UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VIRGÍLIO MALUNDO JOÃO

Cultura de segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar móvel

RIBEIRÃO PRETO
2021

VIRGÍLIO MALUNDO JOÃO

Cultura de segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar móvel

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Gestão e gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem

Orientador: CARMEN SILVIA GABRIEL

RIBEIRÃO PRETO

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

João, Virgílio Malundo

Cultura de segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar móvel. Ribeirão Preto, 2021.

70 p.: il.; 30 cm

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Prof[a]. Dr[a]. Carmen Silvia Gabriel.

1. Segurança do Paciente.
2. Cultura de Segurança do Paciente.
3. Assistência Pré-Hospitalar.
4. Serviços Médicos de Emergência.
5. Equipe de Assistência ao Paciente.

FOLHA DE APROVAÇÃO

JOÃO, VIRGÍLIO MALUNDO

Cultura de segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar móvel

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Primeiramente, dedico a Deus pai todo poderoso, que me permitiu concluir mais uma etapa importante da minha vida, pois foi dele que encontrei a saúde, a força e a paz nas horas mais difíceis dessa trajetória.

À minha mãe Jacinta Malundo (in memoriam) e ao meu pai Mateus João (in memoriam), que me deram à luz e os ensinamentos básicos para vida com dedicação, amor, carinho e felicidade durante a minha infância. Que Deus continue iluminando e confortando-os de onde quer que estejam. O meu amor eterno a vocês!

À minha esposa Karla e aos meus filhos Hellena e Lorenzo, pela compreensão, carinho, amor, apoio, força e suportar-me nos momentos estressantes ao longo desta trajetória. Só foi possível enfrentar essa batalha e encontrar vontade, graças a vocês. Agradeço muito por existirem na minha vida. Amo vocês!

À minha estimada e querida irmã Dra. Arminda, por ter garantido os meus estudos no ensino médio e superior, pela força, carinho e por ser exemplo na minha vida. Amo você minha irmã!

Aos meus irmãos Zacarias, Adolfo, ao Padre Nelson e à minha cunhada Isabel, que participaram e contribuíram ativamente na minha criação e que mesmo com a distância, fazem parte da minha vida, demonstrando companheirismo e amizade. Obrigado por tudo.

Virgílio Malundo João

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da vida e por ter me oferecido vivacidade e amparo por mais uma vitória na minha vida.

Agradeço a minha orientadora, Profª. Drª. Carmen Silvia Gabriel, por sua paciência, motivação, dedicação, por ter acreditado em meu potencial e por ter me acolhido. Obrigado pela oportunidade de crescimento pessoal, intelectual e profissional.

Agradeço a todos os profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel do SAMU-192 que participaram diretamente e indiretamente, por terem contribuído pelo desenvolvimento desta pesquisa.

A todos os meus familiares que diretamente ou indiretamente contribuíram para essa trajetória.

Agradeço Miyeko Hayashida pela contribuição de conhecimentos na assessoria estatística, disponibilidade e paciência.

Agradeço à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) pela oportunidade em realizar o mestrado.

Agradeço todos aqueles que participaram de alguma forma com uma palavra de conforto, gesto ou apenas em pensamento. Obrigado.

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001"

RESUMO

JOÃO V. M. **Cultura de segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar móvel**. 2021. 70 p. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

A pesquisa teve como objetivo geral, investigar a percepção da equipe multiprofissional de APH, acerca da cultura de segurança do paciente no serviço público de APH Móvel do SAMU-192. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal, do tipo survey, que utilizou o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) versão brasileira. O estudo foi realizado no serviço regional do SAMU-192, no interior do estado de São Paulo. A amostra de 151 profissionais do APH Móvel foi composta por enfermeiros; técnicos de enfermagem; auxiliares de enfermagem; médicos e condutores de veículos de urgência, todos com tempo de atuação na especialidade acima de seis meses. O valor Alpha Cronbach's de 0,86, indicou uma forte correlação entre os itens internos e mostrou que o instrumento apresenta boa confiabilidade. O índice de participação da amostra elegível foi de 94,3%, prevalecendo os técnicos/auxiliares de enfermagem (42,0%); masculino (57,6%), atuação principal no adulto e pediátrico (93,4%), mostrando-se experientes no APH Móvel com 11 a 20 anos (41,1%). A percepção positiva foi observada em todas as categorias nos domínios Satisfação no Trabalho e Comportamento/Práticas Seguras. Já a percepção negativa aparece em todas as categorias nos domínios Clima de Segurança; Condições de Trabalho; Percepção da Gestão e SAQ total. Exceto os enfermeiros que apresentaram percepções negativas, todas as categorias mostraram percepção positiva no domínio Clima de Trabalho em Equipe. No domínio Reconhecimento de Estresse, somente os médicos reguladores apresentaram percepções positivas. Os enfermeiros apresentaram atitudes positivas em menos domínios, apenas dois dos setes domínios existentes. Os médicos assistenciais e condutores de veículos de urgências apresentaram resultados de atitudes positivas em três domínios cada. Já os técnicos/auxiliares de enfermagem e os médicos reguladores apresentaram atitudes positivas em relação a quatro domínios cada um deles. O teste de Mann-Whitney, indicou que o domínio Condições de Trabalho teve associação dos técnicos/auxiliares de enfermagem ao se comparar com os enfermeiros e médicos assistenciais. Já o domínio Satisfação no Trabalho mostrou associação dos médicos assistenciais ao se comparar com os técnicos/auxiliares de enfermagem e condutores de veículo de urgência. Quanto ao domínio Reconhecimento de Estresse, associação foi observada nos médicos reguladores ao se comparar com os técnicos/auxiliares de enfermagem e os condutores de veículo de urgência. Não foram encontradas diferenças significativas quanto ao SAQ total e as demais comparações dos outros domínios. Os participantes do estudo apresentaram percepções negativas quanto a cultura de segurança do paciente, uma vez que os resultados levantados apontam sinais de fragilidade em quatro dos setes domínios avaliados e no SAQ total; reforçando a necessidade de melhorar a cultura de segurança neste serviço de APH Móvel.

Palavras-chave: 1. Segurança do Paciente. **2.** Cultura de Segurança do Paciente. **3.** Assistência Pré-Hospitalar. **4.** Serviços Médicos de Emergência. **5.** Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

JOÃO V. M. **Culture of patient safety in mobile prehospital care.** 2021. 70 p. Master's (Thesis) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

The general objective of the research was to investigate the perception of the multiprofessional APH team regarding the patient safety culture in the public mobile APH service of SAMU-192. This is a descriptive, quantitative and cross-sectional study, of the survey type, which used the Questionnaire of Attitudes of Security (SAQ) Brazilian version. The study was carried out at the SAMU-192 regional service, in the interior of the state of São Paulo. The sample of 151 professionals at APH Mobile was composed of nurses; nursing technicians; nursing assistants; doctors and drivers of emergency vehicles, all of whom have worked in the specialty for more than six months. The Alpha Cronbach's value of 0.86, indicated a strong correlation between the internal items and showed that the instrument has good reliability. The participation rate of the eligible sample was 94.3%, with nursing technicians / assistants prevailing (42.0%); male (57.6%), main activity in adult and pediatric (93.4%), proving to be experienced in APH Mobile with 11 to 20 years old (41.1%). The positive perception was observed in all categories in the domains of Job Satisfaction and Behavior / Safe Practices. The negative perception appears in all categories in the Safety Climate domains; Work conditions; Perception of Management and total SAQ. Except for nurses who presented negative perceptions, all categories showed positive perception in the Teamwork Climate domain. In the Stress Recognition domain, only regulating physicians had positive perceptions. Nurses showed positive attitudes in fewer domains, only two of the seven existing domains. Assistance doctors and drivers of emergency vehicles showed positive attitude results in three domains each. The nursing technicians / assistants and the regulating doctors, on the other hand, showed positive attitudes in relation to four domains each. The Mann-Whitney test indicated that the domain Working Conditions had an association of nursing technicians / assistants when compared with nurses and medical assistants. The Work Satisfaction domain, on the other hand, showed an association between care physicians when comparing themselves with nursing technicians / assistants and drivers of emergency vehicles. As for the Stress Recognition domain, an association was observed in regulating physicians when comparing themselves with nursing technicians / assistants and drivers of emergency vehicles. No significant differences were found regarding the total SAQ and the other comparisons of the other domains. The study participants presented negative perceptions regarding the patient safety culture, since the results obtained point to signs of fragility in four of the seven domains evaluated and in the total SAQ; reinforcing the need to improve the safety culture in this Mobile APH service.

Keywords: 1. Patient Safety. **2.** Patient Safety Culture. **3.** Prehospital Care. **4.** Emergency Medical Services. **5.** Patient Care Team.

RESUMEN

JOÃO V. M. **Cultura de seguridad del paciente en la atención prehospitalaria móvil**. 2021. 70 p. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

El objetivo general de la investigación fue investigar la percepción del equipo multiprofesional de APS sobre la cultura de seguridad del paciente en el servicio público de APS móvil del SAMU-192. Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, del tipo encuesta, que utilizó el Cuestionario de Actitudes de Seguridad (SAQ) versión brasileña. El estudio se realizó en el servicio regional SAMU-192, en el interior del estado de São Paulo. La muestra de 151 profesionales de APH Mobile estuvo compuesta por enfermeras; técnicos de enfermería; auxiliares de enfermería; médicos y conductores de vehículos de emergencia, todos ellos con más de seis meses de trabajo en la especialidad. El valor de Alpha Cronbach de 0.86, indicó una fuerte correlación entre los ítems internos y mostró que el instrumento tiene buena confiabilidad. La tasa de participación de la muestra elegible fue del 94,3%, predominando los técnicos / auxiliares de enfermería (42,0%); masculino (57,6%), actividad principal en adulto y pediátrico (93,4%), mostrando experiencia en APH Móvil de 11 a 20 años (41,1%). La percepción positiva se observó en todas las categorías en los campos de Satisfacción Laboral y Conducta / Prácticas Seguras. La percepción negativa aparece en todas las categorías en los dominios de Clima de seguridad; Condiciones de trabajo; Percepción de Gestión y SAQ total. A excepción de las enfermeras que presentaron percepciones negativas, todas las categorías mostraron percepción positiva en el dominio Clima de Trabajo en Equipo. En el dominio de Reconocimiento del Estrés, solo los médicos reguladores tenían percepciones positivas. Las enfermeras mostraron actitudes positivas en menos dominios, solo dos de los siete dominios existentes. Los médicos de asistencia y los conductores de vehículos de emergencia mostraron resultados positivos de actitud en tres dominios cada uno. Los técnicos / auxiliares de enfermería y los médicos reguladores, por su parte, mostraron actitudes positivas en relación a cuatro dominios cada uno. La prueba de Mann-Whitney indicó que el dominio Condiciones de trabajo tuvo una asociación de técnicos / auxiliares de enfermería en comparación con enfermeras y auxiliares médicos. El dominio Satisfacción Laboral, por otro lado, mostró una asociación entre los auxiliares médicos en comparación con los técnicos / auxiliares de enfermería y los conductores de vehículos de emergencia. En cuanto al dominio de Reconocimiento de Estrés, se observó una asociación en los médicos reguladores al compararse con los técnicos / asistentes de enfermería y los conductores de vehículos de emergencia. No se encontraron diferencias significativas con respecto al SAQ total y las otras comparaciones de los otros dominios. Los participantes del estudio presentaron percepciones negativas sobre la cultura de seguridad del paciente, ya que los resultados obtenidos apuntan a signos de fragilidad en cuatro de los siete dominios evaluados y en el SAQ total; reforzando la necesidad de mejorar la cultura de seguridad en este servicio de APH Móvil.

Palabras clave: 1. Seguridad del Paciente. **2.** Cultura de Seguridad del Paciente. **3.** Atención Prehospitalaria. **4.** Servicios Médicos de Urgencia. **5.** Grupo de Atención al Paciente.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1. Descrição, classificação e proposta de utilização das variáveis do estudo, Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2020. 34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Valores do Alpha Cronbach's do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), segundo os domínios e o total dos participantes do estudo (N=151). Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2020..... 37

Tabela 2. Distribuição da população elegível por cada base (N=160). Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2020..... 38

Tabela 3. Caracterização dos Participantes do Estudo (N=151) Segundo Cargo, Gênero, Atuação Principal e Tempo na Especialidade. Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2020..... 39

Tabela 4. Análise descritiva dos escores do questionário de atitudes de segurança (SAQ), segundo os domínios e o total dos participantes do estudo (N=151). Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2020..... 40

Tabela 5. Comparação entre as categorias profissionais da pontuação dos escores de atitude de segurança totais e por domínio, dos participantes do estudo (N = 150). Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2020..... 42

Tabela 6. Comparação entre os grupos de tempo na especialidade da pontuação dos escores de atitude de segurança totais e por domínio, dos participantes do estudo (N = 150), Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2020..... 43

Tabela 7. Comparação entre Áreas de Concentração da pontuação dos escores de atitude de segurança totais e por domínio, dos participantes do estudo (N = 151), Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2020..... 44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APH - Atendimento Pré-Hospitalar

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CS - Clima de Segurança

CSP - Cultura de Segurança do Paciente

CTE - Clima de Trabalho em Equipe

CT - Condições de Trabalho

Comportamento Seguro/ Práticas Seguras

EA - Evento Adverso

EERP-USP - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

EMS - Serviços Médicos de Emergência

GU – Gestão da Unidade

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IOM - Institute of Medicine

MS - Ministério da Saúde

NSP - Núcleo de Segurança do Paciente

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PCR - Parada Cardiorrespiratória

PG - Percepção da Gestão

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

PSP - Plano de Segurança do Paciente

RE - Reconhecimento de Estresse

REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAQ - Safety Attitudes Questionnaire

SP - Segurança do Paciente

SPSS Statistical Package for Social Science

ST - Satisfação no Trabalho

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

USA - Unidades de Suporte Avançado

USB - Unidades de Suporte Básico

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 15

2. INTRODUÇÃO 17
2.1. Cenário atual da segurança do paciente 17
2.2. Cultura de Segurança do Paciente 22
2.3. Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar 25

3. OBJETIVOS 29
3.1. Objetivo Geral 29
3.2. Objetivos Específico 29

4. MATERIAL E MÉTODO 30
4.1. Natureza da Pesquisa 30
4.2. Local de Estudo 30
4.3. População Alvo 31
4.4. Instrumento de Coleta de Dados 31
4.5. Procedimentos para Coleta de Dados 33
4.6. Procedimentos para a Análise dos Dados 34

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 36

6. RESULTADOS 37

7. DISCUSSÃO 45
7.1. Limitações e dificuldades encontradas ao longo do estudo 54

8. CONCLUSÕES 55

REFERÊNCIAS 58

APÊNDICE 65
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 65

ANEXOS 67
Anexo A: Questionário de Atitudes de Segurança 67
Anexo B: Autorização do Campo de Pesquisa 68
Anexo C: Parecer Consubstanciado do CEP 69

1. APRESENTAÇÃO

A vivência como enfermeiro assistencial e responsável técnico de uma instituição particular de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel na cidade de Ribeirão Preto, no interior de São Paulo, possibilitou-me observar e acompanhar algumas situações de riscos que muitos pacientes são submetidos durante a assistência prestada pela equipe multiprofissional que atua nesta área.

O Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) Móvel, exerce papel importante no que se diz respeito à prevenção de agravos e problemas de saúde, à redução de morbidade e mortalidade por meio dos primeiros cuidados prestados precocemente no local da cena e a remoção rápida e segura para uma instituição de saúde adequada.

As atividades desempenhadas pelos profissionais do APH Móvel são consideradas dinâmicas e requerem, muitas vezes, ações de caráter de urgência e emergência. Tal aspecto faz com que estes profissionais apresentem algumas dificuldades inerentes a este serviço de saúde, podendo provocar erros e processos iatrogênicos.

Esses problemas poderiam ser prevenidos com adequada implantação e implementação de uma cultura de segurança do paciente nos serviços de APH Móvel, para contribuir com o processo de assistência segura e com qualidade.

A cultura de segurança do paciente é considerada como um ponto importante em todas as instituições de saúde, incluindo nos serviços de APH Móvel, para profilaxia de eventos adversos e erros.

Destaca-se aqui a importância dos serviços de APH Móvel, sendo fundamental investigar e comparar a percepção da equipe multiprofissional, quanto a cultura de segurança do paciente, tendo em vista a necessidade de se obter mais conhecimentos acerca da temática, que tem ocupado posição de destaque nas últimas décadas no cenário nacional e mundial, justificando a realização desse estudo.

A relevância dessa pesquisa consiste na oportunidade de gerar resultados que poderão ser usados em benefício dos pacientes que utilizam os serviços de APH Móvel, estimular a tomada de decisão em benefício de melhorias nessa modalidade assistencial, assim como sugerir novos rumos para pesquisas futuras nesta área.

Por outro lado, essa pesquisa possibilitará a reflexão dos profissionais de enfermagem e da equipe multiprofissional, líderes e pesquisadores envolvidos no serviço de APH Móvel sobre a cultura de segurança dos pacientes ali assistidos, estimulando-os a adotar as melhores práticas para uma assistência segura, baseada em evidências científicas.

Buscando melhorar as práticas assistenciais e por ter sido campo de atuação profissional junto à equipe multiprofissional dos serviços de APH Móvel do pesquisador responsável, elaborou-se a seguinte pergunta norteadora para essa pesquisa: **Qual é a percepção da equipe multiprofissional quanto a cultura de segurança do paciente no serviço público de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel do SAMU-192?**

2. INTRODUÇÃO

2.1. Cenário atual da segurança do paciente

Atualmente, o assunto segurança do paciente tem se destacado como um problema de saúde pública, constituindo-se como pauta primordial em qualquer serviço de assistência à saúde A temática da segurança do paciente ganhou uma maior relevância há aproximadamente 30 anos, a partir de estudos em países desenvolvidos que tiveram resultados altamente negativos e trouxeram questionamentos quanto à qualidade de assistência de saúde prestada em todo mundo (MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014).

Constitui-se em um princípio fundamental para o cuidado em saúde e, nos últimos anos, houve aumento substancial nas discussões sobre os danos associados à assistência, configurando-se como um dos elementos indispensáveis para a gestão da qualidade a nível mundial (DUARTE *et al.*, 2018; TASE; QUADRADO; TRONCHIN, 2018).

No ano de 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passa a considerar essa temática como um princípio fundamental para saúde do paciente a partir do lançamento da Aliança Mundial para a segurança do paciente (WHO, 2019).

A segurança do paciente consiste na prevenção de erros e de eventos adversos associados aos cuidados de saúde, sendo, portanto, um valor central na qualidade durante a assistência ao paciente em qualquer ambiente de saúde (WHO, 2009). Deve ainda ser um direito, garantido aos pacientes ausência de lesões acidentais ou evitáveis em todos os ambientes que prestam cuidados de saúde (YU *et al.*, 2016).

Nesse sentido é fundamental entender a determinação dos eventos adversos (EA), que são definidos como "*incidentes que resultam em danos, podendo ser qualquer ação que leve ao paciente algum grau de comprometimento físico, social ou psicológico, doenças, sofrimento, morte ou incapacidade"* (WHO, 2009).

Estima-se que haja 421 milhões de internações no mundo anualmente, das quais, aproximadamente, 42,7 milhões sofram com EA. Diante desse cenário, os erros médicos são a terceira principal causa de morte nos Estados Unidos e no Reino Unido e, em média, um incidente com dano ao paciente é relatado a cada 35 segundos (WHO, 2017).

A ocorrência de EA devido à assistência insegura é, provavelmente, uma das dez principais causas de morte, o que converge com outros dados que apresentam os danos aos pacientes como a décima quarta causa principal de morbidade e de mortalidade em todo o mundo (JAMA, 2018; WHO, 2019).

Dados atuais revelam que o quantitativo de óbitos decorrentes dos eventos adversos em saúde é alarmante, uma vez que 134 milhões de eventos adversos ocorrem em ambientes hospitalares de países de baixa e de média renda ao ano, devido aos cuidados inseguros, resultando em 2,6 milhões de mortes (MACEDO *et al.*, 2016; NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, 2018).

Calcula-se que, aproximadamente, 400 mil mortes ocorrem por ano em consequência dos eventos adversos evitáveis e entre dois a quatro milhões de eventos adversos sejam provocados por causas graves na saúde do paciente sem que o leve ao óbito (JAMES, 2013; PATTERSON *et al.*, 2013).

Há diversos fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos durante os cuidados de saúde, fato este que compromete a qualidade da assistência direta ao paciente e que pode levar a sequelas transitórias e permanentes, refletindo dessa maneira em custos sociais, bem como nos custos assistenciais (CRESPILHO *et al.*, 2015).

No cenário nacional também vem se observando crescente preocupação dos órgãos nacionais, de especialistas, de pesquisadores, de gestores e de profissionais da área de saúde acerca do tema Segurança do Paciente (SP).

A ANVISA, em 2007, aliada ao Ministério da Saúde (MS) e à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realizou a oficina "Segurança do Paciente: Um Desafio Global", a fim de preparar uma proposta nacional para a segurança do paciente e ajustar às propostas da OMS em busca de discussões e de sugestões para construção de um projeto nacional, com objetivo de melhorar a segurança do paciente em todas as instituições de saúde, adaptado às necessidades brasileiras (BRASIL, 2007).

Em 14 de maio de 2008 foi formalmente constituída a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente como uma estratégia de articulação e de cooperação técnica entre instituições direta e indiretamente ligadas à saúde e à educação de profissionais em saúde, com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade (REBRAENSP, 2008).

Em 2013, o Brasil acompanhou a tendência mundial e lançou a Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, garantindo informações relativas à segurança do paciente (ANVISA, 2013; 2014; BRASIL, 2013a). No mesmo ano foi publicada uma resolução que garantiu as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde em todo território nacional.

De acordo com tais resoluções, as instituições de saúde devem estruturar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que será responsável por elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP), implementando os princípios que direcionam para a melhoria contínua dos processos de cuidado e de uso de tecnologias em saúde, bem como organizar e integrar os processos de gestão de risco, a fim de garantir as boas práticas de funcionamento do serviço de saúde e incluir a expansão sistemática de uma cultura organizacional (ANVISA, 2013; 2014; BRASIL, 2013b).

Estudo nacional de Mendes *et al.* (2009) estimou a incidência de Eventos Adversos em 7,6% (84 de 1.103 pacientes) em hospitais brasileiros e a proporção dos evitáveis foram de 66,7% (56 de 84 pacientes). Outro estudo brasileiro sobre danos causados aos pacientes identificou por sua vez um total de 1.218 EAs em 468 pacientes admitidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE) em um Serviço de Emergência (DAUD-GALLOTTI, 2005). Nesse contexto, Novaretti *et al.* (2014) reforçam os dados mencionados, demonstrando em seu estudo que, de 399 internações em Unidades de Terapia Intensiva analisadas, 74,2% (296) sofreram pelo menos um Evento Adverso.

Apesar dos progressos dos últimos quinze anos, a segurança do paciente continua sendo um importante problema de saúde pública e os danos evitáveis continuam inaceitavelmente frequentes em todos os ambientes de assistência à saúde (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015).

Para Berwick *et al.* (2018), apesar de anos de investimentos e pesquisas, a qualidade e a segurança nos cuidados de saúde em todos os países é muito pior do que deveria ser. Segundo os autores, os problemas vão desde o desrespeito das pessoas quando elas estão interagindo com o sistema de saúde, até os erros e os danos evitáveis, assim como tratamento incorreto e ineficaz.

De acordo com a WHO (2017), o custo do dano associado à perda de vida ou à incapacidade permanente resulta em perda de capacidade e de produtividade dos pacientes e dos familiares afetados, o equivalente a trilhões de dólares a cada ano. Além disso, o custo psicológico para o paciente e para sua família associado à perda de um ente querido ou ao enfrentamento da incapacidade permanente é significativo.

As organizações nacionais e internacionais de atenção à saúde têm se voltado ao estímulo de práticas seguras com o objetivo de reduzir os riscos de danos durante assistência aos pacientes em todos os níveis de atenção à saúde (CAMILLO; MATSUDA, 2017).

Globalmente, estima-se que entre 5,7 e 8,4 milhões de pessoas morrem todos os anos devido a cuidados de baixa qualidade nos países de baixa e média renda. Essas mortes, somadas

às deficiências decorrentes de cuidados de baixa qualidade são responsáveis pela perda de produtividade que acarreta gastos públicos anuais (NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, 2018).

O relatório de segurança do paciente, que traça diretrizes até 2030, destacou um aspecto importante na qualidade de assistência à saúde em todos estabelecimentos e ambientes que prestam cuidados de assistência à saúde, uma vez que é fundamental manter o desenvolvimento da evidência para ajustes no ambiente extra-hospitalar, além de abordar como essa temática é necessária nas pautas dos responsáveis, de líderes, de coordenadores e de outros membros que tomam decisões junto a instituições de saúde Nesse sentido preconiza-se a necessidade de que investimentos em pesquisas e em ações para melhoria do paciente ocorram para além dos serviços hospitalares (YU *et al.*, 2016). Nessa perspectiva, destaca-se a colocação de Patterson, Anderson e Zionts (2013) ao afirmarem que os serviços médicos de emergência (EMS) estão uma década atrás dos outros serviços e de cuidados de saúde, no que se diz respeito à adoção de medidas para diminuir os erros evitáveis e os eventos adversos (AEs).

Ressalta-se que a segurança do paciente no serviço médico de emergência (EMS) tem recebido pouca atenção, uma vez que o número de estudos com relação a esses serviços é insuficiente (PATTERSON *et al.*, 2010).

Ademais, verifica-se que poucas pesquisas são realizadas nos ambientes de APH Móvel, bem como lacunas do conhecimento em relação à magnitude das questões associadas à segurança e aos danos que ocorrem no ambiente extra-hospitalar (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015), sendo fundamental dessa forma que sejam desenvolvidas pesquisas adicionais tanto para caracterizar os riscos em todos os ambientes da assistência à saúde, como para conhecer eventos e causas a eles associados.

Nesse contexto, estudos mostraram que um dos maiores desafios para o setor da saúde pública é assegurar a segurança clínica do paciente, que é afetado por erros cometidos nos serviços de APH (RODRÍGUEZ *et al.*, 2012).

Assim como na área hospitalar, a instituição, o processo de assistência, a equipe, o paciente e/ou a família e o nível de preparo dos profissionais contribuem para os erros no atendimento de emergência (COTTRELL *et al.*, 2014).

Segundo Hagiwara *et al.* (2016), os problemas relacionados à segurança do paciente nos serviços de APH são pouco investigados e consequentemente subestimados.

Dos eventos adversos que podem ameaçar a segurança do paciente no APH Móvel destacam-se: a manutenção inadequada das vias aéreas do paciente, os erros de medicação, o aumento nas pausas durante a reanimação cardiopulmonar, o estresse e o cansaço dos

profissionais. (HESSELINK *et al.*, 2016; PATTERSON; ANDERSON; ZIONTS, 2013; PATTERSON *et al.*, 2010). Para esses autores, problemas de comunicação, a falta de competência dos profissionais, os problemas com equipamentos (macas, dispositivos invasivos mal conectados e mal fixados), o estabelecimento de diagnósticos errados e o não cumprimento de protocolos, constituem fatores significativos que podem levar a uma assistência insegura ao paciente.

O tempo resposta e a demora no transporte dos pacientes em processo de Parada Cardiorrespiratória (PCR), de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e de Acidente Vascular Cerebral (AVC) assim como o descumprimento das diretrizes foram apontados também como sendo situações que colocam em risco a segurança do paciente nos serviços de APH (HAGIWARA *et al.*, 2016).

Para Patterson, Anderson e Zionts (2013), comportamentos negativos entre as equipes de trabalho e a falta de familiaridade entre os parceiros nos EMS têm sido associados a resultados não satisfatórios na segurança, assim como falta de líderes altamente treinados, sono, fadiga e problemas técnicos com ambulância são outras situações que ameaçam a segurança do paciente. Para estes autores, os esforços para enfrentar essas ameaças e garantir a segurança dos pacientes nos EMS, em geral, são limitados.

Hagiwara *et al.* (2016) identificaram o raciocínio clínico e a tomada de decisão como questões importantes relacionadas com a segurança do paciente no ambiente Pré-Hospitalar. Diante dessa perspectiva, a capacitação dos profissionais, por meio de treinamentos em serviço e de educação permanente em saúde, torna-se uma estratégia para a promoção da segurança do paciente no APH (CRESPILHO *et al.*, 2015).

Evidencia-se assim a necessidade do estímulo a comportamentos e a práticas seguras, bem como o envolvimento da equipe multiprofissional do serviço de APH Móvel, a partir do momento que se observa o aumento considerável de acidentes traumáticos, agudização das doenças crônicas, o surgimento da Covid - 19 e suas repercussões no sistema de saúde.

A situação fica mais evidente quando se analisa o aumento do número de internação por causas externas, de 118.000 em 2002 para 180.000 em 2012, resultando em custos assistenciais de internação e de reabilitação em saúde, além do reflexo social de diminuição da força de trabalho (CRESPILHO *et al.*, 2015).

Nesse sentido, a National Patient Safety Foundation (2015) recomenda a necessidade de melhorar a segurança do paciente com uma cultura organizacional que habilite e priorize a segurança, garantindo aos pacientes uma assistência segura em todos os ambientes de

assistência à saúde, por meio da adoção de práticas ou de intervenções que melhorem a segurança do paciente reduzam a ocorrência de eventos adversos evitáveis.

Portanto não há como atuar na melhoria da segurança em qualquer ambiente de saúde, inclusive na APH, sem uma mudança de cultura.

2.2. Cultura de Segurança do Paciente

O conceito de cultura de segurança foi criado fora do setor de assistência à saúde, em estudos de organizações de alta confiabilidade, e indica uma cultura que "minimiza consistentemente os eventos adversos, mesmo ao realizar um trabalho intrinsecamente perigoso e complexo" (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015).

De acordo com a resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, a cultura de segurança "é um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde" (BRASIL, 2013b).

A avaliação da cultura de segurança é vista como o ponto de partida para iniciar o planejamento de ações que busquem mudanças para reduzir a incidência de eventos adversos e, consequentemente, para garantir cuidados de saúde seguros (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Patterson *et al.* (2010) caracterizaram a cultura de segurança em 6 domínios: **Clima de Segurança, Clima de Trabalho em Equipe, Percepções da Gestão, Satisfação no Trabalho, Condições de Trabalho e de Reconhecimento de Estresse.**

Segundo Mikael (2016), para ocorrerem melhorias a respeito da segurança do paciente, é fundamental que sistemas de saúde tenham acesso a informações que dão suporte ao aprendizado por meio da experiência e que estes sistemas sejam promovidos com a intenção de prevenir erros e de atenuar o impacto destes quando ocorrerem.

Um ambiente não punitivo e acolhedor é necessário para que se tenha a notificação das situações de risco ou erros, visto que estes são, na sua maioria, decorrentes de falhas do sistema e não das pessoas propriamente ditas (LEAPE *et al.*, 2009; McCANNON; HACKBARTH; GRIFFIN, 2007).

Dessa maneira, uma cultura de segurança é fundamental para conduzir melhorias na segurança do paciente, de modo que é preciso mais atenção para promover a melhoria, bem como garantir avanços substanciais na segurança do paciente. Entretanto a ciência da segurança e da implementação deve ser desenvolvida mais completamente, de forma que se entenda mais

sobre os perigos da segurança e as melhores maneiras de preveni-los (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015).

Nesse sentido, a importância da mudança cultural precisa ser levada ao primeiro plano, em vez de ser tratada como suporte para várias outras atividades de segurança (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015).

Para Pronovost *et al.* (2004), o primeiro passo para se estabelecer uma cultura de segurança em uma instituição de saúde por meio da análise da cultura corrente é a avaliação, uma vez que possibilitam conhecer as percepções e os comportamentos dos profissionais relacionados à segurança e consequentemente a implementação de intervenções por meio do conhecimento das áreas com maior fragilidade.

Com o objetivo de instrumentalizar as organizações sobre como criar uma cultura de segurança, Yates *et al.* (2004) propõem quatro estratégias: adoção da segurança como um valor central; adoção de comportamentos que visam à prevenção dos erros; análise do fator causador e; o foco em processos que simplifiquem o trabalho e a documentação dos procedimentos.

A Cultura de Segurança do Paciente (CSP) é considerada como um importante componente estrutural dos serviços que favorecem a implantação de práticas seguras e a diminuição de incidentes e de erros nos serviços de assistência à saúde (ANDRADE *et al.*, 2018).

De um modo geral, a CSP é reconhecida como sendo uma estratégia fundamental para garantir a melhoria do déficit generalizado na segurança do paciente nas instituições de assistência à saúde (PRONOVOST; SEXTON, 2005).

A abordagem do assunto CSP deve ser uma estratégia implementada pelas instituições e por seus gestores, estabelecendo-a como eixo norteador. Para tanto, é fundamental que todos os gestores estimulem e fortaleçam o trabalho em equipe, visto que é um dos elementos essenciais para se alcançar a cultura de segurança positiva e assim garantir assistência segura ao paciente (HEIDMANN *et al.*, 2020).

Schein (2010) caracteriza a CSP como a base da organização, a qual é formada por meio de mecanismos, de valores e de objetivos básicos, ou seja, por elementos que se manifestam nas crenças compartilhadas pelas pessoas e pelos grupos que contribuem nos hábitos organizacionais e no comportamento dos profissionais.

Helmreich; Merritt (2001) relatam que uma cultura de segurança sólida deve incluir o compromisso para discutir e aprender com os erros, o reconhecimento dos erros inevitáveis, a identificação proativa das ameaças latentes e a incorporação de um sistema não punitivo para o

relato e a análise dos eventos adversos que ocorrem nos ambientes de prestação da assistência à saúde.

De acordo com Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2016), avaliar a CSP constitui um mecanismo importante para medir as condições organizacionais que podem levar a possíveis eventos adversos relacionados à assistência à saúde, os quais são frequentemente subnotificados (MAIA *et al.*, 2018).

Assim, a cultura de segurança do paciente deve ser uma estratégia implementada pelas instituições e por seus gestores, estabelecendo-a como um eixo norteador na assistência ao paciente, independentemente do ambiente de prestação de serviço a saúde (HEIDMANN *et al.*, 2020).

Diante desse cenário, a implantação de uma cultura da segurança perpassa várias instâncias de uma instituição e requer envolvimento e compromisso desde a administração central até os serviços de apoio (WEGNER *et al.*, 2016).

A assistência segura é permeada pela construção do modelo que a instituição se propôs a buscar, com vistas a fortalecer a cultura de segurança do paciente, devendo, portanto, os gestores atentarem-se para um modelo de gestão participativo, com estruturas horizontais e que atendam às necessidades dos pacientes e dos profissionais (HEIDMANN *et al.*, 2020).

Segundo Batista *et al.* (2005), as organizações que optam pela valorização do trabalho em equipe, pela cooperação no trabalho, pelo adequado relacionamento interpessoal e pelo bem-estar do trabalhador apresentam estrutura organizacional horizontal e flexível, proporcionando maior realização e prazer aos profissionais, contribuindo com isso para uma assistência segura aos pacientes.

A necessidade de melhorar a CSP nos locais de assistência à saúde requer mudanças, esforços e envolvimento de toda a instituição, principalmente por parte dos gestores, com o objetivo de estimularem o relato dos erros e fortalecerem a cultura não punitiva, garantindo com isso um ambiente de trabalho em que a segurança do paciente é valorizada (MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014).

Para se alcançar uma cultura de segurança do paciente é necessário um entendimento de valores, de crenças e de normas a respeito do que é fundamental dentro de uma organização e quais atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são sustentados, premiados e previstos (SORRA *et al.*, 2009).

Paese e Sasso (2013) descrevem que a capacidade de uma instituição obter os resultados de segurança do paciente pode ser melhorada quando é criada e estabelecida uma cultura de

segurança entre os profissionais envolvidos. Para estes autores, o grande desafio em um movimento para um serviço de saúde seguro é muitas vezes a cultural.

Para se garantir a segurança do paciente, a CSP precisa estar implantada nas instituições, sendo para isso fundamentais: um processo de comunicação adequado, confiança, comprometimento coletivo, liderança, discussão do assunto e abordagem não punitiva aos possíveis erros **(**TOMAZONI *et al.*, 2014).

Conforme IOM (2001), a cultura de culpa – na qual as atitudes que levam aos erros são apontadas unicamente como fracassos dos profissionais – poderia ser substituída pela oportunidade de crescimento profissional e consequente melhora no sistema de saúde.

2.3. Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar

Atualmente, os agravos à saúde relacionados aos acidentes, às violências ou às doenças crônicas e agudas fora do âmbito hospitalar são considerados problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2011).

A principal missão do APH Móvel é prestar cuidados e salvar vidas dos pacientes que apresentam problemas de saúde de caráter de urgência ou emergência. Porém cumprir essa missão implica em desafiar ameaças à segurança do paciente, uma vez que os cuidados são prestados rapidamente e os recursos em benefício dos pacientes são limitados (PATTERSON; ANDERSON; ZIONTS, 2013).

Para Tavares *et al.* (2017), os serviços assistenciais da equipe multiprofissional de saúde em situações de urgência e emergência fora do ambiente hospitalar caracterizam-se pela necessidade do paciente ser atendido em um curto espaço de tempo, visto que algumas vítimas possuem risco iminente de morte.

No Brasil, o APH Móvel foi oficializado como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência pelo Ministério da Saúde (MS) por meio do Decreto nº. 5.055, de 27 de abril de 2004, e atualmente é regido pela Portaria nº 1010, de 21 de maio de 2012 (BRASIL, 2006).

Segundo o MS, o serviço de APH Móvel tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido situação de urgência e emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica e ou agravos à saúde, que possa levar a sofrimento, a sequelas ou até mesmo à morte (BRASIL, 2014).

Ademais, o APH Móvel presta atendimento à vítima de maneiras adequada e segura para um serviço de saúde devidamente credenciado do Sistema Único de Saúde, independentemente do local do acidente (BRASIL, 2006).

O SAMU-192 funciona 24 horas por dia e é constituído por uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem e condutor de veículo de urgência.

De acordo com a portaria nº 2048, de 5 de Novembro de 2002, os veículos de atendimento pré-hospitalar móvel, são representados por ambulâncias terrestre, aéreo ou aquaviário que se destine exclusivamente ao transporte de paciente e são classificadas em: **Ambulância de Transporte (Categoria A)**: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo, tripulado por técnico ou auxiliar de enfermagem e por condutor. **Ambulância de Suporte Básico (Categoria B)**: veículo destinado ao transporte interhospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino, tripulado por técnico ou auxiliar de enfermagem e condutor**. Ambulância de Resgate (Categoria C)**: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas), tripulado por bombeiros militares, sendo um condutor e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida. **Ambulância de Suporte Avançado (Categoria D)**: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos, tripulado por enfermeiro, médico e condutor. **Aeronave de Transporte Médico (Categoria E)**: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos. Para os casos não traumático e secundário, deve contar com o piloto, um médico, e um enfermeiro; já para o atendimento a urgências traumáticas em que sejam necessários procedimentos de salvamento, é indispensável a presença de profissional capacitado para tal. **Embarcação de Transporte Médico (Categoria F)**: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade, tripulado por 2 ou 3 profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida. **Veículos de Intervenção Rápida** - Este veículos, também chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica são utilizados para transporte

de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida nas ambulâncias do Tipo A, B, C e F. (BRASIL, 2003).

Segundo Patterson, Anderson e Zionts (2013), a procura dos serviços de emergência não é planejada e os pacientes podem apresentar emergências médicas suscetíveis a um erro ou a evento adverso.

Assim, a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde (BRASIL, 2006) e carece de avaliações voltadas às questões relacionadas à segurança do paciente.

Os profissionais dos EMS prestam assistência aos pacientes em ambientes extremamente complexos, desafiadores e dinâmicos que podem contribuir para um aumento do risco à segurança do paciente e de eventos adversos. No entanto, pouco se sabe sobre os riscos para a segurança do paciente nestes serviços (BIGHAM *et al.*, 2011).

Uma vez que o APH Móvel visa à execução de intervenções rápidas, com segurança e com intuito de evitar limitações ao paciente vítima de acidentes e de outras situações clínicas, entende-se que a preocupação acerca da segurança do paciente permeia todos os níveis de assistência, incluindo além do cuidado hospitalar, o APH Móvel (CRESPILHO *et al.*, 2015). Estes serviços visam reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce (SILVA *et al.*, 2010).

Para a OMS (2017), prestar cuidados mais seguros em ambientes complexos – como realizados pelo APH Móvel que acontecem, muitas vezes, sobre pressão e em movimento – é um dos maiores desafios que os profissionais em saúde e pacientes enfrentam, uma vez que existe maior probabilidade de erros.

Diante desse cenário, nota-se que muitas estratégias estão sendo divulgadas com o objetivo de melhorar e de garantir a segurança do paciente e por conseguinte assegurar a qualidade da assistência prestada, cabendo a sua implementação em todas as instituições de saúde, incluindo nos serviços de APH Móvel.

Portanto, os cuidados em situações de urgência e emergência podem resultar em comportamentos e em atitudes desprovidas de ações de segurança adotadas pela equipe multiprofissionais do APH Móvel, podendo levar a vítima a agravos significativos à saúde, a sequelas e até mesmo à morte.

Estudar a cultura de segurança do paciente nesta área assistencial torna-se, portanto, fundamental para a segurança do paciente e para a qualidade dos cuidados prestados.

Todo esforço na elaboração de estudos sobre a cultura de segurança do paciente, incluindo a realização desta pesquisa, reforça o que aponta o Programa Nacional de Segurança

do Paciente, cujo objetivo principal é a produção, a sistematização e a expansão de conhecimentos da segurança do paciente (BRASIL, 2013a).

Dessa forma, compreender e conhecer a percepção da equipe multiprofissional dos serviços de APH Móvel, acerca da cultura de segurança do paciente, identificar os erros, falhas e implementar medidas que visam prevenir ou minimizar tais resultados negativos torna-se uma ferramenta importante capaz de envolver gestores e estudiosos engajados nas questões referentes à segurança do paciente para a qualidade do cuidado nessa área assistencial. Diante do que foi exposto, surge o questionamento: **"Qual a cultura de segurança do paciente nos serviços de APH Móvel?"**.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Investigar a percepção da equipe multiprofissional de APH acerca da cultura de segurança do paciente no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

3.2. Objetivos Específico

- Comparar a percepção da cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais;
- Identificar a percepção da cultura de segurança do paciente acerca das dimensões e comparar entre as categorias profissionais.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. Natureza da Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de abordagem quantitativa, realizado por meio da aplicação de um questionário, a fim de conhecer a percepção da equipe multiprofissional quanto a cultura de segurança do paciente no serviço público de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

4.2. Local de Estudo

O estudo foi realizado no serviço regional do SAMU-192, de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. A instituição oferece serviço público de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel do SAMU-192 nos turnos diurno e noturno, funcionando sete dias por semana e em regime de 24 horas ininterruptos.

O local foi escolhido intencionalmente por sua representatividade no serviço de Atendimento Móvel de Urgência na cidade e na região.

No período deste estudo, a frota ativa do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU – 192) da cidade em que foi realizado a pesquisa, possuía um total 17 ambulâncias, sendo: duas de categoria D (unidade de suporte avançado); 12 de categoria B (unidade de suporte básico) e três de categoria A (unidade de transporte simples).

Geograficamente o serviço está distribuído em sete áreas de concentração sendo: a Base principal onde se encontra a central de regulação médica, gerenciamento, coordenação, distribuição e duas unidades de suporte avançado (USA), ambulância equipadas como UTI móvel, destinado ao atendimento e transporte de pacientes graves, tripulados por enfermeiro, médico e condutor de veículo de urgência.

Outras seis bases são compostas por unidade de suporte básico (USB), ambulância destinado ao transporte de pacientes de risco de vida desconhecido, tripulado por técnico/auxiliar de enfermagem e condutor de veículo de urgência e unidade de transporte simples, ambulância destinada ao transporte de pacientes que não apresente risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo, tripulado por condutor de veículo de urgência e técnico/auxiliar de enfermagem.

As bases estão localizadas nas seguintes regiões: Distrito Leste com três USB e duas unidades de transportes simples; Central com duas USB; Sudeste com duas USB; Distrito Norte com duas USB; região Oeste com duas USB e uma unidade de transporte simples e região Sul com uma USB.

4.3. População Alvo

A população do estudo foi constituída pela equipe multiprofissional do APH Móvel que atuam nas unidades de suporte básica e avançada, composta por dez enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, 63 auxiliares de enfermagem, 25 médicos e 57 condutores de veículo de urgência, totalizando 160 profissionais. Do valor total da população alvo, nove recusaram a participar da pesquisa. Portanto o estudo contou com uma amostra final de 151 profissionais.

Critério de Inclusão: Fazer parte da Equipe multiprofissional de APH Móvel com tempo superior de três meses; estar trabalhando no período de coleta de dados; ser enfermeiro; técnico ou auxiliar de enfermagem; médico e condutor de veículo de urgência.

Critério de Exclusão: Foram excluídos os profissionais que estiverem de licença ou afastamento por tempo indeterminado; férias no período de coleta de dados e os profissionais que atuam em cargos de chefia.

4.4. Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento utilizado nesse estudo é o (SAQ) Questionário de Atitudes de Segurança **(ANEXO A)**, o qual foi traduzido para o português do Brasil por Carvalho (2011). Esse instrumento já foi utilizado em outros estudos sobre a cultura de segurança do paciente (CARVALHO, 2011; CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Segundo Sexton *et al.* (2006), o SAQ é um instrumento psicometricamente sólido para avaliar seis domínios climáticos relacionados à segurança, obtendo sistematicamente informações dos profissionais da linha de frente dos cuidados de Saúde. Para estes autores, o SAQ pode ser usado para atender à crescente demanda de avaliação da cultura de segurança na área de Saúde.

Optou-se por esse instrumento por apresentar bons parâmetros psicométricos e por se tratar de uma ferramenta importante para a obtenção de informações sobre os fatores que

precisam ser trabalhados dentro da instituição e que influenciam na cultura de segurança (CARVALHO, 2011; SEXTON *et al.*, 2006).

A tradução e adaptação transcultural do instrumento foi realizada usando a versão genérica original intitulada *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006*. Esse instrumento foi desenvolvido nos EUA, usando-se a escala *Intensive Care Unit Managent Attitudes Questionnarie*, que foi obtida por meio de outra escala, intitulada *Flight Managent Attitudes Questionnarie* (SEXTON *et al.*, 2006).

Entre os instrumentos que existem com o propósito de mensurar clima de segurança, o SAQ é considerado o mais sensível para avaliar atitudes de segurança individuais (COLLA *et al*., 2005).

O instrumento propõe-se a avaliar a cultura de segurança por meio da mensuração do clima de segurança, uma vez que o mesmo é o fator mais propício à avaliação dentre os indicadores culturais por poder ser analisado por intermédio da percepção dos profissionais quanto à atmosfera organizacional (SEXTON *et al*., 2006).

O SAQ original é composto por duas partes, a **primeira** contém 41 questões em Seis domínio que caracterizam a instituição e a percepção da equipe multiprofissional quanto a cultura de segurança, sendo que os itens abordam os seguintes domínios: Clima de Trabalho em Equipe (CTE) - itens de 1 a 6; Clima de Segurança (CS) - 7 a 13; Satisfação no Trabalho (ST) - 15 a 19; Reconhecimento de Estresse (RE) - 20 a 23; Percepção da Gestão (PG) - 14, 24 a 28; Condições de Trabalho (CT) - 29 a 32.

Na versão brasileira, os itens de 33 a 35, que não pertenciam a quaisquer dos domínios da escala original, foram inseridos no domínio Comportamento Seguro/Práticas Seguras (CPS), constituindo com isso **sete domínios**. De tal maneira o item 14, que igualmente não estava relacionado a quaisquer domínios, na versão brasileira foi incluído no domínio Percepção da Gestão (PG). O item 36, no entanto, que também não pertence a domínio algum, mantém-se na mesma condição (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Os itens 24 a 28, que pertencem ao domínio Percepção da Gestão são subdivididos em duas partes (Administração da unidade e Administração do hospital). Para efeito deste estudo foi excluído a segunda parte (5 itens) que se relaciona especificamente ao ambiente hospitalar, visto que nos serviços de APH não existe esse tipo de administração. Sendo trabalhado, portanto somente com a primeira parte dos itens 24 a 28, relacionados a administração da unidade de APH móvel, totalizando com isso 36 itens e sete domínios.

A **segunda** parte do SAQ, tem como objetivo de investigar dados sociodemográficos e profissionais como: gênero, cargo, tempo na especialidade e atuação principal. Além desses dados, foram coletados também a área e o departamento de atuação do participante do estudo.

Cada uma das 36 questões foi respondida em grau de concordância pela escala Likert de cinco pontos: discorda totalmente (A), discorda parcialmente (B), neutro (C), concorda parcialmente (D), concorda totalmente (E) e não se aplica (X). O escore final da escala varia de 0 a 100, onde zero é a pior percepção do clima de segurança e 100 a melhor percepção (LIKERT, 1932). São considerados valores positivos escores ≥ 75.

De acordo com Sexton *et al*. (2006), o domínio **Clima de Trabalho em Equipe**, refere-se a colaboração e a qualidade do relacionamento entre os membros da equipe; o **Clima de Segurança** examina a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento da organização ou instituição com relação a segurança do paciente; por sua vez, a **Satisfação no Trabalho** refere-se a percepção positiva com relação ao local de trabalho; **Reconhecimento do Estresse** aborda o reconhecimento da influência que fatores estressores apresentam no desempenho das atividades do trabalho; **Percepção da Gestão** é a visão dos profissionais com relação as ações da gerencia quando aos aspectos da segurança do paciente e as **Condições de Trabalho** representa as percepções com relação a qualidade do ambiente de trabalho.

4.5. Procedimentos para Coleta de Dados

Após autorização dos responsáveis pelos locais do estudo e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP-USP), deu-se início a coleta de dados, onde os profissionais foram abordados pessoalmente pelo pesquisador em seus locais de trabalho. A coleta de dados foi realizada entre os dias 17 de Julho e 31 de Outubro de 2019, sendo considerado a disponibilidade de horário da instituição, dos participantes do estudo e do pesquisador.

Os dados foram coletados nos turnos diurno e noturno, de acordo com a escala dos profissionais, nas Setes bases do APH Móvel do SAMU-192, em horário que não interferiram nas atividades dos participantes do estudo.

Durante a coleta de dados, antes da aplicação do instrumento, foram prestados esclarecimentos adicionais sobre os objetivos do estudo, bem como sobre as instruções e o procedimento correto para preenchimento do questionário e entrega de duas cópias do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido **(Apêndice A),** sendo que uma via assinada para o pesquisador e outra para o participante.

Ressalta-se que, uma vez sinalizado aceite voluntário em participar da pesquisa, os profissionais eram solicitados a assinar o TCLE em duas vias. Os participantes receberam garantia de anonimato e foram informados que os resultados da pesquisa serão destinados a publicação, contudo sem identificação dos sujeitos.

O questionário foi entregue aos profissionais e o pesquisador aguardou o preenchimento e a devolução. As dúvidas em relação ao instrumento de coleta de dados foram sanadas sem que houvesse influência nas repostas.

4.6. Procedimentos para a Análise dos Dados

Quadro 1. Descrição, classificação e proposta de utilização das variáveis do estudo, Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2020.

Variáveis	**Tipo**	**Natureza**	**Proposta de utilização**
Percepção da Cultura	Dependente	Qualitativa	Escala Likert
Gênero	Independente	Qualitativa Nominal Dicotômica	Masculino e Feminino
Cargo	Independente	Qualitativa	Enfermeiro; Médico; Técnico de enfermagem; Auxiliar de Enfermagem; Condutor de Veículo de Urgência
Atuação Principal	Independente	Qualitativa	Adulto; Pediatria; Ambos
Tempo na Especialidade	Independente	Quantitativa	Anos e Meses

Fonte: Elaboração própria

Os dados coletados foram duplamente digitados em planilhas eletrônicas no software Microsoft Excel 2020, com posterior verificação de consistência da digitação. Para composição do banco de dados e análise, foi utilizado o software IBM SPSS Statistics versão 25.

Foi empregada estatística descritiva para caracterização dos participantes e dos domínios do SAQ. O teste Mann-Whitney foi utilizado para comparação entre categorias profissionais, considerando nível de significância de 5%; a escolha desse teste se deu em razão do número de participantes em cada grupo de comparação e comportamento das variáveis, que não apresentaram distribuição normal. Para análise da confiabilidade do questionário, foi

aplicado o coeficiente alfa de Cronbach, que varia em uma escala de 0 a 1, sendo considerados ideais coeficientes superiores a 0,7 (TERWEE et al., 2007).

Para cada um dos domínios foram calculadas a média (variáveis média TE, média CS, média ST, média RE, média GU, media CT e media CPS), considerando válido para o cálculo, aqueles que foram preenchidos pelo menos 50% dos itens que compõem cada domínio; e a pontuação (0 a 100) obtida com a aplicação da fórmula (valor da média) -1) *25 (variáveis ponto TE, ponto CS, ponto ST, ponto RE, ponto GU, ponto CT e ponto CPS).

Ao final do escore total da escala, após transformar em pontuação (0 a 100), variável ponto total, foi criada a variável ponto total Cat: Atitude de segurança **POSITIVA** (pontuação total maior ou igual a 75) e Atitude de segurança **NEGATIVA** (pontuação total menor que 75). A pontuação adotada segue a seguinte ordem: (A) corresponde a 0 pontos; (B) a 25 pontos; (C) a 50 pontos; (D) a 75 pontos; e (E) a 100 pontos.

Para execução da contagem dos pontos, inicialmente, as sentenças negativas (itens 2, 11, e 36) foram codificadas de forma reversa: aonde a resposta for **eu discordo totalmente** se torna **concordo totalmente**, para depois então serem agrupadas por domínios. Uma vez agrupadas, calcularam-se a soma das respostas para as questões em cada domínio e divide-se o resultado pelo número de questões integrantes desse mesmo domínio (CARVALHO, 2011; CARVALHO; CASSIANI, 2012).

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi autorizada pela Prefeitura Municipal do município participante e foi submetida ao CEP-EERP/USP para a apreciação dos aspectos éticos envolvendo estudos com seres humanos, sob aprovação mediante ao protocolo 34657314.2.0000.5393 (**ANEXO C**).

6. RESULTADOS

O objetivo da pesquisa foi investigar a percepção da equipe multiprofissional de APH Móvel acerca da cultura de segurança do paciente no serviço público de atendimento móvel as urgências (SAMU-192) de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, mediante a utilização do Questionário de Atitude de Segurança (SAQ).

Calculou-se o coeficiente Alpha Cronbach's da escala com a finalidade de obter a avaliação de confiabilidade da versão Brasileira do SAQ por meio da análise da consistência interna dos itens.

De acordo com Terwee (2007), os valores ideais de Alpha Cronbach's devem variar de 0,7 a 0,9, visto que valores inferiores a 0,7 indicam uma relação baixa entre os itens, já valores superiores a 0,9 mostram uma relação bastante forte, contudo passiveis de redundâncias entre os itens internos.

Os dados obtidos neste estudo indicaram que a versão brasileira do SAQ apresentou coeficiente alpha de 0,86, corroborando com o valor encontrado no estudo de validação da versão Brasileira que mostrou coeficiente alpha 0,89 (CARVALHO, 2011). Com isso, os dados mostram uma relação forte entre os itens e indicam que o instrumento apresentou uma confiabilidade boa para os sujeitos deste estudo.

Quatro domínios apresentaram valores de Alpha superiores a 0,7. A maior consistência dos itens interno foi verificado no domínio Comportamento Seguro/Práticas Seguras, com valor alpha de 0,82 e a menor consistência no domínio Clima de Trabalho em Equipe, com valor de 0,48 (Tabela 1).

Tabela 1. Valores do Alpha Cronbach's do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), segundo os domínios e o total dos participantes do estudo (N=151). Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2020.

Domínio	**Números de Itens**	**Números Válidos**	**Alfa de *Cronbach***
Clima de Trabalho em Equipe	6	151	0,486
Clima de Segurança	7	151	0,582
Satisfação no Trabalho	5	150	0,636
Reconhecimento de Estresse	4	151	0,770
Percepção da Gestão	6	148	0,758
Condições de Trabalho	4	141	0,713
Comportamento /Práticas Seguras	3	149	0,828
SAQ total	35	151	**0,856**
SAQ total	36	151	**0,860**

Fonte: Elaboração própria

Quando se analisa a distribuição dos participantes do estudo em 7 bases de apoio, a tabela 2 aponta que a maior concentração (25,6%) dos participantes está na unidade central do serviço, isso se justifica porque é onde se encontra a central de regulação, as unidades de suporte avançada (USA).

A menor concentração de participantes (3,75 %) foi observada na base 7, onde só existe uma unidade de suporte básico (USB). Além dos profissionais fixos de cada base, há profissionais folguistas que atuam mediante a necessidade da escala. Os não informados totalizaram 1.3% dos participantes (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da população elegível por cada base (N=160). Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2020.

Base	**Resposta Esperada**		**Resposta Obtida**	
	n	%	n	%
1. USA 13 de Maio	41	25,6	4 0	25
2. Distrital Leste	34	21,2	32	20
3. UBDS Central	14	8,75	13	8,1
4. UBDS Distrital Norte	13	8,1	8	5
5. UBDS Vila Virginia	17	10,6	17	10,6
6. UBDS Sumarezinho	17	10,6	17	10,6
7. Bonfim Paulista	6	3,75	6	3,75
8. Folguista	16	10	16	10
9. Não informou	2	1,3	2	1,25
TOTAL	160	100	151	94,3

Fonte: Elaboração própria

O total da população elegível para este estudo foi de 160 profissionais do APH Móvel que atuavam nas unidades de suporte básica e avançada, composta por dez enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, 63 auxiliares de enfermagem, 25 médicos e 57 condutores de veículo de urgência (Tabela 3).

O índice de participação foi de 94,3% (151), desconsiderando as nove (5,7%) recusas. A tabela 3 apresenta a caracterização dos participantes, sendo que, todos eles possuem vínculo empregatício efetivo por meio de concurso público municipal.

No que diz respeito ao cargo, houve uma prevalência dos técnicos/auxiliares de enfermagem com 64 (42,0%); para o gênero destacou-se o masculino com 87 (57,6%); na atuação principal prevaleceu o adulto e pediátrico com 141 (93,4%), quanto ao tempo de

atuação na especialidade de atendimento Pré-Hospitalar Móvel prevaleceu a categoria de 11 a 20 anos com 62 (41,1%).

Tabela 3. Caracterização dos Participantes do Estudo (N=151) Segundo Cargo, Gênero, Atuação Principal e Tempo na Especialidade. Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2020.

Variáveis		**Frequências**	
		n	**%**
Cargo	Enfermeiros	10	6,6
	Médico Assistencial	15	9,9
	Médico Regulador	8	5,3
	Técnico/Auxiliar de Enfermagem	64	42,0
	Condutor de Veículo de Urgência	53	35,1
	Médico Residente	1	0,7
Gênero	Homem	87	57,6
	Mulher	63	41,7
	Não informado	1	0,7
Atuação Principal	Adulto	6	4,0
	Pediatria	0	0,0
	Ambos	141	93,4
	Não informado	4	2,6
Tempo na Especialidade	Menos de 6 meses	1	0,7
	6 a 11 meses	1	0,7
	1 a 2 anos	7	4,6
	3 a 4 anos	11	7,3
	5 a 10 anos	39	25,8
	11 a 20 anos	62	41,1
	21 anos ou mais	29	19,2
	Não informado	1	0,7

Fonte: Elaboração própria

A análise descritiva demonstrada na tabela 4 indica que os participantes do estudo apresentaram percepção negativa quanto ao clima de segurança do paciente, com valor médio dos escores do (SAQ total) de 67,8.

Dos 7 domínios mensurados os participantes apresentaram percepção negativa em quatro deles, sendo que o domínio Clima de Segurança obteve valor de escore 67,8, o Reconhecimento de Estresse com 56,0, a Percepção da Gestão apresentou 55,0 e o domínio Condição de Trabalho 65,5.

A percepção positiva foi observada somente em três dos setes domínios analisados, que apresentaram valores de escores de 76,2 para o Clima de Trabalho em Equipe, 88,7 na Satisfação no Trabalho e 78,1 para o Comportamento/Práticas Seguras (Tabela 4).

Tabela 4. Análise descritiva dos escores do questionário de atitudes de segurança (SAQ), segundo os domínios e o total dos participantes do estudo (N=151). Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2020.

Domínio	**N. Itens**	**N. Válidos**	**Intervalo Obtidos**	**Mediana**	**Média *DP**
Clima de Trabalho em Equipe	6	151	33,0 – 100	75,0	76,28 (15,130)
Clima de Segurança	7	151	29,0 – 100	68,0	67,83 (16,479)
Satisfação no Trabalho	5	150	45,0 – 100	95,0	88,73 (13,082)
Reconhecimento de Estresse	4	151	0,00 – 100	63,0	56,06 (29,682)
Percepção da Gestão	6	148	4,00 – 100	55,50	55,00 (21,850)
Condições de Trabalho	4	141	0,00 – 100	67,0	65,52 (28,745)
Comportamento Seguro / Práticas Seguras	3	149	0,00 – 100	83,0	78,10 (24,001)
SAQ total	36	151	38,0 - 95,0	70,0	67,88 (12,034)

Fonte: Elaboração própria
*DP = Desvio Padrão

Ao observar os resultados por categoria profissional na tabela 5**,** com exceção dos enfermeiros que apresentaram percepções negativa (mediana do escore 73), todas as outras categorias profissionais apresentaram percepção positiva (mediana dos escores variando entre 75 a 79) no domínio Clima de Trabalho em Equipe.

A percepção positiva foi observada em todas as categorias nos domínios Satisfação no Trabalho, com mediana dos escores entre 75 a 95 e Comportamento Seguro/Práticas seguras com mediana dos escores de 75 a 88.

Exceto os médicos reguladores que apresentaram percepções positivas (mediana do escore 87,5), todas as outras quatros categorias profissionais apresentaram percepção negativa com mediana dos escores entre 56 a 63 no domínio Reconhecimento de Estresse.

A categoria dos técnicos/auxiliares de enfermagem foram os únicos profissionais que apresentaram percepções positivas no domínio Condições de Trabalho (mediana do escore 75), todas as outras quatros categorias profissionais apresentaram percepção negativa neste domínio, conforme apresentado na tabela 5.

A percepção negativa foi observada em todas as categorias profissionais nos domínios Clima de Segurança (mediana dos escores entre 64 a 73); Percepção da Gestão (mediana dos escores entre 46 a 62,5) e SAQT total com mediana dos escores variando entre 63,8 a 71,3.

Os enfermeiros foram a categoria profissional que apresentou atitude positiva em menos domínios, em apenas dois dos sete domínios existentes.

Já os médicos assistenciais e condutores de veículos de urgência apresentaram percepção positiva em três domínios cada. As categorias técnicos/auxiliares de enfermagem e médico regulador apresentaram atitude positiva em relação a quatro domínios cada (Tabela 5).

Os valores de p* resultantes do teste de Mann-Whitney na tabela 6, indicaram nível de significância nas comparações da pontuação dos escores do domínio Condições de Trabalho tendo os técnicos/auxiliares de enfermagem (mediana 75) apresentado, portanto, maior pontuação frente aos das categorias de enfermeiro (mediana 46) e (p* = 0,001) e médico assistencial (mediana 50) (p* = 0,007).

Para o domínio Satisfação no Trabalho, foram significantes as pontuações e menores para médico assistencial (mediana 75) ao se comparar com técnico/auxiliar de enfermagem (mediana 95) (p* = 0,024), condutor de veículo de emergência (mediana 95) e médico assistencial (mediana 75) (p* = 0,028).

Quanto ao domínio Reconhecimento de Estresse, foram maiores para médico regulador (mediana 87,5) do que para técnico/auxiliar de enfermagem (mediana 56) (p* = 0,007), assim como para condutor de veículo de emergência (mediana 63) (p* = 0,028). Para as demais comparações as diferenças não foram significantes.

Apresentou-se os valores de mediana e não de média pois o teste aplicado é não paramétrico, cuja opção se deve ao número de participantes em cada grupo de comparação, com poucos participantes, e a maioria das variáveis não apresentarem distribuição normal (Tabela 5).

O cargo médico residente, não entrou nesta análise pois contou com apenas um participante.

Tabela 5. Comparação entre as categorias profissionais da pontuação dos escores de atitude de segurança totais e por domínio, dos participantes do estudo (N = 150). Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2020.

Domínio	E/M1	E/M2	E/TAE	E/CVU	M1/M2	M1/TAE	M1/CVU	M2/TAE	M2/CVU	TAE/CVU
TE										
Valor p*	0,238	0,633	0,679	0,295	0,636	0,119	0,864	0,678	0,668	0,070
(Mediana)	(73/79)	(73/79)	(73/75)	(73/79	(79/79)	(79/75)	(79/79)	(79/75)	(79/79)	(75/79)
CS										
Valor p*	0,683	0,829	0,466	0,239	0,925	0,716	0,321	0,964	0,645	0,213
(Mediana)	(64,5/64)	(64,5/73)	(64,5/68)	(64,5/71)	(64/73)	(64/68)	(64/71)	(73/68)	(73/71)	(68/71)
ST										
Valor p*	0,397	0,315	0,390	0,357	0,087	**0,024**	**0,028**	0,434	0,641	0,524
(Mediana)	(92,5/75)	(92,5/95)	(92,5/95)	(92,5/95)	(75/95)	**(75/95)**	**(75/95)**	(95/95)	(95/95)	(95/95)
RE										
Valor p*	0,807	0,122	0,663	0,910	0,056	0,295	0,970	0,007	0,028	0,248
(Mediana)	(56,5/63)	(56,5/87,5)	(56,5/56)	(56,5/63)	(63/87,5)	(63/56)	(63/63)	**(87,5**/56)	**(87,5**/63)	(56/63)
PG										
Valor p*	0,567	0,083	0,173	0,202	0,149	0,680	0,588	0,226	0,349	0,657
(Mediana)	(46/50)	(46/62,5)	(46/59)	(46/54)	(50/62,5)	(50/59)	(50/54)	(62,5/59)	(62,5/54)	(59/54)
CT										
Valor p*	0,683	0,237	0,001	0,074	0,548	0,007	0,113	0,292	0,644	0,218
(Mediana)	(46/50)	(46/71)	(46/75)	(46/67)	(50/71)	(50/75)	(50/67)	(71/75)	(71/67)	(75/67)
CPS										
Valor p*	1,000	0,573	0,934	0,783	0,681	0,834	0,889	0,502	0,695	0,526
(Mediana)	(81,5/88)	(81,5/87,5)	(81,5/75)	(81,5/83	(88/87,5)	(88/75)	(88/83)	(87,5/75)	(87,5/83)	(75/83)
AST										
Valor p*	0,643	0,203	0,210	0,124	0,325	0,543	0,303	0,374	0,607	0,344
(Mediana)	(63,8/67,5)	(63,8/71,3)	(63,8/67,5)	(63,8/70)	(67,5/71,3)	(67,5/67,5)	(67,5/70)	(71,3/67,5)	(71,3/70)	(67,5/70)

Fonte: Elaboração própria

*Teste Mann-Whitney

TE - Clima de Trabalho em Equipe; CS - Clima de Segurança; ST - Satisfação no Trabalho; RE - Reconhecimento de Estresse; PG - Percepção da Gestão; CT- Condições de Trabalho; AST - Atitude de Segurança Total; E - Enfermeiro; M1 - Médico Assistencial; M2 - Médico Regulador; TAE - Técnico e Auxiliar de Enfermagem; CVU - Condutor de Veículo de Urgência.

Para realizar a comparação entre os grupos de tempo na especialidade no serviço de APH Móvel, foram criadas 2 variáveis com intervalos agrupados, a partir da variável tempo na especialidade com 7 intervalos sendo: < 6 meses (n =1); 6 a 11 meses (n =1); 1 a 2 anos (n =7); 3 a 4 anos (n =11); 5 a 10 anos (n=39); 11 a 20 anos (n = 62) e >20 anos (n = 29).

Entretanto, para simplificar a interpretação dos dados, optou-se apresentar a tabela 6 com três intervalos de tempo na especialidade, sendo elas: < 5 anos (n = 20), mediana = 42; 5 a 10 anos (n = 39), mediana = 75 e > 10 anos (n = 91), mediana = 67, mostrando diferença significante por meio do Teste Kruskal-Wallis apenas para o domínio Condições de Trabalho (p* = 0,009). O número total foi de n = 150 participantes, pois há um caso sem informação.

Apresentou-se os valores de mediana e não de média pois o teste aplicado é não paramétrico, cuja opção se deve ao número de participantes em cada grupo de comparação, com poucos participantes, e a maioria das variáveis não apresentarem distribuição normal (Tabela 6).

Tabela 6. Comparação entre os grupos de tempo na especialidade da pontuação dos escores de atitude de segurança totais e por domínio, dos participantes do estudo (N = 150), Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2020.

	Tempo na especialidade (Anos)			
Domínios	**< 5**	**5 a 10**	**>10**	**Valor p***
		Mediana		
Clima de Trabalho em Equipe	77	79	75	0,705
Clima de Segurança	61	71	68	0,255
Satisfação no Trabalho	90	90	95	0,682
Reconhecimento de Estresse	63	56	63	0,894
Percepção da Gestão	50	57	57	0,720
Condições de Trabalho	42	75	67	0,009
Comportamento/Práticas Seguras	83	79	83	0,872
Atitude de Segurança Total	68,8	70	67,5	0,470

Fonte: Elaboração própria
*Teste de Kruskal-Wallis

A análise comparativa na tabela 7, entre as áreas profissionais, mostra que todas as áreas apresentaram pontuação positiva nos domínios Clima de Trabalho em equipe (mediana 75,0; 81,0 79,0); Satisfação no Trabalho (mediana 95,0; 90,0; 95,0) e Comportamento/Práticas Seguras (mediana 75,0; 85,5; 83,0).

Para o domínio Condições de Trabalho, somente a área de enfermagem apresentou escore positivo com a mediana de 75,0. Já no domínio Reconhecimento de Estresse, apenas a área médica teve o escore positivo com mediana de 75,0.

A percepção negativa foi percebida para as três áreas nos domínios Clima de Segurança (mediana 68,0; 66,0; 71,0); Percepção da Gestão (média (DP) 53,2 (20,4); 56,5 (22,4); 56,8 (23,7)) e na atitude de segurança total (média (DP); 66,5 (10,9); 68,0 (13,4); 69,7 (12,9).

Os valores de p* apresentados na tabela 7, são resultantes de 2 testes pois as variáveis Percepção da Gestão e SAQ total apresentam distribuição normal (onde constam os valores de média e desvio padrão).

Os testes para cada valor de p*, indicaram não haver diferença entre as áreas de concentração para nenhum dos domínios e SAQ total (Tabela 7).

Tabela 7. Comparação entre Áreas de Concentração da pontuação dos escores de atitude de segurança totais e por domínio, dos participantes do estudo (N = 151), Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2020.

Domínios		**Áreas de Concentração**			
		Enfermagem (n=74)	**Médico (n=24)**	**Transporte (n=53)**	**Valor p***
Clima de Trabalho em Equipe	Mediana	75,0	81,0	79,0	0,084*
Clima de Segurança	Mediana	68,0	66,0	71,0	0,299*
Satisfação no Trabalho	Mediana	95,0	90,0	95,0	0,323*
Reconhecimento de Estresse	Mediana	56,0	75,0	63,0	0,074*
Percepção da Gestão	Média (DP)	53,2 (20,4)	56,5 (22,4)	56,8 (23,7)	0,621**
Condições de Trabalho	Mediana	75,0	58,0	67,0	0,125*
Comportamento/Práticas Seguras	Mediana	75,0	85,5	83,0	0,766*
Atitude de Segurança Total	Média (DP)	66,5 (10,9)	68,0 (13,4)	69,7 (12,9)	0,338**

Fonte: Elaboração própria
*Teste de Kruskal-Wallis.
**ANOVA. Desvio-Padrão (DP).

7. DISCUSSÃO

Diante da coleta de dados levantada para esse estudo, observa-se que parte dos estudos realizados sobre a cultura de segurança do paciente tem sido realizado no ambiente intra-hospitalar (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015; Khamaiseh, AlTwalbeh, Al-Ajlouni, 2020). Contudo, embora haja aumento no interesse de pesquisas que investiguem a temática, poucos são aquelas que aprofundam este conhecimento no APH Móvel (CRESPILHO *et al*., 2015; Sørskår *et al*., 2019).

Ao reconhecer a interferência da estrutura e processos na dinâmica assistencial, atenta-se à necessidade de investigações voltadas à segurança e identificação de possíveis ameaças ao paciente em todos os setores assistenciais, como no APH Móvel (CAMILLO; MATSUDA, 2017). Isso demonstra que apesar dos estudos existentes, ainda há fragilidades e lacunas sobre o atendimento Móvel de Urgência e Emergência em relação ao paciente atendido por essas unidades, demonstrando a importância do desenvolvimento de estudos como este.

Diante dos resultados, a análise da consistência interna dos itens sobre a avaliação de confiabilidade do SAQ total indicou coeficiente de Alpha Cronbach's de 0,86, o que aponta concordância com Carvalho (2011), que mostrou coeficiente de Alpha Cronbach's de 0,89 em seu estudo de validação da versão brasileira. De acordo com esse autor este valor mostra uma relação forte entre os itens interno e indicam que o instrumento apresenta uma confiabilidade boa para esta população.

Apesar de haver divergência nos valores de Alpha entre os domínios, os resultados de estudos indicam uma forte correlação entre os itens interno e evidenciaram que o instrumento apresenta boa confiabilidade, o que corrobora com os dados apontados neste estudo (Oliveira et al., 2020; Mikael,2016; Gabrani *et al.* 2015).

Ao caracterizar o perfil dos profissionais deste estudo, observou-se prevalência de técnicos/auxiliares de enfermagem, sexo masculino, com atuação principal na assistência do adulto e pediátrico, além do serviço de urgência contar com profissionais experientes com tempo de atuação na especialidade de APH Móvel entre 11 e 20, apontando para vivências importantes quando se avalia cultura de segurança do paciente no serviço extra-hospitalar.

Tais características convergem com outro estudos que apresentam semelhança entre cargo e gênero de profissionais da saúde que trabalho no Atendimento Móvel de Urgência, como os estudos realizados em Ribeirão Preto e Belo Horizonte que possui predominância de técnicos/auxiliares de enfermagem e condutores de veículos de urgência nos serviços de APH Móvel (ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006; LOPES, 2008; MIKAEL EM 2016).

Outro estudo sobre o APH Móvel realizado em Fortaleza/Ceará, mostrou que dos 89 participantes do estudo, a maioria pertencia ao sexo masculino; sendo que, desses profissionais, 7,9% eram médicos, 21,3% enfermeiros, 33,7% técnicos e auxiliares de enfermagem e 37,1% condutores de veículos de urgência; já a média para o tempo de trabalho no SAMU foi de 7,6 anos. (SILVA, *et al.*, 2009).

O alto número de auxiliares e técnicos de enfermagem nesse estudo pode se justificar devido ao alto número de profissionais desta categoria, os quais são compostos por mais de 1,8 milhão de trabalhadores que correspondem a 50% da força de trabalho na saúde em nível nacional, conforme apontado pelo COFEN em 2015 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015).

A predominância do sexo masculino nesta área de atuação pode ser atribuída a categoria de condutores de veículos de urgência, pós dos 64 desses profissionais que participaram nesse estudo, apenas 1 era do sexo feminino. Por ouro lado o tipo de atividade desenvolvida neste ambiente assistencial, também pode justificar a prevalência do sexo masculino.

Vegian; Monteiro (2011), em seu estudo sobre condições de vida e trabalho de profissionais de um serviço de Atendimento Móvel de Urgência, apontaram prevalência do sexo masculino (61,4%). O tempo médio de atuação no SAMU foi de 6,9 anos, constituindo, portanto, neste caso a divergência com os resultados encontrado neste estudo.

Investigações internacionais, realizadas nos paramédicos no Reino Unido (Bennett *et al*, 2005); no Japão (Okada *et al*, 2005) e Suécia (Aasa *et al*, 2005), mostram também predominância do sexo masculino.

No que se refere ao tempo no serviço de APH Móvel, foi possível identificar somente um estudo que mostrou resultado aproximadamente semelhante aos dados encontrados nesse estudo. O tempo médio na especialidade, no caso foi superior a 10 anos (Okada *et al*, 2005), o que corrobora com esse estudo. No entanto maioria dos estudos pesquisados apresentaram divergência nesse aspecto.

Em relação à faixa etária de atendimento no APH, os profissionais da saúde atendem todo e qualquer indivíduo, independentemente da área de atuação e da idade do indivíduo que necessita do serviço de emergência.

Os resultados da pesquisa indicam que aspectos relevantes da cultura de segurança do paciente nos serviços de APH Móvel necessitam de atenção, uma vez que a avaliação dos escores da análise descritiva do questionário de atitudes de segurança, segundo os domínios e o total dos participantes do estudo, demonstrou que quatro dos setes domínios avaliados e o

SAQ total obtiveram valores inferiores a pontuação mínima de 75, considerado como média positiva para percepção da cultura de segurança do paciente.

A atitude com escore mais elevada foi a Satisfação no Trabalho com valor de 88,7, enquanto a Percepção da Gestão obteve o menor valor do escore com 55,0. Portanto, a Satisfação no Trabalho foi a atitude mais valorizada pelos profissionais deste serviço e a menos valorizada foi a Percepção da Gestão.

Assim, a avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil mostrou resultados abaixo do ideal, embora os profissionais demonstraram boa satisfação no trabalho, não houve concordância forte quanto às questões de segurança do paciente nas instituições; tendo como um dos principais fator de fragilidade para a cultura as ações gerenciais (Carvalho *et al.* 2017).

A cultura de segurança institucional também foi apontada aquém do ideal por Zanon *et al.* (2021). Para esses autores, apesar de estarem satisfeitos com o trabalho, unidade e equipe, os profissionais apontaram que deve haver maior contato e comunicação com a gestão, melhorias nas condições de trabalho e na cultura geral de segurança.

Marinho; Radünz; Barbosa (2014), em seu estudo sobre avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas, apontaram fragilidade nos seis domínios avaliadas.

Pesquisa desenvolvida em profissionais que atua nas Unidades de Terapia Intensiva em um hospital de ensino de grande porte da região sudeste do Brasil, mostrou pontuação inferior ao recomendado pela literatura, visto que cinco dos seis domínios avaliados, obtiveram percepção negativos (REIS *et al*. 2017).

Investigação sobre cultura de segurança do paciente em centros de saúde primários da Jordânia, apresentou percepção negativa em quatro domínios, o que significou que a percepção geral para todos os domínios foi <50% (KHAMAISEH; AL-TWALBEH; AL-AJLOUNI, 2020). Estabelecendo com isso uma coerência com os resultados obtidos nessa pesquisa.

Em seu estudo, Carvalho *et al*., 2015, descreve que a média do escore total da percepção da cultura de segurança entre os profissionais investigados, ficou abaixo das recomendações, que seria de 75 para uma boa percepção da cultura de segurança do paciente. De acordo com estes autores, esses resultados demonstram, na perspectiva dos profissionais, fragilidade nos valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam a cultura de segurança em uma organização de Saúde.

Outro estudo sobre percepção do clima de segurança do paciente em instituições hospitalares, que utilizou um instrumento semelhante ao desse estudo, mostrou percepção

negativa dos participantes do estudo quanto ao clima de segurança do paciente para o total da amostra (MIKAEL, 2016).

Uma outra pesquisa referente a cultura de segurança do paciente, desenvolvido em um hospital universitário, em Manaus, mostrou também resultado negativo quanto a cultura de segurança do paciente (GALVÃO, *et al*., 2018). Estes resultados corroboram com os achados desta pesquisa.

A percepção negativa foi observada nesse estudo nos domínios: Clima de Segurança; Reconhecimento de Estresse; Percepção da Gestão e Condição de Trabalho. Já a percepção positiva foi observada somente nos eixos relacionados ao Clima de Trabalho em Equipe; Satisfação no Trabalho e Comportamento Seguro/Práticas Seguras.

Esses dados divergem com aqueles encontrados em outros estudos nacionais sobre cultura de segurança na área hospitalar, visto que a percepção negativa esteve associada com quase todos os domínios, exceto Satisfação no Trabalho, que teve escore positivo para as médias de todos os estudos brasileiros (CARVALHO, 2011; CAUDURO *et al*., 2015; MIKAEL, 2016; LUIZ *et al.*, 2015; RIGOBELLO, 2015), assim como notado nos resultados obtidos para investigação desse estudo.

Com exceção do domínio Clima de Trabalho em Equipe que apresentou percepção positiva nesta pesquisa; estudo comparativo entre escores médios em unidades cirúrgicas e médicas realizado na Suíça e nos EUA por Schwendimann et al. (2013), igualmente mostrou percepções negativas nos mesmos domínios, Clima de Segurança; Condições de Trabalho; Percepção da Gestão e Reconhecimento de Estresse, apresentando somente escore positiva no domínio Satisfação no Trabalho.

Resultado oposto foram encontrados em um estudo desenvolvido por Aljadhey *et al*. (2016), que apontou percepção positivo para os domínios Satisfação no Trabalho; Condição de Trabalho; Clima de Segurança e Clima de Trabalho em Equipe e; os domínios que obtiveram pontuação negativa foram Reconhecimento do Estresse; a Percepção da Gestão e a pontuação média geral da dimensão da cultura de segurança.

Ao comparar a percepção da cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais da pontuação dos escores de atitude de segurança totais e por domínio dos participantes do estudo, a percepção positiva foi observada em todas as categorias nos domínios Satisfação no Trabalho e Comportamento/Práticas Seguras. Já a percepção negativa aparece em todas as categorias profissionais nos domínios Clima de Segurança; Condições de Trabalho; Percepção da Gestão e SAQ total.

Ainda, com exceção dos enfermeiros que apresentaram percepções negativas, todas as outras categorias profissionais mostraram percepção positiva no domínio Clima de Trabalho em Equipe. Contudo, no que se refere ao domínio Reconhecimento de Estresse, somente os médicos reguladores apresentaram percepções positiva, todas as outras quatros categorias profissionais apresentaram percepção negativa.

As categorias profissionais dos médicos assistencial e condutores de veículos de urgência apresentaram resultados de atitudes positiva em três domínios cada. Já os técnicos/auxiliares de enfermagem e os médicos regular apresentaram atitudes positivas em relação a quatros domínios cada um deles.

Nesse estudo, os enfermeiros constituíram a categoria que apresentou atitude positiva em menos domínios, apenas dois dos setes domínios existentes, sendo eles: satisfação no trabalho e comportamento/práticas seguras e percepção negativa nos demais domínios. O que se assemelha com a literatura, que observou na maioria dos domínios valores inferiores relacionadas ao profissional enfermeiro (MARINHO, RUNDUNZ, BARBOSA, 2014).

Os enfermeiros também apresentaram, de forma consistente, escores médios baixos para condições de trabalho, clima de segurança e satisfação no trabalho (Gabrani *et al.* 2015).

Resultados opostos foram descritos por Tondo, Guirardello (2017), em que os enfermeiros perceberam um clima de segurança positivo, para os domínios clima de trabalho em equipe, Clima de Segurança, Satisfação no Trabalho e Comportamento Seguro.

Tal achado pode ser justificado com base na formação profissional do enfermeiro, o qual tem seu currículo de graduação muitas vezes direcionado para além da assistência integral ao paciente, uma vez que a graduação abrange áreas de liderança, coordenação, gerenciamento e ensino, o que contribui para uma visão holística das ações desenvolvidas na instituição, tornando esses profissionais mais críticos em relação ao modo de trabalho e assistência ao paciente.

Resultado diferente foi observado em um estudo realizado no ambiente hospitalar, em que os enfermeiros formaram a categoria profissional que apresentou atitude positiva em seis dos sete domínios (MIKAEL, 2016).

Os valores de p* resultantes do teste de Mann-Whitney indicaram que o domínio Condições de Trabalho teve associação com os técnicos e auxiliares de enfermagem ao se comparar com os enfermeiros e médicos assistencial. Já o domínio Satisfação no Trabalho mostrou associação dos médicos assistencial ao se comparar com os técnicos/auxiliares de enfermagem e condutores de veículo de emergência. Quanto ao domínio Reconhecimento de

Estresse, associação foi observada nos médicos reguladores ao se comparar com os técnicos/auxiliares de enfermagem e os condutores de veículo de emergência.

Estudo realizado por Reis *et al.* (2017), sobre CSP em Unidades de Terapia Intensiva apontou diferença da percepção da equipe médica em relação à Percepção do Estresse e às Condições de Trabalho ao se comparar com outros profissionais.

Não foram encontradas diferenças significativas quanto ao SAQ total e as demais comparações dos outros domínios. Este mesmo resultado foi observado no estudo da Mikael (2016), que apontou não haver diferença significante quando o escore total do SAQ e por domínios.

Resultados de um estudo internacional, não indicaram nenhuma diferença significativa entre as pontuações dos médicos e as pontuações dos enfermeiros no que diz respeito aos domínios Clima de Segurança e à Percepção da Gestão, mostrando as mesmas percepções de atitude; já para os domínios Trabalho em Equipe, Reconhecimento do Estresse, Satisfação no Trabalho e Condições de Trabalho, o estudo mostrou uma diferença significativa entre ambos os profissionais (Gabrani *et al*. 2015).

Apesar de não haver estudos comparativos que mostraram resultados relacionados a variável tempo na especialidade e o nível de significância entre as áreas nos serviços de APH Móvel, os resultados deste estudo mostraram diferença significativa por meio do Teste Kruskal-Wallis apenas para o domínio Condições de Trabalho, cujo valor do p* foi igual a 0,009. Para os demais domínios não houve diferencias significativas.

Resultados descritos por Reis *et al.* (2017) em seu estudo sobre Cultura de Segurança em Unidades de Terapia Intensiva, mostrou não haver correlação estatisticamente significativa em relação aos seis domínios do SAQ no que se refere ao tempo de atuação dos participantes do estudo.

Pesquisa sobre avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil mostrou diferença estatisticamente significativa na comparação de médias no domínio Condições de Trabalho para profissionais com menos de seis meses na especialidade; já na comparação entre áreas de concentração, os profissionais da enfermagem mostram diferença significativa, quando comparados aos profissionais de outras categorias nos domínios Clima de Segurança, Percepção da Gerência e Condições de Trabalho e, o oposto foi observado no domínio Percepção do Estresse (CARVALHO *et. al*, 2017).

Já na análise comparativa entre as áreas, esta pesquisa aponta que todas as áreas apresentaram pontuação positiva nos domínios Clima de Trabalho em Equipe; Satisfação no Trabalho e Comportamento/Práticas Seguras. Para o domínio Condições de Trabalho, somente

a área de enfermagem apresentou escore positivo. Já no domínio Reconhecimento de Estresse, apenas a área médica teve escore positivo.

Estudo Brasileiro, apontou que os profissionais de enfermagem apresentam melhor percepção da Cultura de Segurança em comparação com os demais profissionais. Em relação aos domínios Clima de Segurança, Percepções da Gestão e Condições de Trabalho, essa diferença foi estatisticamente significativa, quando comparada com os profissionais de outras categorias (CARVALHO *et. al*, 2017). Para esses, o contrário foi observado no domínio Reconhecimento do Estresse, no qual os profissionais das demais categorias apresentaram média superior em comparação aos profissionais de enfermagem. Este resultado vai ao encontro dos que foram apresentados nesse estudo.

A percepção negativa foi percebida para as três áreas de concentração nos domínios clima de segurança; percepção da gestão e na atitude de segurança total. Os testes para cada valor de p* indicaram não haver diferença entre as áreas para nenhum dos domínios e na escala total.

Os domínios que mostraram percepção positiva para a cultura de segurança do paciente neste serviço foram Satisfação no Trabalho com maior valor do escore, na sequência o Comportamento/Práticas Seguras e com menor valor positivo foi o Clima de Trabalho em Equipe. Esses resultados demostra a fraca cultura de segurança do paciente existente nesse serviço de APH Móvel, uma vez que somente três domínios obtiveram pontuação positiva.

Clima de Trabalho em Equipe: De acordo com Walshe; Boaden (2006), o Trabalho em Equipe resulta em maior produtividade, melhora a autoestima, o bem-estar psicológico e social, fatores estes que estão fortemente relacionados à Satisfação no Trabalho, conduzindo com isso mudanças e melhoria na segurança dos pacientes em qualquer ambiente da assistência à saúde, incluindo os serviços de atendimento Pré-Hospitalar Móvel.

Para Heidmann *et al*. (2020), o Trabalho em Equipe é um aspecto que contribui para a consolidação da cultura de segurança do paciente e o Trabalho em Equipe é uma construção diária movida pelo incentivo, que requer interação, comunicação e empatia, respeitando a diversidade de saberes em cada especificidade, sendo indispensável para a segurança do paciente na qualidade da assistência.

O Trabalho em Equipe saudável e efetivo resulta em maior produtividade, além de melhorar a autoestima, o bem-estar psicológico e o apoio social, que estão fortemente relacionados à Satisfação no Trabalho, conduzindo a mudanças na melhoria da segurança dos pacientes (WALSHE; BOADEN, 2006).

O envolvimento dos trabalhadores de diversos setores e níveis, promove a integração e a contribuição com a instituição, o que permite a união de esforços, o surgimento de ideias e a realização de atividades com um alto desempenho (WEGNER, *et al*., 2016). Ainda neste ponto de vistas, estes autores descrevem que à medida que profissionais da saúde aprimorarem ideia de responsabilidade coletiva, é possível avançar em direção à consolidação da cultura da segurança do paciente.

Clima de Segurança: O domínio clima de segurança, mostrou-se negativamente em pesquisas desenvolvida por Carvalho *et al*. (2019); Carvalho *et al* (2015). Outro estudo que avaliou as atitudes da equipe em relação à cultura de segurança em uma enfermaria especializada, utilizando o SAQ, apontou também percepção negativa neste domínio (WISNIEWSKI, *et al.*, 2007). O que corrobora com as evidencias destacadas nesse estudo.

Satisfação no Trabalho: De acordo com Raftopoulos; Pavlakis (2013), a satisfação dos profissionais contribui significativamente e diretamente na CSP e está ligado ao menor número de eventos adversos. Assim como o trabalho em equipe, a satisfação no trabalho é uma das características fundamental para a consolidação desta cultura. Sendo indispensável para garantir uma cultura de segurança do paciente em qualquer ambiente de assistência à Saúde. (HEIDMANN, *et al*., 2020).

Ainda, existe uma ligação entre a satisfação no trabalho positiva com o aumento no desempenho e na qualidade da segurança do paciente, favorecendo maior apoio na criação de uma cultura de segurança (WISNIEWSKI, *et al*., 2007; ZAKARI, 2011).

Para Marinho; Radünz; Barbosa (2014), a Satisfação no Trabalho é um ponto forte, que pode indicar que os profissionais estão satisfeitos em atuar na instituição para transformar o ambiente de trabalho em um local mais seguro. Em contrapartida, profissionais insatisfeitos apresentam taxas de rotatividade altas no trabalho, possibilitando à ocorrência de eventos adversos (TOSO *et al*.,201).

Reconhecimento de Estresse: Este domínio também evidenciou uma das menores pontuações na investigação desenvolvida por Tondo; Guirardello (2017) em um estudo sobre a percepção dos profissionais de enfermagem quanto a cultura de segurança do paciente. Reconhecer que o estresse pode afetar os resultados na assistência à saúde é postura essencial para a redução de ocasiões inseguras (CARVALHO *et. al*., 2019).

Segundo Porto *et al*. (2014), a questão psicológica e ou emocional dos profissionais constitui um fator muito importante no desencadeamento de EAs durante os cuidados dos pacientes, uma vez que a desmotivação diária do profissional responsável pela realização da

assistência compromete a gestão do cuidado e, consequentemente, a qualidade dos cuidados prestados ao paciente.

Percepção da Gestão: Investigações direcionadas a cultura de segurança do paciente em hospitais público apontaram distanciamento no domínio relacionado a Percepção da Gestão em relação à sua população de estudo, uma vez que o escore deste domínios foi considerado baixo (CARVALHO *et al*. 2015; CARVALHO *et. al*, 2017).

Pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos e Canadá, por Patterson (2010), sobre Percepções da Cultura de Segurança do paciente nas agências de Serviços Médicos de Emergência (EMS), mostrou escore negativo no domínio Percepção da Gerência.

Zanon *et al.* (2021) destacaram baixas médias para a Percepção da Gestão, uma vez que o domínio Percepção da Gerência avalia o suporte, o desempenho da gestão e a comunicação com a equipe na cultura de segurança, o qual geralmente apresenta as menores médias no SAQ.

A percepção negativa em relação à gerência sugere que os profissionais que atuam na assistência não percebem o compromisso da gestão da instituição com os fatores latentes da cultura de segurança e indica não haver aprovação geral das ações gerenciais em relação às questões de segurança do paciente; apontando, portanto, a necessidade de intervenções para mudança desta cultura, como os processos de educação permanente (CARVALHO *et al.* 2015).

Condições de Trabalho: Os investimentos em infraestrutura, base para as condições de trabalho, são indispensáveis para se atingir e manter as condições mínimas de segurança em organizações de alto risco, como as instituições de saúde (CARVALHO *et. al*., 2019).

Um estudo descritivo elaborado por Pozo, *et al.* (2014) utilizou o questionário AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), cujo objetivo foi mensurar o grau de cultura de segurança entre profissionais de um serviço de emergência médica extra-hospitalar, mostrando resultados positivo no domínio Condição de Trabalho, o que vai ao encontro com os resultados do presente estudo.

Investigações sobre a cultura de segurança do paciente elaborado por Toso *et al*., (2016); Aljadhey *et al*. (2016) e Khamaiseh; Al-Twalbeh; Al-Ajlouni (2020), mostraram escores com pontuações positiva no domínio condição de trabalho. Contrariando, assim, os resultado apresentado neste estudo, bem como outros achados da literatura (Carvalho *et. al*., 2019; Reis *et al*., 2017).

Segundo Carvalho *et al*. (2019), resultados mais positivos apontam que os domínios podem oscilar substancialmente dentro de uma mesma instituição dependendo de quem participa do estudo e de quando a pesquisa é realizada, o que indica, portanto, a necessidade de um rigor metodológico para assegurar resultados confiáveis e fidedignos.

Comportamento Seguro / Práticas Seguras: apesar de ter sido apontado com indícios de correlação negativa em estudo desenvolvido por Tondo; Guirardello (2017), sobre Percepção dos profissionais de enfermagem quanto a cultura de segurança do paciente, não foram encontrados dados suficientes para abordagem do domínio Comportamento Seguro / Práticas Seguras. Ressalta-se que, para este estudo esse domínio mostrou-se positivo para cultura de segurança do paciente.

7.1. Limitações e dificuldades encontradas ao longo do estudo

O estudo tem algumas limitações, como o fato de que, atualmente, a maioria das pesquisas sobre a CSP ter se concentrado no ambiente intra-hospitalar, portanto, houve escassez de estudos com abordagem na população que vivencia a profissão nos serviços de APH Móvel.

A ausência de um instrumento direcionado ao contexto pré-hospitalar constitui um fator limitador, bem como a quantidade de perguntas contidas no instrumento de coleta de dados, o qual é longo para ser aplicado em serviços que tem alta demanda pré-hospitalares. Por isso, um questionário com menos questões poderia ter um melhor aproveitamento pelos participantes da pesquisa.

As principais dificuldades encoradas no decorrer do estudo foram: difícil acesso em algumas bases de coleta de dados por fala de colaboração dos profissionais local, resistência de alguns profissional em participar da pesquisa, pausas durante o preenchimento do questionário para atender o chamado das ocorrências solicitada, exposição do pesquisador em horário e locais de alta periculosidades.

8. CONCLUSÕES

Até o presente momento, este estudo constitui o primeiro trabalho a ser desenvolvido na área de APH Móvel quanto a cultura de segurança do paciente utilizando o SAQ, o que mostra a dificuldade durante a comparação dos resultados.

Desenvolver estudos relacionados a cultura de segurança no âmbito dos serviços de APH Móvel pode fornecer contribuição importantes sobre problemas relacionados a segurança do paciente nesta área de assistência.

Os achados dos valores do Alpha Cronbach's evidenciam uma relação forte entre os itens e indicaram que o instrumento utilizado para esta pesquisa apresenta uma confiabilidade boa.

Os resultados da pesquisa indicam que aspectos relevantes da cultura de segurança do paciente neste serviço de APH Móvel necessitam de atenção, uma vez que avaliação dos escores da análise descritiva do questionário de atitudes de segurança, segundo os domínios e o total dos participantes do estudo, demonstrou que, quatro dos setes domínios avaliados e o SAQ total obtiveram valores inferiores a pontuação mínima, considerada como média positiva para percepção da cultura de segurança do paciente.

Os enfermeiros apresentaram atitude positiva em apenas dois dos sete domínios existentes. Já os médicos assistenciais e condutores de veículos de urgência demonstraram positividade em três domínios cada, enquanto os técnicos/auxiliares de enfermagem e médico regular apresentaram atitude positiva em relação a quatros domínios cada um deles, representando, portanto, as categorias com melhor percepção positiva para a cultura de segurança do paciente neste serviço.

Assim, houve prevalência dos técnicos/auxiliares de enfermagem; destacando-se o sexo masculino, com atuação principalmente na assistência do adulto e pediátrico e com mais de 11 anos de experiência em APH Móvel, o que aponta um diferencial na avaliação da cultura de segurança do paciente.

Ao observar os resultados por categoria profissional**,** há variações significativas entre os domínios, uma vez que o percentual de repostas positivas variou de 10% a 100% e as resposta negativas variou de 0,0% a 90% entre os domínios.

O domínio Condições de Trabalho teve associação dos técnicos/auxiliares de enfermagem aos se comparar com os enfermeiros e médicos assistencial; já o domínio Satisfação no Trabalho mostrou associação dos médicos assistencial ao se comparar com os técnicos/auxiliares de enfermagem e condutores de veículo de urgência; enquanto que o

domínio Reconhecimento de Estresse, mostrou associação dos médicos reguladores ao se comparar com os técnicos/auxiliares de enfermagem e os condutores de veículo de urgência.

No geral, os participantes do estudo apresentaram percepção negativa quanto a cultura de segurança do paciente, uma vez que os resultados levantados apontam sinais de fragilidade em quatro dos setes domínios avaliados e no SAQ total. Isso reforça a necessidade de melhorar a cultura de segurança no serviço de APH Móvel.

A Satisfação no Trabalho foi a atitude mais valorizada pelos profissionais deste serviço e a menos valorizada foi a percepção da Gestão. As evidências mostram percepção positiva em todas as categorias profissionais nos domínios Satisfação no Trabalho e Comportamento Seguro. Já o os domínios Clima de Segurança; Condições de Trabalho; Percepção da Gestão e SAQ total, resultaram em percepção negativa para todas as categorias profissionais.

Os enfermeiros foram os que apresentaram percepções negativas em mais domínios.

A percepção negativa foi destacada em todas as categorias profissionais nos domínios Clima de Segurança; Condições de Trabalho; Percepção da Gestão e SAQ total. Portanto as ações de melhorias da cultura de segurança do paciente neste serviço de APH Móvel deve focar em tais eixos.

Os escores positivos com relação à Satisfação no Trabalho e ao Comportamento Seguro observado em todas as categorias, mostra que apesar das dificuldades enfrentadas por esses profissionais, eles se sentem satisfeitos com relação ao seu trabalho e possuem ciência da necessidade de implementação das práticas seguras. Estes aspectos devem ser considerados, como ponto inicial para execução de iniciativas em benefícios da segurança do paciente nos serviços de APH Móvel.

O envolvimento de todas as categorias profissionais no que se diz a respeito à CSP é fundamental, visto que esta abrange de forma geral toda a instituição.

Entretanto, o que se observou foi que as categorias profissionais apresentaram diferença entre si com relação as atitudes de segurança do paciente nessa instituição.

O SAQ é um instrumento frequentemente utilizado em ambiente hospitalar, na qual sugere que a avaliação da cultura de segurança identifique as oportunidades de melhoria na cultura de segurança da instituição, permitindo com isso a prevenção da ocorrência de erros nos ambientes de assistência à saúde do paciente.

Apesar de se ressaltar a necessidade de um instrumento específico direcionado ao contexto Pré-Hospitalar Móvel a utilização do SAQ nessa modalidade assistencial permitiu estabelecer uma visão geral quanto a cultura de segurança do paciente na visão dos profissionais que atua nesta área.

Torna-se fundamental a realização de outros estudos semelhante em outras unidades de APH Móvel em outros municípios a fim de garantir momentos de reflexão, bem como das particularidades neste ambiente assistencial, com a finalidade de sensibilizar os profissionais e os gestores acerca da temática e melhorar a compreensão do atual cenário da cultura de segurança do paciente para uma assistência à saúde com qualidade.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, DF, 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Norma da Anvisa regulamenta a segurança do paciente**. Brasília, DF, 2013.

ALJADHEY H. et al. Culture of Safety among Nurses in a Tertiary Teaching Hospital in Saudi Arabia. Trop J Pharm Res 2016.

ANDRADE et al. **Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão.** Ciênc. saúde colet. 23 (1) Jan 2018.

BATISTA et al. **Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro**. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(1):85-91.

BERWICK, et al. Three global health-care quality reports in 2018. Lancet. 2018;392 (10143): 194-195.

BIGHAM, BL. et al. **Patient safety in emergency medical services:executive summary and recommendations from the Niagara Summit,** 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** - Caderno nº 6 da Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU 192**. portalsaude.saude.gov.br/php/13407- serviço - de atendimento - movel-de-urgencia, 13 de jun de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013a. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 abr. 2013a. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jul. 2013b. Seção 1, p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**: monitoramento da implantação das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil.** Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências/Ministério da Saúde**.- 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: il. - (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 228 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde).

CAMILLO; MATSUDA. Adaptação Transcultural e Validação do Instrumento Pittaetool para o Brasil. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(11):4518-23, nov., 2017.

CARVALHO. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança**. 2011. 173 f. Tese (Doutorado)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CARVALHO et al. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. Rev Latino Am Enfermagem. 2017;25:e2849. DOI: 10.1590/1518-8345.1600.2849.

CARVALHO; CASSIANI. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 575-582, maio/jun. 2012.

CARVALHO P. A. Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal District, Brazil. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 1):252-8.

COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 14, n. 5, p. 364-366, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN**). Políticas Públicas para a Enfermagem com base nos dados da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil.** Brasília: DF, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/politicas-publicas-para-a-enfermagem-com-base-nos-dados-da-pesquisa-perfil-da-enfermagem-no-brasil_35363.html> Acesso em: 20 mar. 2021.

COTTRELL, EK. et al. **Understanding safety in pre hospital emergency medical services for children,** 2014.

CRESPILHO et al. **Segurança do paciente na assistência Pré-Hospitalar de Emergência:** Uma Revisão Integrativa. **Uningá Review**. vol. 24, n.1, pp.45-49 (Out - Dez 2015).

DAUD-GALLOTTI R. **Adverse events and death in stroke patients admitted to the emergency department of a tertiary university hospital**. Eur J Emerg Med. 2005;12(2):63-71.

DUARTE et al. **Patient safety: understanding human error in intensive nursing care.** Rev Esc Enferm USP. 2018;52: e 03406.

GABRANI A, et al. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study. BMJ Open 2015;5: e 006528. doi:10.1136/bmjopen-2014-006528.

HAGIWARA, M. A. et al. **Patient safety and patient assessment in pre-hospital care:** a study protocol, Feb, 2016.

HEIDMANN, A. et al. **Fatores contribuintes para consolidação da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar.** Esc. Anna Nery vol.24 no.1 Rio de Janeiro 2020.

HELMREICH; MERRITT. Culture at work in aviation and medicine. Burlington (US): Ashgate, 2001.

HESSELINK G, *et al*. Improving the governance of patient safety in emergency care: a systematic review of interventions. BMJ Open. 2016;6(1):e009837.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). National research council. **Crossing the Quality Chasm**: a new health system for the 21st Century. Washington: The National Academies Press, 2001.

JAMA. **Crossing the Global Health Care Quality Chasm: A Key Component of Universal Health Coverage**. American Medical Association, 2018.

JAMES JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. J Patient Saf. 2013; 9(3):122-8.

KHAMAISEH AM; AL-TWALBEH D; AL-AJLOUNI KMG. Patient safety culture in Jordanian primary healthcare centres as perceived by nurses: a cross-sectional study. East Mediterr Health J. 2020.

LEAPE, L. L. et al. Transforming healthcare: a safety imperative. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 18, n. 6, p. 424-428, 2009.

LIKERT, R.A. A Technique for the Measurement of Attitudes. **Archives of Psychology**, v. 140, p. 1-55, 1932.

LUIZ R. B. et al. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital universitário. Rev Latino-Am Enfermagem. 2015; 23 (5): 880-7. doi: 10.1590 / 0104-1169.0059.2627.

MACEDO et al. **Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas**. Rev Esc Enferm USP· 2016;50(5):757-763.

MAIA et al. Registry of adverse events related to health care that results in deaths in Brazil, 2014-2016. Epidemiol Serv Saúde. 2018 jun; 27(2): e 2017320.

MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Jul-Set; 23(3): 581-90.

MCCANNON, C. J; HACKBARTH, A. D; GRIFFIN, F.A. Miles to go: An introduction to the 5 Million Lives Campaign. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Oakbrook Terrace, v.33, n.8, p.477- 484, 2007.

MENDES et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care.** 2009; 21(4): 279–84.

MIKAEL, S. D. S. E. **Percepção do clima de segurança do paciente em instituições hospitalares**. 2016. 89 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human.** Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015.

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. **Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health CareWorldwide.** August 28, 2018. doi:10.17226/25152.

NOVARETTI M. C. Z, et al. Nursing workload and occurrence of incidents and adverse events in ICU patients. Rev Bras Enferm. 2014; 67(5):692-9.

OLIVEIRA P. C. *et al*. Patient safety culture in home care service. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03586. doi: https://doi.org/10.1590/ S1980-220X2018040703586.

PAESE; SASSO. **Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 302-10.

PATTERSON; ANDERSON; ZIONTS. **The Emergency Medical Services Safety Champions, 2013.**

PATTERSON P. D, et al. **The Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire, 2010.**

PATTERSON P. D. et al. **Variation in emergency medical services workplace safety culture**. Prehosp Emerg Care. 2010;14(4): 448-60.

PORTO S, et al. The financial relevance of adverse events in hospitals in Brazil. Rev port saúde pública [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 10]; 10:74-80.

POZO et al. **Las emergencias extrahospitalarias ante la cultura de seguridade Out of hospital emergencies towards a safety culture**. Revista de Calidad. Asistencial. Volume 29, Issue 5, September–October 2014, Pages 263-269.

PRONOVOST; SEXTON. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. Qual Saf Health Care. 2005 Aug; 14(4):231-3.

PRONOVOST, P. J. et al. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. **JtComm J QualSaf**, n. 30, p. 59-68, 2004.

RAFTOPOULOS V; PAVLAKIS A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. J Crit Care. 2013 Feb;28(1):51-61.

REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Segurança do Paciente**, São Paulo, 2008.

REIS C. T.; MARTINS M.; LAGUARDIA J. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura.** Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.7 Rio de Janeiro July 2013.

REIS, F. F. P. et al. **Cultura de segurança em Unidades de Terapia Intensiva**. Rev Enferm Atenção Saúde. Jul/Dez 2017; 6(2):34-48.

RIGOBELLO, M. C. G. **Avaliação do clima de segurança do paciente em Unidade de Emergência de um hospital universitário do interior de São Paulo**. 2015. 83 f. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

RODRÍGUEZ et al. **Patient safety in extra-hospital emergencies.** 2012.

SCHEIN. Organizational culture and leadership. 4th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 2010.

SCHWENDIMANN R. et al. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. BMJ Quality & Safety. 2013; 22(1):32-41.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BioMed Central Health Services Research**, London, v. 6, n. 44, p. 1-10, 2006.

SILVA et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. Rev Eletr Enf, 2010.

SILVA, J.G. et al. Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. Rev Bras Epidemiol. 2009; 12(4): 591-603.

SORRA et al. Hospital survey on patient safety culture. Rockville (US): Agency for Healthcare Research and Quality; 2009.

SØRSKÅR et al. BMC Health Services Research (2019) 19:674.

TASE; QUADRADO; TRONCHIN. Evaluation of the risk of misidentification of women in a public maternity hospital. Rev Bras Enferm. 2018;71(1):120-5.

TAVARES T. Y. et al. O Cotidiano dos Enfermeiros que Atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017;7:e1466.

TERWEE C. B et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. J Clin Epidemiol. 2007. 60(1):34-42. Available from: http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(06)00174-0/pdf.

TOMAZONI et al. Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. Rev Latino Am Enfermagem 2014;22(5):755-63.

TONDO J. C. A; GUIRARDELLO E. B. Perception of nursing professionals on patient safety culture. Rev Bras Enferm. 2017;70(6):1284-90.

TOSO G. L. et al. Cultura de segurança do paciente em hospitais na perspectiva da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2016; 37 (4): e58662. doi: 10.1590 / 1983-1447.2016.04.58662.

YATES, D. L. et al. Sentara Norfolk General Hospital: accelerating improvement by focusing on building a culture of safety. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Oakbrook Terrace, v. 30, n. 10, p. 534-542, 2004.

YU A. et al. "Patient safety 2030". NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre, London, UK, 2016.

WALSHE K, BOADEN R. Patient Safety research into practice. New York: Open University Press; 2006.

WEGNER et al. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. Esc Anna Nery. 2016;20 (3): e 2016-68.

WISNIEWSKI A. M, et al. Assessment of safety attitudes in a skilled nursing facility. Geriatric Nurs. 2007; 28 (2):126-36.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient Safety. 13 September 2019. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety.

WORLD HEALTH ORGANIZATION**. Patient safety: making health care safer.** WHO, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/255507>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The international classification for patient safety (ICPS): Taxonomy - more than words. Geneva: WHO; 2009.

ZAKARI N. M. A. Attitude of academic ambulatory nurses toward Patient Safety Culture in Saudi Arabia. Life Science J. 2011;8 (3): 230-7.

ZANON R. E. B. et al. Presenteeism and safety culture: evaluation of health workers in a teaching hospital. Rev Bras. Enferm. 2021;74 (1): e 20190463.

ZAPPAROLI AS, MARZIALE MHP. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em emergências. Rev Bras Enferm 2006.

APÊNDICE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Cultura de Segurança do Paciente no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel.

Virgílio Malundo João, Enfermeiro do Hospital das Clinicas, mestrando da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, responsável pela pesquisa, orientado pela Profa. Dra. Carmen Silvia Gabriel.

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa que tem por objetivo investigar a percepção da equipe multiprofissional, quanto a cultura de segurança do paciente no serviço público de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel do SAMU-192.

Para participar você responderá uma única vez, um Questionário de Atitudes de Segurança, contendo questões abertas e fechadas.Você precisará de aproximadamente 10 à 15 minutos para responder ao questionário no seu local de trabalho. Todas as informações que você fornecer neste questionário serão utilizadas somente para essa pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador, no momento da coleta de dados na sua instituição de trabalho. Sua participação é completamente voluntária e não haverá gastos e nem remuneração pela sua participação.

Caso você venha sentir desconforto em compartilhar informações pessoais ou confidenciais salientamos que você não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações obtidas no questionário, se achar que ela é muito pessoal ou se sentir desconfortável em falar. Quanto a confidencialidade das informações, garantimos que as informações fornecidas serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Assim, os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados. Ao final desta pesquisa, o resultado poderá ser divulgado em revistas e/ou apresentado em encontros científicos, e não haverá custo nem pagamento para você enquanto participante.

Você também poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que seja prejudicado (a) por isso. Em relação aos benefícios da pesquisa, estes não serão diretos para você, mas sua participação é extremamente importante.

Esta pesquisa é importante para o campo científico, trará maior conhecimento sobre o tema abordado, melhoria na cultura de segurança do paciente nos serviços de APH Móvel, SAMU 192, e motivará novos estudos sobre o tema em questão.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com o

pesquisador ou com o Conselho de Ética em pesquisa, conforme dados fornecidos abaixo.

Uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo pesquisador responsável será entregue a você. Quando o trabalho for apresentado não será usado o seu nome e nem fornecido qualquer informação que possa identificá-lo. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa.

Obrigado pela colaboração. **Pesquisadora responsável:** Virgílio Malundo João, Pós Graduando no Programa de Pós Graduação do Departamento de Enfermagem Fundamental da EERP/USP. Endereço: Rua Niteroi, 551, Parque Industrial Lagoinha, Ribeirão Preto/SP. E-mail: malundogido@yahoo.com.br; Telefone: (16) 991218221.

Comitê de Ética em Pesquisa - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - SP: Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP. Telefone: (16) 3602.3386. Horário de atendimento do CEP (de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas).

CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIMENTO

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

"Eu _____ aceito participar desta pesquisa, respondendo o questionário proposto e declaro estar ciente das informações constantes neste 'Termo de Consentimento Livre e Esclarecido', e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto dos meus dados pessoais e da minha participação na pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa e desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa".

Ribeirão Preto, _____de_____de 2018.

Participante: _____

Responsável pela Pesquisa: _____

ANEXOS

Anexo A: Questionário de Atitudes de Segurança

Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado

Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo:

Departamento: Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área

- Use somente lápis número 2 — lápis número 2 — Preenchimento correto — Preenchimento incorreto
- Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar

Não se aplica
Concordo totalmente
Concordo parcialmente
Neutro
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica
Selecione suas respostas usando a escala abaixo:

A	B	C	D	E	X
Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica

	A	B	C	D	E	X
1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área	A	B	C	D	E	X
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	A	B	C	D	E	X
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	A	B	C	D	E	X
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	A	B	C	D	E	X
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	A	B	C	D	E	X
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	A	B	C	D	E	X
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	A	B	C	D	E	X
8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área	A	B	C	D	E	X
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	A	B	C	D	E	X
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	A	B	C	D	E	X
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros	A	B	C	D	E	X
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	A	B	C	D	E	X
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	A	B	C	D	E	X
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração	A	B	C	D	E	X
15. Eu gosto do meu trabalho	A	B	C	D	E	X
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	A	B	C	D	E	X
17. Este é um bom lugar para trabalhar	A	B	C	D	E	X
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área	A	B	C	D	E	X
19. O moral nesta área é alto	A	B	C	D	E	X
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	A	B	C	D	E	X
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)	A	B	C	D	E	X
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	A	B	C	D	E	X
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorespiratória, convulsões)	A	B	C	D	E	X
24. A administração apóia meus esforços diários: Adm unid A B C D E X Adm hosp	A	B	C	D	E	X
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: Adm unid A B C D E X Adm hosp	A	B	C	D	E	X
26. A administração está fazendo um bom trabalho: Adm unid A B C D E X Adm hosp	A	B	C	D	E	X
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: Adm unid A B C D E X Adm hosp	A	B	C	D	E	X
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): Adm unid A B C D E X Adm hosp	A	B	C	D	E	X
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	A	B	C	D	E	X
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	A	B	C	D	E	X
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	A	B	C	D	E	X
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	A	B	C	D	E	X
33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área	A	B	C	D	E	X
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	A	B	C	D	E	X
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área	A	B	C	D	E	X
36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	A	B	C	D	E	X

INFORMAÇÕES

Você já havia preenchido este instrumento anteriormente? ○ Sim ○ Não ○ Não sabe Data (mês/ano):_____

Cargo: (marque somente um)

○ Médico da equipe responsável ○ Psicólogo ○ Técnico em nutrição/ radiologia /laboratório
○ Médico residente ○ Farmacêutico (a) ○ Fonoaudiólogo
○ Chefe de enfermagem ○ Fisioterapeuta ○ Administrativo (auxiliar escritório/ secretária/ recepcionista)
○ Enfermeiro (a) ○ Assistente social ○ Suporte ambiental (pessoal da limpeza)
○ Auxiliar de enfermagem / Técnico de enfermagem ○ Nutricionista ○ Outro:

Gênero: ○ homem ○ mulher **Atuação principal:** ○ adulto ○ pediatria ○ ambos

Tempo na especialidade: ○ menos de 6 meses ○ 6 a 11 meses ○ 1 a 2 anos ○ 3 a 4 anos ○ 5 a 10 anos ○ 11 a 20 anos ○ 21 anos ou mais

Obrigado por responder este instrumento. seu tempo e sua participação são muito importantes.

POR FAVOR NÃO ESCREVA NESTA ÁREA

Anexo B: Autorização do Campo de Pesquisa

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

SUS

OF. 2737/18– CAPP
CSV/2018

Ribeirão Preto, 21 de Agosto de 2018.

Senhora Orientadora,

Informamos que o Coordenador do Serviço Público de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (SAMU) e a enfermagem (SAMU) da Secretaria Municipal da Saúde manifestaram a concordância com a realização do projeto de pesquisa em suas dependências. Solicitam que utilizem o termo condutor de veículo de urgência para designar o profissional identificado no projeto como motorista socorrista.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **"CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE APH MÓVEL"** sob a responsabilidade do Profª Drª. **CARMEN SILVIA GABRIEL** e o pesquisador **VIRGILIO MALUNDO JOAO**.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo o pesquisador apresentar-se com antecedência ao serviço para combinar melhor data para início do projeto de pesquisa.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicito que o pesquisador encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Dra. Claudia Siqueira Vassimon
Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. **CARMEN SILVIA GABRIEL**
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP
NESTA

Comissão de Avaliação Projeto de Pesquisa
Av. Francisco Junqueira 1665, Centro, Ribeirão Preto
Fones: 36041642 / e-mail: capp@saude.pmrp.com.br

Anexo C: Parecer Consubstanciado do CEP

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cultura de Segurança do Paciente no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel
Pesquisador: Virgílio Malundo João
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 06883019.9.0000.5393
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.324.444

Apresentação do Projeto:
Trata-se da avaliação das respostas às pendências

Objetivo da Pesquisa:
Sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Os riscos da pesquisa foram adequados para:
"Para esta pesquisa os riscos aos participantes são mínimos, sendo eles: Desconforto; estresse; cansaço ao responder as perguntas; tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Sem alterações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Foram realizadas as adequações no TCLE de acordo com o citado no parecer número 3.257.742.

Recomendações:
Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Visto que todas as pendências foram respondidas, considera-se o projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:
PARECER APRECIADO AD REFERENDUM.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 3.324.444

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1278715.pdf	07/05/2019 15:34:03		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO_02_TCLE_28_ABRIL_2019.pdf	28/04/2019 13:58:51	Virgílio Malundo João	Aceito
Outros	OFICIO_RESPOSTA_PENDENCIA_CEP.pdf	28/04/2019 13:00:05	Virgílio Malundo João	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/02/2019 20:31:35	Virgílio Malundo João	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	01/02/2019 18:21:09	Virgílio Malundo João	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/02/2019 18:20:43	Virgílio Malundo João	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	01/02/2019 18:19:54	Virgílio Malundo João	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	31/01/2019 04:21:49	Virgílio Malundo João	Aceito
Outros	Oficio.pdf	31/01/2019 04:19:07	Virgílio Malundo João	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	31/01/2019 03:41:49	Virgílio Malundo João	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIBEIRAO PRETO, 14 de Maio de 2019

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br