AVALIAÇÃO DA CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE NO MACIÇO DE BATURITÉ

Wanderson Souza Marques [1], Hirlana Girão Dias [2], Edamara Chaves Costa [3], Vanessa Emille Carvalho de Sousa [4], Antonio Elder Ferreira da Silva [5], Patrícia Freire de Vasconcelos [6]

RESUMO

A segurança do paciente vem sendo cada vez mais discutida entre os profissionais de saúde por estar relacionada à qualidade no cuidado prestados. Desta forma, avaliar a cultura da segurança reflete as atitudes gerenciais e do trabalhador e valores relacionados para a gestão do risco e da segurança (PAESE,2013). A pesquisa teve como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos trabalhadores de saúde das unidades básicas de saúde no maciço de Baturité. O estudo é transversal com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado com os profissionais de saúde das cidades que compõe a 4ª região de Saúde de Baturité e 3ª região de saúde Maracanaú. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do questionário Medical Offce Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) e um questionário sociodemográfico. A população é formada por 51 profissionais de saúde que compõem as Equipes de Saúde da Família dos municípios avaliados, que deverão atenderam aos critérios de inclusão. Os participantes foram recrutados por conveniência em cada unidade, aos princípios éticos conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado em duas vias por todos os sujeitos entrevistados. Os dados coletados foram organizados e armazenados em planilha eletrônica do sistema Excel®; analisados com base na estatística descritiva, médias e desvio padrão das variáveis quantitativas; e processados no programa SPSS versão 20.0. Conclui-se que foi evidenciado como satisfatório o clima de segurança na atenção primária de saúde no maciço de Baturité. Foi possível identificar resultados positivos por meio da análise das seções, associadas as questões sociodemográfica de cada profissional. Com isso, espera-se que os resultados possam ser utilizados pela gestão dos municípios incluídos neste estudo, assim como, pelos profissionais para melhor compreensão acerca do clima de segurança do paciente.

Palavras-chave:

segurança do paciente. atenção primária de saúde. maciço de baturité.

[1] Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde , Discente, e-mail: wamqs09@gmail.com
[2] Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde, Discente, e-mail: hirlana_girao@live.com
[3] Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde, Docente, e-mail: edmaracosta@unilab.edu.br
[4] Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde, Docente, e-mail: vsousa@unilab.edu.br
[5] Universidade Estatual do Ceará , Mestrado profissional em Climatologia, Discente, e-mail: elderferreira2007@gmail.com
[6] Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde, Docente, e-mail: patriciafreire@unilab.edu.br

INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente no Sistema Único de Saúde vem despertando inquietação dada a insatisfação da sociedade às más práticas de cuidados ofertados nos diversos serviços ofertados nos pontos de atenção de atenção à saúde. Apesar da ampla divulgação da temática no âmbito hospitalar, sabe-se da existência de lacunas no que tange a temática na Atenção Primária à Saúde (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 atenção primária à saúde não apresentam consequências drásticas, os seus efeitos são em maior magnitude, por serem erros repetitivos e expor um maior número de pessoas (RUNCIMAN, EDMONDS, PRADHAN, 2002). entanto, a maioria dos cuidados de saúde é desenvolvida fora dos ambientes hospitalares e muitos incidentes identificados nos hospitais têm origem em outros locais, como na atenção primária à saúde (PAESE, 2013). Os eventos adversos estiveram relacionados a: 48,2% com medicamentos; 25,7% com a atenção prestada; 24,6% com a comunicação (MENDES, 2011). Neste contexto, por trás desses índices há os trabalhadores de saúde que prestam o cuidado e que se deparam cotidianamente com situações que podem desencadear dano à pessoa que recebe o cuidado. Logo, a sua percepção sobre atitudes e iniciativas para a promoção da Segurança do Paciente, inclusive a sua disponibilidade em adotá-las é crucial para a efetivação do cuidado seguro de qualidade. Isso irá refletir diretamente na cultura de segurança na instituição: o quão seus colaboradores estão engajados para realizar boas práticas. No entanto, antes de executar qualquer ação que promova a cultura de segurança na instituição, ela deve, em primeiro lugar, ser avaliada e compreendida. Para tal, mede-se o clima de segurança que é a medida temporal do estado da cultura de segurança e pode ser medida pelas percepções individuais sobre atitudes da organização quanto a cultura de segurança do paciente (CARVALHO, 2011). Além disso, sabe-se também que comportamentos seguros estão associados com a diminuição dos eventos adversos. Diante disso, para avaliar o comportamento seguro e o clima de segurança institucional, há instrumentos para sua mensuração. Na literatura há dois instrumentos voltados para a atenção primária, que são o Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) e o Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME). Sendo os dois traduzidos para o português, mas somente o MOSPSC validado (TIMM, RODRIGUES, 2016). Esta avaliação pode ser realizada de maneira rápida e confiável, através de questionários, para obter o máximo de informações a respeito dos fatores organizacionais que interferem nas questões de segurança. Diante disso, o presente estudo pretende avaliar a cultura de segurança na atenção primária à saúde por proporcionar aos profissionais de saúde e gestores o debate e a reflexão sobre o assunto para que dessa forma consigam identificar as deficiências relacionadas à segurança nas Unidades de Atenção Básica de Saúde (UBS).

METODOLOGIA

O estudo é transversal com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na 4a. Região de Saúde de Baturité que compõem os municípios do Maciço do Baturité, são eles: Baturité, Guaramiranga, Aratuba e Aracoiaba e na 3ª região de saúde de Maracanaú, composta pelos municípios: Guaiuba, Pacatuba, Redenção, Acarape e Barreira. Os municípios foram escolhidos por relatados frequentes de erros na prestação do cuidado aos pacientes desta região durante acompanhamento de alunos em campo de prática nas instituições de saúde no Maciço de Baturité e por facilidade do acesso até o município. Entre agosto de 2018 a setembro de 2019. A amostra é formada por 51 profissionais de saúde que compõem as Equipes de Saúde da Família dos municípios avaliados, que atenderam aos critérios de inclusão, tais como: trabalhar na instituição há, pelo menos, 06 meses. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou afastados no período da coleta de dados. Os participantes foram recrutados por conveniência em cada unidade. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do questionário Medical Offce Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC), desenvolvido em 2007 pela Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Traduzido e validado no Brasil por Timm e Rodrigues, 2016. A tradução original do instrumento é Pesquisa de consultório médico sobre segurança do paciente, ao ser adaptado para o português o título foi modificado para Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária. O questionário foi entregue individualmente aos profissionais juntamente com o instrumento de caracterização e o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento é constituído de 51 perguntas que medem 12 dimensões do construto de segurança do paciente (TIMM E RODRIGUES, 2016). Os dados coletados foram organizados e armazenados em planilha eletrônica do sistema Excel®; analisados com base na estatística descritiva, médias e desvio padrão das variáveis quantitativas; e processados no programa SPSS versão 20.0. Os fatores avaliados em cada escala foram correlacionados com os dados demográfico-ocupacionais dos profissionais, segundo testes não paramétricos. Para as variáveis associadas a sexo, faixa etária, carga horária de trabalho, exercício de outra atividade profissional, foi adotado o teste de Mann-Whitney. Já para tempo de atuação na área e na instituição, foi adotado o teste de KruskalWallis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos da população de estudo revelou que 78% eram mulheres; 54,9% eram solteiras; 37% com renda faniliar acima de dois salários mínimos; 54,9% não tem filhos; 33,9% não possuem filhos; 33,9% estão de 1 a 5 anos na profissão e 60,8% está de 1 a 5 anos na unidade de saúde que trabalha; 60,8% naõ tem outro emprego; 70,6% com carga horária semanal de 40h; 76,5% não faz plantão noturno; 51% possui especialização; 70% não tem cusrsos de extensão. Em relação a distribuição das respostas ao questionário sobre segurança e qualidade assistencial na atenção primária, foi evidenciado na seção A, questão 1 que a metade dos participantes afirmaram não ter acontecido a situação " um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo nos últimos 12 meses" (nível da escala 6) ou respondeu "não se aplica" ou "não sei" (p75=9,00). Quanto a média foi encontrado 6,137. Na questão 3, metade da amostra (p50), afirmou que o prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário, ocorrendo uma ou duas vezes nos últimos 12 meses (nível de escala 5). Metade da amostra ainda traz que um equipamentono necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava de reparo ou substituição uma duas vezes no ano nos últimos 12 meses (questão 5). Na média seção c, questão 1, cerca de 3,922 dos profissionais (próximo a escala concordaram com a seguinte afirmação "quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam. Na questão 3 "neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente" o resultado foi considerado satisfatório, pois com o resultado de 2,7, próximo a 3, a média fica entre discordo, não concordo e nem discordo. Na questão 6, ainda na seção C, a média de respostas dos profissionais foi de que concordavam com a situação. Na questão 10, um achado importante foi que, a maioria dos profissionais responderam que não concordavam com a situação. Na questão 10, a maioria dos profissionais responderam que não concordavam e nem discordavam (p50) e que concordavam com a situação descrita (p75), assim como na questão 12 e 13. Na seção D, as questões 1,2 e 4 mostram um resultado satisfatório, onde 50% (p50) e 75% (p75) para as alternativas 04 "quase sempre" e 5 "sempre", respectivamente. Na questão 7, o resultado foi negativo, considerando que os profissionais acreditam que quase sempre ou sempre que seus erros serão usados contra si (p50; p75). Na questão 10, 50% (p50)) afirmaram que sempre é difícil expressar opiniões diferentes. Na seção E, questão 1 a maioria dos profissionais concordou que não estavam investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado no serviço. Na questão 2, o resultado foi insatisfatório, tendo em vista que a metade não concorda e nem discorda, além disso, 25% concordam totalmente (p75=5,00) com a afirmação "eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes". Na questão 3, metade discordou, mas poderia ser melhor, pela média que foi de 3,059 (não concordo e nem discordo). Na questão 4, esperava-se que o resultado fosse melhor, pois metade não concorda e nem discorda e 25% (p75) não souberam responder. O ideal seria entre 4 e 5. Na seção G, de todos os resultados, o mais insatisfatório foi quanto a ser "pontual" (média=2,9) o que equivale aproximadamente a "bom". Os outros todos tiveram média acima de 3 "bom", e p50 e p 75= 3,4 ou 5, equivalente a bom, muito bom e excelente. A maioria da amostra avaliou como bom (nível 4) ou muito bom (nível 5). Em seguida, é foi realizado a correlação entre as variáveis do questionário sobre segurança e qualidade assistencial e as variáveis sociodemográficas, pessoais e relacionadas ao trabalho. A correlação entre variáveis do questionário sobre segurança e qualidade assistencial e "faz plantão noturno no fim de semana" (tabela 4), seção C, D e G é observado que o maior nível de concordância foi entre os que fazem plantão noturno (34,68). Na correlação entre variáveis do questionário sobre segurança e qualidade assistencial e "trabalha no fim de semana" (tabela 5), na seção A, a concordância com o item "os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário" foi maior entre aqueles que

trabalham no fim de semana, as seções C e D seguem com os mesmos resultados, maior com os profissionais que trabalham no fim de semana.

CONCLUSÕES

Conclui-se apesar de alguns aspectos avaliados não terem sido satisfatórios, no geral, foi evidenciado como satisfatório o clima de segurança na atenção primária de saúde no maciço de Baturité. Foi possível identificar resultados positivos por meio da análise das seções, associadas as questões sociodemográfica de cada profissional. Desse modo, vale ressaltar a importância de abrir espaço para a qualificação profissional e treinamento da equipe para melhor prestação de serviço de qualidade a comunidade, como foi evidenciado na seção E. Com isso, espera-se que os resultados possam ser utilizados pela gestão dos municípios incluídos neste estudo, assim como, pelos profissionais para melhor compreensão acerca do clima de segurança do paciente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC-UNILAB) pela oportunidade e financiamento deste estudo, ao grupo de Pesquisa e Extensão em Qualidade dos Serviços em Saúde-GPExQS pelo incentivo, suporte e auxilio desta pesquisa, a orientadora pela oportunidade, orientação e confiança, aos gestores e profissionais que assumiram a responsabilidade de participar deste estudo e a todos aqueles que puderam apoiar e fortalecer este estudo.

REFERÊNCIAS

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. Brasilia, 2012.

CARVALHO, R. E. F. L. Adaptação transcultural do safety attitudes questionnaire para o Brasil - questionário de atitude de segurança. 2011. (Tese de Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Unidade da USP, Ribeirão Preto, 2011.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Caderno de Informação em Saúde. Região de Saúde de Baturité. 2015

MAKEHAM, M.; DOVEY, S.; RUNCIMAN, W.; LARIZGOITIA, I. Methods and measures used in primary care patient safety research. Better Knowledge for Safer Care, 2008.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care, v. 21, n.4, p. 279-284, 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p.549, 2011.

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, G.T.M.D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Abr-Jun; v.22, n.2, p. 302-10, 2013.

RUNCIMAN, W.; EDMONDS, M.; PRADHAN, M. Setting priorities for patient safety. Qual Saf Health Care, v.11, n.3, p:224229, 2002.

TIMM, M.; RODRIGUES, M.C.S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. Acta Paul Enferm.v.29, n. 1, p.26-37, 2016.