

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: AVALIAÇÃO DO CLIMA DE SEGURANÇA E ANÁLISE DE CAUSAS-RAIZ DOS PROBLEMAS¹

Pedro Holanda Souza Neto²

Patrícia Freire de Vasconcelos³

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi avaliar atitudes seguras por meio do questionário de clima de segurança nas unidades de Atenção Primária à Saúde e analisar as possíveis causas da raiz dos problemas observados. A metodologia do trabalho foi dividida em três etapas: Inicialmente, fora realizada a aproximação de campo. Em seguida, aplicação do questionário *Safety Attitudes Questionary* aos trabalhadores e profissionais de saúde. No terceiro momento, fora realizado um encontro com as profissionais enfermeiras, no qual discutiram-se os resultados obtidos com a aplicação do questionário e elaborado um Diagrama de Ishikawa. Como resultados, participaram da pesquisa 55 profissionais. Na avaliação da cultura de segurança, o Domínio 3, relacionado à Satisfação no Trabalho foi o que obteve o maior escore, com média de 74,78. O menor escore ocorreu nos Domínio 6, que avalia Condições de Trabalho, 44,75. Após esse primeiro momento, realizou-se um encontro no qual foram discutidos os resultados da aplicação do questionário e elaborado um Diagrama de Ishikawa. Na construção do Diagrama, constatou-se que fatores pessoais como medo e estresse, fatores externos como a política municipal, entre outros fatores, contribuem para a ausência do Clima de Segurança nas unidades de saúde estudadas. Conclui-se, portanto, que há a necessidade de ações para melhoria do clima de segurança na APS e maior produção científica acerca da temática da segurança do paciente na APS.

DESCRITORES: Segurança do Paciente. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

PATIENT SAFETY IN PRIMARY ATTENTION: EVALUATION OF CLIMATE SAFETY AND ANALYSIS OF ROOT CAUSES OF PROBLEMS.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate safe attitudes through the safety climate questionnaire in the units of Primary Health Care and to analyze the possible root causes of the observed problems. The methodology of the work was divided into three stages: Initially, the field approach was performed. Then, application of the questionnaire Safety Attitudes Questionary to workers and health professionals. In the third moment, a meeting was held with the nursing professionals, where the results obtained with the application of the

¹Artigo submetido à coordenação do curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira como exigência para obtenção do título de bacharel em Enfermagem;

²Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira. Instituto de Ciências da Saúde. Acadêmica de Enfermagem. E-mail: pedrohsn2016@gmail.com;

³Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Instituto de Ciências da Saúde. Orientadora da pesquisa. E-mail: patriciafreire!@unilab.edu.br.

questionnaire and an Ishikawa Diagram were discussed. As results, 55 professionals participated in the study. Of these, the majority (50) were female. In the safety culture evaluation, Domain 3, related to Work Satisfaction, was the one that obtained the highest score, with an average of 74.78. The lowest score occurred in Domain 6, which evaluates Working Conditions, 44,75. After this first moment, a meeting was held where the results of the application of the questionnaire were discussed and an Ishikawa Diagram was elaborated. It is concluded, therefore, that there is a need for actions to improve the security climate in Primary Health Care and greater scientific production on the subject of patient safety.

DESCRIPTORS: Patient safety. Primary Health Care. Nursing.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade dos serviços ofertados na saúde vem sendo discutida amplamente devido aos índices alarmantes da ocorrência de eventos que causam danos às pessoas que usufruem do sistema de saúde, fato que provoca uma discussão mundial sobre a Segurança do Paciente (MENDES *et al.*, 2009).

Neste contexto, como uma das dimensões da qualidade, a Segurança do Paciente configura-se como prioridade na promoção do cuidado, sendo que esta vem despertando inquietação, tanto mundialmente, quanto em nível de Sistema Único de Saúde dada a insatisfação da sociedade as más práticas de cuidados ofertados nos diversos serviços ofertados nos pontos de atenção a saúde.

Dessa forma, a Segurança do Paciente, por apresentar um caráter transversal e ser um ramo do conhecimento que engloba várias disciplinas, proporciona conhecimentos que promovem as boas práticas de saúde.

Contudo, apesar da ampla divulgação da temática no âmbito hospitalar, sabe-se da existência de lacunas na Atenção Primária à Saúde (APS) (OMS, 2012). No Brasil, isso não é diferente. Pouco se sabe, por exemplo, do quantitativo dos eventos adversos e tão pouco da incidência de riscos associados para a sua ocorrência, já que existe uma falsa percepção que na atenção primária o usuário está menos susceptível a práticas não seguras. Por outro lado, apesar dos incidentes na APS não apresentarem consequências drásticas, os seus efeitos são em maior magnitude, por serem erros repetitivos e expor um maior número de pessoas (RUNCIMAN; EDMONDS; PRADHAN, 2002).

Nesse contexto, é sabido que comportamentos seguros estão associados com a diminuição dos eventos adversos. Diante disso, para avaliar o comportamento seguro, há instrumentos para sua mensuração. No Brasil, entre os instrumentos validados para avaliação

do clima de segurança está o *Safety Attitudes Questionary (SAQ)* ferramenta utilizada neste estudo (CARVALHO, 2011).

Logo, avaliar o clima de segurança nas instituições de saúde, em especial nas Unidades Básicas de Saúde, configura-se como uma ferramenta importante na avaliação da qualidade e por meio das informações obtidas indicará indícios da necessidade de reconstruir o trabalho em saúde. Diante disso, objetivou-se mensurar o clima de segurança nas Unidades Básicas de Saúde do município de Acarape-CE e identificar as causas-raiz dos problemas encontrados. Para essa identificação, foi utilizado o Diagrama de Ishikawa, ferramenta metodológica da administração utilizada quando se tem um problema e é investigado suas causas. A partir disso, mediante os dados encontrados e a importância da temática Segurança do Paciente será possível traçar metas para otimizar a qualidade do serviço prestado e oportunizar aos profissionais, em especial aos enfermeiros, já que estes estão diretamente ligados a microgestão do cuidado, a reflexão- crítica, fortalecendo da Segurança do Paciente no SUS.

OBJETIVO

Avaliar atitudes seguras por meio do questionário de clima de segurança nas unidades de atenção primária à saúde e analisar as possíveis causas da raiz dos problemas observados.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo de método misto, onde realizou-se um estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa na primeira e segunda fase e uma pesquisa ação de abordagem qualitativa na terceira fase.

O estudo foi realizado no município de Acarape, na região do Maciço de Baturité, estado do Ceará. Participaram do estudo 55 profissionais de saúde que atuam nas seis Unidades Básicas de Saúde do município.

As atividades foram compostas por três momentos. No primeiro, realizou-se a aproximação de campo às unidades de saúde onde efetivou-se a pesquisa. No segundo, aplicou-se o questionário *Safety Attitudes Questionary (SAQ)* adaptado transculturalmente na versão português/Brasil (CARVALHO, 2011). Os participantes do inquérito foram trabalhadores e profissionais de saúde inseridos nas unidades de atenção primária à saúde. O questionário utilizado é do tipo auto administrado, composto por 41 questões que objetivam medir a percepção do clima de segurança, por meio de seis domínios: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de

trabalho e reconhecimento de estresse. As respostas a cada uma das questões seguem uma escala Likert de cinco pontos, que vão de “discordo totalmente” a “Concordo totalmente”, havendo também a opção “não se aplica”. O questionário o questionário foi entregue em mãos e ofereceu-se 15 minutos para respondê-lo.

No terceiro momento, realizou-se uma oficina com os profissionais, no qual foram discutidos os resultados obtidos com a aplicação do questionário. Participaram dessa oficina seis enfermeiras inseridas nas unidades de atenção primária à saúde. A escolha desses profissionais deu-se pelo fato de os mesmos estarem inseridos diretamente na gestão do cuidado perante as equipes de saúde e das unidades de atenção primária. Além disso, estes profissionais estão mais sensíveis as questões relacionadas ao cuidado.

O encontro ocorreu no dia 14 de agosto de 2017 e teve duração de 2h. A dinâmica proposta para o momento foi dividida em duas etapas. De início, buscou-se levantar o conhecimento prévio dos participantes acerca da temática “Segurança do Paciente”. Para isso, questionamos através de uma pergunta “*Pra você, o que é segurança do paciente?*”. Dessa forma, buscou-se identificar o conhecimento de cada um sobre a temática e gerar uma discussão interior a respeito do tema.

Após esse primeiro momento, fora dado início à exposição dos resultados da aplicação do questionário *SAQ* e, posteriormente, feita uma discussão à respeito. Logo após, foi o momento de buscar identificar as causas-raiz dos problemas observados na aplicação do *SAQ*. Para tanto, foi sugerida a construção de um Diagrama de Ishikawa em cima dos resultados obtidos com a aplicação do *SAQ*.

O encontro foi realizado no período de trabalho, com a liberação do quantitativo de profissionais acordada previamente com os seus respectivos gestores.

Devido a grande quantidade de material empírico obtido, o software SPSS 22.0 foi a ferramenta computacional de suporte para organização dos dados coletados por meio da codificação, tratamento, armazenamento e gerenciamento do material coletado, facilitando dessa forma o processo de análise.

Os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fora assinado em duas vias por todos os sujeitos entrevistados.

O trabalho foi aprovado Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) sob número de CAAE:

62445816.0.0000.5576. O estudo incorpora os referenciais da Bioética preconizados pela Resolução nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que configura os aspectos da autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, tudo isto em benefício e proteção as pessoas, à sociedade e ao Estado.

RESULTADOS

1º Momento: Aproximação de campo e visita às unidades de APS

Inicialmente, foram realizadas reuniões com a equipe gestora da área da saúde do município onde realizou-se a pesquisa. Esses encontros aconteceram na Secretaria de Saúde. Nesses momentos, a pesquisa foi apresentada à gestora municipal de saúde. Ressaltou-se a importância da temática abordada e o seu impacto nos serviços de saúde. Também foi frisado o quão importante é a qualificação dos profissionais da APS, enfatizando que as ações propostas tem como objetivo gerar um panorama sobre a segurança do paciente na APS municipal e a capacitação dos profissionais que trabalham na rede de saúde municipal. Ademais, foram sanadas algumas dúvidas no que diz respeito a forma como a ação seria realizada. Após esse primeiro momento, solicitou-se à gestora que assinasse a Carta de Anuência, aprovando a aplicação da ação nas unidades da APS do município.

No segundo encontro, foram discutidas e planejadas estratégias para a realização dos eventos para os chefes das Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município. Foram analisadas as agendas das seis ESF, afim de que fosse escolhida a melhor data para a realização dos encontros para os profissionais. Conjuntamente, buscou-se obter a opinião dos profissionais, para que pudessem participar da elaboração dos tópicos que serão abordados nos encontros. Durante a aproximação de campo, também foram esclarecidas algumas dúvidas relacionadas aos locais em que seriam realizadas as ações, tais como a localização de cada ESF, número de equipes, rotina de trabalho, etc. Também foram programadas visitas às unidades de APS, para que fosse feita a aproximação do campo.

As visitas realizadas às unidades básicas de saúde da família (UBASF) no município de Acarape-CE para fins de aproximação de campo e às suas respectivas ESF ocorreram entre os dias 17 de janeiro e 6 de fevereiro de 2017.

Nessas visitas, reuniões foram realizadas com a Enfermeira chefe da ESF. Foi ressaltada a importância da temática abordada e o seu impacto nos serviços de saúde. Foram colhidas informações relacionadas ao funcionamento da unidade e negociada data propícia

para aplicação do questionário SAQ. Após esse primeiro momento, foi agendada a data para aplicação do questionário, sendo feita em dias diferentes para cada ESF.

2º Momento: Aplicação do questionário

O local escolhido para a aplicação do SAQ foram as ESF. Devido ao desfalque de alguns funcionários nos dias de aplicação, o total de questionários respondidos foram 55, de uma amostra inicial pretendida de 65.

Dos profissionais participantes do estudo, 50 eram do sexo feminino e 5 do sexo masculino como pode ser verificado na Figura 1. Do total, 8 são de nível superior (8,2%), enquanto 47 são de nível médio ou técnico (91,8%). Quanto ao cargo profissional, o maior número de profissionais são Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 23 (24%), seguido pelos auxiliares/técnicos de enfermagem e profissionais de suporte ambiental, com 9 profissionais cada (9,4%). A relação entre número de profissionais e tipo de cargo exercido por se vista na Figura 2.

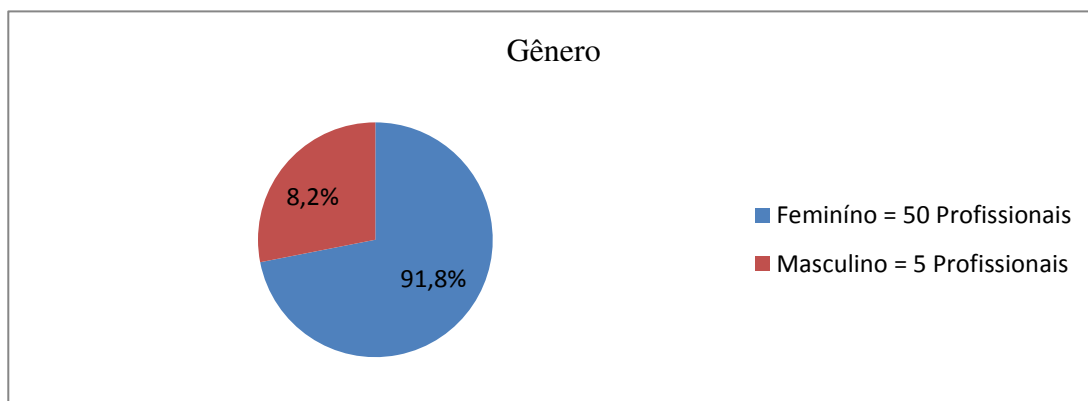


Figura 1 – Relação número de profissionais/gênero

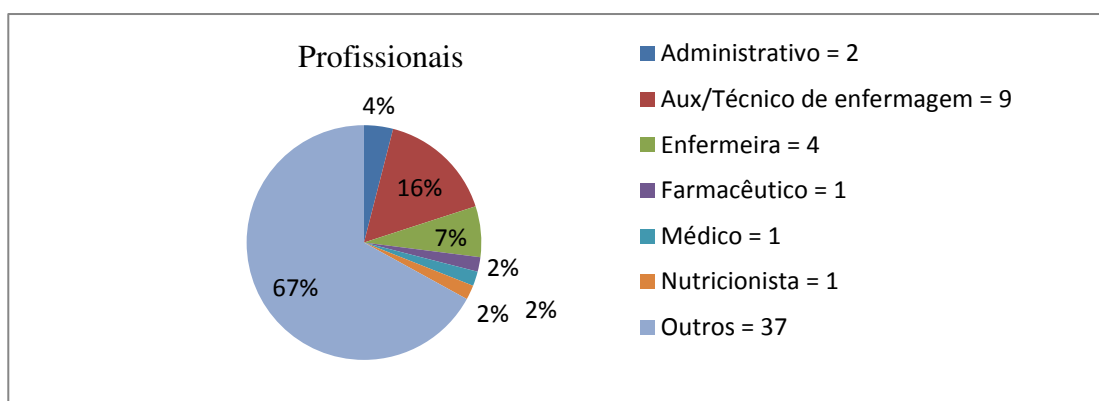


Figura 2 – Relação entre número de profissionais e cargo.

A Tabela 1 apresenta os escores de cada um dos domínios. O Domínio 3, relacionado à Satisfação no Trabalho foi o que mais se aproximou ao número de escore positivo, com

média de 74,78. Constatou-se que o menor escore ocorreu nos Domínio 6, que avalia Condições de Trabalho, 44,75.

Tabela 1–Média, mínimo, máximo e desvio padrão por domínio.

Domínios	Média	Máximo	Mínimo	Desvio Padrão
Clima de trabalho em equipe	66,59	100	25,00	16,27
Clima de segurança	51,38	85,71	25,00	18,20
Satisfação no trabalho	74,78	95,83	33,33	13,48
Percepção do estresse	64,77	100	6,25	25,38
Percepção da gerência	45,02	95,00	00	21,42
Condições de trabalho	44,75	100	00	24,47

A Tabela 2 traz a caracterização dos profissionais das unidades pesquisadas relacionando ao tempo de trabalho. A maior frequência em relação ao tempo de trabalho ficou na faixa entre 11 a 20 anos, com 20 profissionais (20,8%).

Tabela 2 - Caracterização dos profissionais com relação ao tempo de serviço

Tempo de atuação	Menos de 6 meses	6 a 11 meses	1 a 2 anos	3 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 20 anos	21 anos ou mais
Nº de profissionais	8	1	6	2	6	20	12
% de profissionais	8,3%	1,0%	6,2%	2,1%	6,2%	20,8%	12,5%

3º Momento: Oficina para discussão dos resultados e elaboração do Diagrama de Ishikawa

O terceiro momento do trabalho foi um encontro com as seis enfermeiras das ESF. Esse encontro teve duração de 2h e a dinâmica proposta foi dividida em duas etapas. De

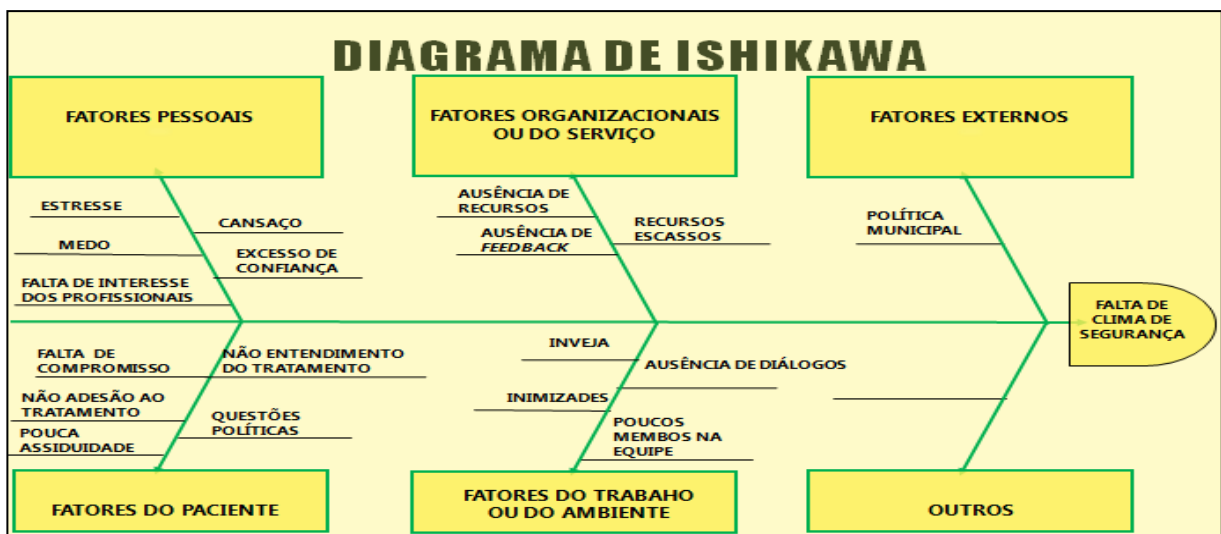
início, buscou-se levantar o conhecimento prévio dos participantes acerca da temática “Segurança do Paciente”. Para isso, questionamos através de uma pergunta “*Pra você, o que é segurança do paciente?*”. Dessa forma, buscou-se identificar o conhecimento de cada um sobre a temática e gerar uma discussão interior a respeito do tema.

Em seguida, foram discutidos os resultados obtidos na análise dos questionários e realizada a montagem do diagrama de Ishikawa, ferramenta metodológica da administração utilizada quando há um problema e tenta-se identificar suas causas.

Fora compreendido que havia uma falta do clima de segurança nas unidades e, dessa forma, o diagrama teve como intuito, buscar possíveis respostas para esse fato.

As causas foram agrupadas em seis categorias: Fatores Pessoais, Fatores Organizacionais ou do Serviço, Fatores Externos, Fatores do Paciente, Fatores do Trabalho ou do Ambiente e Outros Fatores (LATINO, 2008).

Abaixo, na figura, há o diagrama ilustrado.



DISCUSSÃO

Após a análise dos resultados obtidos com a aplicação do questionário SAQ na primeira fase da pesquisa, pode-se observar o grande número de mulheres prestando serviço nas unidades de saúde onde fora realizada o estudo. Esse dado pode ser explicado pelo fato de o setor saúde ser ainda uma área tradicionalmente “feminina”, o que corrobora os dados obtidos (BRUSCHINI, 2007). Além disso, grande parte dos profissionais participantes da pesquisa foram ACS, profissão que historicamente comporta elevado número de mulheres (FRAGA, 2011).

Quanto ao período de atuação, a maior frequência ficou na faixa entre 11 a 20 anos. Esse dado é relevante no tocante a consolidação de uma cultura de segurança, já que a construção dessa se dá por meio de um processo complexo e dinâmico resultante das interações entre indivíduos únicos ao longo do tempo (ZAKARI, 2011). Em estudo realizado na Noruega para investigar as atitudes relacionadas a segurança do paciente entre profissionais da atenção primária, identificou-se que os profissionais que atuam a mais tempo obtiveram resultados significativamente maiores do que os mais novos no que se refere ao clima de segurança e condições de trabalho (BONDEVIK et al, 2014).

Em relação aos escores dos seis domínios do instrumento *SAQ*, todos apresentaram valores menores que 75, ou seja, menores do que os recomendados pela literatura e três domínios apresentaram valores menores que 60, o que indica a necessidade de realização de ações para a implementação de cultura de segurança na instituição (CARVALHO, 2011).

O Domínio 1, Clima de Trabalho em Equipe, obteve escore médio de 66,59. Pesquisa feita em um hospital público de grande porte em Minas Gerais, obteve valor parecido - Escore 68,6. Esse dado pode ser reflexo de problemas interpessoais constantes, equipe não cooperativa e trabalhadores frustrados com seu reconhecimento profissional (BARBOSA et al, 2017). Desse modo, atividades realizadas envolvendo toda a equipe de saúde, tais como treinamentos, oficinas de capacitação, ou mesmo rodas de conversa entre os colaboradores das unidades de APS, podem ser ferramentas utilizadas para o aumento do vínculo entre os trabalhadores de saúde. Essas ações refletirão significativamente na qualidade do serviço prestados, tornando-o mais seguro a medida que os profissionais compreendam que um convívio amistoso dentro da equipe tornará o trabalho mais prazeroso e, conseqüentemente, mais eficientes e eficaz.

O Domínio 2, Clima de Segurança, tem como enfoque a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente (CARVALHO, 2011). Esse domínio alcançou escore médio de 51,38, abaixo do recomendado pela literatura. Outros estudos também demonstraram escore abaixo do recomendado, como pesquisa feita com a equipe de enfermagem de um hospital de ensino no estado de São Paulo, onde a percepção do clima de segurança obteve o menor escore na análise de enfermeiros assistencialistas e técnicos em enfermagem (RIGOBELLO et al, 2012).

Uma revisão sistemática sobre o tema segurança do paciente na atenção primária à saúde revelou que a falha na comunicação foi citada como o fator contribuinte mais comum para ocorrência de incidentes (MARCHON, 2015). Desse modo, percebe-se que cultura de

segurança do paciente, promovida por líderes de saúde, deve incluir uma cultura organizacional que incentive a aprendizagem colaborativa, a comunicação, substitua a cultura da culpa, priorize a segurança do paciente e recompense indivíduos que identificam erros sérios (SWEE, CHRISTOPHER, CRAIG, 2013).

O Domínio 3, Satisfação no Trabalho, foi o que obteve maior escore entre todos os seis domínios, 74,78. Esse domínio diz respeito à visão positiva do local de trabalho. Estudo realizado em hospitais do interior do estado do Rio Grande do Sul obteve resultado parecido, onde 97,7% dos profissionais afirmaram que gostavam do trabalho que realizavam e 95,4% orgulhavam-se de trabalhar na área, fato que contribui para uma melhor assistência prestada ao paciente (TOSO et al, 2016).

Outro estudo, realizado na Nova Zelândia, demonstrou que bons resultados no domínio Satisfação do Trabalho têm relação positiva com os domínios Clima de Trabalho em Equipe, Percepção de Gerencia da Unidade e do Hospital, Clima de Segurança e Condições de Trabalho (SAMARDZIC, WIJNGAARDEN, DOORN, 2015). Porém, os resultados da presente pesquisa vão ao caminho oposto, uma vez que nenhum dos domínios obteve escore positivo. Todavia, a adequada análise dos profissionais em relação a este domínio, é um fato visto como algo benéfico, posto que a satisfação do profissional com o trabalho está intrinsecamente ligada com a qualidade da assistência prestada (RIGOBELLO et al, 2012).

O Domínio Percepção do Estresse teve valor médio de escore de 64,77, semelhante ao constatado em outros estudos, como pesquisa realizada em um hospital especializado em oncologia, em Minas Gerais, onde o escore geral desse domínio foi 61,74 (BARBOSA et al, 2016).

No âmbito da atenção primária à saúde, a percepção do estresse se torna ainda mais relevante já que nesse nível de atenção o profissional tem papel fundamental, prestando o cuidado por meio de tecnologias leves, o que torna necessário o contato direto com a comunidade. Ademais, profissionais da ESF tem maior acúmulo de serviços, baixa remuneração, entre outras condições produtoras de sofrimento psíquico e que causam prejuízo para qualidade de vida e na qualidade e abrangência de atenção à saúde da população atendida pela ESF (MARTINS et al, 2014). Assim sendo, torna-se indispensável que a percepção do estresse e de fatores estressores seja alcançada para que se possa prover um cuidado de excelência ao cliente e a si próprio.

O Domínio 5, Percepção da Gerencia da Unidade, apresentou valor médio de escore de 45,2. Alguns estudos de avaliação do clima de segurança tem demonstrado valores

parecidos, como pesquisa envolvendo médicos e enfermeiros em 10 unidades de terapia intensiva na Austrália que evidenciou que as percepções do gerenciamento hospitalar foram classificadas como as mais baixas por 9 dos 10 locais pesquisados (CHABOYER et al, 2013).

Esses valores demonstram a necessidade de uma maior interação entre a gerência das unidades de saúde e os trabalhadores da assistência, de modo que ações voltadas para a melhoria no clima de segurança sejam elaboradas conjuntamente com todos os envolvidos, pautadas nas necessidades reais do serviço. Isso traria melhora na qualidade dos serviços prestados, além de reprimir o surgimento de sentimentos negativos de ambas as partes, profissionais assistencialistas e gerentes dos serviços de saúde.

O menor escore entre os seis domínios foi encontrado no Domínio 6, Condições de Trabalho, que se refere a percepção da qualidade do ambiente de trabalho (CARVALHO, 2011), com escore médio 44,75. Em estudo realizado em um hospital na cidade de Florianópolis, o domínio Condições de Trabalho também obteve o menor escore entre os seis domínios (MARINHO, RADUNZ, BARBOSA, 2014).

Em pesquisa realizada em Santa Catarina para a avaliação da cultura de segurança na ESF demonstrou que questões como sobrecarga de trabalho, número insuficiente de profissionais e falta de recursos, comprometem a qualidade dos serviços ofertados na APS (PAESE, SASSO, 2013). As condições de trabalho dizem respeito à diversos aspectos no dia a dia do profissional, desde qualidade de insumos, questões salariais e número de pessoal da equipe.

O fato de a maioria dos profissionais terem 11 anos ou mais de serviço pode ser entendido como fator contribuinte para a baixa qualidade da percepção do ambiente de trabalho, já que o estresse relacionado ao serviço pode aumentar com o aumento da idade. Além disso, a falta de profissionais pode tornar o trabalho sobrecarregado, principalmente os de nível superior, já que foi constatada a presença de um único profissional de medicina em todas as unidades onde fora realizada a pesquisa. Dessa forma, causas multifatoriais podem contribuir para uma percepção negativa das condições de trabalho no setor saúde prejudicando o profissional, com conseqüente perda da excelência do serviço prestado e diminuição do clima de segurança.

Todos esses dados obtidos na aplicação do questionário foram expostos e discutidos em conjunto com as enfermeiras da APS, no encontro realizado com as mesmas.

As causas foram agrupadas em seis categorias: Fatores Pessoais, Fatores Organizacionais ou do Serviço, Fatores Externos, Fatores do Paciente, Fatores do Trabalho ou do Ambiente e Outros Fatores.

Na primeira categoria, Fatores Pessoais, foram elencados pelas enfermeiras como sendo as principais causas que comprometeram a segurança do paciente, bem como do serviço, as seguintes: estresse, cansaço, medo, excesso de confiança, falta de interesse dos profissionais. Os fatores indicados pelos profissionais demonstram o quanto o estado emocional é relevante no resultado do serviço prestado por esses, interferindo diretamente no ambiente de trabalho o qual estão inseridos. Desse modo, é necessário o desenvolvimento de medidas que reduzam os problemas existentes no ambiente de trabalho, para que haja minimização das dificuldades, apoio aos trabalhadores, proporcionando melhores condições de vida dentro e fora do ambiente de trabalho.

Na categoria seguinte, Fatores Organizacionais ou do Serviço, foram nomeadas as seguintes causas: ausência de recursos, ausência de *feedback* e recursos escassos. Esse dado revela a insatisfação dos profissionais no que tange às atitudes da gerência ou da administração da unidade relacionados às ações voltadas para a segurança do paciente, o que acarreta um menor clima de segurança nas unidades.

A falta de recursos danifica a qualidade dos serviços prestados, tornando difíceis as condições de trabalho, fato esse gera um impacto direto nas condições adequadas para o pleno exercício de suas atividades, já que, por vezes, impede que o conhecimento dos profissionais possa ser colocado em prática, devido à falta de insumos. Nesse contexto, a realização de planos de ação que visem a utilização inteligente dos recursos existentes, pode ser um instrumento capaz de fortalecer o clima de segurança para o paciente nas unidades.

Na terceira categoria, Fatores externos, foram evidenciados a política municipal como principal causa contribuinte para a falta de clima de segurança. Essa influência político-partidária pode trazer prejuízos para as unidades de saúde, visto que torna-se difícil manter um trabalho isento da atuação do gestor municipal. Ademais, por ser um município pequeno, a interação entre os gestores municipais e os prestadores de serviço torna-se mais próxima. Contudo, dissociar a ação política partidária dos serviços de saúde ainda é algo complexo, visto a cultura política partidária brasileira (FERMINO, 2017).

Na categoria nº 4, Fatores do paciente, foi observada a falta de compromisso, não adesão ao tratamento, pouca assiduidade e questões políticas.

Entre as consequências da não adesão, é possível pontuar a diminuição do controle efetivo das doenças, o aumento no risco de hospitalizações e o aumento da mortalidade, fatores que contribuem para caracterização de um serviço de baixo clima de segurança do paciente (REMONDI, CABRERA, DE SOUZA, 2014).

Esse dado revela a necessidade de ações voltadas ao fortalecimento do vínculo paciente-serviço, que serviriam de ferramentas para melhor prática do auto cuidado dos pacientes. Ações como uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, para munir os usuários de informações à respeito do tratamento que está sendo feito, poderiam trazer melhores resultados para saúde dos pacientes. Além disso, a utilização de grupos poderia tornar o ambiente do serviço de saúde mais atrativo ao usuário, tornando-o um local de interação social e fortalecimento de vínculo entre usuário-usuário e usuário-profissional.

Na quinta categoria, Fatores do trabalho ou do ambiente, premissas como a ausência de diálogo, inveja, inimizades e poucos membros na equipe foram apontados como sendo os pontos raízes que comprometem o clima de segurança. Assim como na avaliação no *SAQ*, mais uma vez comunicação foi citada como fator chave na qualidade do clima de segurança nas unidades de saúde, o que reforça mais uma vez a necessidade de maior interação e comprometimento entre os membros da equipe.

CONCLUSÃO

Com base nas reflexões feitas acerca dos resultados obtidos no presente trabalho, nota-se que é necessária a elaboração de ações para melhoria do clima de segurança na APS. Além disso, ressalta-se a falta de comprometimento da gestão com a segurança do paciente, fato esse que pode ser observado tanto nos resultados do *SAQ* quanto no diagrama elaborado pelas profissionais de enfermagem.

Ações voltadas para melhoria do clima de segurança, tais como contratação de mais profissionais para saúde, atividades de educação permanente, estreitamento do vínculo usuários-profissionais, mostram-se necessárias, e refletirão, posteriormente, na melhoria dos índices de saúde da população.

Por fim, ressalta-se a necessidade de maior produção científica acerca da temática da segurança do paciente na APS, para que se tenha um panorama mais fidedigno da real situação dos serviços de saúde no que diz respeito ao assunto.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, MH.; ALEIXO, TCS.; OLIVEIRA, KF.; NASCIMENTO, KG.; FELIX, MMS.; BARICHELLO, E. Clima de segurança do paciente em unidades de clínica médica e cirúrgica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v.18, nov. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/39763>>. Acesso em: 14 jul. 2017.
- BARBOSA, MH.; FLORIANO, DR.; OLIVEIRA, KF.; NASCIMENTO, KG.; FERREIRA, LA. Clima de segurança do paciente em um hospital privado. **Texto Contexto Enfermagem**, v.25, n.3, p. 1-8, 2016.
- BONDEVIK, GT.; HOFLOSS, D.; HANSEN, EH.; DEILKÅS, ECT. Patient safety culture in Norwegian primary care: A study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Bergen, v.32, p.132-9, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**. Brasília, 2012.
- BRUSCHINI, MCA. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos 10 anos. **Caderno de Pesquisa**, v.132, n.37, p.573-72, 2007.
- CARVALHO, REFL. Adaptação transcultural do safety attitudes questionnaire para o Brasil - questionário de atitudes de segurança. 2011. (**Tese de Doutorado em Enfermagem**) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Unidade da USP, Ribeirão Preto, 2011.
- CHABOYER, BW et al. Safety culture in Australian intensive Care units: establishing A baseline for quality Improvement. **American journal of critical care**, v.22, n.2, p. 93-102, 2013.
- FERMINO, V.; AMESTOY, SC.; DOS SANTOS, BP.; CASARIN, ST. Estratégia Saúde da Família: gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Re. Eletr. Enfer.** [Internet]. 2017; v.19, n.5, p. 1-10. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/42691/22858>>.
- FRAGA, OS. Agente comunitário de saúde: Elo entre a comunidade e a equipe da ESF? 2011. 25 f [**Monografia**] – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais; 2011.
- LATINO, R.J. Patient Safety: The PROACT Root Cause Analysis Approach. **Boca Raton: Crc Press**, 2008.

MARCHON, SG. A segurança do paciente na atenção primária à saúde. 2015. 128 f. (**Tese de Doutorado em Saúde Pública**) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2015.

MARINHO, MM.; RADUNZ, V.; BARBOSA, SFF. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.3, p.581-90, 2014

MARTINS, LF.; LAPORT, TJ.; MENEZES, VP.; MEDEIROS, PB.; RONZANI, TM. Esgotamento entre profissionais da atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n.2, p. 4739-46, 2014.

MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care**, v. 21, n.4, p. 279-85, 2009.

OMS. World Health Organization. Summary of Inaugural Meeting of Safer Primary Care Expert Working Group. **Safer Primary Care: A Global Challenge**. Geneva; 2012.

PAESE, F.; SASSO, GTM. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n. 2, p. 302-10, 2013.

REMONDI, FA.; CABRERA, MAS.; DE SOUZA, RKT. **Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro v. 30, n. 1, p. 126-36, 2014.

RIGOBELLO, MCG.; CARVALHO, REFL.; CASSIANI, SHB.; GALON, T.; CAPUCHO, HC.; DEUS, NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enfer**, São Paulo, v. 25, n.5, p.728-35, 2012.

RUNCIMAN W.; EDMONDS, M.; PRADHAN, M. Setting priorities for patient safety. **QualSaf Health Care**, v.11, n.3, p. 224-29, 2002.

SAMARDZIC,MB.; WIJNGAARDEN, JDV.; DOORN, CMD. Safety culture in long term care: a cross-sectional analysis of the Safety Attitudes Questionnaire in nursing and residential homes in the Netherlands. **BMJ Quality & Safety Online First**, v.0, n.1, p. 1-9, 2015. Disponível em:
<<https://pdfs.semanticscholar.org/a5b1/ef5fd4eeedd76748c278e1d0316f84c16284.pdf>>.

SWEE, CG.; CHRISTOPHER, C.; CRAIG, K. Teamwork, organizational learning, patient safety and job outcomes. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v.26, n.5, p. 420-432, 2013.

TOSO, GL.; GOLLE, L.; MAGNAGO, TSBS.; HERR, GEG.; LORO, MM.; AOZANE, FAOZANE F, et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37, n.4, p. 1-8, 2016.

ZAKARI, NMA. Attitude of Academic Ambulatory Nurses toward Patient Safety Culture in Saudi Arabia. **Life Science Journal, Saudi Arabia**, v.8, p. 230-7, 2011.