado a enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que atuam nas equipes de ESF e PACS da atenção primária à saúde de um dos Distritos Sanitários do município pesquisado. Estes visam responder aos objetivos específicos do estudo, ou seja, (1) caracterizar o perfil dos profissionais das equipes da ESF e PACS, (2) identificar as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais das equipes e (3) identificar as sugestões dos profissionais a partir de suas perspectivas para melhorar a cultura da segurança do paciente através do SAQ.

O primeiro artigo está intitulado “Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde”; e o segundo está intitulado “Atitudes de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde”.

4.1 ARTIGO 1 - CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Artigo a ser submetido à Revista Texto&Contexto Enfermagem, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo H).

CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PATIENT SAFETY CULTURE IN PRIMARY HEALTH CARE

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EM ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Fernanda Paese

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PEN/UFSC; Membro do Grupo de Estudos em Pesquisa Clínica, Tecnologia e Informática em Saúde e Enfermagem GIATE/PEN/UFSC. Endereço para correspondência: Rua Pintor Eduardo Dias, nº738, apto 502, Barreiros, São José/SC; CEP: 88117-013. Telefone: (48) 3304-6755. E-mail: fernandanfr09@yahoo.com.br

Grace Teresinha Marcon Dal Sasso

Doutora em Informática em Saúde e Enfermagem; Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC; Líder do Grupo de Estudos em Pesquisa Clínica, Tecnologia e Informática em Saúde e Enfermagem GIATE/PEN/UFSC. E-mail: grace@ccs.ufsc.br

Resumo

Objetivo: Identificar as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Métodos:** Aplicou-se o questionário de atitudes de segurança com 64 perguntas a uma amostra de 96 profissionais da equipe de enfermagem e ACS na cidade de Florianópolis/SC, a fim de avaliar nove atitudes de segurança (Satisfação do Trabalho, Cultura do Trabalho em Equipe, Condições de Trabalho, Comunicação, Segurança do Paciente, Reconhecimento do Estresse, Educação Permanente, Gerência do Centro de Saúde e Erro). **Resultados:** As atitudes Cultura do Trabalho em Equipe, Condições de Trabalho, Comunicação e Gerência do Centro de Saúde tiveram p-Valor $\leq 0,05$ se evidenciando como atitudes significativas da cultura da segurança do paciente. **Conclusão:** As atitudes de segurança analisadas de forma geral são percebidas pelo grupo do estudo de forma semelhante.

Descritores: Cultura, Segurança, Atenção Primária à Saúde, Equipe de Enfermagem

Abstract

Objective: Identify the attitudes that demonstrate safety culture by the professionals of the Family Health Strategy and Community Health Agents Program. **Methods:** We applied the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) with 64 questions to 96 professional of Nursing Team and CHAP in the Florianopolis city, in order to assess nine safety attitudes (Job Satisfaction, Teamwork Climate, Working Conditions, Communication, Security Patient, Stress Recognition, Continuing Education, Perceptions of Management and Error). **Results:** Teamwork Climate, Working Conditions, Communication and Perceptions of Management had a p-Value $\leq 0,05$ is showing significant attitude for the culture of patient safety. **Conclusion:** The analysis of safety attitudes are noted by the group in the similar way.

Descriptors: Culture, Safety, Primary Health Care, Nursing Team

Resumen

Objetivo: Identificar actitudes que demuestran cultura de seguridad de los pacientes por los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia y el Programa de Agentes Comunitarios de Salud. **Métodos:** Se aplicó el cuestionario de actitudes de seguridad con 64 preguntas a una muestra de 96 profesionales de un grupo de enfermería y PACS de la ciudad de Florianópolis, con el fin de evaluar nueve actitudes de seguridad (Satisfacción em el Trabajo, Cultura del Trabajo em Equipo, Condiciones de Trabajo, Comunicación, Seguridad Paciente, Reconocimiento del estrés, Educación Continua, Centro de Gestión de Salud y Error). **Resultados:** Cultura del trabajo en equipo, Condiciones de trabajo, Comunicación y Gestión del Centro de Salud tenía un p-valor menor 5% son las actitudes significantes para la cultura de seguridad del paciente. **Conclusión:** Las actitudes de seguridad analizadas en general son percibidas por el grupo analizado de una manera similar.

Descriptoros: Cultura, Seguridad, Atención Primaria de Salud, Grupo de Enfermería

INTRODUÇÃO

Segurança do paciente é um componente fundamental da qualidade de cuidados de saúde. Como as organizações de cuidado de saúde se esforçam continuamente para melhorar, há um reconhecimento crescente da importância de uma cultura de segurança do paciente.

Alcançar uma cultura de segurança requer um entendimento de valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados.¹

A análise de acidentes graves na indústria mudou o foco de regulamentação e da investigação de fatores individuais para os fatores organizacionais, tais como a segurança do paciente. O conceito de cultura de segurança ganhou atenção após o desastre nuclear de Chernobyl em 1986. Assim, a cultura da segurança reflete essencialmente as atitudes gerenciais e do trabalhador e valores relacionados para a gestão do risco e da segurança.²

A capacidade de uma instituição em obter resultados da segurança do paciente, conforme Nieva,³ pode ser melhorada quando se cria e se estabelece a cultura da segurança entre os seus profissionais. O maior desafio em um movimento para um sistema de saúde seguro é muitas vezes cultural. Uma cultura de culpa, em que os erros são vistos apenas como fracassos pessoais, deveria ser substituída por uma cultura em que os erros sejam encarados como oportunidades de melhorar o sistema.⁴

Desse modo, cultura pode ser definida como o somatório dos valores, experiências, atitudes e práticas que orientam o comportamento de um grupo. As características de uma cultura de segurança sólida incluem o compromisso para discutir e aprender com os erros, o reconhecimento da inevitabilidade do erro, identificação pró-ativa das ameaças latentes e incorporação de um sistema não punitivo para o relato e análise dos eventos adversos.⁵

Estudos sobre a cultura da segurança estão focados principalmente na exploração do déficit da organização, comunicação e habilidades pessoais. Outros estudos mostram também a relação entre as atitudes de segurança e desempenho da equipe.^{6,7} No entanto, os estudos ainda não exploraram as crenças, atitudes e comportamentos dos membros da equipe em relação à segurança do paciente, tampouco o impacto físico e psicológico do risco de erro e do ônus na percepção e no desempenho dos profissionais.⁸

Para alcançar a segurança, ou seja, uma cultura informada, depende de como os líderes em todos os níveis de uma organização, obtêm, usam e disseminam a informação.⁹ Consequentemente as organizações devem avaliar a cultura da segurança ao nível de cada departamento ou unidade, bem como, ao nível organizacional para identificar as áreas de cultura com necessidade de melhorar e aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente; avaliar a

efetividade das intervenções de segurança do paciente progressiva e continuamente e estabelecer metas internas e externas. Portanto, o maior desafio em avaliar a cultura é estabelecer um elo entre a cultura da segurança e os resultados da assistência prestada ao paciente.^{3,10}

A atenção primária tem sido considerada relativamente segura, apesar de incidentes ocorrerem neste cenário. A ocorrência de incidentes em cuidado de saúde primário está estimada entre 5 a 80 vezes por 100.000 consultas.^{11,12} Os resultados de um estudo recente realizado na Holanda mostraram que os eventos adversos de drogas administradas no domicílio foram uma importante causa de hospitalizações agudas, com quase 50% de internações potencialmente evitáveis.¹³

Pesquisas relacionadas à segurança do paciente estão direcionadas principalmente para a assistência hospitalar, apesar da maioria dos pacientes receber seus cuidados de saúde na atenção primária, especialmente em países com um sistema de atenção primária forte e atuante.¹⁴⁻¹⁶ Ressalta-se que, em seus relatórios, tanto o Reino Unido quanto os Estados Unidos excluíram a atenção primária de suas discussões a cerca da segurança do paciente. Entretanto, destaca-se que a maioria dos cuidados de saúde é desenvolvida fora dos ambientes hospitalares e que muitos incidentes identificados nos hospitais têm origem em outros locais, como na atenção primária à saúde¹⁷.

Normalmente, a avaliação da cultura da segurança do paciente é desenvolvida mediante investigação por questionário aos trabalhadores e gestores sobre suas atitudes para a segurança e as percepções de como ela é priorizada e gerenciada na unidade de trabalho ou em toda a organização.²

Neste estudo, por sua vez, utilizou-se o Questionário das Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire* - SAQ), uma das ferramentas mais utilizadas para avaliar a cultura da segurança por meio do cuidado de saúde que é prestado e que tem sido usada para explorar o relacionamento entre a cultura da segurança do cuidado em saúde e o resultado no paciente.¹⁸ Assim, o objetivo desta pesquisa foi identificar as atitudes dos profissionais das equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que evidenciam a cultura da segurança do paciente através da aplicação do SAQ.

METODOLOGIA

Estudo transversal prospectivo de natureza quantitativa. A população do estudo foi constituída por uma amostra não probabilística

estratificada por categoria. Foram assim, selecionados propositalmente, 52 agentes comunitários de saúde, 30 técnicos de enfermagem e 14 enfermeiros que integram as equipes da ESF e PACS da área de abrangência dos cinco Centros de Saúde do Distrito Sanitário Centro do Município de Florianópolis. O critério de inclusão para a amostra do estudo foi pertencer a essas categorias profissionais e as equipes da ESF e PACS.

Para a realização deste estudo foram respeitados todos os preceitos éticos determinados pela resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) através do cumprimento das exigências do TCLE. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, recebendo parecer favorável sob o número do protocolo 0286/09.

O instrumento para a coleta de dados foi o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) desenvolvido pela Universidade do Texas para ser utilizado em ambulatórios. Para trabalhar com o SAQ se obteve a autorização da Universidade do Texas para traduzir, adaptar e aplicar o referido questionário. A coleta ocorreu no mês de julho de 2010. Neste período o instrumento foi entregue aos participantes mediante convite para participação da pesquisa com o termo de consentimento livre e esclarecido e explicação sobre os objetivos do estudo e forma de preenchimento. Após um período de 15 a 20 minutos, os participantes foram orientados a colocá-lo em um envelope na sala da coordenação de cada Centro de Saúde, para assim, assegurar o sigilo do respondente.

O questionário de atitudes de segurança foi desenvolvido há mais de 15 anos, para avaliar a qualidade de segurança e o trabalho em equipe associado a normas e o comportamento individual dos trabalhadores, em determinado local. O questionário compreende nove atitudes: Satisfação do Trabalho, Condições de Trabalho, Cultura do Trabalho em Equipe, Comunicação, Gerência do Centro de Saúde, Segurança do Paciente, Reconhecimento do Estresse, Educação Permanente e Erro. Essas atitudes conceituadas e exemplificadas estão presentes no Quadro 1.

Quadro 1. Definições das Atitudes de Segurança e alguns exemplos no contexto do SAQ

Definição das Atitudes de Segurança	Exemplos dos itens incluídos em cada Atitude de Segurança
Satisfação do Trabalho: positividade da experiência do trabalho desenvolvido	Este Centro de Saúde é um bom lugar para trabalhar.
	Eu gosto do meu trabalho.
Cultura do Trabalho em Equipe: percepção da qualidade de colaboração entre os profissionais da equipe	Os médicos e enfermeiros aqui trabalham juntos como um time bem organizado.
	Eu tenho suporte que eu preciso de outros colegas para cuidar dos pacientes.
Condições de Trabalho: percepção na qualidade do ambiente de trabalho e suporte de logística.	Sobrecarga de trabalho é comum neste Centro de Saúde.
	O número de profissionais deste Centro de Saúde é suficiente para atender o número de paciente.
Comunicação: transferência da informação e do conhecimento.	Orientações são comuns neste Centro de Saúde.
	Todas as informações necessárias para a decisão diagnóstica e terapêutica estão rotineiramente disponíveis para mim.
Segurança do Paciente: prevenção e melhoria dos resultados de eventos adversos.	Eu me sentiria seguro recebendo tratamento neste Centro de Saúde como paciente.
	Segurança do paciente é constantemente reforçado como prioridade neste Centro de Saúde.
Educação Permanente: é o encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho.	Treinamentos na minha área são adequadamente supervisionados.
	Para a tomada de decisão utiliza as ideias e colocações de profissionais bem conceituados/de referência.
Gerência do Centro de Saúde: ações gerenciais.	A coordenação deste Centro de Saúde apóia meus esforços diários.
	Eu não consigo expressar as minhas discordâncias com a coordenação deste Centro de Saúde.
Reconhecimento do Estresse: reconhecimento de como o desempenho é influenciado pelos fatores estressantes.	Quando meu trabalho torna-se excessivo, meu desenvolvimento é prejudicado.
	Eu estou mais sujeito a cometer erros em situações de tensão e hostilidade.
Erro: é um evento que pode ser evitado pelos profissionais de saúde mediante a adoção de medidas preventivas.	Resultado de teste anormal são frequentemente esquecidos ou fecham-se os olhos para.
	Eu tenho visto erros que tem potencial para prejudicar o paciente.

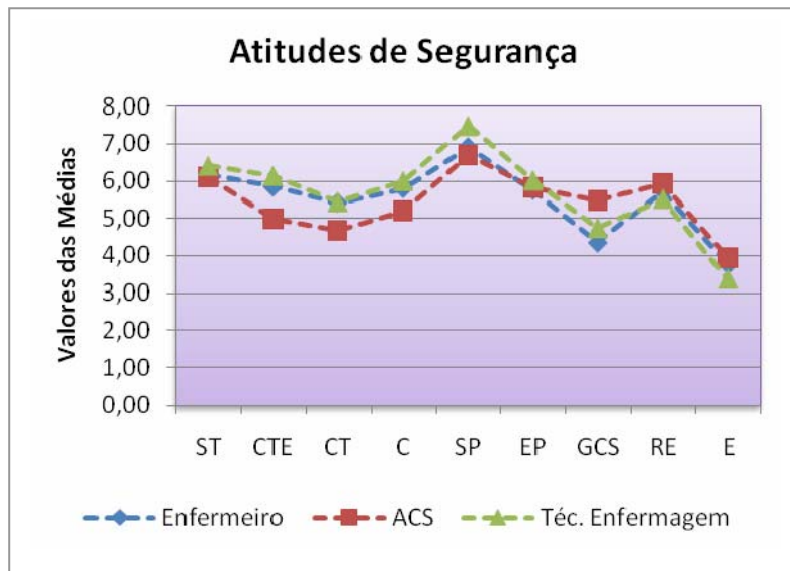
Para cada pergunta do questionário foi estabelecido escores de 02 a 10, sendo (02) Não concordo fortemente – representado pela letra A, (04) Não concordo levemente – representado pela letra B, (06) Neutro – representado pela letra C, (08) Concordo levemente – representado pela letra D e (10) Concordo fortemente – representado pela letra E. A troca das letras de A à E para os escores se fez no momento de organizar os resultados devido a necessidade de transformar esses resultados em dados quantificáveis e, assim, mensurar a cultura da segurança do paciente.

Para a análise estatística dos dados foi considerado um nível de significância $p\text{-Valor} \leq 0,05$ para um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados. Utilizou-se a estatística descritiva com cálculos de média e, estatística inferencial de análise da ANOVA e LSD (*Least Significant Difference*) ou Fisher com correções de Bonferroni para o estabelecimento da diferença mínima significativa entre os testes realizados. Para se trabalhar esses cálculos estatísticos adotou-se o Software Microsoft Excel[®].

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos resultados mostrou estatisticamente que não houve diferença entre as três categorias profissionais quanto à percepção das atitudes de segurança quando analisadas num contexto geral. Ou seja, as três categorias profissionais vêm as atitudes de forma semelhante. O gráfico a seguir (Figura 1) apresenta as nove atitudes de segurança conforme as categorias profissionais.

Figura 1. Atitudes de Segurança evidenciada por categoria profissional



Fonte: Resultados do próprio trabalho 2010.

Legenda: ST: Satisfação do Trabalho; CTE: Cultura do trabalho em equipe; CT: Condições de Trabalho; C: Comunicação; SP: Segurança do Paciente; EP: Educação Permanente; GCS: Gerência do Centro de Saúde; RE: Reconhecimento do Estresse; E: Erro.

Por intermédio do gráfico acima, evidencia-se que a atitude Segurança do Paciente obteve a média mais alta (Média dos ACS: 6,69; Téc. Enfermagem: 7,48 e Enfermeiros: 6,90) entre as três categorias avaliadas. Por conta disso, pode-se dizer que ela é considerada a atitude mais importante para esse grupo de profissionais. Em contra partida, a média da atitude Erro (Média dos ACS: 3,95; Téc. Enfermagem: 3,36 e Enfermeiros: 3,77) se apresentou como a mais baixa entre todas, logo, pode-se inferir que o Erro foi considerado da mesma forma pelas três categorias como a menos relevante.

Pela análise dessas afirmações é possível observar que o grupo identifica o erro como uma atitude menos relevante para a cultura da segurança do paciente. De certa forma, o erro ainda está muito associado à culpa, a um ambiente de trabalho punitivo e a uma cultura de pensar que os erros provocados pelo prestador de cuidado em saúde é resultado

de descuido. Uma pesquisa revela neste sentido que apenas 2 a 3% dos grandes erros são relatados por meio de sistemas de informações e que os profissionais de saúde, muitas vezes, relatam apenas o que eles não podem esconder.¹⁹

Neste caso, a literatura coloca que “evitar a culpa” é um dos mais complexos assuntos a serem trabalhados no campo da segurança e traz um novo conceito de “cultura da justiça” como forma de atingir o foco apropriado no “evitar a culpa”. Uma cultura de justiça distingue entre “erro humano” (inevitável e manejado por meio da mudança de sistemas), “comportamento de risco” (como o dos criadores de atalhos) e “comportamento imprudente” (agir conscientemente de forma substancial e injustificadamente arriscada), o que é condenável e pelo qual o indivíduo deve ser responsabilizado.²⁰

Assim, trabalhar nas equipes sobre o erro e a culpa pode ser uma alternativa para modificar e transformar o erro em oportunidade de discutir e desenvolver o pensar crítico sobre as ações de cuidado e as atitudes frente ao próprio erro e o erro do colega, ou seja, percebê-lo como oportunidade de aprendizado para impedir novos eventos relacionados à mesma causa.

Na análise dos dados utilizou-se o teste ANOVA para avaliar a existência de diferenças significativas entre as atitudes de segurança identificadas nesta pesquisa. Para a avaliação dos resultados, utilizaram-se os dados das três categorias profissionais – enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

As variáveis Condições de Trabalho, Cultura do Trabalho em Equipe, Comunicação e Gerência de Centro de Saúde, obtiveram p-Valor $\leq 0,05$, ou seja, elas foram significativas demonstrando sua relação com a Cultura da Segurança do Paciente. As demais atitudes Satisfação do Trabalho (p-Valor: 0,50), Segurança do Paciente (p-Valor: 0,14), Educação Permanente (p-Valor: 0,88) e Reconhecimento do Estresse (p-Valor: 0,50) apresentaram um p-Valor superior ao intervalo de confiança estabelecido para o estudo.

A cultura do trabalho em equipe, para este grupo analisado, é uma das atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente. A Figura 2 revela que existe uma diferença maior entre as médias em relação aos ACS. Este dado possibilita dizer que essa categoria percebe de uma forma diferente das demais. Neste sentido, é importante ressaltar que o ACS, desenvolve a maioria de suas atividades diretamente na comunidade, no domicílio do paciente e tem menor contato com os demais profissionais o que justificaria perceber de forma diferente o trabalho em equipe. Em contra partida, os outros profissionais

compartilham o mesmo espaço por um período mais logo da sua jornada de trabalho.

Figura 2. Resultado do teste ANOVA para as diferentes categorias profissionais

Condições de Trabalho					
Categoria	Soma	Média	Variância	F	p-Valor
ACS	243	4,67	1,869	4,283	0,017
Téc. Enfermagem	163	5,43	1,145		
Enfermeiro	75	5,42	1,508		

Cultura do Trabalho em Equipe					
Categoria	Soma	Média	Variância	F	p-Valor
ACS	260	5,00	2,725	6,035	0,003
Téc. Enfermagem	184	6,13	1,606		
Enfermeiro	81	5,85	1,443		

Comunicação					
Categoria	Soma	Média	Variância	F	p-Valor
ACS	270	5,20	1,384	6,375	0,002
Téc. Enfermagem	179	5,99	0,595		
Enfermeiro	81	5,81	0,640		

Gerência do Centro de Saúde					
Categoria	Soma	Média	Variância	F	p-Valor
ACS	284	5,47	3,064	3,027	0,053
Téc. Enfermagem	141	4,73	3,388		
Enfermeiro	61	4,36	2,863		

Fonte: Resultados do próprio trabalho 2010.

Sob outro ângulo, o ACS faz parte da equipe da Estratégia da Família e contribui para o trabalho da equipe como membro dela mediante as atividades que desempenha. Trabalhar em equipe é trabalhar com diferentes pessoas com diferentes habilidades e conhecimentos para a gestão de um problema em comum. Segundo Walshe e Boaden,²¹ para que as equipes trabalhem o seu melhor, todos os membros devem compreender as habilidades e potencialidades de cada um de seus colegas. Um estudo de meta-análise que avaliou o desempenho do trabalho em equipe versus o desempenho individual concluiu que o trabalho em equipe resulta em maior produtividade.

Concluíram também que aqueles que trabalham em equipe possuem melhor auto-estima, bem-estar psicológico e apoio social. Dessa forma, o trabalho em equipe de alta qualidade conduziria a mudanças para a melhoria da segurança do paciente e resultado nos pacientes.²¹

A comunicação, uma das atitudes que também evidenciam a cultura da segurança do paciente, é com frequência uma causa, e um recurso para impedir as ameaças à segurança do paciente. Os relatórios de eventos adversos relatam que na Alemanha 15% de todos os eventos foram relacionados diretamente aos problemas de comunicação com os cuidadores e pacientes ou dentro da equipe, e que em mais de 50% a comunicação foi um fator contribuinte. Na Austrália, os problemas de comunicação foram uma das quatro categorias principais associadas a eventos adversos.²²

A variável Condições de Trabalho evidenciada nos resultados dessa pesquisa se relacionam com questionamentos tais como: “Sobrecarga de trabalho é comum neste Centro de Saúde” e, também, com “O número de profissionais deste Centro de Saúde é suficiente para atender o número de pacientes.” Mediante essas questões, foi possível avaliar as condições de trabalho quando relacionadas com a sobrecarga de trabalho, o número subdimensionado de pessoas para o atendimento da demanda nos Centros de Saúde, a falta de recursos de materiais, insumos e suprimentos, ou seja, fatores que comprometem a qualidade da assistência.

Um estudo constatou que cada paciente adicionado à carga média de trabalho do enfermeiro, cresceu 7% a taxa mortalidade dos pacientes, o *burnout* dos enfermeiros e a insatisfação cresceram 23% e 15%, respectivamente²⁰. Segundo Baggio, Erdmann e Sasso (2010) tem se tornado cada vez mais desafiador aos enfermeiros prestar um cuidado consistentemente seguro ao paciente e de alta qualidade, especialmente pelo volume de informações ainda desestruturadas, heterogêneas e desintegradas, que permeiam o cuidado, além das inúmeras demandas de tempo para avaliação clínica adequada exigidas no cuidado em saúde.²³

Assim, considera-se que a equipe de enfermagem tem essa percepção diferente dos ACS, pois é quem sente diretamente a falta de recursos de materiais e insumos bem como de recursos humanos. São os profissionais de enfermagem que suprem a necessidade de recursos humanos nos diversos setores do centro de saúde e, por consequência, gera sobrecarga de trabalho prejudicando as condições do trabalho a ser realizado.

A análise das médias dos conceitos dados pelos participantes da

pesquisa é apresentada na Figura 2. Na Tabela 1 são apresentadas as diferenças de médias de cada categoria profissional. Essas diferenças aparecem nos intervalos do teste LSD, corroborando com a significância do teste F realizado na ANOVA presente na Figura 2.

Tabela 1. Resultado do Teste LSD com correção de Bonferroni

Avaliação entre as categorias	Condições de Trabalho		Cultura do Trabalho em Equipe		Comunicação		Gerência do Centro de Saúde	
	Diferença das médias	LSD	Diferença das médias	LSD	Diferença das médias	LSD	Diferença das médias	LSD
ACS	0,7602	0,5746	1,1301	0,6748	0,7936	0,4629	0,7433	0,8063
Téc. Enfermagem								
Téc. Enfermagem	0,0115	0,8112	0,2857	0,9526	0,1862	0,6535	0,3706	1,1383
Enfermeiro								
ACS	-0,7486	0,7546	0,8444	0,8862	-0,6073	0,6079	1,1140	1,0589
Enfermeiro								

Para as atitudes Condições de Trabalho, Cultura do Trabalho em Equipe e Comunicação se observa que as diferenças entre as médias possuem um valor superior ao valor do teste aplicado (LSD), respectivamente, (Diferença de médias: 0,7936; LSD: 0,4629), (Diferença de médias: 0,7602; LSD: 0,5746), (Diferença de médias: 1,1301; LSD: 0,6748). Por sua vez, pode-se dizer que os agentes comunitários de saúde e os técnicos de enfermagem percebem essas atitudes de maneiras diferentes, já os enfermeiros e técnicos de enfermagem as identificam de forma semelhante pelo valor do teste de LSD ser menor que a diferença de médias.

“Eu não consigo expressar as minhas discordâncias com a coordenação deste Centro de Saúde” faz parte das afirmações do questionário que avaliou as atitudes de segurança caracterizando a Gerência do Centro de Saúde, ou seja, as ações gerenciais dessa unidade. Na Tabela 1, observa-se que os enfermeiros e técnicos de enfermagem possuem uma visão semelhante para a Gerência do Centro de Saúde verificada na análise pela menor diferença significativa entre as médias (0,0376). Essa visão diferenciada pode estar associada à representação da amostra, uma vez que 80% dos gerentes dos centros de saúde que participaram da pesquisa são enfermeiros.

Quando se analisa o LSD entre os enfermeiros e agentes comunitários de saúde (1,1140) identifica-se que essas categorias possuem percepções distintas sobre a Gerência do Centro de Saúde.

Isso se deve ao relacionamento existente entre esses

profissionais. O ACS desenvolve suas atividades, principalmente, na comunidade, e utiliza o Centro de Saúde como referência para as trocas de informações com os demais profissionais, ou seja, seu contato diário com os demais colegas é menor. O relacionamento e a comunicação do ACS com o enfermeiro supervisor e o gerente do CS acontece muitas vezes de forma hierarquizada e rígida.

Um estudo realizado com equipes da ESF no Estado de Goiás revela que os profissionais percebem que a hierarquia é importante, mas não deve ser estabelecida de forma rigorosa, pois precisa permitir o compartilhamento das atividades e das obrigações, de modo a possibilitar a complementaridade das ações desenvolvidas. Eles destacam a importância da clareza dos limites das funções de cada um, sem, contudo, perder a liberdade para discutir e dividir as responsabilidades na tomada de decisões.²⁴

Para alguns autores,²⁵ o envolvimento do gestor aparece por intermédio da participação nas operações diárias, na supervisão ativa de segurança das operações críticas, “permanecendo em contato” com os riscos envolvidos, e na medida em que existe uma boa comunicação sobre as questões de segurança, é possível construir um elo de confiança em todos os níveis hierárquicos da organização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelam que as atitudes de segurança Condições de Trabalho, Cultura da Segurança do Paciente, Comunicação e Gerência do Centro de Saúde foram as atitudes que se evidenciaram para a Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. Essas foram percebidas de forma diferente pelos ACS devido ao diferente impacto que essa categoria enfrenta quando comparada com as demais categorias analisadas.

Na perspectiva dos agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e dos enfermeiros que participaram dessa pesquisa, a atitude de segurança considerada de maior importância foi a Segurança do Paciente, por outro lado, a variável com menor relevância para essas categorias foi a atitude Erro. Ou seja, esses resultados nos levam a refletir que os profissionais não identificam o erro como uma atitude para a cultura da segurança do paciente.

Com base nas reflexões, ressaltamos que a qualidade da assistência ao paciente resulta a partir de um atendimento seguro, e para isso, é necessária uma cultura de segurança estabelecida. Cultura essa que envolve o comprometimento da instituição e de seus gestores em identificar a necessidade da cultura de segurança e estabelecê-la como

eixo norteador de sua organização. Além de envolver-se com as situações cotidianas e buscar conhecer as dificuldades e desafios que o prestador do cuidado direto enfrenta diariamente para, assim, criar um canal de comunicação efetivo com os níveis hierárquicos e permitir a construção da confiança entre todos os envolvidos.

Por conseguinte, quando os elos de confiança estão firmados, as necessidades e os erros são expostos mais claramente pelos profissionais e a instituição consegue intervir nos processos de trabalho e na formação permanente, empoderando os profissionais para garantir uma cultura da segurança e uma assistência mais segura.

Frente a este cenário, justifica-se mais uma vez a necessidade do trabalho em equipe com uma adequada comunicação entre os profissionais e desses com os pacientes, incentivados pela educação permanente e, principalmente, pela discussão do erro com o intuito de aprender com a situação e não de punir quem errou.

REFERÊNCIAS

- 1 - AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2009 Comparative Database Report. 2009; n 09-0030.
- 2 - FLIN R, WINTER J, SARAC C, RADUMA M. Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools. Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety. Geneva: World Health Organization. 2009.
- 3 - NIEVA VF, SORRA J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12(Suppl 2):ii17–23.
- 4 - INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
- 5 - HELMREICH RL, MERRITT AC. Culture at work in aviation and medicine. Burlington: Ashgate, 2001.
- 6 - FLIN R, FLETCHER G, MCGEORGE P, SUTHERLAND A, PATEY R. Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia*. 2003; 58:233– 42.
- 7 - HOMAS EJ, SHERWOOD GD, MULHOLLEM JL, SEXTON JB,

HELMREICH RL. Working together in the neonatal intensive care unit: provider perspectives. *J Perinatol.* 2004; 24:552–9.

8 - WOODS DM, HOLL JL, SHONKOFF JP et al. Child-specific risk factors and patient safety. *J Patient Saf.* 2005; 1:17–22.

9 - EDMONSON AC. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality and Safety in Health Care.* 2004,13(Suppl II):ii3-ii9.

10 - COLLA JB, BRACKEN AC, KINNEY LM. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Quality and Safety in Health Care.* 2005; 14:364-366.

11 - SANDARS J, ESMAIL A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Fam Pract.* 2003, 20:231-236.

12 - WETZELS R, WOLTERS R, VAN WEEL C, WENSING M. Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: a prospective observational study. *BMC Fam Pract.* 2008; 9:35.

13 - LEENDERTSE AJ, EGBERTS AC, STOKER LJ, BEMT VAN DEN PM. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med.* 2008; 168:1890-1896.

14 - DONALDSON SL. An international language for patient safety: Global progress in patient safety requires classification of key concepts. *Int J Qual Health Care,* 2009; 21:1.

15 - STARFIELD B, Shi L, MACINKO J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 8:457-502.

16 - STELFOX HT, PALMISANI S, SCURLOCK C, ORAV EJ, BATES DW. The “To Err is Human” report and the patient safety literature. *Qual Saf Health Care.* 2006; 15:174-178.

17 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Safety Patient. Review of methods and measures in primary care research. 2010. [online] [acesso em 2010 Fev 21]. Disponível em:
<http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/primary_care_ps_research/en/index.html>.

18 – NORDÉN-HÄGG A, SEXTON JB, KÄLVEMARK-SPORRONG S, RING L, KETTIS-LINDBLAD A. Assessing Safety Culture in

Pharmacies: The psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clinical Pharmacology*. 2010; 10:8.

19 – MARX D. Patient safety and the “Just Culture”: A primer for health care executives: In support of Columbia University. NIH R01 HI53772. 2001. [online] [acesso em 2010 Fev 15]. Disponível em: <<http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1582>>.

20 - WACHTER RM. Compreendendo a segurança do paciente. Tradução: BERQUÓ, L. S. Porto Alegre: Artmed. 2010; 320p.

21 – WALSHE K, BOADEN R. Patient Safety research into practice. Open University Press. New York. 2006; 257p.

22 – SANDARS J, COOK G. ABC of Patient Safety. Blackwell Publishing Ltd. Oxford. 2007; 63p.

23 – BAGGIO MA, ERDMANN AL, SASSO GTMD. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. *Texto contexto - enferm*. 2010; 19(2): 378-385: [online] [acesso em 2010 Nov 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200021&lng=pt>.

24 - KELL MCG, SHIMIZU HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciênc. Saúde coletiva*. 2010; vol.15, pp. 1533-1541: [online] [acesso em 2011 Mar 06]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700065&lng=pt&nrm=iso>.

25 - WIEGMANN DA, ZHANG H, VON THADEN T. et al. (University of Illinois at Urbana-Champaign). (2002). A synthesis of safety culture and safety climate research. Prepared for Federal Aviation Administration; Technical Report No.: ARL-02-3/FAA-02-2. Contract NO.: DTFA 01-G-015.

4.2 ARTIGO 2 - ATITUDES DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Artigo a ser submetido à Revista de Saúde Pública, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo I).

ATITUDES DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SAFETY CLIMATE IN PRIMARY HEALTH CARE

Safety Patient in Primary Health Care

Fernanda Paese

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PEN/UFSC; Membro do Grupo de Estudos em Pesquisa Clínica, Tecnologia e Informática em Saúde e Enfermagem GIATE/PEN/UFSC. Endereço para correspondência: Rua Pintor Eduardo Dias, nº738, apto 502, Barreiros, São José/SC; CEP: 88117-013. Telefone: (48)3304-6755. E-mail: fernandanfr09@yahoo.com.br

Grace Teresinha Marcon Dal Sasso

Doutora em Informática em Saúde e Enfermagem; Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC; Líder do Grupo de Estudos em Pesquisa Clínica, Tecnologia e Informática em Saúde e Enfermagem GIATE/PEN/UFSC. E-mail: grace@ccs.ufsc.br

RESUMO

Objetivo: Identificar as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Métodos:** Aplicou-se o questionário de atitudes de segurança com 64 perguntas a uma amostra de 96 profissionais da equipe de enfermagem e ACS na cidade de Florianópolis/SC, a fim de avaliar nove atitudes de segurança (Satisfação do Trabalho, Cultura do Trabalho em Equipe, Condições de Trabalho, Comunicação, Segurança do Paciente, Reconhecimento do Estresse, Educação Permanente, Gerência do Centro de Saúde e Erro). Para a análise dos dados foram utilizados cálculo da média, análise de variância ANOVA e LSD. **Resultados:** As atitudes Cultura do Trabalho em Equipe (p-Valor 0,003), Condições de Trabalho (p-Valor 0,01), Comunicação (p-Valor 0,002) e Gerência do Centro de Saúde (p-Valor 0,053) tiveram p-Valor $\leq 0,05$ se evidenciando como atitudes significativas para a cultura da segurança do paciente. As recomendações dos sujeitos da pesquisa para aperfeiçoar a cultura da segurança foram: adequação do número de profissionais para o atendimento da demanda (31,4%), suprimento de materiais e insumos adequados (17,1%) e formação técnica permanente (42,8%). Na perspectiva das três categorias

analisadas, a atitude considerada de maior importância foi a Segurança do Paciente (6,97), porém a atitude com menor relevância para eles foi o Erro (3,74). **Conclusão:** Conclui-se que não houve diferença entre as três categorias profissionais quanto à percepção das atitudes de segurança quando analisadas num contexto geral, ou seja, este grupo vê as atitudes de forma semelhante. Por outro lado, quando as categorias são comparadas duas a duas, o ACS percebe as atitudes evidenciadas diferente dos técnicos de enfermagem e enfermeiros, logo, os números apontam para a realidade do que acontece na prática onde a cultura da segurança do paciente na atenção primária tem seu foco de atuação na instituição e na comunidade.

Descritores: Cultura, Segurança, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem

ABSTRACT

Objective: Identify the attitudes that demonstrate safety culture by the professionals of the Family Health Strategy and Community Health Agents Program. **Methods:** We applied the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) with 64 questions to 96 professional of Nursing Team and CHAP in the Florianópolis city, in order to assess nine safety attitudes (Job Satisfaction, Teamwork Climate, Working Conditions, Communication, Security Patient, Stress Recognition, Continuing Education, Perceptions of Management and Error). For the analysis of data were used average, ANOVA and LSD. **Results:** Teamwork Climate (p-Valor 0,003), Working Conditions (p-Valor 0,01), Communication (p-Valor 0,002) and Perceptions of Management (p-Valor 0,053) had a p-Value $\leq 0,05$ is showing significant attitudes for the culture of patient safety. The subjects' recommendations to improve the safety culture were adequate number of professionals to attend the demand (31,4%), provide the materials and supplies adequate (17,1%), continuous technical training (42,8%). In view of the three categories analyzed, Patient Safety (6,97) was considered the most important safety attitude, but the error (3,74) was considered with less relevance of them. **Conclusion:** It is concluded that there was no difference among the professional categories for the safety attitudes when analyzed in a general context. That is, the group note the attitudes are similar way. On the other hand, when the categories are compared in pairs, the ACS realizes the attitudes the different way of the technicians and nurses, so the numbers point to the reality of what happens in

practice where the safety patient culture in primary care has its focus on institution and community.

Descriptors: Culture, Safety, Primary Health Care, Nursing

RESUMEN

Objetivo: Identificar actitudes que demuestran cultura de seguridad de los pacientes por los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia y el Programa de Agentes Comunitarios de Salud. Se aplicó el cuestionario de actitudes de seguridad con 64 preguntas a una muestra de 96 profesionales de equipo de enfermería y ACS de la ciudad de Florianópolis, con el fin de evaluar nueve actitudes de seguridad (Satisfacción em el Trabajo, Cultura del Trabajo em Equipo, Condiciones de Trabajo, Comunicación, Seguridad Paciente, Reconocimiento del estrés, Educación Continua, Centro de Gestión de Salud y Error). Para el análisis de los datos se utilizaron promedio, ANOVA y LSD. **Resultados:** Cultura del trabajo em equipo (p-Valor 0,003), Condiciones de trabajo (p-Valor 0,01), Comunicación (p-Valor 0,002) y Gestión del Centro de Salud (p-Valor 0,053) tenía un p-Valor $\leq 0,05$ son las actitudes significantes para la cultura de seguridad del paciente. Las recomendaciones de los sujetos del estudio para mejorar la cultura de la seguridad fueron el número adecuado de profesionales para atender la demanda (31,4%), el provisión de materiales y suministros adecuados (17,1%), capacitación técnica permanente (42,8%). En vista de las tres categorías analizadas, la seguridad del paciente (6,97) fue considerada la atitud de mayor importância, sino la actitud con menos importancia para ellos fue el error (3,74). **Conclusión:** Se concluye que no hubo diferencias entre las tres categorías profesionales a respecto las actitudes de seguridad quando se analiza en un contexto general. Es decir, lo grupo véanse las actitudes similarmente. Por otro lado, cuando las categorías se comparan de dos em dos, lo ACS entiende las actitudes de forma diferente de los técnicos de enfermería y enfermeras, así, los números apuntan a la realidad de lo que sucede en la práctica donde la cultura de la seguridad del paciente em atención primaria tiene su enfoque en la institución y la comunidad.

Descriptors: Cultura, Seguridad, Atención Primaria de Salud, Enfermería

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde tem preconizado e estimulado em todo o mundo o desenvolvimento de projetos, planos e ações que visam melhorar a segurança do paciente nos ambientes

de cuidado em saúde. A perspectiva de que o paciente é colocado em risco quando está sob cuidados relacionados à sua saúde não é recente, mas advém de estudos que estão sendo realizados há cerca de 30 anos.^{1,2}

Desta forma torna-se fundamental, para a garantia da segurança do paciente em ambientes de cuidado, a utilização de boas práticas e a redução de erros decorrentes da assistência em saúde. Nesta perspectiva, visando diminuir a ocorrência dos erros e/ou eventos adversos, se enfatiza que a análise dos erros associados ao cuidado devem se concentrar em suas causas-raiz, ou seja, “não só na causa mais aparente, ocorrida na ponta do processo, mas em todas as condições subjacentes que tornam o erro possível”.³ Ressalta-se que as causas-raiz dos erros e/ou eventos adversos podem estar relacionadas à/ao: instituição de saúde; organização e gestão; ambiente de trabalho; equipe multidisciplinar da saúde; indivíduo, função/tarefa e; paciente.³⁻⁶

A atenção primária tem sido considerada relativamente segura, apesar de incidentes ocorrerem neste cenário. A ocorrência de incidentes em cuidado de saúde primário está estimada entre 5 a 80 vezes por 100.000 consultas.^{7,8} Os resultados de um estudo realizado na Holanda mostraram que os eventos adversos de drogas administradas no domicílio foram uma importante causa de hospitalizações agudas, com aproximadamente 50% de internações potencialmente evitáveis.⁹

A partir do cenário apresentado, o que se observa é que as pesquisas relacionadas à segurança do paciente estão direcionadas principalmente para a assistência hospitalar, apesar da maioria dos pacientes receber seus cuidados de saúde na atenção primária, especialmente em países com um sistema de atenção primária forte e atuante.¹⁰⁻¹² Ressalta-se que, em seus relatórios, tanto o Reino Unido quanto os Estados Unidos excluíram a atenção primária de suas discussões a cerca da Segurança do Paciente. Entretanto, destaca-se que, a maioria dos cuidados de saúde é desenvolvida fora dos ambientes hospitalares e que, muitos incidentes identificados nos hospitais têm origem em outros locais, como na atenção primária à saúde.¹³

Segurança do paciente é um componente fundamental da qualidade de cuidados em saúde. Como as organizações de cuidado se esforçam continuamente para melhorar, há um reconhecimento crescente da importância da criação de uma cultura de segurança do paciente. Alcançar uma cultura de segurança requer um entendimento de valores, crenças e normas sobre o que

é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados.¹⁴

A cultura pode ser definida como o somatório de valores, experiências, atitudes e práticas que orientam o comportamento do grupo. As características de uma cultura de segurança sólida incluem o compromisso para discutir e aprender com os erros, o reconhecimento da inevitabilidade do erro, identificação pró-ativa das ameaças latentes, incorporação de um sistema não punitivo para o relato e análise dos eventos adversos.¹⁵

Usualmente, a avaliação da cultura da segurança do paciente é desenvolvida através de um questionário perguntando aos trabalhadores e gestores suas atitudes para a segurança e as percepções de como a segurança é priorizada e gerenciada na unidade de trabalho ou em toda a organização.¹⁶

Para esta pesquisa, por sua vez, aplicou-se o Questionário das Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire* - SAQ), uma das ferramentas mais utilizadas para avaliar a cultura da segurança a partir do cuidado em saúde e que tem sido usada para explorar o relacionamento entre a cultura da segurança no cuidado de saúde e o resultado da assistência prestada ao paciente.¹⁷ Assim, os objetivos deste estudo foram identificar as atitudes dos profissionais das equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) que evidenciam a cultura da segurança do paciente, bem como suas recomendações para aperfeiçoar a cultura da segurança do paciente através a aplicação do SAQ.

METODOLOGIA

Estudo transversal prospectivo de natureza quantitativa com uma população de 96 profissionais e uma amostra não probabilística estratificada por categoria calculada para o nível de confiança de 95%. Foram selecionados, propositalmente, 52 agentes comunitários de saúde, 30 técnicos de enfermagem e 14 enfermeiros que integram as equipes da ESF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) da área de abrangência dos cinco Centros de Saúde do Distrito Sanitário Centro do Município de Florianópolis. O critério de inclusão para a amostra do estudo foi pertencer a essas categorias profissionais e as equipes da ESF e PACS.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram respeitados todos os preceitos éticos determinados pela resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹⁸ mediante o cumprimento das exigências do TCLE, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa

(CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, recebendo parecer favorável sob o número do protocolo 0286/09.

O instrumento para a coleta de dados foi o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) desenvolvido pela Universidade do Texas para ser utilizado em ambulatórios. Para trabalhar com o SAQ se obteve a autorização da Universidade do Texas para traduzir, adaptar e aplicar o referido questionário. A coleta ocorreu no mês de julho de 2010. Neste período o instrumento foi entregue aos participantes mediante convite para participação da pesquisa com o termo de consentimento livre e esclarecido e explicação sobre os objetivos do estudo e a forma de preenchimento do questionário. Cada participante teve um tempo de 15 a 20 minutos para responder o questionário e após isso, foram orientados a colocá-lo em um envelope na sala da coordenação de cada Centro de Saúde, para assim, assegurar o sigilo do respondente.

O questionário de atitudes de segurança foi desenvolvido há mais de 15 anos, para avaliar a qualidade de segurança e o trabalho em equipe associado a normas e o comportamento individual dos trabalhadores, em determinado local. O questionário compreende nove atitudes: Satisfação do Trabalho, Condições de Trabalho, Cultura do Trabalho em Equipe, Comunicação, Gerência do Centro de Saúde, Segurança do Paciente, Reconhecimento do Estresse, Educação Permanente e Erro.

As perguntas do questionário foram avaliadas a partir de um escore de letras, de A à E, no entanto, para mensurar a cultura da segurança do paciente foi necessário modificar essas letras para números transformando os dados quantificáveis, assim estabelecido: (A) Não concordo fortemente com valor de 02; (B) Não concordo levemente com valor de 04; (C) Neutro com valor de 06; (D) Concordo levemente com valor de 08; (E) Concordo fortemente com valor de 10.

Para a análise estatística dos dados foi considerado um nível de significância p-Valor $\leq 0,05$ para um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados. Utilizou-se a estatística descritiva com cálculo de médias, bem como a inferencial contendo análise de variância ANOVA e LSD com correções de Bonferroni. Para o desenvolvimento dos cálculos estatísticos adotou-se o Software Microsoft Excel[®].

RESULTADOS

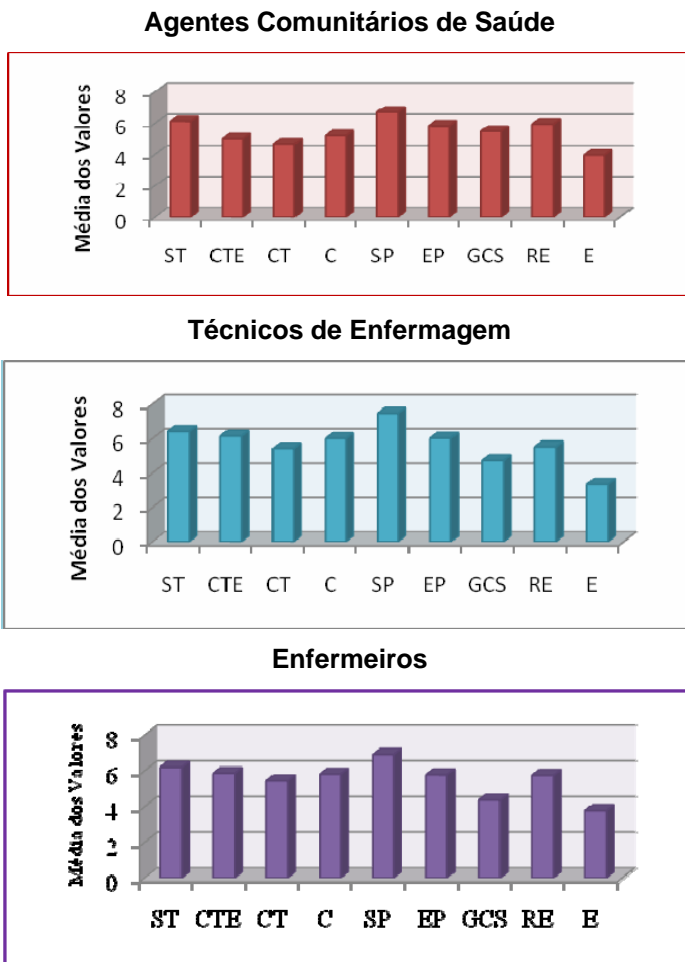
Neste estudo, trabalhou-se com a totalidade de 96 profissionais que compõem equipes da ESF e PACS em um Distrito

Sanitário. Esses profissionais representam as categorias com maior número de servidores nos Centros de Saúde, e foram escolhidos em função de sua representatividade no contexto onde atuam, ainda que a informação obtida avalie a cultura da segurança do paciente no momento em que o SAQ é aplicado.

A avaliação sócio-demográfica da amostra do estudo revela que 92,7% dos trabalhadores desenvolvem suas atividades com uma carga horária de 8 horas diárias, o restante (7,3%) trabalha 6 horas/dia. Do total de participantes, 56 possuem o vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde como contratados e 40 profissionais são concursados, ou seja, fazem parte do quadro de efetivos dessa Secretaria. No entanto, vale ressaltar que os 52 agentes comunitários de saúde são contratados, assim pode-se concluir que do conjunto de 44 enfermeiros e técnicos de enfermagem 90,9% são funcionários efetivos da instituição.

Dentre o total da amostra, a faixa etária dos participantes variou de 23 a 71 anos de idade e, com 88,54% de representatividade feminina como atores fundamentais da ESF e PACS. A média de anos experenciados por esses profissionais na atenção primária à saúde é de aproximadamente sete (7) anos.

Figura 1. Atitudes de Segurança por categoria profissional



Fonte: Resultados do próprio trabalho 2010.

Legenda: ST: Satisfação do Trabalho; CTE: Cultura do Trabalho em Equipe; CT: Condições de Trabalho; C: Comunicação; SP: Segurança do Paciente; EP: Educação Permanente; GCS: Gerência do Centro de Saúde; RS: Reconhecimento do Estresse; E: Erro.

Na perspectiva dos agentes comunitários de saúde que

participaram dessa pesquisa, as atitudes de segurança consideradas de maior importância estão representadas na Figura 1, dispostas no primeiro gráfico da figura. A atitude de segurança de maior importância relacionada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi a Segurança do Paciente (6,69) seguida pela Satisfação do Trabalho (6,11). Porém, a atitude com menor relevância considerada por essa categoria foi o Erro (3,95).

Para o técnico de enfermagem e para os enfermeiros, da mesma forma que para os agentes comunitários de saúde, as atitudes de segurança avaliadas como mais importantes por eles, respectivamente, foram a Segurança do Paciente (7,48 – 6,90) e a Satisfação do Trabalho (6,4 – 6,19), bem como a considerada como a menos importante foi a atitude Erro (3,36 – 3,77).

Para a análise dos dados, foi aplicado ainda o teste ANOVA, com o intuito de se estudar a existência de diferenças significativas entre as atitudes de segurança avaliadas nesta pesquisa. Os resultados da aplicação do teste estão dispostos na Tabela 2.

Tabela 2. Resultado do teste ANOVA para as diferentes categorias profissionais

Atitude	Categoria	Média	Variância	F	p-Valor
Condições de Trabalho	ACS	4,67	1,869	4,283	0,016
	Téc. Enfermagem	5,43	1,145		
	Enfermeiro	5,42	1,508		
Cultura do Trabalho em Equipe	ACS	5,00	2,725	6,035	0,003
	Téc. Enfermagem	6,13	1,606		
	Enfermeiro	5,85	1,443		
Comunicação	ACS	5,20	1,384	6,375	0,002
	Téc. Enfermagem	5,99	0,595		
	Enfermeiro	5,81	0,640		
Gerência do Centro de Saúde	ACS	5,47	3,064	3,027	0,053
	Téc. Enfermagem	4,73	3,388		
	Enfermeiro	4,36	2,863		

Fonte: Resultados do próprio trabalho 2010.

Na perspectiva dos ACS, técnicos de enfermagem e enfermeiros, as atitudes de segurança que apresentaram

significância evidenciando a cultura da segurança do paciente nos Centros de Saúde pesquisados foram: Condições do Trabalho (p-Valor 0,017), Cultura do Trabalho em Equipe (p-Valor 0,003), Comunicação (p-Valor 0,002) e Gerência do Centro de Saúde (p-Valor 0,053).

As Condições de Trabalho quando avaliada por questões como “Se a sobrecarga de trabalho era comum naquele Centro de Saúde”, evidenciou sua significância com p-Valor 0,01. O ACS, diferente das demais categorias, percebe a atitude Condições de Trabalho de forma distinta confirmado pelo teste da mínima diferença entre as médias com valor de 0,76 de diferença de média e 0,57 de LSD entre os ACS e técnicos de enfermagem. As demais categorias quando comparadas entre si obtiveram o valor de diferença de média inferior que o valor de LSD, corroborando com a afirmação de visões diferentes entre os ACS e demais categorias.

A Cultura do Trabalho em Equipe mostrou-se significativa com um p-Valor igual a 0,003 e, a partir do teste de LSD objetivando avaliar a mínima diferença entre as médias, se obteve a diferença de médias dos grupos igual a 1,13 entre os ACS e técnicos de enfermagem e um LSD de 0,67. Assim, esses resultados demonstram que essas duas categorias profissionais percebem a atitude de forma diferente. Por outro lado, tanto os enfermeiros quanto os técnicos de enfermagem avaliam a cultura do trabalho em equipe de maneira semelhante demonstrada na média de 0,28 e um LSD de 0,95.

Quanto à comunicação, a diferença de médias teve valor igual a -0,79 entre ACS e técnicos de enfermagem, com LSD de 0,46, comprovando a visão do ACS de maneira distinta das outras categorias profissionais.

A última atitude identificada significativamente como parte da cultura da segurança do paciente inserida nesta amostra – Gerência do Centro de Saúde, obteve um p-Valor de 0,05 demonstrando que os ACS também identificam de forma diferente essa atitude das demais categorias através da diferença de médias igual a 1,11 e seu LSD superior igual a 1,05 quando comparado com os enfermeiros.

Neste estudo, também foram identificadas sugestões dos participantes para aperfeiçoar a cultura da segurança do paciente na sua unidade de trabalho, as quais estão dispostas no Quadro

1, citadas da maneira como foram recebidas do instrumento de coleta de dados, porém organizadas por categoria e suprimidas as respostas iguais e/ou semelhantes no sentido.

Entre os fatores que mais surgiram como recomendação para o aprimoramento da segurança do paciente nos Centros de Saúde avaliados foram o suprimento de materiais e insumos adequados, principalmente, os medicamentos dispensados nas farmácias básicas, com 17,1% dos participantes sugerindo esta ação, 42,8% dos colaboradores apontam a necessidade de formação técnica permanente e 31,4% sugerem a adequação do número de recursos humanos para o atendimento da demanda.

Tabela 3. Principais recomendações dos sujeitos da pesquisa para aperfeiçoar a segurança do paciente

Principais recomendações para aperfeiçoar a Segurança do Paciente
Agentes Comunitários de Saúde
Respeito
Mais profissionais
Mais medicamentos
Melhor atendimento na recepção
Exames de alto custo devem demorar menos para que seja feito.
Responsabilidade
Técnico de Enfermagem
Administrar medicamento de maneira correta
Sempre fazer higiene das mãos e materiais.
Manter ambiente organizado.
Curso de capacitação técnica
Materiais adequados
Medicamentos suficientes
Comunicação
Treinamento e capacitações dos funcionários em atendimento de urgência.
Promover capacitação profissional
Mais funcionários
Enfermeiros
Diminuir sobrecarga de trabalho aumentando/ampliando equipe do RH.
Melhorar a comunicação entre as categorias e os diversos setores.
Capacitação profissional
Treinamento de relações humanas interpessoal
Comunicação
Médicos em tempo integral de funcionamento do Centro de Saúde.
Discutir os casos em equipe (reuniões...)
Maior número de salas para atendimento adequado dos protocolos.

Fonte: Resultados do próprio trabalho 2010.

DISCUSSÃO

Na perspectiva dos participantes dessa pesquisa – agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e enfermeiros, as atitudes de segurança que evidenciam a cultura de segurança do paciente em suas unidades de atuação são: Cultura do Trabalho em Equipe, Condições de Trabalho, Comunicação e Gerência do Centro de Saúde.

A Cultura do Trabalho em Equipe, quando comparada entre as três categorias, é percebida de maneira diferente pelo ACS, o que se leva a pensar na característica do seu trabalho, uma vez que, ele desenvolve suas atividades diretamente na comunidade, no domicílio do paciente. Por conta disso, acaba convivendo menos com os demais, ao contrário do restante dos profissionais que compartilham matérias, espaços e ações mais intensamente.

Ainda, no que se refere ao trabalho em equipe, segundo Walshe e Boaden,¹⁹ para que a equipes trabalhem o seu melhor, todos os membros devem compreender as habilidades e potencialidades de cada um de seus colegas. Um estudo de meta-análise que avaliou o desempenho do trabalho em equipe versus o desempenho individual concluiu que o trabalho em equipe resulta em maior produtividade. Concluíram também que aqueles que trabalham em equipe possuem melhor auto-estima, bem-estar psicológico e apoio social. Dessa forma, seria razoável concluir que o trabalho em equipe em alta qualidade conduziria a mudanças para a melhoria da segurança do paciente e resultado da assistência prestada.

Na avaliação das condições de trabalho, tanto nas questões avaliativas do SAQ quanto no espaço aberto para recomendações para o aprimoramento da segurança do paciente se observou a importância referida pelos participantes da pesquisa. Na análise das sugestões se evidenciou que os profissionais consideram o suprimento de materiais e insumos, principalmente medicamentos, e/ou materiais e insumos de qualidade como fatores contribuintes para a melhoria da segurança do paciente, bem como um número adequado de profissionais para o atendimento da demanda nos Centros de Saúde e sua formação técnica permanente.

Também para essa atitude o ACS percebe de maneira distinta dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Pode-se considerar, no entanto, que a equipe de enfermagem tem essa

percepção diferente dos ACS, pois é quem sente diretamente a falta de recursos de matérias e insumos e recursos humanos. São os profissionais de enfermagem que suprem a necessidade de recursos humanos nas diversas ações oferecidas nos centros de saúde e, por conseqüência, sofrem com a sobrecarga de trabalho, falta de qualificação permanente e suprimento insuficiente de materiais.

Quanto à Comunicação, uma das atitudes que também evidenciam a cultura da segurança do paciente, é com freqüência uma causa, e um recurso para impedir, as ameaças à segurança do paciente. Os relatórios de eventos adversos relatam que na Alemanha 15% de todos os eventos foram relacionados diretamente aos problemas de comunicação com os cuidadores e pacientes ou dentro da equipe, e que em mais de 50% a comunicação foi um fator contribuinte. Na Austrália, os problemas de comunicação foram uma das quatro categorias principais associadas a eventos adversos.²⁰

Por fim, o estudo pode demonstrar que as três categorias profissionais analisadas consideram as atitudes de segurança de forma semelhante e dentre essas atitudes a considerada de maior importância para as três categorias profissionais foi a Segurança do Paciente, porém a atitude com menor relevância para essas categorias foi o Erro.

Em virtude disso, esses resultados nos fazem refletir que os profissionais não identificam o erro como uma atitude para a cultura da segurança do paciente. De certa forma, o erro ainda está muito associado à culpa, a um ambiente de trabalho punitivo e a uma cultura de pensar que os erros provocados pelo prestador de cuidado em saúde é resultado de descuido. Uma pesquisa nos revela que apenas 2 a 3% dos grandes erros são relatados por meio de sistemas de informações e que os profissionais de saúde muitas vezes relatam apenas o que eles não podem esconder.²¹

Assim, trabalhar nas equipes sobre o erro e a culpa pode ser uma alternativa para modificar e transformar o erro em oportunidade de discutir e pensar crítico sobre as ações de cuidado e as atitudes frente ao próprio erro e o erro do colega, ou seja, perceber o erro como oportunidade de aprendizado para impedir novos eventos relacionados à mesma causa.

Referências

- 1 - Zambon LS. Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante. *MedicinaNet*. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/ler.vxlpub?codconteudo=901&menu=gerenciamento>>. Atualizado em 08/09/2008. Acesso em: 02 de fevereiro de 2010.
- 2 - World Health Organization. World alliance for patient safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. 2008. p.1-136
- 3 - Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Tradução: BERQUÓ, L. S. Porto Alegre: Artmed, 2010. 320p.
- 4 - Vicent C. Understanding and responding to adverse events. *New England Journal of Medicine*, v.348, p.1051-1056, 2003.
- 5 - Laselva CR, Moura Júnior DF, Spolaore EHG. Segurança do paciente em UTI: o enfermeiro e a prevenção de iatrogenias. In: KNOBEL E, LASELVA CR, MOURA JÚNIOR DF. *Terapia intensiva: enfermagem*. São Paulo: Atheneu, 2009. p.59-66.
- 6 - Teixeira TCA, Cassiani SHB. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v.44, n.1, p.139-146, 2010.
- 7 - Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Fam Pract* 2003, 20:231-236.
- 8 - Wetzels R, Wolters R, Van Weel C, Wensing M. Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: a prospective observational study. *BMC Fam Pract* 2008, 9:35.
- 9 - Leendertse AJ, Egberts AC, Stoker LJ, Bemt Van Den PM. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med* 2008, 168:1890-1896.
- 10 - Donaldson SL. An international language for patient safety: Global progress in patient safety requires classification of key concepts. *Int J Qual Health Care* 2009, 21:1.
- 11 - Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005, 8:457-502.
- 12 - Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, Orav EJ, Bates DW. The "To Err is Human" report and the patient safety literature. *Qual Saf Health Care*. 2006, 15:174-178.

- 13 - World Health Organization. Safety Patient. Review of methods and measures in primary care research. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/primary_care_ps_research/en/index.html>. Acesso em: 21 fevereiro 2010.
- 14 - Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2009 *Comparative Database Report*. n 09-0030. 2009.
- 15 - HELMREICH RL, MERRITT AC. Culture at work in aviation and medicine. Burlington: Ashgate, 2001.
- 16 - Flin R, Winter J, Sarac C, Raduma M. Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools. Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety. Geneva: World Health Organization. 2009.
- 17 - Nordén-Hägg A, Sexton JB, Källemark-Sporrong S, Ring L, Kettis-Lindblad A. Assessing Safety Culture in Pharmacies: The psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clinical Pharmacology*, 10:8, 2010.
- 18 - Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução 196/96: dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- 19 - Walshe K, Boaden R. Patient Safety research into practice. Open University Press. New York. 2006. 257p.
- 20 - Sandars J, Cook G. ABC of Patient Safety. Blackwell Publishing Ltd. Oxford. 2007. 63p.
- 21 - Marx D. Patient safety and the “Just Culture”: A primer for health care executives: In support of Columbia University. NIH R01 HI53772. 2001. Disponível em: <<http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1582>>. Acesso em: 15 fevereiro 2010.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O comportamento fundamental para a qualidade do cuidado é a segurança do paciente (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2009). Para assegurar a melhoria da qualidade da assistência existe a necessidade de reconhecer a importância da cultura da segurança do paciente nas organizações de cuidado em saúde.

O resultado deste estudo nos revela que os participantes da pesquisa (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e enfermeiros) quando analisados como um grupo único percebem as atitudes de segurança de maneira semelhante, por outro lado, quando as categorias profissionais são avaliadas duas a duas a partir dos testes analíticos se percebe que para as atitudes que se evidenciaram para a cultura da segurança do paciente são percebidas de maneira distinta pelos agentes comunitários de saúde. Logo, pode-se inferir que esse olhar distinto dos ACS se deve pela característica do seu trabalho, desenvolvido na comunidade, diferentemente dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que compartilham materiais, espaços e ações mais intensamente. A partir disso, a cultura da segurança do paciente na atenção primária passa a ter seu foco voltado não somente para a instituição, mas também para a comunidade.

É neste espaço que a cultura da segurança do paciente envolve a corresponsabilização profissional-paciente. O indivíduo que recebe a assistência passa a se envolver com a segurança do próprio cuidado, principalmente, quando a atenção se encontra nos serviços primários de saúde. É preciso salientar, entretanto, que essa cultura não ocorrerá de maneira simples e rápida, pelo contrário, a mudança precisará acontecer entre os profissionais de saúde para que esses possam propagar a cultura e o envolvimento pela segurança do paciente.

Isso nos permite refletir que a cultura da segurança do paciente, por ainda ser muito incipiente nas instituições de saúde e ser temas de discussões recentes tanto na área acadêmica quanto na prática do cuidado, é avaliada pelos profissionais de saúde através do conhecimento comum, isto é, o que se espera da instituição quanto provedora de recursos quanto do colaborador como utilizador da tecnologia e do saber para a promoção da qualidade da assistência, e não como segurança do paciente.

Na perspectiva dos participantes desta pesquisa, a atitude de

segurança considerada de maior importância foi a Segurança do Paciente, por outro lado, a variável com menor relevância para essas categorias foi a atitude Erro. Assim, podemos inferir que o grupo não identifica o erro fazendo parte da Cultura da Segurança do Paciente.

De certa forma, o erro ainda está muito associado à culpa, a um ambiente de trabalho punitivo e uma cultura de pensar que os erros provocados são resultado de descuido (MARX, 2010). Esse resultado reflete a realidade através dos números bastante reduzidos de relatos de eventos adversos e da não utilização dos sistemas de registro para notificar os erros ocorridos na prática do cuidado. Outra situação é quando o relato acontece e pouco se é feito para que o envolvido e os demais colegas possam refletir sobre o acontecido e repensar novas formas de evitar a falha, ou seja, aprender com o próprio erro ou com o do colega.

No objetivo que busca identificar as atitudes para evidenciar a cultura da segurança do paciente, encontramos a Cultura do Trabalho em Equipe, Condições de Trabalho, Comunicação e Gerência do Centro de Saúde como atitudes significativas para esse grupo. Essas atitudes são percebidas pelos agentes comunitários de saúde de forma diferente que os técnicos de enfermagem e os enfermeiros. Contudo, quando nos referimos à Cultura do Trabalho em Equipe podemos pensar que os ACS possuem uma característica diferenciada no seu trabalho, uma vez que, eles desenvolvem suas atividades diretamente na comunidade.

Por esta mesma situação, quando analisamos a variável Condições de Trabalho, conseguimos justificar a diferença de olhares tanto da equipe de enfermagem quanto do ACS. A equipe de enfermagem é quem sente diretamente a falta de recursos de materiais e insumos e recursos humanos, uma vez que são esses os profissionais que suprimem as necessidades de recursos humanos nas diversas ações oferecidas nos Centros de Saúde e, por consequência, a sobrecarga de trabalho.

Na avaliação subjetiva do estudo as recomendações para o aperfeiçoamento da segurança do paciente apresentou com maior incidência sugestões como: necessidade de suprimento adequado de matéria e insumos, principalmente medicamentos, formação técnica permanente e o número suficiente de profissionais para atender a demanda dos Centros de Saúde. Essas sugestões corroboram com o resultado da avaliação da cultura da segurança do paciente a partir do SAQ, uma vez que, os três principais itens sugeridos vão ao encontro da atitude Condições de Trabalho refletido.

Vale ressaltar que as recomendações oferecidas pelo grupo são

ações a serem desenvolvidas pela instituição, porém pouco se identificou nas sugestões atitudes e ações que o profissional pode realizar para aprimorar a Cultura da Segurança. Esta envolve muito mais que a falta de recursos, ela abrange valores, experiências, atitudes e práticas. Rever valores individuais, buscar o conhecimento continuamente, gerar discussão sobre problemas identificados e potencializadores do erro são ações que o colaborador da instituição pode realizar e, dessa forma, contribuir para a cultura da segurança.

Com base nas reflexões, salientamos que a qualidade da assistência ao paciente é refletida a partir de um atendimento seguro, e para isso, é necessária uma cultura de segurança estabelecida. Cultura essa que envolve o comprometimento do colaborador, da instituição e de seus gestores em identificar a necessidade da cultura de segurança e estabelecê-la como eixo norteador de sua organização. Além de envolver-se com as situações cotidianas e buscar conhecer as dificuldades e desafios que o prestador do cuidado direto enfrenta diariamente para, assim, criar um canal de comunicação efetivo com os níveis hierárquicos e permitir a construção da confiança entre todos os envolvidos.

Por conseguinte, quando os elos de confiança estão firmados, as necessidades e os erros são expostos mais claramente pelos profissionais e a instituição consegue intervir nos processos de trabalho e na formação permanente, empoderando os profissionais para garantir uma cultura da segurança e uma assistência mais segura. Os próprios resultados do trabalho revelam a percepção dos profissionais de saúde frente à necessidade da valorização e priorização da educação permanente para assegurar um cuidado mais seguro.

Neste contexto, é interessante colocar que a cultura da segurança não perpassa somente o cuidado seguro para o paciente, mas também com o profissional consigo mesmo, e é a partir da educação em serviço que a cultura de cuidar de si, do colega e do paciente pode contribuir para a segurança.

Assim, consideramos importante o presente estudo uma vez que ele pôde proporcionar momentos de reflexão aos participantes da

pesquisa sobre a cultura da segurança, bem como com suas atitudes e ações sobre sua prática. Além disso, traz informações importantes sobre como os seus colaboradores percebem a qualidade do cuidado prestado e os limites que a instituição possui. No entanto, faz-se necessário a elaboração de um caminho que contribua para o fortalecimento da cultura da segurança do paciente.

Neste sentido, como atuante no serviço de atenção primária à saúde do município do estudo e frente aos resultados encontrados colocamos algumas sugestões para o aperfeiçoamento da cultura da segurança, tais como: construir uma política de educação permanente para o município, adequar o número de profissionais para o atendimento da demanda, oferecer os insumos e materiais necessários de acordo com a oferta do serviço, fomentar a cultura da segurança do paciente através da construção de um grupo de discussão sobre a segurança do paciente para posterior adoção de medidas de fortalecimento da cultura de segurança, construir um sistema de notificação de eventos adversos para se obter a informação e a partir dos dados promover melhorias na qualidade da assistência prestada, e por fim desenvolver indicadores específicos para avaliar a cultura da segurança na atenção primária à saúde.

Por último, salientamos que esta pesquisa abriu um leque de possibilidades permitindo apontar novas perspectivas de estudo que poderão ser implementados posteriormente, tais como: a aplicação do SAQ com todos os profissionais da rede municipal de atenção primária e posterior avaliação das atitudes individualmente e por categoria profissional; desenvolver e implementar um sistema de registro de notificação de eventos adversos para a atenção primária a saúde.

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2009 Comparative Database Report.**, n 09-0030. 2009.

ARAH O.A., KLAZINGA NS. How safe is the safety paradigm? **Qual Saf Health Care**, v. 13, p. 226-32, 2004.

ALMEIDA, M. **Diretrizes curriculares dos cursos universitários da área da saúde.** Londrina: REDE UNIDA, 2003.

BACCHELLI, C. **Direito Administrativo I. Servidor Público.**

Disponível em:

<http://professorbacchelli.spaceblog.com.br/238202/Servidor-publico-Conceito/>. Acesso em: 01 março 2010.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios de Ética Biomédica.** 5.ed. São Paulo: Loyola, 2002.

BECCARIA, R. L. M.; PEREIRA, L. A. M.; CONTRIN, M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **RBTI Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.21, n.3, p.276-282, jul./ago.2009.

BIRNBACH, D.; WOODS, D.; HOLL, J.L. et al. Errors and the Burden of Errors: Attitudes, Perceptions, and the Culture of Safety in Pediatric Cardiac Surgical Teams. **Ann Thorac Surg**, v. 85, p. 1374-1381, 2008.

BODSTEIN, R. Editorial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 398-399, 2002.

BOHMOL, E. Erro de medicação: um indicador de qualidade. In: D'INNOCENZO, Maria (coord.) et al. **Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em Saúde.** São Paulo: Martinari, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.** Brasília : CONASS, 2006. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil:** monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília, DF, 2004a.

- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal em atuação: competência novembro/2008.** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/resumo_por_uf_12_2008.pdf>. Acesso em: 02 set. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** 2. ed. Brasília: MS, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Informes Técnico-Institucional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n.1, p. 113-125, jan.- mar. 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997.** Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 2 set. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 3.189, de 4 de Outubro de 1999.** Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 2 set. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Lei Nº. 10.507, de 10 de julho de 2002.** Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 2 set. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução Nº 44, de 26 de outubro de 2010.** Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0044_26_10_2010.html>. Acesso em: 05 mar. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente.** Brasília: MS, 2004b. 68p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica.

Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4.d. Brasília: MS, 2007.68p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>>. Acesso em: 26 maio 2010.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2010.

Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700063&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 set. 2010.

CASSIANI, S.H.B. **Segurança do paciente**: abordagens atuais e novas tendências. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; Centro Colaborador da OMS para desenvolvimento da pesquisa em enfermagem. 2006. Disponível em:

<http://www.hcrp.fmrp.usp.br/gxpfiles/arqs/pdf/Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf>

CASTRO, R.C.F. **Comunicação científica na área da Saúde Pública**: perspectivas para a tomada de decisão em saúde baseada em conhecimento. 2003. 238f. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L.A. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas Grandes Cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v. 5, n. 7, p. 42-49. 2004.

COLLA, J.B.; BRACKEN, A.C.; KINNEY, L.M. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality and Safety in Health Care**, v. 14, p. 364-366, 2005.

DEILKAS, E.T; HOFLOSS, D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). **BMC Health Services Research**, v. 8, p. 191, 2008.

DONALDSON, S.L. An international language for patient safety: Global progress in patient safety requires classification of key concepts.

Int J Qual Health Care, v. 21, p. 1, 2009.

EDMONSON, A.C. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. **Quality and Safety in Health Care**, v. 13, Suppl II, p. ii3-ii9, 2004.

FERNANDES, H. S.; PULZI JÚNIOR, S. A.; COSTA FILHO, R. Qualidade em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, p. 37-45, 2010. Disponível em: <<http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20100300/889.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2010.

FLIN, R.; BURNS, C.; MEARNS, K.; YULE, S.; ROBERTSON, EM. Measuring safety climate in health care. **Qual Saf Health Care**, v. 15, p. 109-115, 2006.

FLIN, R.; WINTER, J.; SARAC, C.; RADUMA, M. **Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools**. Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety. Geneva: World Health Organization, 2009.

FRIEDRICH, D.B.C. **Cuidado no trabalho da enfermeira em Unidade Básica de Saúde: uma práxis em transformação**. 2000. 134f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

GAAL, S.; VERSTAPPEN, W.; WENSING, M. Patient safety in primary care: a survey of general practitioners in the Netherlands. **BMC Health Services Research**, v. 10, p. 21, 2010.

GIL, C.R.R. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; CHERCHIGLIA, M.L. et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saude soc.**, v.18, n.4, p. 744-755, 2009.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION (HSC). **Organizing for safety: Third report of the human factors study group of ACSNI**. Sudbury: HSE Books, 1993.

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

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S et al.

Delineando a Pesquisa Clínica – Uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2008.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.** Washington, DC: National Academy Press, 2001.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY. 2008. **International Patient Safety Goals.** Disponível em: www.jcpatientsafety.org/29083/. Acesso em: 14 fevereiro 2010.

KIRK, S.; PARKER, D.; CLARIDGE, T. et al. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. **Qual Saf Health Care**, v. 16, p. 313-320, 2007.

KOHN, L.T.; ORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system.** Washington, D.C.: National Academy Press, 2000.

LASELVA, C. R.; MOURA JÚNIOR, D. F.; SPOLAORE, E. H. G. Segurança do paciente em UTI: o enfermeiro e a prevenção de iatrogenias. In: KNOBEL, E.; LASELVA, C. R.; MOURA JÚNIOR, D. F. **Terapia intensiva: enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2009. p.59-66.

LEÃO, E.R. (Org.) et al. **Qualidade em Saúde e indicadores como ferramenta de gestão.** São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2008.

LEENDERTSE, A.J.; EGBERTS, A.C.; STOKER, L.J. et al. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. **Arch Intern Med**, v. 168, p. 1890-1896, 2008.

MARCK, P.; CASSIANI, S. H. B. Teorizando sobre sistemas: uma tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.13, n.5, p.750-753, set./out. 2005.

MARX, D. **Patient safety and the “Just Culture”:** A primer for health care executives: In support of Columbia University. NIH R01 H153772. 2001. Disponível em: <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1582>. Acesso em: 15 fevereiro 2010.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, aug. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov.2010.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. **Seven steps to patient safety for primary care**. The full reference guide. May, 2006.

Disponível em: <

<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59804>>. Acesso em 03 set.2010.

NASSAR, S.M.; WRONSKI, V.R.; OHIRA, M. et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. URL de acesso: <http://www.sestat.net>. Florianópolis - SC, Brasil. Acessado em 15 fev. 2010.

NIEVA, V.F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care**, v. 12, Suppl 2, p. ii17-23, 2003.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Propuesta de agenda para las instituciones de formación y capacitación en salud pública y marco de referencia para La cooperación técnica**. Washington: OPAS, 2000.

_____ **Sistema de Estrategia Salud basados en la atención primaria de salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS**. Washington: OPAS; 2005.

PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.9, n.5, p.91-96, Set./Out. 2001.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem Métodos, Avaliação e Utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 333p.

SANDARS, J.; ESMAIL, A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. **Fam Pract**, v. 20, p. 231-236, 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Regionais de Saúde**. Centro. ULS Monte Serrat. Acesso 14 de junho de 2009. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/saude/unidades_saude/populacao/uls_2008.php?cod_uls=mse

_____. **Portaria SS/GAB n° 283/2007.** Política Municipal de Saúde de Florianópolis. Acesso 14 de março de 2010. Disponível em: <http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+da+familia&menu=6>.

SEXTON, J.B et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research.. **BMC Health Services research**, v. 6, p. 44, 2006.

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

SILVA, R.V.B.; STELET, B.P.; PINHEIRO, R. et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ/ABRASCO, 2005. p. 75-90.

STARFIELD, B.; Shi, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 8, p. 457-502, 2005.

STELFOX, H.T.; PALMISANI, S.; SCURLOCK, C. et al. The “To Err is Human” report and the patient safety literature. **Qual Saf Health Care**, v. 15, p. 174-178, 2006.

RODRIGUES, A.A.A.O.; SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, mai. 2010.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.1, p.139-146, 2010.

THOMAS, E.J.; SHERWOOD, G.D.; MULHOLLEM, J.L. et al. Working together in the neonatal intensive care unit: provider perspectives. **J Perinatol**, v. 24, p. 552–9, 2004.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 429-435, abr.-jun. 1998.

THUMÉ, E. **Práticas dos enfermeiros na Atenção Básica em Saúde na região sul do Rio Grande do Sul**. 2000.147F. Dissertação (Mestrado) –Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

VICENT, C. Understanding and responding to adverse events. *New England Journal of Medicine*, v.348, p.1051-1056, 2003.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente** – Orientações para evitar eventos adversos. Yendis, 2010. 336p.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Tradução: BERQUÓ, L. S. Porto Alegre: Artmed, 2010. 320p.

WEARS, W.R. ORGANIZATION AND SAFETY IN HEALTH CARE. **Qual Saf Health Care**, v. 13, suppl II, p. 10-11, 2004.

WETZELS, R.; WOLTERS, R.; VAN WEEL, C. et al. Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: a prospective observational study. **BMC Fam Pract.**, v. 9, p. 35, 2008.

WITT, R.R. **Competências da Enfermeira na atenção básica**: Contribuição à construção das Funções Essenciais da Saúde Pública. 2005. 336f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WIEGMANN, D.A.; ZHANG, H.; VON THADEN, T. et al. (University of Illinois at Urbana-Champaign). (2002). **A synthesis of safety culture and safety climate research**. Prepared for Federal Aviation Administration;. Technical Report No.: ARL-02-3/FAA-02-2. Contract NO.: DTFA 01-G-015.

WOODS, D.M.; HOLL, J.L.; SHONKOFF, J.P. et al. Child-specific risk factors and patient safety. **J Patient Saf**, v. 1, p. 17–22, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Safety Patient. **Review of methods and measures in primary care research**. 2010. Disponível em:

<http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/primary_care_ps_research/en/index.html>. Acesso em: 21 fevereiro 2010.

_____. World alliance for patient safety. **WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems**. From information to action. 2005. p.1-80. Disponível em:
<http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf>

Acesso em: 01 março 2010.

_____. **World alliance for patient safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research.** The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. 2008. p.1-136

VERDI, M.; BOEHS, A.E.; AMPIERI, M.F.M. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde.** Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005.385 p.

SHIMIZU, H.E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde?. **Rev. bras. enferm.,** Brasília, p.89, v. 62, n. 3, jun. 2009 .

ZAMBON, L.S. **Riscos e eventos adversos:** uma realidade alarmante. MedicinaNet.

Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/ler.vxlpub?codconteudo=901&menu=gerenciamento>>. Atualizado em 08/09/2008. Acesso em: 02 de fevereiro de 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 GIATE - GRUPO DE PESQUISA EM TECNOLOGIAS, INFORMAÇÕES E INFORMÁTICA EM SAÚDE E ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA

National Safety Patient Foundation define Segurança do Paciente como prevenção e melhoria dos resultados de eventos adversos ou danos decorrentes dos processos de cuidado em saúde. A segurança não reside em uma pessoa, dispositivo ou serviço, mas emerge das interações entre componentes de um sistema.

INICIE AQUI



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

A assinalar com um círculo as letras abaixo.

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

	MB	B	AD	A	MA	NS
1. Médicos	A	B	C	D	E	X
2. Enfermeiros	A	B	C	D	E	X
3. Técnicos de Enfermagem	A	B	C	D	E	X
4. Agentes Comunitários de Saúde	A	B	C	D	E	X
5. Recepcionistas do CS	A	B	C	D	E	X
6. Coordenadores	A	B	C	D	E	X
7. Odontólogos	A	B	C	D	E	X

Responda a seguir de acordo com sua área clínica. Marque com um círculo sua resposta utilizando a escala a seguir.

A	B	C	D	E	X
Não concordo fortemente	Não concordo levemente	Neutro	Concordo fortemente	Concordo levemente	Não se aplica

1. Sobrecarga de trabalho é comum neste Centro de Saúde.	A	B	C	D	E	X
2. Eu gosto do meu trabalho.	A	B	C	D	E	X
3. As idéias e colocações da Enfermagem são bem aceitas neste Centro de Saúde.	A	B	C	D	E	X
4. Eu me sentiria seguro recebendo tratamento neste Centro de Saúde como paciente.	A	B	C	D	E	X
5. Os erros são enfrentados de forma apropriada neste Centro de Saúde.	A	B	C	D	E	X
6. Este Centro de Saúde não é um bom local para treinar novos profissionais.	A	B	C	D	E	X
7. Todas as informações necessárias para a decisão diagnóstica e terapêutica estão rotineiramente disponíveis para mim.	A	B	C	D	E	X
8. Trabalhar nesta Unidade é como fazer parte de uma grande família.	A	B	C	D	E	X
9. A coordenação deste Centro de Saúde está realizando um bom trabalho.	A	B	C	D	E	X

10. A coordenação deste Centro de Saúde apoia meus esforços diários.	A	B	C	D	E	X
11. Eu recebo retorno adequado sobre o meu trabalho.	A	B	C	D	E	X
12. Neste Centro de Saúde, é difícil discutir os erros.	A	B	C	D	E	X
13. Orientações personalizadas antes de um procedimento é importante para a segurança do paciente.	A	B	C	D	E	X
14. Orientações são comuns neste Centro de Saúde.	A	B	C	D	E	X
15. Este Centro de Saúde é um bom lugar para trabalhar.	A	B	C	D	E	X
16. É comum o atraso no desenvolvimento do cuidado devido a falha de comunicação.	A	B	C	D	E	X
17. A coordenação deste Centro de Saúde não conhece o compromisso com a segurança do paciente.	A	B	C	D	E	X
18. O número de profissionais deste Centro de Saúde é suficiente para atender o número de pacientes.	A	B	C	D	E	X
19. Para a tomada de decisão utiliza-se as ideias e colocações de profissionais bem conceituados/de referência.	A	B	C	D	E	X
20. Eu estou encorajado pelos meus colegas a relatar meu interesse ou preocupação sobre a segurança do paciente.	A	B	C	D	E	X
21. A cultura sobre a segurança do paciente, neste CS, torna-se fácil aprender a partir dos erros dos outros.	A	B	C	D	E	X
22. Este Centro de Saúde trata-se construtivamente o problema dos funcionários.	A	B	C	D	E	X
23. O equipamento médico neste Centro de Saúde é adequado.	A	B	C	D	E	X
24. Neste Centro de Saúde, é difícil falar se eu perceber algum problema com o cuidado do paciente.	A	B	C	D	E	X
25. Quando meu trabalho torna-se excessivo, meu desenvolvimento é prejudicado.	A	B	C	D	E	X
26. Eu estou provido de adequada e atualizada informação sobre os eventos do CS que podem afetar meu trabalho.	A	B	C	D	E	X
27. Eu tenho visto erros que tem potencial para prejudicar o paciente.	A	B	C	D	E	X
28. O conhecimento adequado para direcionar as questões relacionadas a segurança do paciente neste CS.	A	B	C	D	E	X
29. Eu tenho orgulho de trabalhar neste Centro de Saúde.	A	B	C	D	E	X
30. Desapontamentos neste CS são resolvidos de forma adequada (ex. não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	A	B	C	D	E	X
31. Eu sou menos efetivo no trabalho quando estou cansado.	A	B	C	D	E	X
32. Eu estou mais sujeito a cometer erros em situações de tensão e hostilidade.	A	B	C	D	E	X
33. O estresse de problemas pessoais afeta desfavoravelmente o meu desempenho.	A	B	C	D	E	X
34. Eu tenho o suporte que eu preciso de outros colegas para cuidar dos pacientes.	A	B	C	D	E	X

Responda de acordo com a sua escolha de forma correta para cada item, usando a escala abaixo:

A	B	C	D	E	X
Não concordo fortemente	Não concordo levemente	Neutro	Concordo fortemente	Concordo levemente	Não se aplica

35. É fácil para os profissionais deste CS questionar quando há alguma coisa que eles não entenderam.	A	B	C	D	E	X
36. A interrupção na continuidade do cuidado pode ser prejudicial à segurança do paciente.	A	B	C	D	E	X
37. Durante emergências, eu posso prever o que o outro profissional irá fazer em seguida.	A	B	C	D	E	X
38. Os médicos e enfermeiros aqui trabalham juntos como um time bem organizado.	A	B	C	D	E	X
39. Eu não consigo expressar as minhas discordâncias com a coordenação deste CS.	A	B	C	D	E	X
40. A equipe de profissionais, realmente, pode deixar os problemas pessoais para trás quando estão trabalhando.	A	B	C	D	E	X
41. A moral deste Centro de Saúde é alta.	A	B	C	D	E	X
42. Treinamentos na minha área são adequadamente supervisionados.	A	B	C	D	E	X
43. Eu conheço o primeiro e o último nome das pessoas que eu trabalhei na minha última transferência.	A	B	C	D	E	X
44. Eu tenho realizado erros que tiveram potencial para prejudicar os pacientes.	A	B	C	D	E	X
45. Os médicos assistenciais/provedores dos cuidados básicos neste Centro de Saúde estão realizando um bom trabalho.	A	B	C	D	E	X
46. Todos os profissionais deste CS possuem responsabilidade em relação à segurança do paciente.	A	B	C	D	E	X
47. Eu me sinto fatigada quando eu tenho que levantar de manhã e encerrar outro dia de trabalho.	A	B	C	D	E	X
48. Segurança do paciente é constantemente reforçado como prioridade neste Centro de Saúde.	A	B	C	D	E	X
49. Eu me sinto esgotado com o meu trabalho.	A	B	C	D	E	X
50. Doenças importantes são comunicadas entre os profissionais envolvidos no cuidado.	A	B	C	D	E	X
51. Há grande divulgação de trabalhos, protocolos de atendimento, normativas neste Centro de Saúde.	A	B	C	D	E	X
52. Eu me sinto frustrado com meu trabalho.	A	B	C	D	E	X

53. Eu sinto que eu estou trabalhando muito no meu trabalho.	A	B	C	D	E	X
54. A obtenção de informações através de relatórios de incidentes é utilizada para assegurar a segurança do paciente	A	B	C	D	E	X
55. Frequentemente a equipe despreza as regras e guidelines (ex. protocolo de tratamento) que são estabelecidos por esse Centro de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde.	A	B	C	D	E	X
56. A fadiga prejudica meu desempenho durante situações de emergência.	A	B	C	D	E	X
57. A fadiga prejudica meu desempenho durante a rotina do cuidado.	A	B	C	D	E	X
58. Eu estou satisfeito com o andamento do processo de decisão neste Centro de Saúde.	A	B	C	D	E	X
59. Há transferência adequada e em tempo sobre a informação do paciente entre o médico da atenção básica e o especialista.	A	B	C	D	E	X
60. As medicações são reabastecidas de maneira oportuna.	A	B	C	D	E	X
61. As medicações são reabastecidas corretamente.	A	B	C	D	E	X
62. Resultados de teste anormal são frequentemente esquecidos ou fecham-se os olhos para.	A	B	C	D	E	X
63. Você já preencheu este questionário antes?	() Sim	() Não	() Não Sei			

Informações Complementares

Profissão (marque sua profissão)

1. Enfermeiro ()
2. Técnico de Enfermagem ()
3. Agente Comunitário de Saúde ()

Status do trabalho

- Tempo integral (8 horas) ()
 Um período (6 horas) ()
 Contratado ()

Concurrido ()

Sexo

Feminino ()

Masculino ()

Quantos anos de experiência você tem na Atenção Primária de Saúde? ()

Quantos anos você trabalha neste Centro de Saúde? ()

Quantos anos vocês tem?

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

1. _____

2. _____

3. _____

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

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

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

APÊNDICE B – PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA SEPARADAS POR VARIÁVEL

Satisfação do Trabalho

2. Eu gosto do meu trabalho.
8. Trabalhar neste Centro de Saúde é como fazer parte de uma grande família.
15. Este Centro de Saúde é um bom lugar para trabalhar.
29. Eu tenho orgulho de trabalhar neste Centro de Saúde.
41. A moral neste Centro de Saúde é alta.
45. Os médicos assistenciais /provedores dos cuidados básicos deste Centro de Saúde estão realizando um bom trabalho.
47. Eu me sinto fatigada quando eu tenho que levantar de manhã e encarar outro dia de trabalho.
52. Eu me sinto frustrado com meu trabalho.
58. Eu estou satisfeito com o andamento do processo de decisão neste Centro de Saúde.

Cultura do trabalho em Equipe

24. Neste Centro de Saúde, é difícil falar se eu perceber algum problema com o cuidado do paciente.
34. Eu tenho suporte que eu preciso de outros colegas para cuidar dos pacientes.
36. A interrupção na continuidade do cuidado pode ser prejudicial à segurança do paciente.
37. Durante emergências, eu posso prever o que o outro profissional irá fazer em seguida.
38. Os médicos e enfermeiros aqui trabalham juntos como um time bem organizado.
43. Eu conheço o primeiro e o último nome das pessoas que eu trabalhei na minha última transferência.

Condições do Trabalho

1. Sobrecarga de trabalho é comum neste Centro de Saúde.
6. Este Centro de Saúde não é um bom local para treinar novos profissionais.
18. O número de profissionais deste Centro de Saúde é suficiente para atender o número de paciente.
23. O equipamento médico neste Centro de Saúde é adequado.

- 30. Desapontamentos neste Centro de Saúde são resolvidos de forma adequada (ex. não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).
- 60. As medicações são reabastecidas de maneira oportuna.
- 61. As medicações são reabastecidas corretamente.

Comunicação

- 3. As idéias e colocações da Enfermagem são bem aceitas neste Centro de Saúde.
- 5. Os erros são enfrentados de forma apropriada neste Centro de Saúde.
- 7. Todas as informações necessárias para a decisão diagnóstica e terapêutica estão rotineiramente disponíveis para mim.
- 11. Eu recebo retorno adequado sobre o meu trabalho.
- 12. Neste Centro de Saúde, é difícil discutir os erros.
- 13. Orientações personalizadas antes de um procedimento são importantes para a segurança do paciente.
- 14. Orientações são comuns neste Centro de Saúde.
- 16. É comum o atraso no desenvolvimento do cuidado devido à falha de comunicação.
- 20. Eu estou encorajado pelos meus colegas a relatar meu interesse ou preocupação sobre a segurança do paciente.
- 22. Este Centro de Saúde trata construtivamente o problema dos funcionários.
- 26. Eu estou provido de adequada e atualizada informação sobre os eventos do CS que podem afetar meu trabalho.
- 28. Eu conheço o caminho adequado para direcionar as questões relacionadas a segurança do paciente neste Centro de Saúde.
- 35. É fácil para os profissionais deste Centro de Saúde questionar quando há alguma coisa que eles não entenderam.
- 50. Doenças importantes são comunicadas entre os profissionais envolvidos no cuidado.
- 54. A obtenção de informações através de relatórios de incidentes é utilizado para assegurar a segurança do paciente
- 55. Frequentemente a equipe despreza as regras e guidelines (ex. protocolo de tratamento) que são estabelecidos por esse Centro de Saúde/SMS.
- 59. Há transferência adequada e em tempo sobre a informação do paciente entre o médico da atenção básica e o especialista.

Segurança do Paciente

- 4. Eu me sentiria seguro recebendo tratamento neste Centro de Saúde como paciente.

- 46. Todos os profissionais deste Centro de Saúde possuem responsabilidade em relação à segurança do paciente.
- 48. Segurança do paciente é constantemente reforçado como prioridade neste Centro de Saúde.

Educação Permanente

- 19. Para a tomada de decisão utiliza as ideias e colocações de profissionais bem conceituados/de referência.
- 42. Treinamentos na minha área são adequadamente supervisionados.
- 51. Há grande divulgação de trabalhos, protocolos de atendimento, normativas neste Centro de Saúde.

Gerência do Centro de Saúde

- 9. A coordenação deste Centro de Saúde está realizando um bom trabalho.
- 10. A coordenação deste Centro de Saúde apóia meus esforços diários.
- 17. A coordenação deste Centro de Saúde não conhece o compromisso com a segurança do paciente.
- 39. Eu não consigo expressar as minhas discordâncias com a coordenação deste Centro de Saúde.

Reconhecimento do Estresse

- 25. Quando meu trabalho torna-se excessivo, meu desenvolvimento é prejudicado.
- 31. Eu sou menos efetivo no trabalho quando estou cansado.
- 32. Eu estou mais sujeito a cometer erros em situações de tensão e hostilidade.
- 33. O estresse de problemas pessoais afeta desfavoravelmente o meu desenvolvimento.
- 40. A equipe de profissionais, realmente, pode deixar os problemas pessoais para trás quando estão trabalhando.
- 49. Eu me sinto esgotado com o meu trabalho.
- 53. Eu sinto que eu estou trabalhando muito no meu trabalho.
- 56. A fadiga prejudica meu desempenho durante situações de emergência.
- 57. A fadiga prejudica meu desempenho durante a rotina do cuidado.

Erro

- 21. A cultura sobre a segurança do paciente neste Centro de Saúde torna-se fácil aprender a partir dos erros dos outros.

- 27. Eu tenho visto erros que tem potencial para prejudicar o paciente.
- 44. Eu tenho realizado erros que tiveram potencial para prejudicar os pacientes.
- 62. Resultado de teste anormal são frequentemente esquecidos ou fecham-se os olhos para.

APÊNDICE C – MEMÓRIAS DE CÁLCULOS¹: MÉDIA, ANOVA, LSD

MEMÓRIA DE CÁLCULO MÉDIA DOS ESCORES POR CATEGORIA – VARIÁVEL COMUNICAÇÃO

Categoria	Média dos Escores - Variável Comunicação																											
	7,38	4,59	5,13	5,29	7,41	4,35	4,82	4,71	5,65	6,24	3,14	6,59	5,88	3,88	4,88	6,00	4,35	3,18	5,63	6,71	5,53	5,50	5,41	6,13	5,88	4,38		
ACS	5,29	7,20	7,88	6,82	4,71	5,65	5,41	6,35	4,94	4,27	3,25	4,00	6,00	5,00	4,67	3,65	7,41	4,00	4,38	4,00	3,18	4,67	4,47	5,53	4,35	4,71		
Téc.	5,41	5,75	5,53	5,18	5,65	5,65	4,24	5,38	7,41	5,20	5,88	6,63	7,18	7,25	5,76													
Enfermagem	7,18	5,65	6,71	5,88	6,59	5,76	6,27	6,75	5,29	6,00	5,65	6,59	6,82	4,82	5,75													
Enfermeiro	5,88	5,29	6,94	5,18	5,65	6,94	5,88	5,76	6,94	6,35	5,18	4,24	6,00	5,06														

¹ Cálculos realizados pelo Professor Doutor Fernando Cabral, do Departamento de Engenharia Mecânica da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

MEMÓRIA DE CÁLCULO ANOVA – VARIÁVEL COMUNICAÇÃO

Anova: fator único

RESUMO

<i>Grupo</i>	<i>Contagem</i>	<i>Soma</i>	<i>Média</i>	<i>Variância</i>
ACS	52	270,36933	5,1994101	1,3840691
Téc. Enfermagem	30	179,7902	5,9930065	0,5948119
Enfermeiro	14	81,294118	5,8067227	0,6401004

ANOVA

<i>Fonte da variação</i>	<i>SQ</i>	<i>gl</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>valor-P</i>	<i>F crítico</i>
Entre grupos	13,182942	2	6,591471	6,374971	0,002543	3,094337
Dentro dos grupos	96,158373	93	1,033961			
Total	109,3413	95				

MEMÓRIA DE CÁLCULO LSD – VARIÁVEL COMUNICAÇÃO

LSD com correcao de Bonferroni					
Entre ACS e Téc. Enfermagem		Entre Téc. Enfermagem e Enfermeiro		Entre ACS e Enfermeiro	
ACS	52	Téc. Enfermagem	30	ACS	52
Téc. Enfermagem	30	Enfermeiro	14	Enfermeiro	14
del medias	-0,7936	del medias	0,1863	del medias	-0,607313
t	1,9858	t	1,9858	t	1,9858
LSD	0,4629	LSD	0,6536	LSD	0,6079869

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Universidade Federal de Santa Catarina
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Informações e Informática em Saúde e Enfermagem
- GIATE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter, por escrito, o seu consentimento como sujeito participante da pesquisa, a qual se intitula: **A Cultura da Segurança do Paciente sob a perspectiva dos profissionais de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde**. Esta pesquisa tem como objetivos:

Avaliar a cultura da segurança do paciente entre os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde de um Distrito Sanitário do Município de Florianópolis.

Sua participação incluirá somente responder ao questionário. Este estudo garante que as informações descritas no instrumento serão confidenciais, mantendo, portanto, total e rigoroso anonimato bem como o sigilo de suas informações. Você terá o direito de analisar suas informações, estando livre para quaisquer alterações e desistência no momento que assim o desejar.

Este estudo está rigorosamente fundamentado nos direitos enquanto sujeitos que fizeram parte do estudo nas Normas e Diretrizes da Pesquisa com Seres Humanos (Resolução 196/96 – CNS/MS).

Sua participação será imprescindível para que esta pesquisa venha realmente contribuir para um estudo na área de segurança do paciente de modo a garantir a prestação de um serviço de qualidade sempre crescente.

Eu _____
concordo em participar desta pesquisa, desde que sejam respeitadas as
colocações acima.

Profª. Dra. Grace T. M. Dal Sasso
(Coord. da pesquisa)
Telefones: 37219480/372919399
e-mail: grace.sasso@cnpq.pq.br

Mestranda Fernanda Paese
(Pesquisadora – Orientanda)
Telefones: 3952-0118/9112-0245
e-mail: fernandapaese@hotmail.com

Florianópolis, 2010.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado (a) sobre todos os procedimentos da
pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações
pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão
sigilosos.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a
qualquer momento.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Documento adaptado de: (1) South Sheffield Ethics Committee, Sheffield
Health Authority, UK; (2) Comitê de Ética em Pesquisa - CEFID - UDESC,
Florianópolis, BR.

**APÊNDICE E - ADENDO ENTREGUE AO COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA**



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade

Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa
Catarina

ADENDO

Cumprimentando-a, vimos através deste, solicitar autorização para dar continuidade ao projeto intitulado “Segurança do Paciente no domicílio: fatores de risco para úlcera por pressão” certificado pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina em 31 de agosto de 2009 sob o processo de número 286/09.

O referido projeto teve sua execução nos meses de outubro e novembro de 2009, conforme previsto, com a coleta de dados referente ao objetivo número um - *Identificar os fatores de risco à segurança do idoso acamado no domicílio quanto à ocorrência de úlceras por pressão* e o objetivo número dois - *Avaliar a cultura da segurança do paciente entre os profissionais da equipe da Estratégia da Saúde da Família*.

A equipe de pesquisadoras pretende ampliar seus locais de realização do estudo do segundo objetivo junto a todos os Centros de Saúde do Distrito Sanitário Centro, uma vez que sua amostra centrou-se, naquele momento, no Centro de Saúde Monte Serrat. A justificativa para tal está baseada na necessidade de ampliar sua amostra para

garantir uma resposta adequada à pergunta de pesquisa e, assim contribuir cientificamente aos estudos sobre a Segurança do Paciente e, principalmente, para a prática segura do cuidado prestado pelos profissionais atuante no nível primário de atenção à saúde.

Assim, o segundo objetivo passa a ser descrito da seguinte forma:

Avaliar a cultura da segurança do paciente entre os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de um Distrito Sanitário (DS) do Município de Florianópolis.

A população e amostra do estudo passarão a ser os enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde dos Centros de Saúde da Trindade, Agrônômica, Atenção Básica Centro, Monte Serrat e Prainha, considerando que a coleta de dados junto aos profissionais do Centro de Saúde do Monte Serrat já foram realizadas nos meses de outubro e novembro de 2009 – primeira fase do estudo.

Para a coleta de dados será utilizado o mesmo formulário da primeira fase da pesquisa seguindo a mesma forma de aplicação, tal qual será agendado um primeiro contato com a coordenação dos Centros de Saúde para combinar um horário que melhor favoreça os profissionais para apresentação da proposta do estudo, oferecer o formulário de Atitudes de Segurança aos profissionais mediante os esclarecimentos dos objetivos e justificativas do estudo, leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com sua assinatura após concordância em participar do estudo. Para tal preenchimento, está previsto um período de 15 a 20 minutos.

O cronograma proposto para a execução das atividades para esta segunda fase está exposto a seguir:

Período	Atividades Propostas
Fevereiro de 2010	Solicitação da aprovação do adendo do projeto na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.
Março de 2010	- Submissão do adendo do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. - Início da coleta de dados.
Abril de 2010	- Término da coleta de dados - Análise dos dados e início da construção do artigo proposto
Mai de 2010	Término do artigo com os resultados da pesquisa.

Salientamos, ainda, que as pesquisadoras Professora Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa e a Professora Dra. Maria de Lourdes Souza não farão parte da segunda fase desse projeto de pesquisa, uma vez que, esse segundo momento não está mais ligado à disciplina NFR 3129 Tópico de Pesquisa: Pesquisa Clínica e Segurança do Paciente I e II, a qual incentivou a construção e execução da primeira parte do projeto e que já possui os resultados previstos pela disciplina como requisito para aprovação da mestranda.

Sem mais no momento, agradecemos desde já pela atenção.

Atenciosamente,

Fernanda Paese
Mestranda PEN-UFSC
e-mail: fernandapaese@hotmail.com.br
Fone: (48) 9112-0245

Profª. Dra. Grace T. M. Dal Sasso
Orientadora/ Pesquisadora Responsável

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE) ORIGINAL UTILIZADO COMO MODELO PARA ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PESQUISA

START HERE

Safety Attitudes Questionnaire (Ambulatory Version)

SERIAL #

PLEASE DO NOT WRITE IN THIS AREA

With respect to your experiences at this site, use the scale to describe the quality of collaboration and communication that you have experienced with:

	Adequate	Low	High	Vary High	Not Applicable
	Vary Low				
1. Physicians	A	B	C	D	X
2. Registered Nurses	A	B	C	D	X
3. Nurse Managers	A	B	C	D	X
4. Residents	A	B	C	D	X
5. LVN	A	B	C	D	X
6. Radiologists	A	B	C	D	X
7. Medical Assistants	A	B	C	D	X
8. Referral Coordinators	A	B	C	D	X
9. Physician Office Administrator	A	B	C	D	X
10. Office Managers	A	B	C	D	X
11. Business Office Manager	A	B	C	D	X
12. Receptionist	A	B	C	D	X
13. Radiology Technicians	A	B	C	D	X
14. Nutritionists	A	B	C	D	X

MARKING INSTRUCTIONS

- Use number 2 pencil only.
- Erase cleanly any mark you wish to change.

SEE A NO. 2 PENCIL ONLY.

Correct Mark

Incorrect Marks

Please answer the following with respect to your clinical area here. Mark your answers using the following scale.

A	B	C	D	E	X
Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly	Not Applicable
1. High levels of workload are common in this office.	A	B	C	D	X
2. I like my job.	A	B	C	D	X
3. Nurse input is well received in this office.	A	B	C	D	X
4. I would feel safe being treated here as a patient.	A	B	C	D	X
5. Medical errors* are handled appropriately in this office.	A	B	C	D	X
6. This office does a good job of training new personnel.	A	B	C	D	X
7. All the necessary information for diagnostic and therapeutic decisions is routinely available to me.	A	B	C	D	X
8. Working in this office is like being part of a large family.	A	B	C	D	X
9. Senior management of this office is doing a good job.	A	B	C	D	X
10. The management of this office supports my daily efforts.	A	B	C	D	X
11. I receive appropriate feedback about my performance.	A	B	C	D	X
12. In this office, it is difficult to discuss errors.	A	B	C	D	X
13. Briefing other personnel before a procedure (e.g., biopsy) is important for patient safety.	A	B	C	D	X
14. Briefings are common in this office.	A	B	C	D	X
15. This office is a good place to work.	A	B	C	D	X
16. Communication breakdowns which lead to delays in delivery of care are common.	A	B	C	D	X
17. Office management does not knowingly compromise the safety of patients.	A	B	C	D	X
18. The levels of staffing in this office are sufficient to handle the number of patients.	A	B	C	D	X
19. Decision making in this office utilizes input from relevant personnel.	A	B	C	D	X
20. I am encouraged by my colleagues to report any patient safety concerns I may have.	A	B	C	D	X
21. The culture in this office makes it easy to learn from the errors of others.	A	B	C	D	X
22. This office deals constructively with problem personnel.	A	B	C	D	X
23. The medical equipment in this office is adequate.	A	B	C	D	X
24. In this office, it is difficult to speak up if I perceive a problem with patient care.	A	B	C	D	X
25. When my workload becomes excessive, my performance is impaired.	A	B	C	D	X
26. I am provided with adequate, timely information about events in the office that might affect my work.	A	B	C	D	X
27. I have seen others make errors that had the potential to harm patients.	A	B	C	D	X
28. I know the proper channels to direct questions regarding patient safety in this office.	A	B	C	D	X
29. I am proud to work at this office.	A	B	C	D	X
30. Disagreements in this office are resolved appropriately (i.e., not who is right but what is best for the patient).	A	B	C	D	X
31. I am less effective at work when fatigued.	A	B	C	D	X
32. I am more likely to make errors in tense or hostile situations.	A	B	C	D	X
33. Stress from personal problems adversely affects my performance.	A	B	C	D	X
34. I have the support I need from other personnel to care for patients.	A	B	C	D	X

*Medical error is defined as any mistake in the delivery of care, by any healthcare professional, regardless of outcome.

Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using the letter from the scale below.

A	B	C	D	E	X
Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly	Not Applicable

Not Applicable
Agree Strongly
Agree Slightly
Neutral
Disagree Slightly
Disagree Strongly

35. It is easy for personnel in this office to ask questions when there is something that they do not understand.	A	B	C	D	E	X
36. Disruptions in the continuity of care can be detrimental to patient safety.	A	B	C	D	E	X
37. During emergencies, I can predict what other personnel are going to do next.	A	B	C	D	E	X
38. The physicians and nurses here work together as a well-coordinated team.	A	B	C	D	E	X
39. I am frequently unable to express disagreement with staff physicians/internists in this office.	A	B	C	D	E	X
40. Truly professional personnel can leave personal problems behind when working.	A	B	C	D	E	X
41. Morale in this office is high.	A	B	C	D	E	X
42. Trainees in my discipline are adequately supervised.	A	B	C	D	E	X
43. I know the first and last names of all the personnel I worked with during my last shift.	A	B	C	D	E	X
44. I have made errors that had the potential to harm patients.	A	B	C	D	E	X
45. Attending physicians/primary care providers in this office are doing a good job.	A	B	C	D	E	X
46. All the personnel in this office take responsibility for patient safety.	A	B	C	D	E	X
47. I feel fatigued when I have to get up in the morning and face another day on the job.	A	B	C	D	E	X
48. Patient safety is constantly reinforced as the priority in this office.	A	B	C	D	E	X
49. I feel burned out from my work.	A	B	C	D	E	X
50. Important issues are well communicated at shift changes.	A	B	C	D	E	X
51. There is widespread adherence to clinical guidelines and evidence-based criteria in this office.	A	B	C	D	E	X
52. I feel frustrated by my job.	A	B	C	D	E	X
53. I feel I am working too hard on my job.	A	B	C	D	E	X
54. Information obtained through incident reports is used to make patient care safer in this office.	A	B	C	D	E	X
55. Personnel frequently disregard rules or guidelines (e.g., handwashing, treatment protocols/clinical pathways, sterile field, etc.) that are established for this office.	A	B	C	D	E	X
56. Fatigue impairs my performance during emergency situations (e.g. code or cardiac arrest).	A	B	C	D	E	X
57. Fatigue impairs my performance during routine care.	A	B	C	D	E	X
58. I am satisfied with the current referral process in this office.	A	B	C	D	E	X
59. There is adequate and timely transfer of patient information between the primary care physician and the specialist.	A	B	C	D	E	X
60. Medications are refilled in a timely manner.	A	B	C	D	E	X
61. Medications are refilled correctly.	A	B	C	D	E	X
62. Abnormal test results are frequently lost or overlooked.	A	B	C	D	E	X
63. Have you completed this survey before?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Don't Know					

BACKGROUND INFORMATION

Position: (mark your position) <input type="radio"/> Physicians <input type="radio"/> Registered Nurses <input type="radio"/> Nurse Managers <input type="radio"/> Residents <input type="radio"/> LVN <input type="radio"/> Radiologists <input type="radio"/> Medical Assistants		<input type="radio"/> Referral Coordinators <input type="radio"/> Physician Office Administrator <input type="radio"/> Office Managers <input type="radio"/> Business Office Manager <input type="radio"/> Receptionist <input type="radio"/> Radiology Technicians <input type="radio"/> Nutritionists		How many years of experience do you have in this specialty? YEARS <input type="text"/> (0) <input type="text"/> (1) <input type="text"/> (2) <input type="text"/> (3) <input type="text"/> (4) <input type="text"/> (5)	How many years have you worked at this office? YEARS <input type="text"/> (0) <input type="text"/> (1) <input type="text"/> (2) <input type="text"/> (3) <input type="text"/> (4) <input type="text"/> (5)	CURR ENT AGE <input type="text"/> (0) <input type="text"/> (1) <input type="text"/> (2) <input type="text"/> (3) <input type="text"/> (4) <input type="text"/> (5)
Job Status <input type="radio"/> Full-time <input type="radio"/> Part-time <input type="radio"/> Agency <input type="radio"/> Contract	Ethnic Group: <input type="radio"/> Hispanic <input type="radio"/> Asian/Pacific Islander <input type="radio"/> Black (not Hispanic) <input type="radio"/> Multi-ethnic <input type="radio"/> White (not Hispanic) <input type="radio"/> Other: _____					
Gender: <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female	*Optional* collected as part of a cross-cultural study Citizenship (e.g., Canadian, Filipino, USA, etc.): _____ Country of birth (if different): _____					

COMMENTS: What are your top three recommendations for improving patient safety in this office?

1 _____

2 _____

3 _____

If more room for comments is needed, please provide your response on a separate sheet of paper.

Thank you for completing the questionnaire - Your time and participation are greatly appreciated

**ANEXO B - RESPOSTA DO E-MAIL DE SOLICITAÇÃO PARA
TRADUZIR E ADAPTAR O QUESTIONÁRIO DE ATITUDE DE
SEGURANÇA À UNIVERSIDADE DO TEXAS MEDICAL
SCHOOL AT HOUSTON**

Resposta do e-mail de solicitação para traduzir e adaptar o Questionário de Atitude de Segurança à Universidade do Texas Medical School at Houston.

Ms Paese,

Thank you for your interest in the survey. You have our permission to use it.

Eric J Thomas MD MPH
Griff T Ross Professor in Humanities and Technology
Director, UT Houston-Memorial Hermann Center for Healthcare
Quality and Safety
Professor of Medicine
University of Texas Medical School at Houston
6410 Fannin UPB 1100.45
Houston TX 77030-3006
713-500-7958
www.utpatientsafety.org

ANEXO C - CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 267

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 286/09 FR- 284827

TÍTULO: Segurança do paciente no domicílio: fatores de risco para úlcera por pressão.

AUTOR: Grace T. M. Dal Sasso, Maria de Lourdes Souza, Sayonara F. F. Barbosa e Fernanda Paes.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 31 de agosto de 2009.

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof. Washington Pereira de Souza

ANEXO D - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS



**Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "Segurança do paciente no domicílio: fatores de risco para úlceras de pressão" da pesquisadora responsável Grace T. M. Dal Sasso e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEP/UFSC.

Florianópolis, 19/08/2009.

Maria Francisca dos Santos Daussy
 Departamento de Integração Ensino e Serviço
 Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Maria Francisca dos Santos Daussy
 Chefe de Departamento
 Depto. de Integração Ensino e Serviço
 Rua Uruguai 1584/09
 SMS - PMF

ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA AUTORIZANDO A AMPLIAÇÃO DA AMOSTRA DA PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP SH

Campus Prof. João David Ferreira Lima - CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br | +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO N.º 286/09

I – Identificação:

Título do Projeto: Segurança do paciente no domicílio: identificando os fatores de risco no desenvolvimento de úlceras por pressão.

Área: Ciências da Saúde - Enfermagem

Pesquisador Responsável: Dra. Grace Dal Sasso, Dra. Maria de Lourdes Souza e Dra. Sayonara Barbosa.

Pesquisador Principal: Fernanda Paese (mestranda de Enfermagem UFSC)

Data coleta dados: 01.09.2009 a 30.10.2009

Instituição onde a pesquisa será conduzida: Centro de Saúde Mont'serrat e Centro de Saúde da Prainha, ambos vinculados à Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis.

Data de apresentação ao CEP SH:

II - Objetivos:

Geral: Identificar os fatores de risco à segurança do idoso acamado no seu domicílio quanto à ocorrência de úlceras por pressão.

Específicos: Avaliar a cultura da segurança do paciente entre os profissionais da equipe da Estratégia da Saúde da Família.

III - Sumário do Projeto: O Projeto desenvolve-se a partir da previsão de um aumento da população idosa no Brasil, e visa especificamente diminuir a incidência das "úlceras por pressão", comuns em pessoas com mais e 60 anos submetidas a longos internamentos em instituições de saúde ou em domicílio. Trata-se de um estudo transversal prospectivo, que visa identificar os fatores de risco para o desenvolvimento da referida úlcera, a partir do uso da Escala Braden, que prevê uma série de variáveis a serem levantadas a partir de entrevistas com os pacientes, tais como tipo de alimentação, mobilidade, sexo, cor, escolaridade, classe social, higiene, tempo de permanência no leito, entre outras.

Em sua outra face o Projeto busca avaliar um grupo de profissionais da saúde que participam da equipe estabelecida pela Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis, intitulada Estratégia da Saúde da Família, especificamente aqueles vinculados aos dois centros de saúde acima especificados, e que prestam assistência domiciliar aos idosos.

IV – Comentário: Trata-se de um projeto muito bem elaborado em seus fundamentos acadêmicos, e cujo processo demonstra cumprir perfeitamente com todas as exigências estabelecidas na regulamentação referente à ética em pesquisa com seres humanos. Pela aprovação.

V – PARECER CEP SH:

(X) Aprovado

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado em reunião deste Comitê na data de 31 de agosto de 2009.

EMENDA:

Trata-se de um pedido, na forma de "Adendo", encaminhado a esse Comitê de Ética referente a uma ampliação da área geográfica pesquisada. O projeto, intitulado "Segurança do paciente no domicílio: fatores de risco para úlcera sob pressão", desenvolveu-se, num primeiro momento, junto aos Centros de Saúde da Prainha e Mont'serrat, dois distritos sanitários do centro de Florianópolis. Agora, buscando uma maior amplitude da pesquisa, pretende-se incluir na investigação a totalidade dos distritos da área central, o que incluiria também os da Trindade e da Agrônômica, além do distrito do centro propriamente dito. Nada havendo contrário ao que até aqui foi programado na pesquisa, que mereceu o aval desse Comitê, encaminho o "Adendo" para aprovação.



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP SH**

Campus Prof. João David Ferreira Lima - CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br/ +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO N.º 286/09

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado em reunião deste Comitê na data de 29 de março de 2010.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Washington Portela de Souza', written over a horizontal line.

Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP SH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

**ANEXO F - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO
DEPARTAMENTO DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS
PARA A AMPLIAÇÃO DA AMOSTRA DA PESQUISA**



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "Segurança do paciente no domicílio: fatores de risco para úlceras de pressão" da pesquisadora responsável Grace T. M. Dal Sasso e cumprir os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH.

Florianópolis, 16/03/2010

Maria Francisca dos Santos Daussy

Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

**ANEXO G - INSTRUÇÃO NORMATIVA 06/PEN/2009 QUE
ALTERA OS CRITÉRIOS PARA ELABORAÇÃO E O
FORMATO DA APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS DE
CONCLUSÃO DE CURSO DE MESTRADO E DOUTORADO EM
ENFERMAGEM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL**

Instrução Normativa 06/PEN/2009

Florianópolis, 02 de dezembro de 2009.

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora em exercício do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 02/12/2009 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

RESOLVE:

1. Alterar o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador, já no formato final para encaminhamento a periódicos científicos.

3. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)

- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.

- Considerações Finais/Conclusões

- Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais

- Introdução

- Objetivos

- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)

- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.

- Considerações Finais/Conclusões

- Elementos pós-textuais

4. Orientações gerais:

a) Todos os artigos deverão ser apresentados nas normas do periódico à que foi ou que será submetido, sendo necessário explicitar o nome do periódico.

b) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B2 ou superior para Doutorado e B3 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

c) Os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;

d) A impressão final, após avaliação da Banca Examinadora, deverá seguir as normas de formatação da UFSC.

Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 01/PEN/2008, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em

Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 02/12/2009

ANEXO H – INSTRUÇÃO AOS AUTORES - REVISTA TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM

TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM
TEXT & CONTEXT NURSING / TEXTO & CONTEXTO ENFERMERIA

ISSN 0104-0707 *versão impressa*
ISSN 1980-265X *versão online*

Objetivo e política

Texto & Contexto Enfermagem, revista do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, destina-se à publicação da produção técnico-científica relacionada à área da saúde e, em especial da enfermagem. Propicia espaço de reflexão e aprofundamento do conhecimento acerca de questões da prática, do ensino e da pesquisa em saúde e enfermagem em nível nacional e internacional.

A Revista é publicada trimestralmente, aceita manuscritos em português, inglês ou espanhol, decorrentes de pesquisa, reflexão, relato de experiência, revisão de literatura, entrevista e resenha. As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita têm prioridade para publicação.

Procedimentos de avaliação dos manuscritos

O artigo submetido é analisado por pares de consultores *ad hoc* credenciados. O processo de avaliação tem o seguinte fluxo: 1. A Coordenadora Editorial da Revista realiza uma primeira revisão dos manuscritos, visando adequar o tema, a área ou o título do trabalho à área dos consultores *ad hoc*; 2. São selecionados dois consultores (de diferentes regiões), para os quais são enviados a cópia do manuscrito, o instrumento de análise e as normas de publicação. A identidade do autor e da instituição de origem é mantida sob sigilo, bem como entre o autor e o consultor; 3. Após a devolução dos manuscritos, pelos dois consultores, a equipe da Revista analisa os pareceres efetuados e, com base no "parecer conclusivo", prossegue com os demais encaminhamentos; 4. Caso os dois consultores tenham rejeitado o manuscrito, é redigida então, uma carta explicativa ao autor, dando ciência da decisão tomada; 5. No caso de um dos consultores indicar o

manuscrito para publicação e o outro consultor rejeitá-lo, elege-se um terceiro, que avaliará se o manuscrito é ou não indicado para publicação; 6. Os manuscritos indicados para publicação pelos consultores, são analisados pelo Conselho Diretor, que seleciona os que comporão cada novo número; 7. Os pareceres de aceitação, de necessidade de reformulação ou de recusa são encaminhados aos autores. Todos os manuscritos selecionados para publicação são analisados pela bibliotecária da Revista e, revisados pelos técnicos de inglês, espanhol e português.

Forma e preparação de manuscritos

INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos à revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" (<http://www.icmje.org>). A tradução deste texto para o português: "Requisitos uniformes para originais submetidos à revistas biomédicas" do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE) atualizada em 2006, está disponível no site: http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp.

Os manuscritos enviados à submissão deverão seguir as normas editoriais da **Texto & Contexto Enfermagem**, caso contrário, serão automaticamente recusados. No envio, devem estar acompanhados de uma carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade (Modelo). Por ocasião do encaminhamento do envio da versão final do manuscrito, após aprovação para publicação, o(s) autor(es) deverão enviar a declaração de transferência de direitos autorais (Modelo). Os autores dos manuscritos recusados para publicação serão informados e o material enviado para a revista não será devolvido.

Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) serão aceitos desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento, quando as normas do evento assim o exigirem. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da **Texto & Contexto Enfermagem** e autorizado pelo periódico em que o manuscrito tenha sido originalmente publicado.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão,

adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor;

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos, deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, indicar o respeito à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.196, de 10/10/96 e n.251 de 07/08/97. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, na metodologia, o número de aprovação do projeto.

A **Texto & Contexto Enfermagem** apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

A confiança pública do processo de revisão de especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como o **conflito de interesse** é administrado durante a redação, revisão por pares e a tomada de decisão editorial. Os conflitos de interesse podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Relações financeiras, como por exemplo, através de emprego, consultorias, posse de ações, honorários, depoimento/parecer de especialista são conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e que têm maior chance de abalar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. Contudo conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual. Outras informações disponíveis no site: http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp deverão ser consultadas.

Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de

interesse que possam influenciar seu trabalho para que o Conselho Diretor possa decidir sobre o manuscrito. Os autores devem informar no manuscrito o apoio financeiro e outras conexões financeiras ou pessoais em relação ao seu trabalho, quando houver. As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a conflitos de interesse devem ser informadas por cada um dos autores em declarações individuais (Modelo).

Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista, vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista **Texto & Contexto Enfermagem**.

CATEGORIAS DE ARTIGOS

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, são publicados relatos de experiência, reflexão, revisão da literatura, entrevista e resenha.

Artigo original: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados e discussão. A **introdução** deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento – "estado da arte". Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção entre outros devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os **resultados** devem ser descritos em uma seqüência lógica. Quando forem apresentadas tabelas, quadros e figuras, o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo contido nos mesmos. A **discussão**, que pode ser redigida juntamente com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as implicações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que surgem destes. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Relato de experiência: descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Reflexão: matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem, a que se destina a Revista. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Revisão da literatura: compreende avaliação da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões. Sua extensão limita-se a 10 páginas.

Entrevista: espaço destinado à entrevista de autoridades, especialistas ou pesquisadores de acordo com o interesse do Conselho Diretor. Sua extensão limita-se a 5 páginas.

Resenha: espaço destinado à síntese ou análise interpretativa de obras recentemente publicadas, limitando-se a 4 páginas. Deve apresentar referência conforme o estilo "Vancouver", da obra analisada.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis.

Página de identificação: a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, espanhol (resumen) e inglês (abstract), com limite de 150 palavras. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-los consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = *A cura pela prece*

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As **tabelas** devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no roda-pé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Os **quadros** devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As **figuras** devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. Não serão publicadas fotos coloridas, exceto em casos de absoluta necessidade e a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na seqüência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23x16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

Citações no texto: as **citações indiretas** deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma seqüencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

As **citações diretas** (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".^{1:30-31}

As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* [...](e7);

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE). Exemplos:

Livro padrão

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

Capítulo de livro

Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul: Yends; 2005. p.47-72.

Livro com organizador, editor ou compilador

Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: EDUEM; 2002.

Livro com edição

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

Trabalho apresentado em congresso

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15-18; Curitiba, Brasil. Curitiba: Rede Unida; 2006. Oficina 26.

Entidade coletiva

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e

puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: MS; 2005.

Documentos legais

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Tese/Dissertação

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

Artigo de jornal

Zavarise E. Servidores da UFSC fazem movimento em defesa do HU. Diário Catarinense, 2007 Jun 28; Geral 36.

Artigo de periódico com até 6 autores

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15 (1): 89-97.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan-Mar; 16 (1): 71-9.

Material audiovisual

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis: UFSC/GEHCE; 2006 jul 23.

Mapa

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis: DCL; 2002.

Dicionários e referências similares

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3a ed. Florianópolis: Ed. Positivo; 2004.

Homepage/web site

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília: MS; 2007 [atualizado 2007 May 04; acesso em 2007 Jun 28]. Disponível em: www.saude.gov.br

Material eletrônico

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis: UFSC/PEN; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV.

Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. *Rev. Eletr. Enferm.* 2004; 06 (1): [online] [acesso em 2006 Out 01]. Disponível em:

http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/fl_coletiva.html

Corona MBEF. O significado do "Ensino do Processo de Enfermagem" para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto: USP/EERP; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/>

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

MODELO

À Coordenação Editorial

Texto & Contexto Enfermagem**Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade**

Vimos por meio desta, **solicitar a publicação** do manuscrito
encaminhado em anexo, sob o título,
_____ de autoria de
_____.

Classificação:**Endereço para correspondência:****Declaração de responsabilidade**

- "Certifico que participei suficientemente da autoria do manuscrito para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo".
- "Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para a publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico".
- "Assumo total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo".
- "Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores".

Assinatura do(s) autor(es)

Local, data:

MODELO

À Coordenação Editorial

Revista Texto & Contexto - Enfermagem

Declaração de Transferência de Direitos Autorais

Os autores abaixo-assinados declaram que os direitos autorais referentes ao artigo (*escrever título do artigo*) que será publicado, se tornarão propriedade exclusiva da **Texto & Contexto Enfermagem**. Do mesmo modo, assumem total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Estamos cientes de que é vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que, a prévia e necessária autorização, seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à **Texto & Contexto Enfermagem** e os créditos correspondentes.

Autores:

Artigo:

Local e data

MODELO

À Coordenação Editorial
Texto & Contexto Enfermagem

Declaração de conflitos de interesse

Eu, (nome por extenso), autor do manuscrito intitulado (título), declaro que dentro dos últimos 5 anos e para o futuro próximo que possuo () ou não possuo () conflito de interesse de ordem:

- () pessoal,
- () comercial,
- () acadêmico,
- () político e
- () financeiro no manuscrito.

Declaro também que todo apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento da pesquisa ou trabalho que resultou na elaboração do manuscrito estão claramente informados no texto do mesmo.

As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo ou em documento anexo:

Local, data:

Assinatura:

Envio de manuscritos

PROCEDIMENTO PARA A SUBMISSÃO E PUBLICAÇÃO DE MANUSCRITOS

A taxa de publicação na **Texto & Contexto Enfermagem** é de R\$ 300,00 por artigo a ser pago da seguinte forma.

No encaminhamento inicial efetuar o pagamento de uma **taxa de submissão** no valor de R\$ 80,00.

Caso o manuscrito seja aceito, efetuar o restante do pagamento da **taxa de publicação**:

-R\$120,00 para assinantes (se todos os autores forem assinantes)

- R\$ 220,00 para não assinantes

O depósito deverá ser realizado no Banco do Brasil, agência 3582-3 e conta corrente 203142-6. O nome do favorecido é Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU). Enviar cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito e o de publicação após ter sido aprovado.

Obs: não será devolvida a taxa de submissão para os manuscritos não aceitos para publicação.

Os manuscritos devem ser endereçados para à **Texto & Contexto Enfermagem**, em 1 via impressa, juntamente com o disquete ou o CD ROOM gravado para o seguinte endereço:

Texto & Contexto Enfermagem

Caixa Postal 5057 CEP: 88.040-970

Trindade – Florianópolis – SC- Brasil

Verificação de itens

Itens exigidos para preparação dos manuscritos

1. Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade assinada por todos os autores (Modelo).
2. Declaração de conflitos de interesse individual assinada por cada autor (Modelo).
3. Cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em manuscritos resultantes de pesquisa que envolve seres humanos.

Itens exigidos para envio dos manuscritos

1. Manuscrito digitado em letra Times New Roman 12, com espaço entre linhas 1,5 cm, configurado em papel A4, com margem esquerda/superior de 3cm e direita/inferior de 2cm, com numeração nas páginas. Utilização de Editor Word for Windows 2000 ou editores compatíveis.
2. Página de identificação.
3. Título (conciso e informativo), resumo (máximo de 150 palavras) e descritores (3 a 5 palavras) nos 3 idiomas.
4. Apresentação das seções do manuscrito de acordo com as normas.
5. Ilustrações (tabelas, quadros e figuras) conforme as normas da Revista e no máximo de 5 no conjunto. As figuras devem ser gravadas em separado, no formato jpeg ou tiff, resolução de 300

dpi, tamanho 23X16 cm.

6. Citações diretas e indiretas, assim como os verbatins de acordo com as normas.
7. Manuscrito contendo no máximo 3 notas de roda-pé.
8. Referências redigidas de acordo com as normas.
9. Manuscrito com número de páginas limite, de acordo com a categoria do artigo.
10. Cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito.

FONTE:

<http://www.textoecontexto.ufsc.br/conteudo.php?&sys=bd&id=14>
[acesso em: 05 agosto 2010].

ANEXO I – INSTRUÇÃO AOS AUTORES - REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA



ISSN 0034-8910 *versão impressa*

ISSN 1518-8787 *versão on-line*

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise
- QUOROM checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- STROBE para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.

- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *4.000 palavras*.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *2.000 palavras*, excluindo resumos,

tabelas, figuras e referências

- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver modelo). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.*

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de *links* para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo

da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.

b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.

d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).

e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência

financiadora e o respectivo número do processo.

g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>). Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.fsp.usp.br/rsp), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção "submissão de artigo". Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção "submissão de artigos" e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção "consulta/ alteração dos artigos submetidos". Ao todo são oito situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- **Em avaliação com Editoria:** O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.

- **Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.
- **Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- **Aprovado**
- **Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de "consulta/alteração dos artigos submetidos", o autor tem acesso às seguintes funções:

"Ver": Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

"Alterar": Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em "aguardando documentação".

"Avaliações/comentários": Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

"Reformulação": Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "responsabilidade de autoria".
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de

ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.

12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.

13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.

15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Suplementos

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capla da Revista.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a

elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Documentos

Cada autor deve ler, assinar e anexar os documentos: Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (enviar este somente após a aprovação). Apenas a Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada somente pelo primeiro autor (correspondente).

Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:

1. Declaração de responsabilidade
2. Agradecimentos

Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito para publicação:

3. Transferência de direitos autorais

1. Declaração de Responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida

para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados em rodapé na folha de rosto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

MODELO

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

"Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo."

"Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico."

"Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores."

Contribuição:

Local, data

Assinatura

Documentos

2. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos

Os autores devem obter permissão por escrito de todos os indivíduos mencionados nos Agradecimentos, uma vez que o leitor pode inferir seu endosso em dados e conclusões. O autor responsável pela correspondência deve assinar uma declaração conforme modelo abaixo.

MODELO

Eu, (nome por extenso), autor responsável pelo manuscrito intitulado (título):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito mas não preenchem os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.

- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos me forneceram permissão por escrito para tal.
- Certifico que, se não incluí uma sessão de Agradecimentos, nenhuma pessoa fez qualquer contribuição substancial a este manuscrito.

Local, Data _____

Assinatura _____

3. Transferência de Direitos Autorais

Enviar o documento assinado **por todos os autores** na ocasião da aprovação do manuscrito.

A RSP não autoriza republicação de seus artigos, exceto em casos especiais. Resumos podem ser republicados em outros veículos impressos, desde que os créditos sejam devidamente explicitados, constando a referência ao artigo original. Todos as solicitações acima, assim como pedidos de inclusão de links para artigos da RSP na SciELO em sites, devem ser encaminhados à Editoria Científica da Revista de Saúde Pública.

MODELO

"Declaro que em caso de aceitação do artigo por parte da Revista de Saúde Pública concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, vedado qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Faculdade de Saúde Pública e os créditos correspondentes."

Autores: _____

Título: _____

Local, data _____

Assinatura _____

Avenida Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo SP Brasil
Tel./Fax: +55 11 3068-0539

FONTE: <http://www.scielo.br/revistas/rsp/pinstruc.htm> [acesso em: 10 agosto 2010].