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

Hirlana Girao Dias [1], Wanderson Souza Marques [2], Vitória Talya dos Santos Sousa [3], Patricia Freire de Vasconcelos [4]

RESUMO

A segurança do paciente vem sendo cada vez mais discutida entre os profissionais de saúde por estar relacionada à qualidade no cuidado prestados. Estudos relacionados à segurança do paciente estão direcionados principalmente para a atenção terciária, visto que os cuidados hospitalares são considerados mais complexos. 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 partir disso, este estudo permeou sobre o seguinte questionamento: Qual o clima de segurança nos municípios que compõem o Maciço do Baturité? 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. As cidades coletadas foram, Baturité, Guaramiranga, Aratuba, Aracoiaba, Acarape, Redenção, Barreira, Guaiuba e Maracanaú. Os participantes foram recrutados por conveniência em cada unidade, segundo a anuência e colaboração dos gestores, tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que assinaram, caso aceitassem participar da pesquisa, atendendo 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. 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 a cerca do clima de segurança do paciente.

Palavras-chave:

segurança do paciente. cultura de segurança. atenção primária a saúde.

[1] Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto Ciências da Saúde, Discente, e-mail: hirlana_girao@live.com
[2] Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto Ciências da Saúde, Discente, e-mail: wamqs09@gmail.com
[3] Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto Ciências da saúde, Discente, e-mail: vitoriatsantossousa@gmail.com
[4] Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto Ciências da Saúde, Docente, e-mail: patriciafreire@unilab.edu.br

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. Com isso, vem provocando 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. Assim como vem ocorrendo mundialmente, 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. 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. 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). Entretanto, percebe-se que os estudos relacionados à segurança do paciente estão direcionados principalmente para a atenção terciária, visto que os cuidados hospitalares são considerados mais complexos. No 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). Apesar dos poucos estudos brasileiros referentes a quantificação da estimativa desses incidentes, supõe-se que a incidência de erros médicos no cuidado primário varia de 5 a 80 casos por 100.000 consultas, sendo 45%-76% dos erros evitáveis (MAKEHAM et al, 2008). Os eventos adversos estiveram relacionados a: 48,2% com medicamentos; 25,7% com a atenção prestada; 24,6% com a comunicação (MENDES, 2011). Desta forma, para haver a melhoria na qualidade do cuidado há um reconhecimento crescente da importância de uma cultura de segurança do paciente em seus diversos ambientes de cuidar, dentre eles a Atenção Primária à Saúde, sendo considerado um ambiente pouco estudado pelo segurança do paciente já que a maioria dos estudos relacionados à segurança do paciente está direcionada principalmente para a atenção terciária, visto que os cuidados hospitalares são considerados mais complexos. 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, há instrumentos já validados que permitem essa avaliação. Para tal, é necessário avaliar o clima de segurança do paciente a fim de fornecer um indicador concreto do estado atual da cultura. 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, torna-se relevante e oportuno 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). Além disso, possibilitar o direcionamento de ações que promovam mudanças no ambiente de trabalho e nas atitudes dos profissionais de saúde, para que haja uma assistência mais segura e de qualidade, contribuindo dessa forma para uma diminuição no número de internações. Além disso, os municípios do Maciço do Baturité são locas de estágios para os alunos de graduação e locais de pesquisa para os alunos da pós-graduação, sendo frequente relatos sobre erros e falhas na prestação de cuidados a população. Por meio deste estudo, disparará a discussão frente a melhoria da prestação dos cuidados e será apresentado a comunidade e aos gestores da região dados concretos para melhoria dos serviços de saúde.

METODOLOGIA

O estudo é transversal com abordagem quantitativa. O estudo transversal é aquele realizado em um curo período de tempo, em um determinado momento. A abordagem quantitativa é aquela que trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos.

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, Itapiúna 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. O período deste ocorreu 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, segundo a anuência e colaboração dos gestores.

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, que incluem (1) comunicação aberta; (2) comunicação sobre o erro; (3) troca de informações com outros setores; (4) processo de trabalho e padronização; (5) aprendizagem organizacional; (6) percepção geral da segurança do paciente e qualidade; (7) apoio dos gestores na segurança do paciente; (8) seguimento da assistência ao paciente; (9) questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade; (10) treinamento da equipe; (11) trabalho em equipe; e (12) pressão no trabalho e ritmo (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. Para apresentar os dados, tabelas foram utilizados para melhor visualização dos mesmos. Para este trabalho será apresentado apenas os dados sociodemográficos para melhor compreensão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra é composta por 51 profissionais (n51), segue abaixo a tabela correspondente aos dados sociodemográficos dos participantes (Tabela 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos e relacionados ao serviço dos participantes (n=51). Maciço de Baturité, 2019.

Variáveis	**N %**
Sexo	
Masculino 9	17,6%
Feminino 40	78,4%
Idade	
20-30 (10)	19,6%
31-41 (25)	49,0%
42-52 (13)	25,5%
53-63 (1)	2,0%
Estado Civil	
Solteiro 28	54,9%
Casado 21	41,2%
Renda Familiar	
1 salário mínimo (15)	29,4%
1 salário mínimo e meio (16)	31,4%
Mais de 2 salários mínimos (19)	37,3%
Filhos	
Sim 22	43,1%
Não 28	54,9%
Cargo	
Enfermeiro 12	23,5%
Técnico de enfermagem 19	37,3%
Médico 4	7,8%
Odontólogo 7	13,7%
Outro 8	15,7%
Tempo de profissão	
Menos de 1 ano (3)	5,9%
1 a 5 anos (17)	33,3%
6 a 10 anos (11)	21,6%
11 a 15 anos (12)	23,5%
16 a 20 anos (5)	9,8%
21 a 25 anos (2)	3,9%
Tempo na unidade	
Menos de 1 ano (7)	13,7%
1 a 5 anos (31)	60,8%
6 a 10 anos (9)	17,6%
11 a 15 anos (2)	3,9%
Mais de 15 anos (1)	2,0%
Anos de estudo	
2 a 5 anos (20)	39,2%
6 a 9 anos (20)	39,2%
10 anos ou mais (11)	21,6%
Grau de estudo	
Ensino técnico completo 16	31,4%
Ensino superior completo 32	62,7%

Mestrado 1 2,0%

Exerce outra atividade em outro local

Sim 18 35,3%

Não 31 60,8%

Carga horária de trabalho semanal

5 a 16 horas (5) 9,8%

17 a 24 horas (1) 2,0%

25 a 32 horas (2) 3,9%

33 a 40 horas (36) 70,6%

Outra (6) 11,8%

Faz plantão noturno

Sim 11 21,6%

Não 39 76,5%

Tem especialização

Sim 26 51,0%

Não 23 45,1%

Trabalha no fim de semana

Sim 15 29,4%

Não 35 68,6%

Possui curso de extensão

Sim 15 30,0%

Não 35 70,0%

CONCLUSÕES

Conclui-se que, foi evidenciado uma maior taxa de profissionais do sexo feminino, sobressaindo as profissões de Enfermeiro (12) e Técnico de Enfermagem (19), ressalta-se que, as idades dos participantes predominaram em uma faixa etária entre 31-41 anos, analisando os dados pode-se concluir, uma elevada porcentagem para a não busca de alcançar novos graus de graduação como mestrado e doutorado, bem como, não possuir outro emprego, a maior parte da amostra não possui filhos e possuem uma carga horário semanal de trabalho entre 33-40 horas, dessa forma, observa-se uma estagnação por parte dos profissionais que diretamente poderá estar relacionada com o parâmetro salarial acima de dois salários mínimos o que leva a não busca de novas estratégias ou especialização para ampliar o conhecimento profissional. Desse modo, vale ressaltar a importância de abrir espaço para a qualificação profissional e treinamento da equipe para melhor assistir o paciente e prestar de serviço de qualidade a comunidade. 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

Agradecimento ao PIBIC, por incentivar à pesquisa. A Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, pela oportunidade de cursar Enfermagem e participar do grupo de pesquisa Qualidade serviços em saúde, no qual aborda variadas temáticas sobre cultura de segurança do paciente e agradecer também a orientadora pelas contribuições, empenho e orientações durante toda a construção da pesquisa.

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.