

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE

CECILIA SAORI KANOMATA

**IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUTOS
NECESSÁRIOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

CAMPO GRANDE
2021

CECILIA SAORI KANOMATA

**IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUTOS
NECESSÁRIOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia pelo Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação da Prof. Dra. Adriane Pires Batiston.

CAMPO GRANDE
2021

CECILIA SAORI KANOMATA

**IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUTOS
NECESSÁRIOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito para a obtenção do título de
Bacharel em Fisioterapia pelo Instituto Integrado
de Saúde da Universidade Federal de Mato
Grosso do Sul, sob a orientação da Prof. Dra.
Adriane Pires Batiston

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu à candidata o conceito _____.

Campo Grande, 23 de novembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

NOTA/CONCEITO

Prof. Dra. Adriane Pires Batiston

Prof. Dr. Arthur de Almeida Medeiros

Prof. Dr. Fernando Pierette Ferrari

Prof. Dra. Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Aos meus avós, Mie (in memoriam) e Fumio (in memoriam) que fazem parte desse sonho e hoje, acompanham a minha jornada em outro plano. Saudades.

AGRADECIMENTOS

O trabalho de conclusão de curso remete a toda trajetória de graduação, portanto, gostaria de agradecer a todos que trilharam esse caminho comigo, tornando esse sonho possível, direta ou indiretamente.

Aos meus pais, Elena e Hélio, meu porto seguro, por sonharem junto a mim, não medindo esforços para que o plano da graduação se tornasse realidade e com quem deixava parte do meu coração sempre que se iniciava mais um período letivo.

À minha orientadora Adriane Pires Batiston, por ter me acolhido como orientanda e pela paciência, abraçando a ideia de tornar esse trabalho possível mesmo que o percurso para a chegada ao produto final tenha sido com obstáculos e mudanças de rotas.

Aos meus irmãos, por mesmo de tão longe serem tão companheiros e por sempre acreditarem no meu potencial, me incentivando nos momentos em que me faltavam forças.

À minha família (avós, tios, tias, primos, primas) por compreenderem minha ausência e sempre demonstrarem apoio ao meu sonho mesmo que com pequenas palavras e gestos.

À Simony, por me permitir utilizar um recorte de sua pesquisa para tornar meu trabalho de conclusão de curso possível e me orientar nos pequenos passos.

Aos profissionais das Unidades de Saúde da Família do município de Campo Grande, MS, por dedicarem parte de seu tempo para a participação da pesquisa, contribuindo assim para a construção do trabalho.

À Rafaela, grande amiga e “irmã”, pela compreensão da minha ausência e afastamento em decorrência dos afazeres da faculdade, mas principalmente pela amizade e parceria em todos os momentos.

Aos meus amigos Ana, Giovanna, Emille, Mikaela, Diego, Alan, Lucas, Raco e Gabriel, por terem segurado minhas mãos nessa jornada, na qual trilhamos juntos.

Aos meus professores da graduação e preceptores de estágio, por todos os ensinamentos e paciência, que auxiliaram na construção da pessoa que estou me tornando, no âmbito profissional e pessoal.

Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul por ter me possibilitado a formação em um curso de excelência.

**IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUTOS NECESSÁRIOS
PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**IMPORTANCE OF NECESSARY SKILLS AND ATTRIBUTES FOR PATIENT
SAFETY IN PRIMARY HEALTH CARE**

Cecilia Saori Kanomata¹

¹Curso de Fisioterapia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande (MS), Brasil

Autor para correspondência: Cecilia Saori Kanomata – Instituto Integrado de Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Cidade Universitária, Av. Costa e Silva - Pioneiros, MS – CEP: 79070-900 – Campo Grande, Brasil - E-mail: ceciliaaorikanomata@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar o nível de valorização pelos profissionais médicos e enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) à nove competências e atributos necessários à segurança do paciente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Metodologia: Estudo transversal, no qual foram incluídos médicos e enfermeiros que responderam a um questionário estruturado contendo informações quanto a variáveis sócio demográficas e quanto a importância dada a nove atributos fundamentais para aumentar a segurança do paciente. Os dados foram analisados por estatística descritiva.

Resultados: Os atributos de maior importância para a segurança do paciente na prática profissional elegidos pelos participantes da pesquisa incluem a atenção centrada no paciente, seguido do trabalho em equipe e o serviço aprender com os erros. A liderança efetiva na equipe não foi considerada importante por nenhum participante. **Conclusões:** Foi possível adquirir uma melhor compreensão acerca da caracterização sociodemográfica de médicos e enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família, bem como a importância dada por eles às competências e atributos necessários para a segurança do paciente no âmbito da APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública; Segurança do Paciente; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Gerenciamento de Riscos; Gestão de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: To identify the level of appreciation by medical professionals and nurses working in the Family Health Strategy (FHS) to the competence and competence of patient safety within the scope of the Primary Health Care (PHC). **Methodology:** Cross-sectional study, physicians and nurses who answered a structured questionnaire containing information on sociodemographic variables and on the importance of data on nine key attributes to increase patient safety were not included. Data were formed by descriptive statistics. **Results:** The most important attributes for patient safety in professional practice chosen by the research participants include patient-centered care, followed by teamwork and the service learning from mistakes. Effective leadership in the team was not considered important as any participant. **Conclusions:** It was possible to gain a better understanding of the sociodemographic characterization of doctors and nurses working in the Family Health Strategy, as well as the importance given by them to the competences defined for patient safety in the scope of PHC.

Keywords: Primary Health Care; Public Health; Patient safety; Noncommunicable Diseases; Risk Management; Patient Care Management.

INTRODUÇÃO

Cerca de 90 milhões de pessoas estão vinculadas a uma equipe de saúde e cadastradas nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, porta de entrada preferencial e centro de comunicação do cuidado e dos serviços disponibilizados na Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio de ações individuais, coletivas, integrais e gratuitas de promoção, prevenção e tratamento de qualidade e resolutivas, sendo capaz de solucionar de 80 a 90% dos problemas de saúde de um indivíduo, reduzindo a necessidade de procura por serviços especializados de maior densidade tecnológica^{1,2}. Para melhorar a organização dos serviços prestados, a APS conta com diferentes políticas como a Estratégia Saúde da Família (ESF), que possibilita a abrangência dos princípios de universalização, equidade e integralidade do cuidado, promovendo saúde à população ao reconhecer as suas reais necessidades e assim, ampliar a resolutividade e impactar positivamente na situação de saúde da população³.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, cerca de 17,3 milhões (10,7%) de pessoas com pelo menos 18 anos de idade necessitaram de algum serviço da APS, destes incluem os pacientes portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) para garantia da vigilância, informação, avaliação, monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral aos pacientes^{4,5}.

As DCNT compõem o grupo de doenças de origem não infecciosas associadas a múltiplos fatores causadores e de curso prolongado que necessitam de um processo de cuidado contínuo para seu enfrentamento. Dentre elas destacam-se doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas e Diabetes Mellitus (DM). As DCNT foram responsáveis por sete de cada dez das principais causas de morte no mundo no ano de 2019, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁶.

O desenvolvimento das DCNT é complexo e requer dedicação de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, com planejamentos, acompanhamentos e orientações de responsabilidade da equipe multiprofissional como um todo, comprometidos com a qualidade do trabalho realizado, considerando as diferentes variáveis individuais relacionadas ao indivíduo e ao processo de cuidado^{7,8}. Tal complexidade exige abordagens eficazes que promovam assistência integral do paciente com resolutividade.

A excelência no cuidado é esperada quando falamos sobre promoção de saúde. Para tal, é necessária a incorporação de práticas seguras que visem reduzir a um mínimo aceitável, o risco de danos desnecessários ao paciente, sendo essa uma responsabilidade de todos os profissionais envolvidos no processo de cuidado como resultado de valores, percepções, atitudes, competências individuais e coletivas da equipe^{9,10,11}.

A cultura de segurança do paciente, iniciada em 2004 pela Organização Mundial de Saúde através do programa World Alliance for Patient Safety (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), com o objetivo de concentrar esforços ao problema de segurança do paciente e a discussão de competências e domínios necessários para a prática profissional elencados pelo Canadian Patient Safety Institute (CPSI), nas quais mencionou a contribuição para uma cultura de segurança do paciente; trabalho em equipe; comunicação eficaz; gerenciamento de riscos de segurança; otimização dos fatores humanos e do meio ambiente; reconhecer, responder e divulgar eventos adversos como domínios necessários para a contribuição da segurança do paciente, são alguns dos exemplos na procura mundial para reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde^{9,12,13,14}.

Contudo, a segurança do paciente tem grande importância para incorporação de práticas seguras na assistência à saúde ao paciente na atenção primária, com intuito de elaborar estratégias para a realização de ações e abordagens eficazes na prevenção e tratamento destas condições de saúde, otimizando a situação de saúde e a qualidade de vida dos usuários.

O presente estudo buscou responder a seguinte questão: dentre as competências e atributos para a cultura de segurança do paciente na APS, quais são os mais e menos valorizados pelos profissionais médicos e enfermeiros atuantes na ESF?

METODOLOGIA

Tipo e período do estudo

Foi conduzido um estudo transversal, no qual a coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro a outubro de 2021.

Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família, localizadas no município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul. De acordo com a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2019, o município de Campo Grande, possui uma população de 895.892 habitantes. A Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), para um melhor planejamento das suas ações e estratégias de atendimento à população, dividiu o território da cidade de Campo Grande em sete Distritos Sanitários, sendo eles: Prosa, Segredo, Anhanduizinho, Lagoa, Imbirussu, Bandeira e Centro. No momento da elaboração do projeto deste estudo, a atenção primária do município contava com uma cobertura das equipes de Estratégias Saúde da Família de aproximadamente 52,42% do território municipal.

As Unidades Saúde da Família, são portas de entrada preferencial dos usuários para o atendimento no Sistema Único de saúde, realizando ações no âmbito coletivo e individual. O trabalho é desenvolvido por equipes de saúde que atendem as famílias adstritas em seu território delimitado, abrangendo a população de maneira que realize ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento e reabilitação da saúde.

Participantes

Foram incluídos profissionais médicos e enfermeiros atuantes nas Unidades de Saúde da Família, distribuídas nos sete Distritos Sanitários de Saúde do município.

Critério de inclusão: profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Critérios de Exclusão: profissionais que no período da coleta de dados estejam afastados por quaisquer motivos ou em gozo de férias e que não completarem o preenchimento do instrumento. A amostra deste estudo se deu por conveniência, contando ao final com 101 enfermeiros e 68 médicos.

Coleta de Dados

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário estruturado autoaplicável, sendo que o instrumento de coleta de dados buscou informações sobre a caracterização geral do entrevistado quanto às variáveis sociodemográficas e uma questão relacionadas a percepção dos profissionais sobre o grau de importância dada a cada uma das seguintes competências e atributos necessários para a segurança do paciente na ESF:

1. Liderança efetiva na equipe;
2. Trabalho em equipe;
3. Atenção centrada no paciente;
4. O serviço aprender com os erros
5. Comunicação efetiva do profissional com o paciente/familiar/cuidador;
6. Comunicação efetiva entre os profissionais;
7. Educação permanente na equipe;
8. Prática baseada em evidências;
9. Notificação de eventos adversos, incidentes ou danos envolvendo uso de medicamentos.

Este instrumento foi construído para um projeto maior, no qual foi feito um recorte especificamente para este estudo.

Para a coleta de dados, o pesquisador forneceu ao participante um dispositivo (tablet) no qual o próprio participante abria o questionário na plataforma Google Forms e o respondia, também foi dada ao participante a opção de responder ao questionário em seu próprio celular, considerando-se o receio dos mesmos devido a pandemia da Covid-19. Ao concluir o preenchimento as informações eram enviadas pelo próprio participante para o banco de dados de forma codificada, não sendo possível a identificação do respondente, garantindo o sigilo e anonimato do mesmo. O tempo estimado de preenchimento do instrumento no Google Forms foi de aproximadamente 30 minutos. Antes de responder ao questionário o participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e uma cópia do mesmo assinada pelo pesquisador foi fornecida ao participante.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul com o Parecer nº 4.474.850 e para que fosse possível o preenchimento do formulário, os participantes deveriam realizar a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Análise dos resultados

Os dados coletados foram armazenados em tabelas, planilhas e gráficos (Microsoft Excel®. Redmond, WA, EUA). As variáveis foram analisadas através de estatística descritiva com médias, desvio padrão e frequência absoluta e relativa.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 169 indivíduos, sendo 101 enfermeiros e 68 médicos. As descrições sociodemográficas estão descritas na tabela 1.

A média da idade dos participantes da pesquisa corresponde a 34,33 anos. Outras variáveis quantitativas incluídas no estudo estão descritas na tabela 2.

O atributo de maior importância para a segurança do paciente na prática profissional elegido pelos participantes da pesquisa foi a atenção centrada no paciente, seguido do trabalho em equipe (segundo mais votado) e o serviço aprender com os erros (terceiro mais votado). A liderança efetiva na equipe não se enquadrava em quaisquer níveis de importância. A classificação do nível de importância de cada atributo elegido pelos participantes encontra-se na tabela 3.

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou identificar a valorização dada pelos profissionais atuantes na ESF a nove competências e atributos necessários para aumentar a segurança do paciente em sua prática profissional. É importante destacar que não há respostas certas ou erradas, uma vez que todas as opções ofertadas compõem o rol de competências ou atributos a serem incorporados na prática profissional, entretanto, as respostas dos profissionais podem demonstrar por exemplo as competências mais fragilizadas no âmbito de uma equipe, quando esta é pouco ou nada valorizada, assim buscamos discutir um pouco o cenário encontrado no presente estudo.

Em relação às características sociodemográficas, nos serviços de saúde em geral, é evidente o protagonismo feminino na força de trabalho. Estima-se que aproximadamente 65% dos mais de seis milhões de profissionais da área da saúde sejam mulheres¹⁵, dado também observado nos resultados na presente pesquisa, na qual a grande maioria de participantes pertencem ao sexo feminino.

Quanto às outras variáveis analisadas no estudo, a maior parte dos participantes é casada e com especialização como formação complementar. Embora não tenha sido realizada a associação entre as variáveis, sabe-se que os processos de educação continuada, como por exemplo, especializações em Saúde da Família podem influenciar na compreensão e escolha pelos profissionais das competências e atributos mais ou menos importantes para a segurança do paciente.

O estudo também identificou que mais da metade da amostra foi composta por enfermeiros. Considerando o fato de que as equipes mínimas das Equipes de Saúde da Família (ESFs) são compostas por um médico (generalista ou especialista em saúde da família ou de família e comunidade) e um enfermeiro (generalista ou especialista em saúde da família), além do auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (não incluídos no estudo), era esperado que a amostra fosse compatível para ambas as categorias. Discordância essa que pode ser justificada pelos fatores de exclusão e ou maiores dificuldades em inserir os profissionais médicos na pesquisa por motivos diversos como recusa, ou ausência do profissional no momento da coleta.

Quando questionados sobre o fornecimento de conhecimentos sobre a segurança do paciente durante o período de graduação, a maioria dos participantes confirmaram terem recebido este conhecimento, entretanto, ainda há uma parcela de profissionais com a carência de um elemento essencial nos processos de garantia da qualidade da assistência prestada aos pacientes. Esta observação pode ser fundamentada pela idade e tempo de formado dos profissionais, com máximo de 68 e 38 anos respectivamente (mediana de 33 e 9 anos, respectivamente), visto que a atenção ao tema “segurança do paciente” começou a ganhar força no início dos anos 2000 com a divulgação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, e sua cultura se fortalecendo com a criação de guias e documentos pertinentes ao assunto como o recente guia curricular criado em 2011 pela

OMS com o intuito de auxiliar a organização do currículo de escolas de Odontologia, Medicina, Enfermagem e Farmácia na abordagem sobre a segurança do paciente^{16,17}.

Quando analisadas as nove competências/atributos necessários à segurança do paciente, os resultados do presente estudo apontaram que na percepção dos participantes, a atenção centrada no paciente foi citada como o atributo de maior importância (nº 1) para cerca de 1/5 dos participantes, paradoxalmente a comunicação entre os profissionais e paciente, familiar e cuidador foi indicada em quinto lugar pela maioria dos respondentes. Esse paradoxo é notável, visto que na visão ampliada de saúde, a participação ativa e protagonismo do paciente e dos indivíduos que compõem o seu ciclo familiar e social no processo de cuidado, sendo essencial para atingir os objetivos terapêuticos propostos e na construção de vínculos e confiança com o paciente, e ao colocá-los em posições de importância inferior e discrepante, o profissional fere os princípios que norteiam a prática centrada no paciente como a empatia, integração do cuidado, informação, comunicação e educação, alívio do medo e ansiedade e envolvimento de familiares e amigos.

A boa comunicação é uma habilidade complexa e indispensável que requer esforço e dedicação para que haja o desenvolvimento de um suporte adequado e satisfação, tanto para o paciente e seus familiares quando para o profissional, com desfechos clínicos mais efetivos e seguros¹⁸.

O trabalho em equipe, identificado como um domínio essencial na prática interprofissional colaborativa pelo Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), foi justificadamente escolhido como o segundo atributo de maior importância (nº 2) pelos profissionais participantes do estudo. O trabalho em equipe conta com fundamentos como a comunicação efetiva entre os profissionais e a liderança efetiva na equipe para sua estruturação, que, surpreendentemente se encaixam como atributos com nível de importância inferior nos resultados do presente estudo.

Segundo Weller e colaboradores¹⁹, as habilidades de comunicação envolvem a capacidade de transmissão de ideias, pensamentos e informações de modo coerente e eficaz, sendo essa uma das peças chave para equipes de sucesso, associada a uma liderança efetiva, que não está ligada apenas com atividades de coordenação e planejamento, como muitos pensam, mas também na criação de uma esfera favorável para o trabalho em equipe¹⁹.

O alto grau de complexidade das necessidades em saúde da população demanda a atuação de uma equipe de profissionais habilitados para a realização de práticas colaborativas e comprometidas com o cuidado realizado²⁰. A comunicação efetiva entre os profissionais e pacientes/família/cuidador é essencial para a cuidado e continuidade do tratamento em saúde e para o trabalho em equipe, porém conflitos no ambiente de trabalho dificultam a comunicação e apresentam dificuldades em manter o trabalho em equipe, o que pode comprometer a segurança do paciente, gerando angústia, tensões e ineficiência com potenciais danos ao paciente²¹.

Quando nos referimos ao tratamento do processo de adoecimento, a ideia do perfeccionismo e eliminação do risco de falhas pressionam o profissional de saúde a ponto de afetar seu estado psicológico significativamente, dado que a ocorrência de erros está diretamente ligada à geração de outros efeitos adversos. Em muitos casos, os profissionais se tornam submissos à cultura punitiva pelo medo do erro e suas consequências.

É importante salientar que o aprendizado baseado nos erros é uma medida que pode favorecer o crescimento profissional e pessoal individual e coletivo da equipe como um todo, desde que devidamente aplicadas, visto que se tratam de experiências problematizadoras e educativas relacionadas ao que fazer e o que não fazer nas condutas.

Além disso, pode também incentivar a cultura de organização e investigação para melhorar os processos de cuidado, devendo ser estimulada positivamente e reconhecida pelos profissionais, o que possivelmente pode ser observada nos resultados do estudo, em que seu atributo foi elencado como o quarto item de maior importância do ponto de vista dos participantes. Apesar disso, surge o questionamento de que a notificação de eventos adversos, incidentes ou danos envolvendo uso de medicamentos está alocada na última colocação nos resultados, gerando o seguinte questionamento: como aprender com os erros, sem notificar os erros?^{22,23}.

Medidas protetivas são bastante discutidas a fim de melhorar a eficácia da prática clínica, bem como orientar o profissional em suas condutas de modo a prevenir ao máximo a ocorrência de riscos e danos. Na prática baseada em evidências (PBE), há a associação de resultados de pesquisas com outros conhecimentos relevantes para a tomada de decisões e estruturação de procedimentos, e deve trabalhar em equilíbrio com as práticas clínicas vividas e o desejo do paciente e seus familiares.

Nota-se que as experiências clínicas não são construídas apenas individualmente, mas também no coletivo em momentos de ensino-aprendizagem com base em situações e desafios enfrentados diariamente pelos profissionais, resultando como produto a reflexão e aprendizado significativos para as equipes como um todo, denominada educação permanente em saúde.

No âmbito da APS, a incorporação da PBE e a educação permanente em saúde podem apresentar lacunas, visto que estamos nos deparando com um panorama heterogêneo de alta complexidade, que exige muitas habilidades, competências e dedicação para compreender as reais necessidades da população a ser atendida para que as abordagens sejam resolutivas. Necessidades essas que estão em constante alteração devido a multidimensionalidade em que um indivíduo e sua coletividade se encontram^{24,25,26}.

Oliveira *et al.*, relatam que a prática baseada em evidências é uma ferramenta para a atuação dos profissionais de saúde para promover a segurança do paciente, pois compreender a relação entre as características do cuidado e a relação dos riscos são elementos importantes para contribuir com a melhoria da assistência²⁷.

Dentre as limitações apresentadas neste estudo, destaca-se a não realização de associações entre as variáveis sociodemográficas e a valorização das competências e atributos pelos profissionais, tais informações, poderiam gerar uma análise mais aprofundada identificando fatores que contribuem para práticas mais seguras e colaborativas, bem como o contrário. Por se tratar de um recorte de um trabalho maior, os resultados aqui apresentados são preliminares, podendo a amostra total após a finalização do projeto mãe, trazer novas e distintas informações.

CONCLUSÃO

O presente estudo buscou responder a questão: dentre as competências e atributos para a cultura de segurança do paciente na APS, quais são os mais e menos valorizados pelos profissionais médicos e enfermeiros atuantes na ESF?, onde foi possível compreender o nível de valorização destes profissionais em relação a nove competências e atributos que se fazem necessários à segurança do paciente no âmbito da Atenção

Primária em Saúde (APS), bem como a compreensão da caracterização sociodemográfica destes profissionais.

O desenvolvimento de práticas seguras depende de competências, normas e diretrizes, envolvendo diversos profissionais, com a necessidade de interações, comunicações efetivas e influência dos seus conhecimentos, portanto se faz importante fortalecer o trabalho em equipe, investir em educação permanente aos profissionais, para que possam desenvolver um compromisso ético, construindo assim uma prática do cuidado com foco na segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2017.
2. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS. Folha Informativa: Atenção Primária à Saúde. 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 12 de setembro de 2021.
3. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Desempenho da Atenção Primária à Saúde no Brasil é alvo de pesquisa inédita. 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10136>. Acesso em: 12 de setembro de 2021.
5. Sato TO, Fermiano NTC, Batistão MV, Moccellini AS, Driusso P, Mascarenhas SHZ. Chronic Noncommunicable Diseases Among Family Health Unit Users Prevalence, Demographics, Use of Health Services and Clinical Needs. *Rev. bras. ciênc. Saúde.* 2017; 21: 35-42. doi:10.4034/RBCS.2017.21.01.05.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. The top 10 causes of death. Dec, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
7. Silocchi C, Junges JR. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trab. Educ. Saúde.* 2017; 15: 599-615. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00056>.
8. Prefeitura do Município de São Paulo. Cuidando de Todos: Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde no MSP: Protocolo de Linha de Cuidados das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de São Paulo (MSP). 1. ed. São Paulo: Instituto Tellus, 2020.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
10. Arboit EL, Bellini G, Schütz CR, Moraes MCS, Kinalski SdS, Barcellos RdA. A cultura de segurança do paciente na perspectiva multiprofissional. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 5, e125953088, 2020. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3088>
11. André CU, da Silva AR, Lopes LT, Santos ET, Evangelista MJdO, Faria ECdM. Núcleo de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: A transversalidade do cuidado seguro. *Enferm Foco.* 2021;12(Supl.1):175-80. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5234
12. Alves DFB, Lorenzini E, Carvalho KA, et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional: uma revisão integrativa. *Rev Fun Care Online.* 2021. 836-42. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9235>.
13. World Health Organization - WHO. World alliance for patient safety: forward programme 2005. Oct. 2004.
14. World Health Organization – WHO. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Jan. 2009.
15. Conselho Nacional De Secretarias Municipais Em Saúde, CONASEMS. Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>. Acesso em: 10 de novembro de 2021.
16. BRASIL, Ministério da Saúde. Educação Permanente em Saúde: Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes. Brasília, 2014.
17. Organização Mundial de Saúde – OMS. Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial em Saúde: Edição Multiprofissional. 2011.
18. Rodrigues JLSQ, Portela MC, Malik AM. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.04182018>.
19. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J.* 2014; 90:149–154. Doi:10.1136

20. Peduzzi M, Aguiar C, Lima AMV, Montanari PM, Leonello VM, de Oliveira MR. Ampliação da prática clínica da enfermeira de Atenção Básica no trabalho interprofissional. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 1):114-21.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0759>.
21. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: Desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enferm.* 2015 Jul/set; 20(3): 636-640.
22. BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016.
23. Duarte, SDCM, Stipp MAC, Cardoso MVN, Buscher CA. Segurança do paciente: compreendendo o erro humano na assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Rev. esc. enferm.* 2018. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017042203406>.
24. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Brasília DF, 2020.
25. Schneider LR, Pereira RPG, Ferraz L. Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2020; 30.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300232>.
26. Takeda SA. Organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan B, et al. (Orgs.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.* 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 19-32.
27. Oliveira RM, Leitão IMTA, Da Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery.* 2014;18(1):122-129.
<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.

FIGURAS, TABELAS E QUADROS

Tabela 1 – Descrição sociodemográfica dos participantes da pesquisa. Campo Grande, 2021.

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Gênero		
Feminino	126	74,6
Masculino	43	25,4
Estado Civil		
Casado (a)	73	43,2
Separado (a) / Divorciado (a)	12	7,1
Solteiro (a)	65	38,5
União estável	19	11,2
Formação		
Enfermagem	101	59,8
Medicina	68	40,2
Formação Complementar		
Especialização	73	43,2
Mestrado	6	3,6
Nenhuma	60	35,5
Residência	30	17,8
Sua graduação forneceu conhecimento sobre segurança do paciente?		
Não	32	18,9
Sim	137	81,1

Tabela 2 – Análise descritiva das variáveis quantitativas incluídas no estudo. Campo Grande, 2021.

Variáveis	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	DP
Idade (em anos)	23	33	68	34,33	8,696
Tempo de Formado (em anos)	1	9	38	9,55	7,379
Tempo de atuação na ESF (em meses)	2	48	369	68,49	68,930
Tempo de atuação na atual equipe da ESF (em meses)	2	17	218	38,76	42,593

Tabela 3 – Classificação do nível de importância atribuído pelos participantes a cada atributo. Campo Grande, 2021.

Nível de importância	Liderança efetiva na equipe	Trabalho em equipe	Atenção centrada no paciente	Serviço aprender com os erros	Comunicação efetiva do profissional com o paciente/familiar/cuidador	Comunicação efetiva entre os profissionais	Educação Permanente da Equipe	Prática Baseada em Evidências	Notificação de eventos adversos, incidentes ou danos envolvendo uso de medicamentos
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1	28 (16,6)	24 (14,2)	34 (20,1)	8 (4,7)	26 (15,4)	6 (3,6)	6 (3,6)	24 (14,2)	13 (7,7)
2	13 (7,7)	34 (20,1)	26 (15,4)	9 (5,3)	26 (15,4)	14 (8,3)	20 (11,8)	14 (8,3)	13 (7,7)
3	15 (8,9)	15 (8,9)	34 (20,1)	10 (5,9)	26 (15,4)	24 (14,2)	22 (13,0)	16 (9,5)	7 (4,1)
4	14 (8,3)	14 (8,3)	15 (8,9)	31 (18,3)	25 (14,8)	28 (16,6)	22 (13,0)	16 (9,5)	4 (2,4)
5	12 (7,1)	16 (9,5)	11 (6,5)	24 (14,2)	37 (21,9)	36 (21,3)	14 (8,3)	10 (5,9)	9 (5,3)
6	13 (7,7)	22 (13,0)	12 (7,1)	17 (10,1)	8 (4,7)	40 (23,7)	24 (14,2)	15 (8,9)	18 (10,7)
7	31 (18,3)	17 (10,1)	17 (10,1)	14 (8,3)	5 (3,0)	10 (5,9)	34 (20,1)	23 (13,6)	18 (10,7)
8	12 (7,1)	21 (12,4)	11(6,5)	25 (14,8)	10 (5,9)	6 (3,6)	17 (10,1)	40 (23,7)	27 (16,0)
9	31 (18,3)	6 (3,6)	9 (5,3)	31 (18,3)	6 (3,6)	5 (3,0)	10 (5,9)	11 (6,5)	60 (35,5)

NORMAS DA REVISTA

ABCS Health Sciences

FORMATO DO MANUSCRITO

Todos os textos enviados para publicação devem ser redigidos com espaçamento duplo, em fonte Times New Roman tamanho 12, com margens de 3,0 cm e em tamanho A4. Todas as páginas devem vir numeradas no canto superior direito.

As submissões podem ser feitas em Inglês ou Português.

Cada uma das seguintes seções deve iniciar uma nova página:

- folha de rosto: título em português e inglês (máximo de 20 palavras); autores (nomes completos); instituições às quais os autores mantêm vínculo acadêmico; nome, endereço institucional completo, telefone e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;
- resumo: deve ter até 250 palavras e ser acompanhado por até 6 palavras-chave escolhidas dentre os termos indexados junto aos Descritores em Ciências da Saúde (decs.bvs.br);
- abstract: versão fiel em inglês do resumo, deve ser acompanhado de keywords correspondentes;
- texto principal do artigo, apresentando no máximo 25.000 caracteres (espaços incluídos), dividido conforme o quadro abaixo;
- agradecimentos (podem ser mencionados nomes de pessoas que contribuíram com o trabalho mas não preenchem os requisitos para caracterizar co-autoria, assim como nome de instituições que proporcionaram apoio financeiro ou logístico);
- referências;
- figuras, tabelas e quadros (máximo 6 elementos no total).

O manuscrito deverá respeitar as particularidades de formatação de cada tipo de contribuição:

Tipo de contribuição	Resumo	Divisões do texto principal	Extensão máxima do texto principal (Número de caracteres)	Número máximo de referências
Artigo Original	Estruturado: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão	Introdução, Métodos, Resultados, Discussão	25.000	40

Artigo de Revisão (revisão sistemática ou meta-análise)	Estruturado: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão	Introdução, Métodos, Resultados, Discussão	25.000	70
Artigo de Revisão (revisão narrativa/crítica)	Não estruturado	Pode ser dividido livremente	25.000	40
Relato	Estruturado: Introdução, Relato, Conclusão	Introdução, Relato, Discussão	25.000	15
Carta ao Editor	Não tem resumo	Sem divisões	10.000	05

FORMATO DAS REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas em algarismos arábicos de acordo com a ordem em que aparecem no texto, no qual devem ser identificadas com o mesmo número no formato sobrescrito. Os autores devem apresentar as referências seguindo as normas dos Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (www.icmje.org). Veja abaixo exemplos de formatação das referências:

- Artigo:

Marshall AC, Levine J, Morash D, Silva V, Lock JE, Benson CB, et al. Results of in utero atrial septoplasty in fetuses with hypoplastic left heart syndrome. *Prenat Diagn.* 2008;28(11):1023-8.

- Livro:

Melzack R. *The puzzle of pain.* New York: Basic Books Inc Publishers; 1973. p. 50-1.

- Capítulo de livro:

Peerless SJ, Hernesniemi JA, Drake CG. Surgical management of terminal basilar and posterior cerebral artery aneurysms. In: Schmideck HH, Sweet WH, editors. *Operative neurosurgical techniques.* 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1995. v. 1. cap. 84. p. 1071-86.

- Tese e dissertação:

Pimenta CA. Aspectos culturais, afetivos e terapêuticos relacionados à dor no câncer. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995. p. 109-11.

- Documento em formato eletrônico:

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Disponível em: <http://www.acponline.org/journals/annals/01jan97/unifreq.htm>.

FIGURAS, TABELAS E QUADROS

Figuras, tabelas e quadros devem ser apresentados separadamente ou ao final do texto, juntamente com as respectivas legendas e/ou títulos. Todas as imagens devem ser designadas como “Figuras” e numeradas em algarismos arábicos de acordo com a ordem em que aparecem no texto. As imagens devem ser fornecidas em seu formato original (jpg ou tif) de alta resolução (mínimo 300 dpi). Todas as figuras serão publicadas em preto e branco, exceto no caso dos autores se responsabilizarem pelos custos adicionais de impressão colorida. Imagens apresentando pacientes deverão ser submetidas juntamente com termos de aceitação de publicação assinados. Tabelas e quadros devem ser numerados em algarismos romanos de acordo com a ordem em que aparecem no texto.