
CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Fernanda Paese¹, Grace Teresinha Marcon Dal Sasso²

¹ Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Santa Catarina, Brasil. E-mail: fernandanfr09@yahoo.com.br

² Doutora em Informática em Saúde e Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: grace@ccs.ufsc.br

RESUMO: O objetivo foi analisar as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Aplicou-se o questionário de Atitudes de Segurança, com 64 perguntas, a uma amostra de 96 profissionais da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde na cidade de Florianópolis-SC, a fim de avaliar nove atitudes de segurança. As atitudes Cultura do Trabalho em Equipe, Condições de Trabalho, Comunicação e Gerência do Centro de Saúde tiveram p -Valor $\leq 0,05$, evidenciando-se como atitudes significativas da cultura da segurança do paciente. Contudo, essas mesmas quatro atitudes de segurança foram avaliadas de forma diferente pelos agentes comunitários de saúde em relação aos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Na amostra analisada das três categorias profissionais, a atitude considerada de maior importância foi a Segurança do Paciente, já a variável com menor relevância para essas categorias foi a atitude Erro.

DESCRIPTORES: Cultura. Segurança. Atenção primária à saúde. Equipe de enfermagem.

PATIENT SAFETY CULTURE IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: The aim of this study was to analyze the attitudes that demonstrate the safety culture by the professionals of the Family Health Strategy and Community Health Agents Program. The Safety Attitudes Questionnaire was applied with 96 professional of the Nursing Team and Community Health Agents in Florianópolis city, in order to evaluate nine safety attitudes. Teamwork Climate, Working Conditions, Communication and Perceptions of Management presented a p -value ≤ 0.05 , showing significance for the patient safety culture. However, these same four safety attitudes were assessed differently by the Community Health Agents in relation to the nurses and nursing technicians. In the sample analyzed, the attitude Patient Safety was considered the most important by the three professional categories, and the variable with less relevance for these categories was the Error attitude.

DESCRIPTORS: Culture. Safety. Primary healthcare. Nursing team.

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

RESUMEN: El objetivo fue analizar actitudes que demuestran cultura de seguridad de pacientes por los profesionales de la Estrategia de Salud de Familia y el Programa de Agentes Comunitarios de Salud. Se aplicó el cuestionario de actitudes de seguridad a una muestra de 96 profesionales de un equipo de enfermería y PACS de la ciudad Florianópolis, con el fin de evaluar nueve actitudes de seguridad. Cultura del trabajo en equipo, Condiciones de trabajo, Comunicación y Gestión del Centro de Salud tenía un valor de $p \leq 0,05$, son actitudes significantes para la cultura de seguridad del paciente. Sin embargo, estos mismos cuatro actitudes de seguridad se evaluaron de manera diferente por los trabajadores de salud comunitarios en relación con las enfermeras y técnicos de enfermería. En la muestra analizada en tres categorías profesionales, la actitud considerada la más importante era la Seguridad del Paciente, como la variable con menor relevancia en estas categorías fue la actitud de Error.

DESCRIPTORES: Cultura. Seguridad. Atención primaria de salud. Grupo de enfermería.

INTRODUÇÃO

Segurança do paciente é um componente fundamental da qualidade de cuidados de saúde. Como as organizações de cuidado de saúde se esforçam continuamente para melhorar, há um reconhecimento crescente da importância de uma cultura de segurança do paciente. Alcançar uma cultura de segurança requer um entendimento de valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados.¹

A análise de acidentes graves na indústria mudou o foco de regulamentação e de investigação de fatores individuais para os fatores organizacionais, tais como a segurança do paciente. O conceito de cultura de segurança ganhou atenção após o desastre nuclear de Chernobyl, em 1986. Assim, a cultura da segurança reflete essencialmente as atitudes gerenciais e do trabalhador e valores relacionados para a gestão do risco e da segurança.²⁻³

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

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

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

Para alcançar a segurança, uma cultura informada depende de como os líderes em todos os níveis de uma organização obtêm, usam e disseminam a informação.⁹ Conseqüentemente, as organizações devem avaliar a cultura da segurança em nível de cada departamento ou unidade, bem como em nível organizacional, para: identificar as áreas de cultura com necessidade de melhorar e aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente; avaliar a efetividade das intervenções de segurança do paciente progressiva e continuamente; e estabelecer metas internas e externas. Portanto, o maior desafio em avaliar a cultura é estabelecer um elo entre a cultura da segurança e os resultados da assistência prestada ao paciente.^{3,10}

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

Pesquisas relacionadas à segurança do paciente estão direcionadas principalmente para a assistência hospitalar, apesar de a maioria dos pacientes receber seus cuidados de saúde na atenção primária, especialmente em países com um sistema de atenção primária forte e atuante.¹⁴⁻¹⁶ Ressalta-se que, em seus relatórios, tanto o Reino Unido quanto os Estados Unidos excluíram a atenção primária de suas discussões acerca da segurança do paciente. Entretanto, destaca-se que a maioria dos cuidados de saúde é desenvolvida fora dos ambientes hospitalares e que muitos incidentes identificados nos hospitais têm origem em outros locais, como na atenção primária à saúde.¹⁷

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

Neste estudo, por sua vez, utilizou-se o Questionário das Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire - SAQ*), uma das ferramentas mais utilizadas para avaliar a cultura da segurança por meio do cuidado de saúde que é prestado e que tem sido usada para explorar o relacionamento entre a cultura da segurança do cuidado em saúde e o resultado no paciente.¹⁸ Assim, o objetivo desta

pesquisa foi identificar as atitudes dos profissionais das equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que evidenciam a cultura da segurança do paciente através da aplicação do SAQ.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal prospectivo de natureza quantitativa. A população do estudo foi constituída por uma amostra não-probabilística estratificada por categoria. Foram, assim, selecionados, propositalmente, 52 agentes comunitários de saúde, 30 técnicos de enfermagem e 14 enfermeiros que integram as equipes da ESF e do PACS da área de abrangência dos cinco Centros de Saúde do Distrito Sanitário Centro do Município de Florianópolis. O critério de inclusão para a amostra do estudo foi pertencer a essas categorias profissionais e às equipes da ESF e do PACS.

Para a realização deste estudo, foram respeitados todos os preceitos éticos determinados pela Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, através do cumprimento das exigências do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, recebendo parecer favorável sob número do protocolo 0286/09.

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

O questionário de atitudes de segurança foi desenvolvido há mais de 15 anos, para avaliar a qualidade de segurança e o trabalho em equipe associado a normas e o comportamento individual dos trabalhadores, em determinado local. O questionário compreende nove atitudes: satisfação do trabalho, condições de trabalho, cultura do trabalho em equipe, comunicação, gerência do centro de saúde, segurança do paciente, reconhecimento do estresse, educação permanente e erro. Essas atitudes conceituadas e exemplificadas estão presentes no quadro 1.

Quadro 1 - Definições das atitudes de segurança e alguns exemplos no contexto do SAQ

Definição das atitudes de segurança	Exemplos dos itens incluídos em cada atitude de segurança
Satisfação do trabalho: positividade da experiência do trabalho desenvolvido.	<i>Este Centro de Saúde é um bom lugar para trabalhar. Eu gosto do meu trabalho.</i>
Cultura do trabalho em equipe: percepção da qualidade de colaboração entre os profissionais da equipe.	<i>Os médicos e enfermeiros aqui trabalham juntos como um time bem organizado. Eu tenho o suporte que eu preciso de outros colegas para cuidar dos pacientes.</i>
Condições de trabalho: percepção na qualidade do ambiente de trabalho e suporte de logística.	<i>Sobrecarga de trabalho é comum neste Centro de Saúde. O número de profissionais deste Centro de Saúde é suficiente para atender o número de pacientes.</i>
Comunicação: transferência da informação e do conhecimento.	<i>Orientações são comuns neste Centro de Saúde. Todas as informações necessárias para a decisão diagnóstica e terapêutica estão rotineiramente disponíveis para mim.</i>
Segurança do paciente: prevenção e melhoria dos resultados de eventos adversos.	<i>Eu me sentiria seguro recebendo tratamento neste Centro de Saúde como paciente. Segurança do paciente é constantemente reforçada como prioridade neste Centro de Saúde.</i>
Educação permanente: encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho.	<i>Treinamentos na minha área são adequadamente supervisionados. Para a tomada de decisão utiliza as ideias e colocações de profissionais bem conceituados/de referência.</i>
Gerência do Centro de Saúde: ações gerenciais.	<i>A coordenação deste Centro de Saúde apoia meus esforços diários. Eu não consigo expressar as minhas discordâncias com a coordenação deste Centro de Saúde.</i>

Definição das atitudes de segurança	Exemplos dos itens incluídos em cada atitude de segurança
Reconhecimento do estresse: reconhecimento de como o desempenho é influenciado pelos fatores estressantes.	<i>Quando meu trabalho torna-se excessivo, meu desenvolvimento é prejudicado.</i> <i>Eu estou mais sujeito a cometer erros em situações de tensão e hostilidade.</i>
Erro: evento que pode ser evitado pelos profissionais de saúde mediante a adoção de medidas preventivas.	<i>Resultados de testes anormais são frequentemente esquecidos ou fecham-se os olhos para eles.</i> <i>Eu tenho visto erros que têm potencial para prejudicar o paciente.</i>

Fonte: *Safety Attitudes Questionnaire (Ambulatory Version) University of Texas at Austin, USA. 2003.*

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

Para a análise estatística dos dados foi considerado um nível de significância p-Valor $\leq 0,05$ para um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados. Utilizou-se a estatística descritiva com cálculos de média e estatística inferencial

de análise da ANOVA e *Least Significant Difference* (LSD) ou Fisher com correções de Bonferroni para o estabelecimento da diferença mínima significativa entre os testes realizados. Para se trabalhar esses cálculos estatísticos, adotou-se o Software Microsoft Excel®.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados mostrou, estatisticamente, que não houve diferença entre as três categorias profissionais quanto à percepção das atitudes de segurança quando analisadas num contexto geral, ou seja, as três categorias profissionais veem as atitudes de forma semelhante. A figura 1 apresenta as nove atitudes de segurança conforme as categorias profissionais.

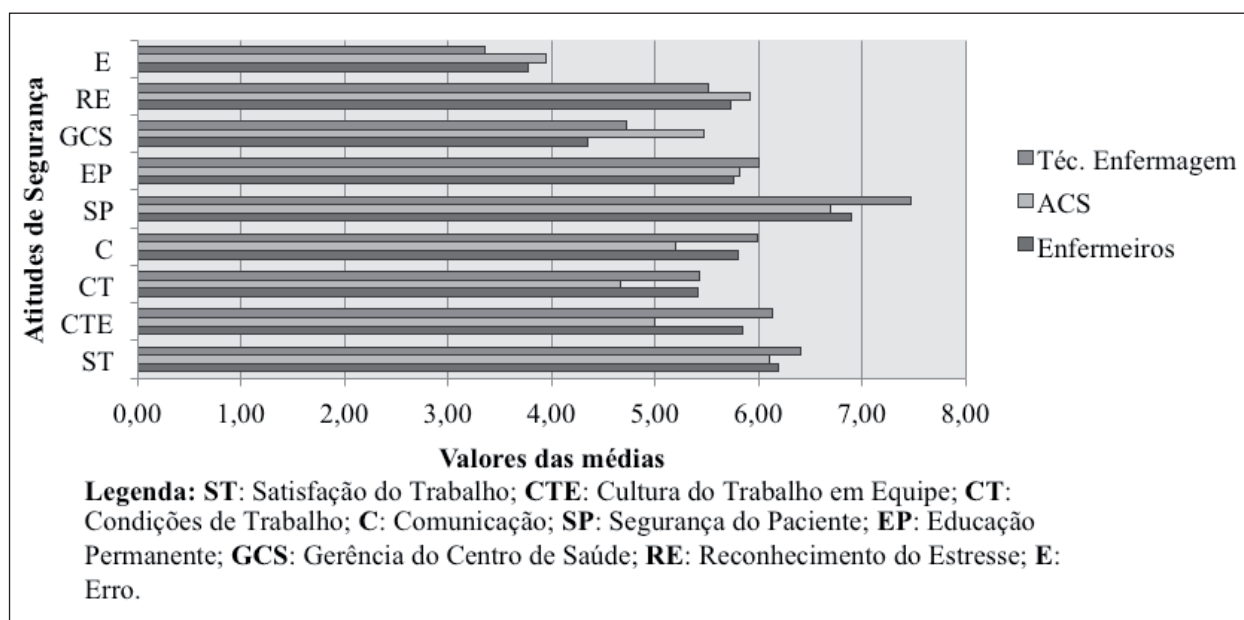


Figura 1 - Médias dos escores das atitudes de segurança por categoria profissional. Florianópolis-SC, 2010

A figura 1 demonstra que a atitude Segurança do Paciente obteve a média mais alta (Média dos ACS: 6,69; Téc. Enfermagem: 7,48; e Enfermeiros: 6,90) entre as três categorias avaliadas. Por conta

disso, pode-se dizer que ela é considerada a atitude mais importante para esse grupo de profissionais. Em contrapartida, a média da atitude Erro (Média dos ACS: 3,95; Téc. Enfermagem: 3,36; e Enfermeiros: 3,95)

ros: 3,77) se apresentou como a mais baixa entre todas, logo, pode-se inferir que o Erro foi considerado da mesma forma pelas três categorias como a menos relevante.

Pela análise dessas afirmações é possível observar que o grupo identifica o erro como uma atitude menos relevante para a cultura da segurança do paciente. De certa forma, o erro ainda está muito associado à culpa, a um ambiente de trabalho punitivo e a uma cultura de pensar que os erros provocados pelo prestador de cuidado em saúde é resultado de descuido. Uma pesquisa revela neste sentido que apenas 2 a 3% dos grandes erros são relatados por meio de sistemas de informações e que os profissionais de saúde, muitas vezes, relatam apenas o que eles não podem esconder.¹⁹

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

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

de aprendizado para impedir novos eventos relacionados à mesma causa.

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

As variáveis condições de trabalho, cultura do trabalho em equipe, comunicação e gerência de centro de saúde obtiveram p-Valor \leq 0,05, ou seja, elas foram significativas, demonstrando sua relação com a cultura da segurança do paciente. As demais atitudes, satisfação do trabalho (p-Valor: 0,50), segurança do paciente (p-Valor: 0,14), educação permanente (p-Valor: 0,88) e reconhecimento do estresse (p-Valor: 0,50), apresentaram um p-Valor superior ao intervalo de confiança estabelecido para o estudo.

A cultura do trabalho em equipe, para este grupo analisado, é uma das atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente. A tabela 1 revela que existe uma diferença maior entre as médias em relação aos ACSs. Este dado possibilita dizer que essa categoria percebe de uma forma diferente das demais. Neste sentido, é importante ressaltar que o ACS desenvolve a maioria de suas atividades diretamente na comunidade, no domicílio do paciente, e tem menor contato com os demais profissionais, o que justificaria perceber de forma diferente o trabalho em equipe. Em contrapartida, os outros profissionais compartilham o mesmo espaço por um período mais longo da sua jornada de trabalho.

Tabela 1 - Modelo final para a análise de variância das atitudes de segurança do paciente. Florianópolis-SC, 2010

Variáveis	Soma	Média	Variância	F	valor-P
Condições de trabalho					
ACS	243	4,67	1,869	4,283	0,017
Téc. Enfermagem	163	5,43	1,145		
Enfermeiro	75,90	5,42	1,508		
Cultura do trabalho em equipe					
ACS	260,17	5,00	2,725	6,035	0,003
Téc. Enfermagem	184,00	6,13	1,606		
Enfermeiro	81,87	5,85	1,443		
Comunicação					
ACS	270,37	5,20	1,384	6,375	0,003
Téc. Enfermagem	179,79	5,99	0,595		
Enfermeiro	81,29	5,81	0,640		
Gerência do centro de saúde					

Variáveis	Soma	Média	Variância	F	valor-P
ACS	284,50	5,47	3,064	3,027	0,053
Téc. Enfermagem	141,83	4,73	3,388		
Enfermeiro	61,00	4,36	2,863		
Satisfação do trabalho					
ACS	308,10	5,93	2,701	0,692	0,503
Téc. Enfermagem	165,56	5,52	1,100		
Enfermeiro	80,22	5,73	3,337		
Segurança do paciente					
ACS	348,00	6,69	2,967	1,962	0,146
Téc. Enfermagem	224,33	7,48	3,032		
Enfermeiro	96,67	6,90	3,118		
Educação permanente					
ACS	302,67	5,82	3,322	0,127	0,881
Téc. Enfermagem	180,33	6,01	3,881		
Enfermeiro	80,67	5,76	3,324		
Reconhecimento do estresse					
ACS	308,10	5,93	2,701	0,692	0,503
Téc. Enfermagem	165,56	5,52	1,100		
Enfermeiro	80,22	5,73	3,337		
Erro					
ACS	270,37	5,20	1,384	6,375	0,303
Téc. Enfermagem	179,79	5,99	0,595		
Enfermeiro	81,29	5,81	0,640		

Sob outro ângulo, o ACS faz parte da equipe da Estratégia da Família e contribui para o trabalho da equipe como membro dela mediante as atividades que desempenha. Trabalhar em equipe é trabalhar com diferentes pessoas, com diferentes habilidades e conhecimentos para a gestão de um problema em comum. Para que as equipes trabalhem o seu melhor, todos os membros devem compreender as habilidades e potencialidades de cada um de seus colegas.²¹ Um estudo de meta-análise que avaliou o desempenho do trabalho em equipe *versus* o desempenho individual concluiu que o trabalho em equipe resulta em maior produtividade. Concluíram também que aqueles que trabalham em equipe possuem melhor autoestima, bem-estar psicológico e apoio social. Dessa forma, o trabalho em equipe de alta qualidade conduziria a mudanças para a melhoria da segurança do paciente e resultado nos pacientes.²¹

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

de comunicação foram uma das quatro categorias principais associadas a eventos adversos.²²

A variável Condições de Trabalho evidenciada nos resultados desta pesquisa se relaciona com questões tais como: *sobrecarga de trabalho é comum neste Centro de Saúde e, também, com o número de profissionais deste Centro de Saúde é suficiente para atender o número de pacientes*. Nesses trechos de depoimentos dos participantes, foi possível avaliar as condições de trabalho quando relacionadas com a sobrecarga de trabalho, o número subdimensionado de pessoas para o atendimento da demanda nos Centros de Saúde e a falta de recursos de materiais, insumos e suprimentos, ou seja, fatores que comprometem a qualidade da assistência.

Um estudo constatou que, a cada paciente adicionado à carga média de trabalho do enfermeiro, houve um crescimento de 7% na taxa de mortalidade dos pacientes; já o *burnout* dos enfermeiros e a insatisfação cresceram 23% e 15%, respectivamente.²⁰ Tem se tornado cada vez mais desafiador aos enfermeiros prestar um cuidado consistentemente seguro ao paciente e de alta qualidade, especialmente pelo volume de informações ainda desestruturadas, heterogêneas e desintegradas, que permeiam o cuidado, além das inúmeras demandas de tempo para avaliação clínica adequada exigidas no cuidado em saúde.²³

Assim, considera-se que a equipe de enfermagem tem essa percepção diferente dos ACS, pois é ela quem sente diretamente a falta de recursos de materiais e insumos, bem como de recursos humanos. São os profissionais de enfermagem que suprem a necessidade de recursos humanos nos diversos setores do Centro de Saúde, o que acaba gerando sobrecarga de trabalho, prejudicando as

condições do trabalho a ser realizado.

A análise das médias dos conceitos dados pelos participantes da pesquisa é apresentada na tabela 1. Na tabela 2, são apresentadas as diferenças de médias de cada categoria profissional. Essas diferenças aparecem nos intervalos do teste LSD, corroborando a significância do teste F realizado na ANOVA, presente na figura 2.

Tabela 2 – Apresentação dos dados do teste LSD com correção de Bonferroni das atitudes de segurança. Florianópolis-SC, 2010

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

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

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

Quando se analisa o LSD entre os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde (1,1140)

identifica-se que essas categorias possuem percepções distintas sobre a Gerência do Centro de Saúde.

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

Com base nas reflexões, ressaltamos que a qualidade da assistência ao paciente resulta a partir de um atendimento seguro, e, para isso, é necessária uma cultura de segurança estabelecida. 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.

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

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

REFERÊNCIAS

1. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Nelson d, Khanna K. Hospital survey on patient safety culture. Rockville (US): Agency for Healthcare Research and Quality; 2009.
2. Flin R, Winter J, Sarac C, Raduma M. Human factors in patient safety: review of topics and tools. Report for methods and measures working group of WHO patient safety. Geneva (SW): World Health Organization; 2009.
3. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12(Suppl 2):ii17-23.
4. Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC (US): National Academy Press; 2001.
5. Helmreich RL, Merritt AC. Culture at work in aviation and medicine. Burlington (US): Ashgate, 2001.
6. Flin R, Fletcher G, McGeorge P, Sutherland A, Patey R. Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia*. 2003 Nov; 58:233-42.
7. Homas EJ, Sherwood GD, Mulhollem JL, Sexton JB, Helmreich RL. Working together in the neonatal intensive care unit: provider perspectives. *J Perinatol*. 2004 Sep; 24(9):552-59.
8. Woods DM, Holl JL, Shonkoff JP, Mehra M, Ogata ES, Weiss KB. Child-specific risk factors and patient safety. *J Patient Saf*. 2005 Mar; 1(1):17-22.
9. Edmonson AC. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality and Safety in Health Care*. 2004; 13(Suppl II):ii3-9.
10. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005 Jun; 14:364-66.
11. Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Fam Pract*. 2003 Jan; 20(3):231-6.
12. Wetzel SR, Wolters R, Van Weel C, Wensing M. Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: a prospective observational study. *BMC Fam Pract*. 2008 Jun; 9:1-5.
13. Leendertse AJ, Egberts AC, Stoker LJ, Bemt Van Den PM. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med*. 2008 Set; 168(17):1890-6.
14. Donaldson SL. An international language for patient safety: Global progress in patient safety requires classification of key concepts. *Int J Qual Health Care*. 2009 Feb; 21(1):1.
15. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005 Jun; 83(3):457-502.
16. Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, Orav EJ, Bates DW. The "to err is human" report and the patient

- safety literature. *Qual Saf Health Care*. 2006 Jun; 15(3):174-78.
17. Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Safety patient: review of methods and measures in primary care research [online]. World Health Organization; 2008 [acesso 2010 Fev 21]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/primary_care_ps_research/en/index.html
 18. Nordén-Hägg A, Sexton JB, Källemark-Sporrong S, Ring L, Kettis-Lindblad A. Assessing safety culture in pharmacies: the psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clin Pharmacol*. 2010 Apr 11;10:8.
 19. Marx D. Patient safety and the “just culture”: a primer for health care executives [online]. New York: Columbia University; 2001 [acesso 2010 Fev 15]. Disponível em: <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1582>
 20. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre (RS): Artmed. 2010.
 21. Walshe K, Boaden R. Patient Safety research into practice. New York (NY): Open University Press. 2006.
 22. Sandars J, Cook G. ABC of patient safety. Oxford (UK): Blackwell Publishing Ltd; 2007.
 23. Baggio MA, Erdmann AL, Sasso GTMD. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2010 [acesso 2010 Nov 10]; 19(2):378-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200021&lng=pt
 24. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2010 [acesso 2011 Mar 06]; 15 1:1533-41. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700065&lng=pt&nrm=iso
 25. Wiegmann DA, Zhang H, Von Thaden TL, Sharma G, Mitchell AA. A synthesis of safety culture and safety climate research. Illinois (US): Aviation Research Lab Institute of Aviation. 2002.