

**CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ
CURSO DE ENFERMAGEM**

**JULIA ROSSI
LARA SILVA BARBOSA DE CARVALHO
NATACHA FERREIRA GONÇALVES**

**AVALIAR A CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO - SP**

**Ribeirão Preto
2021**

JULIA ROSSI
LARA SILVA BARBOSA DE CARVALHO
NATACHA FERREIRA GONÇALVES

**AVALIAR A CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO - SP**

Trabalho de conclusão de curso de
Enfermagem do Centro Universitário Barão
de Mauá para obtenção do título de bacharel.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria de Fátima P.
Brito

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

A963

Avaliar a cultura da segurança do paciente na atenção primária no município de Ribeirão Preto-SP/ Julia Rossi; Lara Silva Barbosa de Carvalho; Maria de Fátima Paiva Brito; Natacha Ferreira Gonçalves - Ribeirão Preto, 2021.

59p.il

Trabalho de conclusão do curso de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá

Orientador: Dra. Maria de Fátima Paiva Brito

1. Segurança do paciente 2. Atenção primária 3. Avaliar a segurança I. Rossi, Julia II. Carvalho, Lara Silva Barbosa de III. Brito, Maria de Fátima Paiva IV. Gonçalves, Natacha Ferreira V. Brito, Maria de Fátima Paiva VI. Título

CDU 616-083

Bibliotecária Responsável: Iandra M. H. Fernandes CRB⁸ 9878

JULIA ROSSI
LARA SILVA BARBOSA DE CARVALHO
NATACHA FERREIRA GONÇALVES

**AVALIAR A CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO - SP**

Trabalho de conclusão de curso de
Enfermagem do Centro Universitário Barão
de Mauá para obtenção do título de bacharel.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria de Fátima Paiva Britto
Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto

Profª Drª Lauren Suemi Kawata
Enfermeira da Divisão de Enfermagem da Secretária Municipal de Saúde - Ribeirão
Preto

Me. Tania Aparecida Cancian Masella
Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto

Ribeirão Preto
2021

AGRADECIMENTO

Agradecemos esse trabalho primeiramente a Deus, que nos deu forças e sabedoria para continuar, ao Universo e toda sua energia positiva que emanou para nós, a todos os nossos familiares, ao Nathan, aos amigos, a orientadora, a coordenação e aos professores do curso.

"Sonho feito de brisa, vento vem terminar."
(Milton Nascimento)

Lista de tabelas

Tabela 1- Perfil dos entrevistados Distrito Norte APS- Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.....	24
Tabela 2- Segurança do paciente e qualidade, na unidade de saúde Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.....	25
Tabela 3- Troca de informações com outras instituições. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.....	28
Tabela 4- Resultados sobre o trabalho no serviço. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021....	29
Tabela 5- Resultados de comunicação e atendimento. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.....	33
Tabela 6- Apoio dos gestores, administradores e líderes. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.....	37
Tabela 7- Processos de trabalho. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.....	38
Tabela 8- Avaliação Global da qualidade. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.....	40
Gráfico 1- Resultados das categorias dos profissionais que representam a amostra.....	42

RESUMO

A segurança do paciente é definida como “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”. Em vista de nossa vivência nos campos de estágio na atenção primária e também na estratégia da saúde da família percebemos que a segurança do paciente nesses locais não é algo tão imposto e protocolado como na atenção terciária, por isso buscou-se aprofundar o assunto e trazer esse tema de tamanha relevância. Muitos estudos já abordam a questão da segurança do paciente na atenção terciária, através de checklist, escalas, protocolos, entre outros, mas pouco se fala da segurança do paciente na atenção primária, que por isso precisa de uma adequada e urgente intervenção. Objetivo do estudo é avaliar a cultura da segurança do paciente na rede de Atenção Primária no Município de Ribeirão Preto/SP, avaliando a percepção dos profissionais sobre a segurança do paciente na APS, identificando os pontos fortes e as oportunidades de melhoria para segurança do paciente na rede de Atenção Primária do Município e comparando a cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde. O estudo terá uma abordagem metodológica quantitativa, do tipo descritiva e com delineamento de pesquisa não experimental. A coleta de dados vai acontecer por meio da aplicação do instrumento “Medical Office Survey on Patient Safety Culture” (MOSPSC), o qual foi traduzido e adaptado para o Brasil em 2016, intitulando-se “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária” (TIMM; RODRIGUES, 2016). Participarão profissionais da saúde do serviço que estiverem na ativa e aceitaram participar do estudo. Os dados serão lançados em planilhas e analisados através de estatística descritiva. Os resultados serão apresentados em forma de tabelas, sendo que as variáveis numéricas serão apresentadas por valores máximo e mínimo, mediana e desvio-padrão.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cultura da segurança do paciente. Atenção primária. Atenção básica de saúde.

ABSTRACT

Patient safety is defined as “reducing, to an acceptable minimum, the risk of unnecessary harm associated with health care”. In view of our experiences in the internship fields in primary care and also in the family health strategy, we realized that patient safety in these places is not something as imposed and protocolized as in tertiary care, so we sought to deepen the subject and bring this topic to light. of such relevance. Many studies already address the issue of patient safety in tertiary care, through checklists, scales, protocols, among others, but little is said about patient safety in primary care, which therefore needs an appropriate and urgent intervention. The objective of the study is to evaluate the culture of patient safety in the Primary Care network in the city of Ribeirão Preto/SP, evaluating the professionals' perception of patient safety in PHC, identifying the strengths and opportunities for improvement for patient safety in the Municipality's Primary Care network and comparing the patient safety culture among the professional categories working in Primary Health Care. The study will have a quantitative methodological approach, of the descriptive type and with a non-experimental research design. Data collection will take place through the application of the instrument “Medical Office Survey on Patient Safety Culture” (MOSPSC), which was translated and adapted for Brazil in 2016, entitled “Research on Patient Safety Culture for Primary Care” (TIMM; RODRIGUES, 2016). Health professionals from the service who are active and who agreed to participate in the study will participate. The data will be entered in spreadsheets and analyzed using descriptive statistics. The results will be presented in the form of tables, and the numerical variables will be presented by maximum and minimum values, median and standard deviation.

Key words: Patient safety. Patient safety culture. Primary attention. Basic health care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	17
3 1 OBJETIVO GERAL.....	17
3 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4 MÉTODO.....	18
4 1 Tipo de Estudo.....	18
4 2 Cenário do Estudo	18
4 3 Locais do Estudo	19
4 4 Tempo do Estudo	20
4 5 Sujeitos do Estudo	20
4 6 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	20
4 7 Técnicas para Coleta de Dados e Instrumentos	20
4 8 Tratamento dos Dados	22
5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	23
6 RESULTADOS.....	24
7 DISCUSSÃO	43
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS.....	48
ANEXO A – Instrumento de coleta de dados	53
APÊNDICE A – Carta de solicitação de autorização do projeto de pesquisa.....	63
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	64
APÊNDICE C - Termo de compromisso do pesquisador responsável pela pesquisa.....	68
APÊNDICE D - CRONOGRAMA	69
APÊNDICE E - ORÇAMENTO DO PROJETO	70

1 INTRODUÇÃO

O nosso interesse em estudar a segurança do paciente na atenção primária surgiu durante nossos estágios na atenção primária seja, em unidade básica de saúde (UBS) ou na Estratégia Saúde da Família (ESF). Percebemos algumas lacunas nesta temática nesse nível de atenção, pois na atenção terciária o estudo sobre esse tema é muito difundido, graças a essas pesquisas elevamos o atendimento desses pacientes, queremos então com através desse estudo avaliar o que os profissionais da área da enfermagem sabem sobre esse assunto.

A atenção centrada na segurança do paciente tornou-se um movimento mundial na assistência à saúde. Este tema é complexo pois envolve múltiplos fatores, mas tem como pressuposto garantir a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável (RUNCIMAN *et al.*; 2009), sendo um componente crítico da qualidade dos cuidados de saúde e um pré-requisito para um atendimento de alta qualidade (WHO; 2008).

A segurança do paciente é uma questão global e abrangente que afeta todos os países, independentemente do nível de crescimento e desenvolvimento econômico, sendo considerada uma temática prioritária no setor saúde, a qual impõe muitos desafios aos prestadores de serviços e órgãos governamentais (TASE; 2015).

A segurança do paciente não é uma problemática individual nem de uma categoria profissional, mas de um processo que envolve uma transformação institucional (TIMM; RODRIGUES, 2016).

As questões de segurança do paciente iniciaram há muito tempo com estudiosos importantes, como Hipócrates, Florence Nightingale, Ignaz Semmelweis, entre outros, por meio deles foi que se conheceu a importância da higiene das mãos, dos locais de cuidados, da criação de uma organização e padrões de qualidade a assistência ao cuidado (BRASIL, 2014).

Em relação aos cuidados, a segurança do paciente é um conjunto de regras, procedimentos, instrumentos e métodos científicos baseados em evidência para minimizar o risco de danos sobre eventos adversos e agregados no cuidado em saúde. Inclui medidas que garantam práticas de diagnóstico, terapêutica e cuidados de enfermagem seguro, bem como a adaptação do ambiente, organização e desempenho institucional, incluindo pessoal e competências

(COMETTO et al., 2011).

A segurança do paciente é uma temática de extrema relevância no cenário mundial cuja discussão tem sido impulsionada a partir de várias situações que envolvem danos aos pacientes e seus familiares. A Organização mundial da saúde (OMS) lançou em outubro de 2004, a Aliança Municipal da Segurança do Paciente com objetivo de despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência e apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas assistenciais. Para tanto, vários desafios globais foram lançados pela OMS nos últimos anos, como exemplo em 2005 o de prevenção e redução das infecções associadas às assistências em saúde (IRAS) e em 2007 cirurgia segura salvam vidas entre outras (WHO, 2015).

Várias iniciativas mundiais, gerenciadas pela OMS são repercutidas no Brasil pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária que tem lançado inúmeras recomendações e diretrizes que contribuem para que as instituições de saúde se fortaleçam em prol da segurança na assistência em saúde (BRASIL, 2017). Uma ação de extrema importância foi a publicação da Portaria N°529 pelo Ministério da Saúde em 01 de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Seu objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, sejam eles públicos ou privados (BRASIL, 2013).

De acordo com RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, foram definidas com o objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e que colaborem com melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Para efeito desta Resolução são adotadas, boas práticas de funcionamento do serviço de saúde, cultura da segurança, dano, evento adverso, garantia da qualidade, gestão de risco, incidência, núcleo de segurança do paciente (NSP), plano de segurança do paciente em serviços de saúde, segurança do paciente, serviços de saúde e tecnologias em saúde (BRASIL, 2013).

O PNSP estabeleceu metas prioritárias a serem atingidas no país, dentre elas a construção e validação de protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, tais como: infecções relacionadas à assistência à saúde; procedimentos cirúrgicos; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; processos de

identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2013).

A segurança dos pacientes é definida como “redução, a um mínimo aceitável, dorisco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”; o incidente de segurança como o “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente”; o evento adverso como o “incidente que resulta em dano ao paciente” e o dano como o “comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico” (BRASIL, 2013).

Na assistência, em todos os níveis de atenção à saúde é necessário ter um olhar ampliado, para além da própria atuação profissional e, portanto, para os múltiplos fatores que colocam em risco a segurança do paciente no processo de cuidado. Nesse âmbito da assistência, todas as ações se ficam complexas, requerendo um esforço intenso e coordenado para que os processos de atenção à saúde, desde o seu planejamento, sejam factíveis, ou seja, que as normas, procedimentos, rotinas, mapas estratégicos, checklists, entre outros, sejam realmente implementados, contribuindo para a segurança e repercutindo na qualidade assistencial (URBANETTO; GERHARDT, 2013).

Vários estudos abordam a segurança do paciente na área hospitalar, mas as questões relacionadas com a segurança do paciente, ou a falta dela, em cuidados de saúde primários, constituem um problema maior e, como tal, necessita de adequada e urgente intervenção (BRASIL, 2014).

A segurança do paciente na atenção primária engloba o indivíduo desde o momento que esse chega a Unidade Básica de Saúde e, é regulado para outro setor secundário para realização de exames mais complexos e para o setor terciário para resoluções das comorbidades através de cirurgias ou outros procedimentos (MELO; SILVA, 2011).

É relevante que se analise a cultura de segurança nas organizações de saúde com o intuito de identificar as dimensões que necessitam ser introduzidas ou aprimoradas. Além disso, serve como direcionamento para o gestor na implantação de estratégias que fortaleçam e incrementem a questão de segurança nas organizações, principalmente tendo em vista que mudança das percepções sobre

a cultura de segurança pode consumir recursos e esforços consideráveis (DA SILVA *et al.*, 2016).

Cultura de segurança é um produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização de saúde com a gestão da segurança do paciente (DA COSTA, 2018).

Esta cultura pode ser analisada em diferentes níveis do sistema de saúde, através da identificação de pontos fortes e fracos, que configuram a forma como os profissionais de saúde pensam, se comportam e abordam seu trabalho. As evoluções contínuas nos cuidados de saúde aumentam a importância de estabelecer e manter uma cultura de segurança do paciente. Portanto, pesquisas sobre cultura de segurança são necessárias para aumentar a conscientização sobre o papel da cultura na promoção de um ambiente mais seguro (DOWERI, 2015).

A qualidade da assistência ao paciente resulta a partir de um atendimento seguro, e, para isso, é necessária uma cultura de segurança estabelecida. Essa cultura 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. Justificando 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 (PAESE; SASSO, 2013).

As investigações sobre a segurança do paciente devem subsidiar as tomadas de decisão e as intervenções da gestão, modificando a prática do cuidado. As ações adotadas precisam gerar resultados como práticas confiáveis que façam a diferença na segurança dos pacientes, minimizando os riscos e alterando o quadro atual de eventos indesejáveis (SILVA, 2010). Conhecer as fraquezas e os pontos fortes da cultura de segurança da organização e o ponto de partida para promover a construção de uma cultura positiva, com planejamento de intervenções capazes de melhorar os resultados (MARCHON, 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência

acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família.

A Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012) destaca a necessidade da implantação de ações de segurança do paciente no âmbito da APS, para a promoção de cuidados seguros e ao incentivo da cultura de segurança do paciente entre profissionais atuantes na APS.

Pacientes e famílias precisam estar ativamente engajados em todos os níveis da assistência à saúde. O termo “engajamento do paciente” pode indicar as coisas diferentes para diferentes interessados da assistência à saúde e pode ser entendido de várias maneiras (BATALDEN *et al.*, 2015). Comuns à maioria das definições são as ideias de parceria, comunicação, troca de informações e respeito. Na sua essência, o engajamento do paciente tem a ver com o livre fluxo de informações dele e para o paciente. Sua base é um ambiente onde os pacientes e as famílias sejam sempre tratados com respeito, e sua dignidade é honrada (NPSF, 2015).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, a abordagem da segurança do paciente ainda é incipiente e em 2017 o Brasil incorporou esta temática a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2014).

Cada vez mais, as organizações de saúde estão se conscientizando da importância de transformar a cultura organizacional para melhorar a segurança do

paciente, despertando, assim, a necessidade de instrumentos de avaliação focados nos aspectos culturais dos esforços de melhoria da segurança do paciente. Entretanto, para transformar a cultura, é importante, primeiro, compreendê-la e confrontá-la, de forma que ferramentas de avaliação fornecem um caminho para esse entendimento (NIEVA, 2003).

Mesquita et al., (2016) dizem que se torna relevante o desenvolvimento de pesquisas relacionadas à temática, como forma de enriquecer e divulgar a literatura na área, reduzir as lacunas de conhecimento existentes e sensibilizar os profissionais sobre a importância da prática de segurança do paciente em todos os níveis de atenção à saúde, levando à redução dos riscos e danos relacionados à assistência. Muito se fala da segurança do paciente na atenção terciária, mas existem poucos estudos sobre atuação dessas medidas na atenção primária.

Por isso, este estudo buscará entender como estão as questões relacionadas à segurança do paciente, na Atenção Primária no município de Ribeirão Preto, e identificar oportunidades de melhoria, a fim de propor intervenções para qualificar o cuidado, e assim contribuir para o avanço das discussões sobre a segurança do paciente no município. Além da possibilidade de obter diagnósticos situacionais do fenômeno estudado pontualmente por categorias profissionais.

Este estudo se norteará pelas perguntas: Como se apresenta a cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais atuantes na APS? Existe diferença na cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais atuantes na APS?

2 JUSTIFICATIVA

Em um sistema de saúde seguro, considera-se que a mudança cultural é um grande desafio. Promover a cultura de segurança do paciente envolve o engajamento de toda a instituição. A organização deve proporcionar um ambiente onde os profissionais colaborem com sugestões em prol de uma assistência segura, gerando o sentimento de empoderamento e pertencimento. Instituições de alta confiabilidade possuem uma forte cultura de segurança (LEITE; FERNANDES; LORENZI, 2020).

Os componentes fundamentais de uma cultura forte são semelhantes a engrenagens de uma máquina, todos se conectam e são essenciais para uma equipe de sucesso com uma base forte de cultura. Os componentes são: liderança, cultura justa, segurança psicológica, confiança, condições de trabalho, clima de segurança, justiça organizacional, transparência e trabalho em equipe e comunicação (KENNEDY, 2018).

A cultura de segurança na atenção básica, segundo Paese e Dal Sasso (2013), 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 evitando algum dano ao paciente. Na literatura nacional há poucos de estudos publicados direcionados à problemática sobre segurança do paciente na atenção primária principalmente relacionados à questão da cultura de segurança.

Propõe-se o presente estudo na intenção de contribuir para melhoria da assistência prestada ao paciente disseminando o conceito de segurança do paciente, contribuindo assim, para encontrar medidas que venham aprimorar o conhecimento dos profissionais sobre essa questão, e consequentemente garantir um melhor atendimento na área de saúde para a população.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a cultura de segurança do paciente na rede de Atenção Primária do Município de Ribeirão Preto - SP.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Avaliar a percepção dos profissionais sobre a segurança do paciente na APS;
- II. Identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria para segurança do paciente na rede de Atenção Primária do município de Município de Ribeirão Preto - SP.
- III. Comparar a cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde.

4 MÉTODO

O presente estudo adotou como marco teórico de referência os pressupostos da segurança do paciente na assistência à saúde, que pode ser definida como um conjunto de atividades para evitar, prevenir e corrigir os maus resultados decorrentes da prestação de cuidados à saúde (BRASIL, 2014). Entende-se que segurança é um dos pilares para o alcance da qualidade em serviços de saúde.

Para que os objetivos desse estudo sejam alcançados, serão avaliados os profissionais de saúde atuantes nas Unidades Básicas de Saúde através de instrumento de coleta de dados sobre cultura de segurança do paciente no município estudado.

4.1 Tipo de Estudo

O estudo foi desenvolvido com abordagem metodológica quantitativa, do tipo descritiva e com delineamento de pesquisa não experimental.

O delineamento de pesquisa não experimental é utilizado em situação que o investigador deseja construir o retrato de um fenômeno, explorar eventos, pessoas ou situações de maneira natural (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa descritiva é frequentemente utilizada como meio de coletar uma grande quantidade de dados sobre o problema investigado. A finalidade deste tipo de pesquisa é observar, descrever e documentar o fenômeno estudado (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Cenário do Estudo

O município de Ribeirão Preto está localizado na região nordeste do estado de São Paulo, com população estimada de 711.825 habitantes para o ano 2020, de acordo com estimativa do IBGE (IBGE, 2020).

O município de Ribeirão Preto faz parte do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII). Ribeirão Preto é município de referência polo da região de saúde da DRS XIII e seu sistema municipal de saúde está distribuído entre os cinco distritos de saúde, sendo que cada distrito conta com uma unidade de saúde que funciona 24 horas com o serviço de pronto atendimento e várias unidades de

atenção básica: Unidade Básica de Saúde (UBS) e ou Unidade de Saúde da Família (USF). A rede de serviços da Atenção Básica no município é formada por 46 estabelecimentos de atenção básica, distribuídos nos Distritos de Saúde, dos quais 25 são Unidades Básicas de Saúde (UBS), 19 são Unidades de Saúde da Família (USF) e 2 são Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS) (RIBEIRÃO PRETO, 2021).

O município de Ribeirão Preto localiza-se no interior do estado de São Paulo, sudeste do País. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2020 estima-se que haja uma população de 711.825 mil habitantes, sendo considerada também em 2020 a 7ª maior cidade do estado. A atenção primária da cidade fica dividida em 5 distritos: central (3 UBS, 1 UPA e 1 CSE), leste (5 UBS, 1 USF e 1 UPA), norte (8 UBS, 3 USF e 1 UPA), oeste (5 UBS, 12 USF, 1 UPA, 1 CSE e 1 CMSC) e sul (3 UBS, 1 USF e 1 UBDS) (RIBEIRÃO PRETO, 2021).

4.3 Locais do Estudo

A pesquisa foi realizada em um município do interior paulista, na atenção primária, incluindo unidades de atenção primária do município de Ribeirão Preto/São Paulo, entre elas: unidade básica de saúde (UBS), e Unidade de Saúde da Família (USF). Sendo estas:

Distrito Norte

- ✓ UBS "Dr. Luiz Gaetani" CRISTO REDENTOR
- ✓ UBS Jardim Aeroporto /CSE Barão de Mauá
- ✓ UBS Marincek /Albert Sabin
- ✓ UBS Ribeirão Verde /Herbert de Souza – Betinho
- ✓ UBS Simioni /Alexander Fleming
- ✓ UBS Vila Mariana /Oswaldo Cruz
- ✓ UBS Valentina Figueiredo /Mário R. de Araújo
- ✓ USF Avelino Alves Palma/Drº José Augusto Laus Filho
- ✓ USF Estação do Alto /Profº Drº Alberto Raul Martinez
- ✓ USF Jardim Heitor Rigon /Doutor Luiz Gonzaga Olivério

4.4 Tempo do Estudo

O presente estudo foi realizado no ano de 2021, entre março e novembro, sendo que as pesquisadoras têm três encontros na semana, com duração de três horas aproximadamente cada encontro.

4.5 Sujeitos do Estudo

As populações dos estudos foram compostas por profissionais das equipes do distrito norte, respeitando-se os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, auxiliar/ou técnico de enfermagem, médico, dentista, auxiliar de saúde bucal ou agente comunitário de saúde, farmacêuticos, auxiliares de farmácia. Em cada instituição do estudo, foi agendado um encontro com os gerentes das Unidades de Saúde para a apresentação da pesquisadora, dos objetivos do estudo e dos aspectos éticos, assim como, convidá-los a participar da pesquisa e orientar como serão os preenchimentos dos questionários via Google Forms.

4.6 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos no estudo os profissionais da saúde do serviço que estiverem na ativa e aceitaram participar do estudo, durante o período de coleta de dados e serão excluídos do estudo os profissionais da saúde do serviço que não aceitaram participar do estudo, ou que estiveram em período de férias durante o procedimento de coleta de dados.

4.7 Técnicas para Coleta de Dados e Instrumentos

A coleta de dados foi realizada entre setembro e outubro de 2021 pelas próprias pesquisadoras. Foi enviado em email para as Unidades participantes aos cuidados dos gerentes e estes convidaram os demais profissionais que aceitaram a participar do estudo. E caso seja necessário poderá ser agendado um horário com a Unidade para esclarecimentos. Será criado um link que será enviado para os gerentes que autorizarem a pesquisa para os funcionários que tiverem interesse acessarem e através do link aderirem à participação na pesquisa e fornecerem todos os dados pessoais para a pesquisa.

Foram avaliados uma única vez, sendo coletados informações gerais do participante e por meio da aplicação do instrumento “*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*” (MOSPSC), o qual foi traduzido e adaptado para o Brasil em 2016, intitulando-se “*Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária*” (TIMM; RODRIGUES, 2016). Este instrumento identifica se a cultura de segurança do paciente na APS é positiva/favorável ao cuidado seguro, quando o percentual de respostas positivas for acima de 50%, além de apontar as áreas que necessitam de melhorias. A aplicação de um questionário digital on-line (ANEXO A) utilizando a ferramenta Google Forms. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) foi obtido por meio dessa aplicação, sendo que o participante leu o documento e respondeu “sim” ou “não” para a seguinte pergunta: “Diante das explicações você acha que está suficientemente informado(a) a respeito da pesquisa que será realizada e concorda de livre e espontânea vontade em participar?”.

O referido instrumento é composto por nove Seções, a saber: Seção A: possui 10 questões relacionadas a segurança do paciente e a qualidade da assistência; Seção B: 4 questões sobre troca de informações entre a equipe e outras instituições de serviços de saúde; Seção C: 15 questões relacionadas a temática “trabalhando neste serviço de saúde”; Seção D: 12 questões sobre a comunicação entre os profissionais e o acompanhamento do paciente; Seção E: 4 questões relacionadas ao apoio dos profissionais pelos gestores/administradores/líderes; Seção F: 7 questões sobre a temática “seu serviço de saúde”; Seção G: 2 questões referentes a avaliação global sobre o serviços de saúde prestado; Seção H: 3 questões sobre a prática profissional; Seção I: 1 questão discursiva sobre comentários dos participantes. Ressalta-se que nas Seções A até a Seção G as questões são dispostas em escalas tipo *Likert*, na Seção H as questões proporcionam respostas dos tipos de múltiplas escolhas, e na Seção I há uma questão aberta, cuja resposta deve ser enunciada na forma discursiva (da qual os seus resultados não serão apresentados neste estudo, respeitando-se seu desenho de investigação e objetivo).

É válido mencionar que para utilização do referido questionário foi solicitado autorização para as autoras que realizaram a tradução, adaptação e validação para o contexto brasileiro por e-mail em abril 2021, no qual ambas autorizaram a aplicação do instrumento.

4.8 Tratamento dos Dados

Os dados foram lançados em planilhas e analisados através de estatística descritiva. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas, sendo que as variáveis numéricas foram apresentadas por valores máximo e mínimo, mediana e desvio-padrão.

5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Ressalta-se que o projeto foi executado somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Barão de Mauá de Ribeirão Preto, e com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde, carta solicitando autorização enviada a CAAP (APÊNDICE A).

Toda a coleta foi desenvolvida de modo a garantir primeiramente o cumprimento dos preceitos da Resolução 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), e de modo a atender às necessidades dos sujeitos e da instituição no que tange ao horário e local de aplicação do questionário. Junto com o questionário foi entregue ao sujeito o TCLE assinado pelo pesquisador, em duas vias, e foi esclarecido que uma via do termo, após assinada pelo responsável, deveria ser entregue junto com o questionário respondido e a outra via ficou com o responsável pelo preenchimento, assegurando sigilo do integrante da instituição e livre acesso aos dados.

6 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa estão apresentados em forma descritiva e em formade tabela, levando em consideração: a caracterização dos participantes e a avaliação da cultura por meio das respostas coletadas nas 8 seções do questionário.

Caracterização dos participantes:

Foram entrevistados 31 profissionais do Distrito norte , onde 27 (87,1%) são mulheres e 4 (12,9%) são homens. Observam-se em ordem decrescente as seguintes categorias profissionais: técnico de enfermagem (38,7%), enfermeiros (25,8%) e outros (35,5%). A maioria dos profissionais trabalham na instituição que estão de 1 ano a menos de 3 anos (25,8%) e a carga horária semanal predominante é a de 33 a 40 horas (41,9%).

Tabela 1 - Perfil dos entrevistados Distrito Norte APS – Ribeirão Preto – SP, 2021.

Variável	N	%
Quantas horas por semana você trabalha neste serviço?		
1 a 4 horas por semana	2	6,45
5 a 16 horas por semana	1	3,23
17 a 24 horas por semana	2	6,45
25 a 32 horas por semana	11	35,48
33 a 40 horas por semana	13	41,94
41 horas por semana ou mais	2	6,45
Qual é o seu cargo neste serviço? Marque UMA categoria que melhor se aplica ao seu trabalho.		
Médico	1	13,23
Enfermeiro	8	25,81
Gerência	5	16,13
Técnico de Enfermagem	12	38,71
Técnico em saúde bucal	1	3,23
Farmacêutico	1	3,23
Agente comunitário de saúde	2	6,45

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Avaliação da cultura

Sobre o conhecimento e percepção da segurança do paciente e a qualidade no atendimento da UBS/ USF , a maioria relata que o que foi perguntado não aconteceu nos últimos 12 meses, porém 25,8% relatam que o prontuário do paciente não estava disponível quando necessário, conforme tabela 2.

Tabela 2 - Segurança do paciente e qualidade, na unidade de saúde Ribeirão Preto -SP Brasil, 2021.
(Continua)

Variavel	N	%
Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo.		
Acesso ao cuidado diariamente	1	9,7
Pelo menos uma vez na semana	1	3,2
Pelo menos uma vez ao mês	3	9,7
Várias vezes nos últimos 12 meses	3	9,7
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	7	22,6
Não aconteceu nos últimos 12 meses	11	35,5
Não se aplica ou não sei	3	9,7
No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outropaciente.		
Acesso ao cuidado diariamente	1	3,2
Pelo menos uma vez na semana	0	0,0
Pelo menos uma vez ao mês	1	3,2
Várias vezes nos últimos 12 meses	0	0,0
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	6	19,4
Não aconteceu nos últimos 12 meses	0	0,0
O prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário.		
Acesso ao cuidado diariamente	0	0,0
Pelo menos uma vez na semana	8	25,8
Pelo menos uma vez ao mês	3	9,7
Várias vezes nos últimos 12 meses	6	19,4
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	5	16,1
Não aconteceu nos últimos 12 meses	5	16,1
Não se aplica ou não sei	3	9,7

Tabela 2 - Segurança do paciente e qualidade, na unidade de saúde Ribeirão Preto -SP Brasil, 2021.
(Continuação)

Variável	N	%
Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente.		
Acesso ao cuidado diariamente	1	3,2
Pelo menos uma vez na semana	0	0,0
Pelo menos uma vez ao mês	0	0,0
Várias vezes nos últimos 12 meses	0	0,0
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	6	19,4
Não aconteceu nos últimos 12 meses	13	41,9
Não se aplica ou não sei	11	35,5
Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente, ou necessitava reparou ou substituição.		
Acesso ao cuidado diariamente	0	0,0
Pelo menos uma vez na semana	2	6,5
Pelo menos uma vez ao mês	3	9,7
Várias vezes nos últimos 12 meses	3	9,7
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	9	29,0
Não aconteceu nos últimos 12 meses	8	25,8
Não se aplica ou não sei	5	16,1
O paciente retornou a unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição		
Acesso ao cuidado diariamente	1	1,32
Pelo menos uma vez na semana	0	0,0
Pelo menos uma vez ao mês	4	12,9
Várias vezes nos últimos 12 meses	3	9,7
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	8	25,8
Não aconteceu nos últimos 12 meses	7	22,6
Não se aplica ou não sei	7	22,6
Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta.		
Acesso ao cuidado diariamente	0	0,0
Pelo menos uma vez na semana	0	0,0
Pelo menos uma vez ao mês	0	0,0
Várias vezes nos últimos 12 meses	1	3,2
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	4	12,9
Não aconteceu nos últimos 12 meses	12	38,7
Não se aplica ou não sei	13	41,9

Tabela 2 - Segurança do paciente e qualidade, na unidade de saúde Ribeirão Preto -SP Brasil, 2021.
(Conclusão)

Variavel	N	%
Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.		
Acesso ao cuidado diariamente	1	3,2
Pelo menos uma vez na semana	1	3,2
Pelo menos uma vez ao mês	1	3,2
Várias vezes nos últimos 12 meses	2	6,5
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	10	32,3
Não aconteceu nos últimos 12 meses	6	19,4
Não se aplica ou não sei	10	32,3
Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.		
Acesso ao cuidado diariamente	1	3,2
Pelo menos uma vez na semana	2	6,5
Pelo menos uma vez ao mês	2	6,5
Várias vezes nos últimos 12 meses	4	12,9
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	13	41,9
Não aconteceu nos últimos 12 meses	4	12,9
Não se aplica ou não sei	5	16,1
Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil.		
Acesso ao cuidado diariamente	1	3,2
Pelo menos uma vez na semana	0	0,0
Pelo menos uma vez ao mês	2	6,5
Várias vezes nos últimos 12 meses	1	3,2
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	7	22,6
Não aconteceu nos últimos 12 meses	10	32,6
Não se aplica ou não sei	7	22,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Em relação a troca de informações com outras instituições a maioria não sabe ou não se lembra de terem tido problemas nesse quesito com os centros de imagens, serviços médicos, farmácias e hospitais, conforme tabela 03.

Tabela 3 - Troca de Informações com outras instituições. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021

Variável	N	%
Nos últimos 12 meses, com que frequência este serviço de saúde apresentou problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com Centros de imagem/laboratórios da Rede de Atenção à Saúde?		
Acesso ao cuidado diariamente	0	0,0
Pelo menos uma vez na semana	1	3,2
Pelo menos uma vez ao mês	2	6,5
Várias vezes nos últimos 12 meses	5	16,1
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	8	25,8
Não aconteceu nos últimos 12 meses	3	9,7
Não se aplica ou não sei	10	32,3
Nos últimos 12 meses, com que frequência este serviço de saúde apresentou problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com farmácias?		
Acesso ao cuidado diariamente	0	0,0
Pelo menos uma vez na semana	1	3,2
Pelo menos uma vez ao mês	1	3,2
Várias vezes nos últimos 12 meses	3	9,7
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	7	22,6
Não aconteceu nos últimos 12 meses	7	22,6
Não se aplica ou não sei	9	29,0
Nos últimos 12 meses, com que frequência este serviço de saúde apresentou problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com hospitais? Outros, por favor, especifique		
Acesso ao cuidado diariamente	0	0,0
Pelo menos uma vez na semana	1	3,2
Pelo menos uma vez ao mês	2	6,5
Várias vezes nos últimos 12 meses	3	9,7
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	3	9,7
Não aconteceu nos últimos 12 meses	10	32,3
Não se aplica ou não sei	11	35,5
Não temos contato com hospitais	1	3,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

De acordo com os resultados sobre o trabalho no serviço, 58,1% concordam que os colegas ajudam quando alguém está muito ocupado, 67,7 concordam em ter uma boa relação com os médicos, 6,5% se sentem apressados em atender os pacientes, a maioria concorda que o serviço treina os funcionários para as suas funções e que são tratados com respeito.

Tabela 4 – Resultados sobre o trabalho no serviço. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.

(Continua)

Variável	N	%
Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.		
Discordo totalmente	1	3,2
Discordo	0	0
Não concordo nem discordo	5	16,1
Concordo	18	58,1
Concordo totalmente	7	22,6
Não se aplica ou não sei	0	0,0
Neste serviço, há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.		
Discordo totalmente	1	3,2
Discordo	0	0,0
Não concordo nem discordo	4	12,9
Concordo	21	67,7
Concordo totalmente	3	9,7
Não se aplica ou não sei	1	3,2
Neste serviço, frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.		
Discordo totalmente	4	12,9
Discordo	9	29,0
Não concordo nem discordo	7	22,6
Concordo	8	25,8
Concordo totalmente	2	6,5
Não se aplica ou não sei	1	3,2
Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.		
Discordo totalmente	1	3,2
Discordo	2	6,5
Não concordo nem discordo	8	25,8
Concordo	3	9,7
Concordo totalmente	0	0,0
Não se aplica ou não sei	1	3,2
Neste serviço, tratamos uns aos outros com respeito.		
Discordo totalmente	0	0,0
Discordo	2	6,5
Não concordo nem discordo	5	16,1
Concordo	8	25,8
Concordo totalmente	0	0,0
Não se aplica ou não sei	0	0,0

Tabela 4 – Resultados sobre o trabalho no serviço. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.

(Continuação)

Variável	N	%
Neste serviço, a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.		
Discordo totalmente	1	3,2
Discordo	3	9,7
Não concordo nem discordo	4	12,9
Concordo	11	35,5
Concordo totalmente	0	0,0
Não se aplica ou não sei	0	0,0
Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.		
Discordo totalmente	1	3,2
Discordo	3	9,7
Não concordo nem discordo	7	22,6
Concordo	3	9,7
Concordo totalmente	0	0,0
Não se aplica ou não sei	0	0,0
Neste serviço, a desorganização é maior que o aceitável.		
Discordo totalmente	10	32,3
Discordo	15	48,4
Não concordo nem discordo	5	16,1
Concordo	0	0,0
Concordo totalmente	0	0,0
Não se aplica ou não sei	1	3,2
Neste serviço, há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente.		
Discordo totalmente	0	0,0
Discordo	3	9,7
Não concordo nem discordo	9	29
Concordo	2	6,5
Concordo totalmente	0	0,0
Não se aplica ou não sei	3	9,7
Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados		
Discordo totalmente	8	25,8
Discordo	10	32,3
Não concordo nem discordo	6	19,4
Concordo	4	12,9
Concordo totalmente	0	0,0
Não se aplica ou não sei	3	9,7

Tabela 4 – Resultados sobre o trabalho no serviço. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.

(Conclusão)

Variável	N	%
Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes.		
Discordo totalmente	10	32,3
Discordo	11	35,5
Não concordo nem discordo	7	22,6
Concordo	2	6,5
Concordo totalmente	1	3,2
Não se aplica ou não sei	0	0,0
Neste serviço, há problemas como fluxo de trabalho.		
Discordo totalmente	1	3,2
Discordo	11	35,5
Não concordo nem discordo	8	25,8
Concordo	7	22,6
Concordo totalmente	3	9,7
Não se aplica ou não sei	1	3,2
Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.		
Discordo totalmente	1	3,2
Discordo	0	0
Não concordo nem discordo	6	19,4
Concordo	16	51,6
Concordo totalmente	6	19,4
Não se aplica ou não sei	1	3,2
Neste serviço, há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.		
Discordo totalmente	2	6,5
Discordo	4	12,9
Não concordo nem discordo	6	19,4
Concordo	10	32,3
Concordo totalmente	9	29,0
Não se aplica ou não sei	0	0
A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades.		
Discordo totalmente	1	3,2
Discordo	0	0
Não concordo nem discordo	5	16,1
Concordo	17	54,8
Concordo totalmente	5	16,1
Não se aplica ou não sei	2	6,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Em relação aos resultados de comunicação e atendimento, 45,2% concorda totalmente que a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista, 19,4% não concorda nem discorda que seus erros podem ser usados contra si e 32,3% concordam que estão dispostos a relatarem erros que ocorrem no serviço.

Tabela 5 - Resultados de comunicação e atendimento . Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.

(Continua)

Variavel	N	%
Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho.		
Nunca	0	0
Raramente	2	6,5
Às vezes	8	25,8
Quase sempre	10	32,3
Sempre	6	19,4
Não se aplica ou não sei	4	12,9
Neste serviço, a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.		
Nunca	1	3,2
Raramente	1	3,2
Às vezes	7	22,6
Quase sempre	7	22,6
Sempre	14	45,2
Não se aplica ou não sei	1	3,2
Neste serviço, os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina.		
Nunca	0	0
Raramente	2	6,5
Às vezes	2	6,5
Quase sempre	6	19,4
Sempre	18	58,1
Não se aplica ou não sei	2	6,5
Neste serviço, a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.		
Nunca	14	45,02
Raramente	3	9,7
Às vezes	11	35,6
Quase sempre	1	3,2
Sempre	2	6,5
Não se aplica ou não sei	0	0

Tabela 5 - Resultados de comunicação e atendimento . Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.

(Continuação)

Variável	N	%
Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento.		
Nunca	1	3,2
Raramente	2	6,5
Às vezes	5	16,1
Quase sempre	10	32,3
Sempre	10	32,3
Não se aplica ou não sei	2	6,5
Este serviço faz acompanhamento quando não recebeu relatório esperado de outro		
Nunca	0	0
Raramente	3	9,7
Às vezes	8	25,8
Quase sempre	5	16,1
Sempre	10	32,3
Não se aplica ou não sei	4	12,9
A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si.		
Nunca	5	16,1
Raramente	3	9,7
Às vezes	6	19,4
Quase sempre	4	12,9
Sempre	4	12,9
Não se aplica ou não sei	9	29,0
A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço.		
Nunca	1	3,2
Raramente	1	3,2
Às vezes	5	16,1
Quase sempre	9	29,0
Sempre	14	45,2
Não se aplica ou não sei	0	0
Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento.		
Nunca	0	0
Raramente	0	0
Às vezes	5	16,1
Quase sempre	6	19,4
Sempre	17	54,8
Não se aplica ou não sei	3	9,7

Tabela 5 - Resultados de comunicação e atendimento . Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.

(Conclusão)		
Variavel	N	%
Neste serviço, é difícil expressar opiniões diferentes.		
Nunca	10	32,3
Raramente	9	29,0
Às vezes	4	12,9
Quase sempre	2	6,5
Sempre	1	3,2
Não se aplica ou não sei	5	16,1
Neste serviço, discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente.		
Nunca	0	0
Raramente	0	0
Às vezes	4	12,9
Quase sempre	10	32,3
Sempre	13	41,9
Não se aplica ou não sei	4	12,9
Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço.		
Nunca	1	3,2
Raramente	0	0
Às vezes	6	19,4
Quase sempre	10	32,3
Sempre	10	32,3
Não se aplica ou não sei	4	12,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Sobre o apoio dos gestores, administradores e líderes apenas 35,5% da amostra fazem parte desse grupo, 29% não concordam e nem discordam que esses estão investidos recursos suficientes, 35,5% discordam que eles ignoram os erros que se repetem, 51,6% concordam que eles dão prioridades aos processos de melhoria para o atendimento dos pacientes e apenas 3,2% concordam totalmente que as decisões tomadas são em vista do melhor para o serviço e não para o paciente.

Tabela 6 – Apoio dos gestores, administradores e líderes. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.

Variável	N	%
Você é do grupo de gestores, administradores e líderes		
Sou	11	35,5
Não sou	20	64,5
Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço.		
Discordo totalmente	1	3,2
Discordo	8	25,8
Não concordo nem discordo	9	29
Concordo	6	19,4
Concordo totalmente	1	3,2
Não se aplica ou não sei	5	16,1
Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes.		
Discordo totalmente	1	3,2
Discordo	0	0
Não concordo nem discordo	5	16,1
Concordo	16	51,6
Concordo totalmente	4	12,9
Não se aplica ou não sei	5	16,1
Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes.		
Discordo totalmente	4	12,9
Discordo	5	16,1
Não concordo nem discordo	8	25,8
Concordo	7	22,6
Concordo totalmente	1	3,2
Não se aplica ou não sei	6	19,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

De acordo com o serviço de saúde a maioria entende que todos trabalham juntos para fazer o melhor ao paciente e trabalhar em harmonia para uma boa assistência, 51,6% discordam que a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade da assistência (Tabela 7).

Tabela 7 – Processos de trabalho, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.

(Continua)

Variável	N	%
Quando há um problema em nosso serviço, avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas.		
Discordo totalmente	0	0
Discordo	0	0
Não concordo nem discordo	5	16,1
Concordo	19	61,3
Concordo totalmente	5	16,1
Não se aplica ou não sei	2	6,5
Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes.		
Discordo totalmente	0	0
Discordo	0	0
Não concordo nem discordo	10	32,3
Concordo	14	45,2
Concordo totalmente	4	12,9
Não se aplica ou não sei	3	9,7
Neste serviço, acontecem erros com mais frequência do que deveria.		
Discordo totalmente	9	29,0
Discordo	12	38,7
Não concordo nem discordo	6	19,4
Concordo	1	3,2
Concordo totalmente	0	0
Não se aplica ou não sei	3	9,7
É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes.		
Discordo totalmente	10	32,3
Discordo	10	32,3
Não concordo nem discordo	7	22,6
Concordo	0	0
Concordo totalmente	0	0
Não se aplica ou não sei	4	12,9
Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam.		
Discordo totalmente	0	0
Discordo	0	0
Não concordo nem discordo	6	19,4
Concordo	18	58,1
Concordo totalmente	4	12,9
Não se aplica ou não sei	2	6,5

Tabela 7 – Processos de trabalho, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.

		(Conclusão)
Variável	N	%
Neste serviço, a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado.		
Discordo totalmente	8	25,8
Discordo	16	51,6
Não concordo nem discordo	4	12,9
Concordo	1	3,2
Concordo totalmente	1	3,2
Não se aplica ou não sei	1	3,2
Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam.		
Discordo totalmente	0	0
Discordo	0	0
Não concordo nem discordo	4	12,9
Concordo	19	61,3
Concordo totalmente	5	16,1
Não se aplica ou não sei	3	9,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Sobre a avaliação global da qualidade 54,8% considera boa a qualidade centrada no paciente, 45,2% considera boa a efetividade, 38,7% considera boa a pontualidade, 48,4% considera boa a eficácia, 38,7% considera boas a imparcialidade e 48,4% consideram boa a capacidade de identificar problemas e solucionar-los antes de afetar os pacientes (Tabela 8).

Tabela 8 – Avaliação Global da qualidade. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.

		(Continua)
Variável	N	%
Centrado no paciente: é sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes.		
Ruim	0	0
Razoável	5	16,1
Bom	17	54,8
Muito bom	5	16,1
Excelente	4	12,9
Efetivo: é baseado no conhecimento científico.		
Ruim	0	0
Razoável	1	3,2
Bom	14	45,2
Muito bom	12	38,7
Excelente	4	12,9

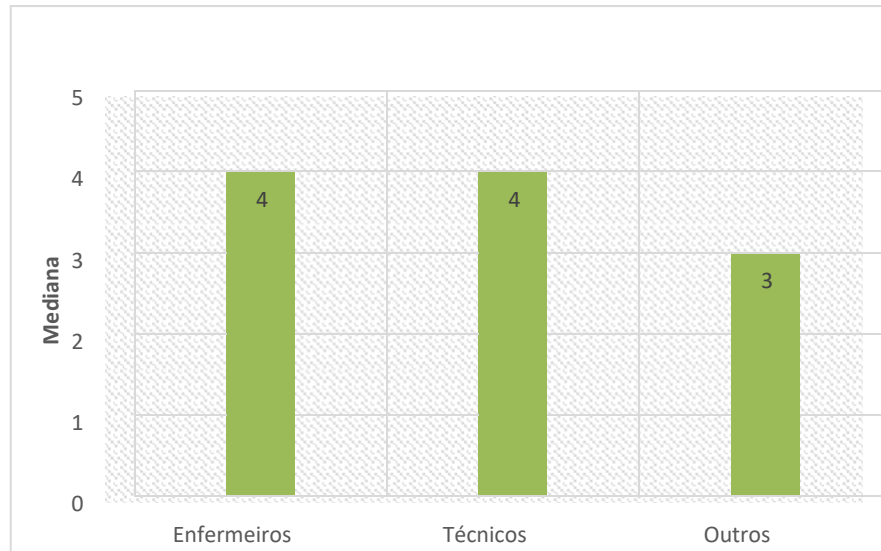
Tabela 8 – Avaliação Global da qualidade. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.

		(Conclusão)
Variável	N	%
Pontual: minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais.		
Ruim	1	3,2
Razoável	7	22,6
Bom	12	38,7
Muito bom	9	29,0
Excelente	2	6,5
Eficiente: garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços).		
Ruim	0	0
Razoável	5	16,1
Bom	15	48,4
Muito bom	7	22,6
Excelente	4	12,9
Imparcial: fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de sexo, etnia, status socioeconômico, idioma etc.		
Ruim	0	0
Razoável	3	9,7
Bom	12	38,7
Muito bom	6	19,4
Excelente	10	32,3
Avaliação geral em segurança do paciente. No geral, como você classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham o potencial de afetar pacientes		
Ruim	0	0
Razoável	3	9,7
Bom	15	48,4
Muito bom	7	22,6
Excelente	6	19,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Na seção que ficou aberta para comentários, a maioria abordou a questão de ter poucos funcionários, colocando isso como um obstáculo para uma assistência qualificada, alguns até colocaram em questão a imparcialidade da equipe com os pacientes e a falta de dispositivos para implementação da segurança do paciente. Nográfico a seguir apresenta os resultados das categorias dos profissionais que participaram da pesquisa.

Gráfico 1: Os resultados das categorias dos profissionais que representa a amostra.



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

7 DISCUSSÃO

A cultura de segurança do paciente é considerada um importante componente estrutural dos serviços que favorece a implementação de práticas seguras e a diminuição da ocorrência de eventos adversos, danos e falhas durante a assistência prestada (BRASIL, 2021). Com base, neste trabalho buscou-se avaliar positivamente a concepção dos profissionais em relação ao assunto.

Segundo Tase (2015) a segurança do paciente é uma questão que afeta todos os países em diferentes níveis sociais, considerando uma questão essencial na assistência em saúde em diferentes níveis. Na atenção primária existem poucos artigos descrevem essa cultura.

Para Sandra Dal Pai (2020) que realizou uma pesquisa similar a nossa indicou que se obtenha o máximo possível de participação dos profissionais nas avaliações, porque, quanto maior a taxa de resposta, mais adequada é a sua representação, em nosso estudo evidenciou-se a compressão dos profissionais através de um questionário disparado pelo email das unidades. O fortalecimento da cultura dá-se com o envolvimento dos profissionais, para potencializar os momentos de discussões de erros e aprendizado coletivo, com vistas ao cuidado seguro.

Na amostra obtida através dessa pesquisa evidenciou-se que a composição dos profissionais atuantes no distrito norte do município de Ribeirão Preto interior paulista são majoritariamente mulheres 87,1% e sendo composta pela maior categoria pelos técnicos de enfermagem, enfermeira, médicos, dentistas e agentes comunitários.

Assim como no artigo de Kawamoto *et al.*, (2016) e ao contrário do artigo de Ribeiro *et al.*, (2021) onde diz que após a análise dos dados foi concluído que os profissionais desconhecem o princípio de segurança do paciente, os profissionais que responderam nossa pesquisa mostraram conhecimento sobre a temática, muitos concluíram no final que o grande empecilho de uma boa assistência com mais segurança, é a falta de profissionais.

Em contra ponto nota-se que a composição dos funcionarios da APS deste município que participaram da pesquisa esta distribuida entre técnico de enfermagem e enfermeiros, nivel médio e superior. A precaridade dos profissionais médicos intrevistados expressa a ausencia de vinculo destes profissionais na

Atenção Primária de Ribeirão Preto-SP, mostra que é um cargo que precisa criar mais vínculo mediante equipe e sua participação com pesquisa.

A pesquisa evidenciou problemas relacionados ao prontuário médico, dentre as unidades de saúde em estudo, os prontuários são organizados por pastas de papelão, separados em estantes na sala de arquivos pelos três números finais do Hygia, (sistema de gestão pública da saúde criado para otimizar o atendimento à saúde, benéfico para agentes de saúde, pois possibilita informatizar a gestão da saúde com a redução de erros humanos, intitulado no Município de Ribeirão Preto - SP) contendo os prontuários individuais nas UBS em que estes usuários são atendidos. Já, na USF são separados por pastas, por famílias e número do hygia. Os prontuários são utilizados por todos os profissionais que prestam assistência a esses indivíduos e são manipulados por distintas categorias profissionais, inclusive os que não estão diretamente ligados à assistência, como ASG e recepcionista.

Segundo a definição da Resolução CFM nº 1.638/2002, prontuário médico é “documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”. Cerca de 26% dos entrevistados relataram que o prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário. Esta porcentagem dentro da amostra da pesquisa pode estar relacionado à falta de fluxo estabelecido de cada unidade do funcionamento de armazenamento adequado desses documentos na UBS, estando ao acesso de todos, e sendo usado, arquivado e manipulado por qualquer pessoa que trabalhe na unidade. Como otimização, a utilização de prontuários eletrônicos poderia fortalecer e garantir maior segurança para os pacientes, já que a demanda de usuários do município de Ribeirão Preto - SP é grande.

Para Gonçalves (2013), é essencial a utilização desse modelo de registro na Atenção Primária, uma vez que ele proporciona maior qualidade ao atendimento e à gestão pública. O município teria muito a ganhar com a utilização dessa ferramenta: poderia reduzir o número de papéis arquivados; diminuir a ocorrência de erros de conduta; os dados poderiam ser armazenados por mais tempo; evitaria a redundância de procedimentos, tais como exames; aumentaria a produtividade

do serviço e a satisfação dos usuários; e facilitaria a intercomunicação nos pontos de atenção.

Segundo Galhardi (2017), define que “Nos serviços de APS, a troca de informação com outras instituições são situações que ocorrem frequentemente. Essa dimensão visa a compreender a frequência com que ocorrem problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com os serviços de centros de imagem, laboratórios, farmácias, hospitais e outros serviços da rede de atenção à saúde”. Este quesito na pesquisa obteve um resultado não deferido pelos profissionais do estudo, pois a maioria dos resultados no quesito problemas de transferência de informações responderam que não sabiam ou não se aplicava, tais resultados como laboratório (32,3), farmácia (29%), hospital (35,5).

Vale a pena ressaltar que 58,1% dos profissionais concordam que quando um colega está ocupado, o outro ajuda. Isso é importante, pois não reflete apenas no bom andamento do serviço, como também na segurança do paciente, pois a demanda fica distribuída entre os funcionários, resultando em uma boa assistência prestada ao paciente. Já, no quesito de bom relacionamento com médico e demais profissionais obtemos o resultado “discordo” (29%) representando que determinadas condutas pode ser estabelecidas como a comunicação em equipe para que obtem-se um bom relacionamento interpessoal com demais profissionais, contribuindo até em um bom clima preservando o bem-estar e satisfação da equipe atuante.

Na seção com questionamentos acerca da comunicação e acompanhamento, os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho”; tivemos um bom resultado, onde grande parte dos entrevistados votaram na alternativa “quase sempre” (32,3) o que contribui para melhor estabelecimento de conduta e melhoria nos serviços de saúde, trazendo ainda a equipe multidisciplinar para perto, e melhorias da saúde. “Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto” a maioria das respostas (45,02) relatam que “nunca” tem receio, o que mostra um resultado positivo, que a equipe conversa entre si e sessões suas dúvidas. “A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si” (29%), e “a equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço” (45,2) obtemos resultados indeferidos onde os

profissionais responderam por não saberem responder ou não se aplica.

Sobre a seção Apoio de gestores todos os pontos foram classificados como bons para segurança do paciente, refletindo que a maioria respondeu que o serviço investe para melhoria da qualidade no serviço, o que interfere na melhoria para segurança do paciente. Segundo Paese (2013), "A qualidade da assistência ao paciente resulta a partir de um atendimento seguro e, para isso, é necessária uma cultura de segurança estabelecida. Essa cultura 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". Já, para questão "eles tomam decisões baseados no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes" obteve (25,8) como resposta de "não concordo nem discordo" definindo assim uma falta de comprometimento e interesse em responder a questão neste quesito dos serviços de saúde.

Em relação ao processo de trabalho foi apontado que os profissionais estão satisfeitos em relação ao processo de funcionalidade de trabalho, melhorias para erro, melhorias após implementação de mudança para obter resultados positivos de mudança na unidade de saúde. Motivando então o trabalho eficaz dentro das unidades.

Por mais que tenhamos sentido dificuldade na coleta de dados, nossa pesquisa obteve bons resultados, nos mostrando fatores e até mesmo opiniões dos profissionais que não teríamos como saber sem aplicar o questionário.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível concluir que a segurança do paciente na atenção primária ainda é algo muito pouco discutido e por essa razão, pouco colocado em prática. Acreditamos, por base na análise dos dados, que seja por falta de treinamentos e palestras sobre o tema e também com a pouca quantidade de funcionários para fazer uma assistência com qualidade e segurança.

Recomenda-se a realização de mais estudos, para quem sabe assim esse instrumento ser um início de uma implementação da segurança do paciente na atenção primária de forma efetiva.

REFERÊNCIAS

BATALDEN, M. *et al.*, Coproduction of healthcare service. **BMJ Quality Safety**, v. 25, n. 7, p. 509-517, jul. 2016. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/25/7/509.short>. Acesso em: 11 maio 2021.

BRASIL. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/Caderno_1_-_Assist%C3%A2ncia_Segura_-_Uma_Reflex%C3%A3o_Te%C3%B3rica_Aplicada_%C3%A0_Pr%C3%A1tica.pdf. Acesso em: 11 maio 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente**. Disponível em: <https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/>. Acesso em: 11 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 11 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 02 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 21 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes

e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bit.ly/1mTMIS3>. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

COMETTO, M. C. *et al.*, **Enfermería e segurança do paciente**. 1. ed. Washington, D.C.:Ed.Pan Americana da saúde organização, 2011.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução cfm nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5125745/4209117/RESOLUCAOCFMN1.638DE10DEJULHODE2002.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2022.

COSTA, D. B. *et al.*. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, [s.l.], v. 27, n. 3. 2018.

DAL PAI, S. *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Revista Baiana De Enfermagem**, [s.l.], v. 34, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/34849/21034>. Acesso em: 24 fev. 2022.

DALCIN, T. C. *et al.* **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020.

DOWERI, H. F. AL. *et al.* Patient's safety culture: principles and applications: review article. **European Scientific Journal**, [s.l.], v.11, n.15, p. 83-94, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/iandra.fernandes/Downloads/5617-Article%20Text-16306-1-10-20150529.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2021.

GALHARDI, N. M. *et al.*. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Acta Paul Enferm.**, [s.l.], v. 31, n. 4, p. 409-416, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/LWNR9jsfGWMX6LVcrDmJ9mq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 fev. 2022.

GONÇALVES, J.P.P. *et al.*. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 43-50, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2013.v37n96/43-50/pt>. Acesso em: 22 fev. 2022

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>. Acesso em 21 fev 2022.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico: resultados preliminares**. 2020. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-2020-censo4.html?=&t=o-que-e>. Acesso em 21 fev 2022.

KAWAMOTO, A. M. *et al.*. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 4387-4398, 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4530/pdf_1888. Acesso em 24 fev. 2022.

KENNEDY, C. Culture Change Toolbox. **Patient Safety & Quality Council**, Vancouver. 2018. Disponível em: <https://bcpsqc.ca/resource/culture-change-toolbox/>. Acesso em: 09 set. 2020.

LEITE, A. P. T.; FERNANDES, D. H.; LORENZI, M. M. Ferramentas de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. *In*: DALCIN, T. C. *et al.* **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020.

LEITE, A. P. T. Educação de Profissionais de Saúde em Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. *In*: DALCIN, T. C. *et al.* **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020.

MARCHON, S. G. **A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde**. 2015. Disponível em: <https://proqualis.net/aula/seguran%C3%A7a-do-paciente-na-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-%C3%A0-sa%C3%BAde>. Acesso em: 09 set. 2021.

MELO, M. C. B.; DA SILVA, N. L. C. **Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3046.pdf>. Acesso em: 09 set. 2021.

MESQUITA, K. O. *et al.*. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4836/483653650026/html/>. Acesso em: 09 set. 2021.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e Movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.3, p.447-448, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300001. Acesso em: 12 mar. 2021.

MIASSO, A. I. *et al.*. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 14, n. 3, p. 354-363, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300008>. Acesso em: 21 fev. 2022.

NPSF - NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Livres de danos: Acelerar**

a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de To Err Is Human. Traduzido por TransPerfect Translations. Publicado originalmente como: Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human. National Patient Safety Foundation Attention: Director, Information Resources 268 Summer Street, Sixth Floor Boston, MA 02210, 2015.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety Culture Assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Healthcare**, [s.l.], v. 12, p.17-23, 2003.

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.302-312, jun.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>. Acesso em: 27 jun. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018 -2021**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde, 2021.

RIBEIRO, L. L. O uso da metodologia ativa como ferramenta de fortalecimento para a segurança do paciente. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, [s.l.], v. 8, p. 1-6, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/4889/3856>. Acesso em: 24 fev. 2022.

RUNCIMAN, W. *et al.*. Towards an international classification for patient safety: key concept santerms. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, p. 18-26, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638755/pdf/mzn057.pdf>. Acesso em: 21 fev 2022.

SILVA, A.P.F. *et al.*. Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. **Rev Gaúcha Enfermagem**, [s.l.], v. 40, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/4zYvzVnWVDd9bhmcdXk7Vjj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 mar. 2021.

SILVA, A. E. B. de C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. Eletr. Enferm.**, [s.l.], v. 12, n. 3, p. 422-424, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/11885>. Acesso em: 4 mar. 2021.

SILVA, A.T.*et al.*. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente nocenário brasileiro. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 40, n. 111, p. 292–301, dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cydBTwCPSdrtHLC4rmwJKvJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2022.

SILVA, N. D. M. *et al.*. Patient safety in organizational culture as perceived by

leaderships of hospital institutions with different types of administration. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 50, n. 3, p. 490–497, jun. 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/RrKZwNXqdtRTn4794R9CLkt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 fev 2022.

TASE, T. H. *et al.*. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p.196-200, set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SnPQCmsHh38mCkbLyd9YcSJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 fev 2022.

TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paul Enferm.**, Brasília, v.1, n. 29, p.26-37, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000100026&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 jun. 2021.

TOMAZONI, A. *et al.*. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p.161-169, abr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00755.pdf. Acesso em: 26 jun. 2021.

UE, L. Y.; OLIVEIRA, D. C. A. N. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. *In*: DALCIN, T. C. *et al.* **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020.

URBANETTO, J. S.; GERHARDT, L. M. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa. **Rev Gaúcha Enferm**, Rio Grande do Sul, v.34, n. 3, p.8-9, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Lx969m3sDf93zXrRmn76w9Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jun. 2021.

WHO-World Health Organization. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. Publicado em 2008. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>. Acesso em: 17 out. 2022

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PESQUISADORA: Maria de Fátima Paiva Brito

Entrevistado:

IDADE:

UBS/USF

Gênero: (Feminino) (Masculino)

Há quanto tempo você trabalha neste serviço?

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

Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste serviço?

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

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

- () a. Médico
() b. Enfermeiro
() c. Gerencia
() d. Equipe Administrativa
() e. Recepção
() f. Técnico De Enfermagem
() g. Técnico Em Saúde Bucal
() h. Auxiliar De Saúde Bucal
() i. Odontólogo
() j. Farmacêutico.
() k. Auxiliar De Farmácia
() l. Agente Comunitário De Saúde

Outro cargo administrativo: _____

Outra função. Por favor, especifique: _____

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

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

- () Acesso ao cuidado diariamente
- () Pelo menos uma vez na semana
- () Pelo menos uma vez ao mês
- () Várias vezes nos últimos 12 meses
- () Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses
- () Não aconteceu nos últimos 12 meses
- () Não se aplica ou não sei

Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo.

(2) (3) (4) (5) (6) (9)

No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente.

(2) (3) (4) (5) (6) (9)

O prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário.

(2) (3) (4) (5) (6) (9)

Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente.

(2) (3) (4) (5) (6) (9)

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

(2) (3) (4) (5) (6) (9)

O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.

(2) (3) (4) (5) (6) (9)

Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta.

(2) (3) (4) (5) (6) (9)

Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.

(2) (3) (4) (5) (6) (9)

Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.

(2) (3) (4) (5) (6) (9)

Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

SEÇÃO B: Troca de informações com outras instituições

Nos últimos 12 meses, com que frequência este serviço de saúde apresentou problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com Centros de imagem/laboratórios da Redede Atenção à Saúde?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

Nos últimos 12 meses, com que frequência este serviço de saúde apresentou problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com outros serviços de saúde/médicos da Rede de Atenção à Saúde?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

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

(2) (3) (4) (5) (6) (9)

Nos últimos 12 meses, com que frequência este serviço de saúde apresentou problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com hospitais? Outros, por favor, especifique:

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

SEÇÃO C: Trabalhando neste serviço de saúde

() Quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações?

() Discordo totalmente

() Discordo

() Não concordo nem discordo

() Concordo

() Concordo totalmente

(9) Não se aplica ou não sei

Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Neste serviço, há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Neste serviço, frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Neste serviço, tratamos uns aos outros com respeito.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Neste serviço, a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias para o atendimento.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Neste serviço, a desorganização é maior que o aceitável.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Neste serviço, há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Neste serviço, há problemas com o fluxo de trabalho.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Neste serviço, há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

SEÇÃO D: Comunicação e Acompanhamento

Com que frequência os fatos a seguir ocorrem neste serviço?

() Nunca

() Raramente

() Às vezes

() Quase sempre

() Sempre

(9) Não se aplica ou não sei

Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho.

(2) (3) (4) (5) (9)

Neste serviço, a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Neste serviço, os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Neste serviço, a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Neste serviço, é difícil expressar opiniões diferentes.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Neste serviço, discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

SEÇÃO E: Apoio de gestores/administradores/líderes

Você é gestor/administrador ou tem algum cargo de liderança com responsabilidade para tomar decisões financeiras pelo serviço? Se Sim, vá para a questão seguinte (F).

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

- () Discordo totalmente
- () Discordo
- () Não concordo nem discordo
- () Concordo
- () Concordo totalmente

(9) Não se aplica ou não sei

Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço em vez de no que é melhor para os pacientes.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

SEÇÃO F: Seu serviço de saúde

Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações?

() Discordo totalmente

() Discordo

() Não concordo nem discordo

() Concordo

() Concordo totalmente

(9) Não se aplica ou não sei

Quando há um problema em nosso serviço, avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Neste serviço, acontecem erros com mais frequência do que deveria.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Neste serviço, a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

SEÇÃO G: Avaliação global da qualidade

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

(1) Ruim (2) Razoável (3) Bom (4) Muito bom (5) Excelente

Centrado no paciente: É sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes.

(1) (2) (3) (4) (5)

Efetivo: É baseado no conhecimento científico.

(1) (2) (3) (4) (5)

Pontual: Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais.

(1) (2) (3) (4) (5)

Eficiente: Garante um cuidado de bom custo-benefício (evita desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços).

(1) (2) (3) (4) (5)

Imparcial: Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de sexo, etnia, status socio econômico, idioma etc.

(1) (2) (3) (4) (5)

Avaliação geral em segurança do paciente: No geral, como você classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham o potencial de afetar pacientes?

(1) (2) (3) (4) (5)

SEÇÃO I – Seus comentários

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

OBRIGADO POR COMPLETAR ESTA PESQUISA.

APÊNDICES A - Carta de Solicitação de Autorização do Projeto de Pesquisa:

“Avaliação da cultura da segurança do paciente na atenção primária no município de Ribeirão Preto-SP”.

Ribeirão Preto, 08 de abril de 2021.

À Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa Secretaria da Saúde do Município de Ribeirão Preto

Nós abaixo assinados, alunos regularmente matriculados no 4º ano do curso de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá, estamos realizando um trabalho científico como pré-requisito para conclusão do curso intitulado **“Avaliação da cultura da segurança do paciente na atenção primária no município de Ribeirão Preto-SP”**, sob orientação da Prof. Dra. Maria de Fatima Paiva Brito.

Encaminhamos anexo o projeto deste trabalho, cujo objetivo. O objetivo é avaliar a cultura de segurança do paciente na rede de Atenção Primária do Município de Ribeirão Preto – SP, tendo como objetivos específicos: Avaliar a percepção dos profissionais sobre a segurança do paciente na APS e Identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria para segurança do paciente na rede de Atenção Primária do município de Ribeirão Preto - SP. Solicitamos vossa autorização para que possamos realizar a pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de estratégia da saúde da Família (ESF) da cidade de Ribeirão Preto com os profissionais de saúde que aceitarem participar da pesquisa. Serão esclarecidos todos os passos da pesquisa e será mantido sob total sigilo a identidade dos participantes. Comprometemo-nos a enviar os resultados da pesquisa a Vossa Senhoria.

No aguardo da resposta, nos colocamos a disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Orientando: Julia Rossi

Orientando: Lara Silva Barbosa de Carvalho

Orientando: Natacha Ferreira Gonçalves

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da Pesquisa e dados de identificação

Título do Projeto: Avaliação da cultura da segurança do paciente na atenção primária no Município de Ribeirão Preto.

Pesquisador responsável: Professora Maria de Fátima Paiva Brito do Centro Universitário Barão de Mauá. Endereço: Rua Ramos de Azevedo, 423. Bairro Jardim Paulista. Ribeirão Preto – SP. CEP: 14090-180. Telefone para contato: (16) 3603 - 6665. Email: maria.paiva@baraodemaua.br

Pesquisadores: Julia Rossi, Lara Silva Barbosa de Carvalho e Natácha Ferreira Gonçalves

Explicação da pesquisa para os participantes

Gostaríamos de convidar o (a) Senhor (a) para participar da pesquisa: “Avaliar a cultura da segurança do paciente na atenção primária no município de Ribeirão Preto-SP”. **O objetivo é** avaliar a cultura de segurança do paciente na rede de Atenção Primária do Município de Ribeirão Preto – SP, avaliar a percepção dos profissionais sobre a segurança do paciente na APS e identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria para segurança do paciente na rede de Atenção Primária do município de Ribeirão Preto - SP. Esta pesquisa **se justifica**, pois, muito se fala da segurança do paciente na atenção terciária, mas existem poucos estudos sobre atuação dessas medidas na atenção primária. Por isso, este estudo buscará entender como estão as questões relacionadas à segurança do paciente, na Atenção Primária no município de Ribeirão Preto, e identificar oportunidades de melhoria, a fim de propor intervenções para qualificar o cuidado, e assim contribuir para o avanço das discussões sobre a segurança do paciente no município. A sua participação será responder um questionário com informações gerais do participante e por meio da aplicação do instrumento “*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*” (MOSPSC), o qual foi traduzido e adaptado para o Brasil em 2016, intitulando-se “*Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária*” (Timm, Rodrigues, 2016). Este instrumento identifica se a cultura de segurança do paciente na APS é positiva/favorável ao cuidado seguro, quando o percentual de respostas positivas for acima de 50%, além de apontar as áreas que necessitam de

melhorias. A aplicação do questionário digital on-line será através da ferramenta Google Forms. O questionário é auto aplicável, e o tempo estimado para preenchimento é de 20 minutos. **Os riscos** e/ou desconfortos de sua participação do estudo são mínimos relacionado com o tempo gasto para responder o instrumento ou pela extensão do mesmo, que serão minimizados através das seguintes providências: desistência da participação na pesquisa em qualquer momento sem que lhe seja imputada penalidades ou prejuízos. Sua participação poderá trazer **benefícios** pois contribuirá para entender como estão as questões relacionadas à segurança do paciente, na Atenção Primária no município de Ribeirão Preto, assim contribuir para o avanço das discussões sobre a segurança do paciente no município e promover projetos de educação permanente. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo tirar dúvidas ou desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Se participar, garantimos que o seu nome não será divulgado, de forma que, quem ler a pesquisa pronta, não saberá o nome e nem informações das pessoas que participaram dela. Informamos que o (a) senhor (a) não pagará e nem será remunerado por sua participação. Os resultados da pesquisa estarão à disposição de qualquer participante que se interessar em saber, independentemente de ter participado ou não.

Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em eventos e jornais científicos.

Caso você se sinta lesado por algum dano decorrente de sua participação neste estudo, você tem direito à indenização por parte do pesquisador e da instituição envolvida na pesquisa. Se o(a) senhor(a) concordar em participar, por favor, assine o termo a seguir na última folha, que está em duas vias. Uma delas ficará com o(a) senhor(a), a outra com os pesquisadores. Todas as folhas devem ser rubricadas pelos pesquisadores e pelo Senhor(a). Ressaltamos que o desenvolvimento da presente pesquisa foi aprovado pelo CEP - Centro Universitário Barão de Mauá.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos a disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Poderá se comunicar a qualquer momento com as pesquisadoras envolvidas: Julia Rossi, Email: juu.rossi16@gmail.com (16) 997532818, Lara Carvalho, Email: laracarvalhomktd@gmail.com (16) 981311498, Natacha Ferreira, Email: nfg1414@gmail.com (16) 988122592 - Graduandas do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá e com a orientadora Prof^a Dra Maria de Fátima Paiva Brito Email: maria.paiva@baraodemaua.br (16) 3977-9340. Ou pelo CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Endereço: Rua Ramos de Azevedo, 423 Sala 38 - Jardim Paulista - Ribeirão Preto - SP Telefone para contato (16) 3603 6624 E-mail: cepbm@baraodemaua.br Horário de atendimento. Segunda-feira: 14h às 17h Terça a Quinta-feira: 07h30 às 13h Sexta-feira: 14h às 17h.

Estando de acordo: Eu confirmo que os pesquisadores me explicaram o objetivo desse documento, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram esclarecidas. Eu li e compreendi este termo de consentimento.

Assinatura:

Nome: _____

RG: _____

Ribeirão Preto, de _____ de 2021.

Maria de Fátima Paiva Brito

Pesquisador Responsável

Julia Rossi

Pesquisador

Lara Silva Barbosa de Carvalho

Pesquisador

Natacha Ferreira Gonçalves

Pesquisador

APÊNDICE C - Termo de Compromisso do Pesquisador responsável pela pesquisa

Título do projeto: Avaliação da cultura da segurança do paciente na atenção primária no Município de Ribeirão Preto.

Pesquisador responsável: Maria de Fátima Paiva Britto

Instituição/Departamento: Centro Universitário Barão de Mauá

Telefone para contato: (16) 3603-6665 / (16) 36036600

Local da coleta de dados:

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos de pesquisa cujos dados serão coletados através de questionário semiestruturado já criado e validado, proposto por Tim e Rodrigues (Brasil, 2016) e instrumento para coleta de dados, o qual, identifica se a cultura de segurança do paciente na APS é positiva/favorável ao cuidado seguro. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof. Dra. Maria de Fátima Paiva Britto. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Barão de Mauá em...../...../....., com o número de protocolo..... .

Ribeirão Preto (SP),de..... de 2021.

Prof. Dra. Maria de Fátima Paiva Britto

Pesquisador Responsável

APÊNDICE D - CRONOGRAMA

Cronograma de desenvolvimento do projeto CEP(Comitê de Ética de Pesquisa)

Mês	Atividades que serão desenvolvidas
Fevereiro	Definição do tema + elaboração do projeto
Março	Elaboração do projeto
Abril	Elaboração do projeto
Maio	Envio a Aprovação do CAAP da prefeitura
Junho	Encaminhamento ao comitê de ética da Barão de Maúa
Julho	Inclusão do projeto ao comitê de ética da Barão de Maúa
Agosto	Análise do projeto pelo comitê de ética da Barão de Maúa
Setembro	Aprovação do comite de ética da Barão de Maúa
Outubro	Coleta de dados / Analise dos dados
Novembro	Discussão das análises dos resultados e finalizações do TCC
Dezembro	Apresentação do tema estudado

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

APÊNDICE E - ORÇAMENTO DO PROJETO

Elementos de Despesa	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Impressão	200	R\$ 0,25	R\$ 50,00
Encadernação	3	R\$ 30,00	R\$ 90,00
Fotocópias	100	R\$ 0,15	R\$ 15,00
Tradução doResumo	1	R\$ 70,00	R\$ 70,00
Transporte	20	R\$ 5,00	R\$ 100,00
TOTAL	323	R\$ 105,40	R\$ 325,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.