



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

PATIENT SAFETY AT SAMU: DIAGNOSIS TO PROPOSE A PROJECT TO PROMOTE HEALTH ACTIONS

^{1*}Vanessa Jaqueline Baptista, ²Sirlene Ferreira, ³Jessica Teixeira Lourenço and ⁴Flávio Bortolozzi

¹Enfermeira Intervencionista do SAMU- Maringá e Docente do Centro Universitário Integrado, Campo Mourão, PR, Brasil

²Enfermeira e Docente do Centro Universitário Integrado, Campo Mourão – PR, Brasil

³Enfermeira intervencionista do SAMU – Norte Novo – PR

⁴Enfermeiro e Docente do PPGPS e do PPGCO do UNICESUMAR, Maringá- PR, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 22nd July, 2019

Received in revised form

29th August, 2019

Accepted 03rd September, 2019

Published online 23rd October, 2019

Key Words:

Patient safety,
Emergency service,
Health professional.

ABSTRACT

Objective: To identify the attitudes that evidence the culture of patient safety by professionals of a team of Mobile Emergency Service in the prehospital context. **Method:** Quantitative, descriptive and cross-sectional study, through the application of the Safety Attitudes Questionnaire, validated and adapted to the Brazilian culture to 105 professionals who worked in a Mobile Emergency Service. **Results:** It was observed a prevalence of female professionals (64.8%), being nursing technicians (30.5%), ambulance drivers (21.9) and registered nurses (17.1%), the mean age of the participants was 34.9 years (SD ± 8.9 years), the mean working period at SAMU was 32.7 months (SD ± 42.8 months), and were employed directly to work in ambulances. Most of the answers were positive regarding patient safety in unit of Mobile Emergency Service under study. **Conclusion:** There is a need to implement the patient safety program in Mobile Emergency Service - Norte Novo, even with the discrepancy of results between the blocks evaluated.

Copyright © 2019, Vanessa Jaqueline Baptista et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Vanessa Jaqueline Baptista, Sirlene Ferreira, Jessica Teixeira Lourenço and Flávio Bortolozzi. 2019. "Patient safety at samu: diagnosis to propose a project to promote health actions", *International Journal of Development Research*, 09, (10), 30608-30613.

INTRODUCTION

A cultura da segurança é definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na RDC nº 36/2013. Como "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". Entre as características de uma cultura de segurança sólida, algumas ações merecem ser destacadas, como: reconhecer a inevitabilidade do erro; discutir e aprender com erros; identificar proativamente ameaças; e incorporar um sistema não punitivo para o relato e análise de Eventos Adversos (EA)(Silva, 2010). Mensurar o clima de segurança de uma instituição permite identificar pontos fracos e fortes do comportamento dos funcionários, além de possibilitar a

identificação das áreas mais afetadas, com a finalidade de organizar e programar intervenções. Assim, conhecer os fatores organizacionais e profissionais que podem influenciar na segurança do paciente em instituições de saúde faz-se imperativo para subsidiar a implementação de intervenções que possam contribuir para o clima de segurança nessas instituições, além de assegurar a qualidade da assistência (Souza *et al.*, 2014). Proporcionar maior segurança ao paciente depende também da promoção de uma cultura favorável nas organizações/áreas de saúde, que facilite a responsabilização coletiva pelo paciente e, assim, permita que erros sejam discutidos de maneira aberta e efetiva, com o propósito de que sejam considerados fonte de aprendizado (Barbosa, 2016). A cultura de segurança, como um aspecto da cultura da organização (Zohar *et al.*, 2007), foi conceituada pela *Health and Safety Commission* (1993) como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura. Organizações com uma cultura de

*Corresponding author: Vanessa Jaqueline Baptista, Enfermeira intervencionista do SAMU- Maringá e Docente do Centro Universitário Integrado, Campo Mourão, PR, Brasil.

segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e confiança na efetividade de medidas preventivas (Barbosa, 2016). Contudo para a segurança do paciente se faz em uma dimensão da qualidade da assistência ampla, sendo definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2004). A avaliação da cultura de segurança do paciente tem sido incorporada na rotina dos serviços de saúde, uma vez que auxilia na promoção de uma assistência segura aos pacientes, no entanto que tal abordagem é ainda incipiente nos Serviços Móveis de Urgência e Emergência pré-hospitalares (SAMU), uma vez que se encontram em fase de implantação como política de saúde do Ministério da Saúde, tendo sido ainda pouco abordada por pesquisadores, nos cursos de graduação e pós-graduação. Entendemos que resultados de pesquisas nesta área poderão ser utilizados pelos gestores destes serviços a fim de promover melhorias no clima de segurança destes serviços (Souza *et al.*, 2014; Brasil 2013a; Brasil, 2014). Diante de tais considerações, e, tendo em vista a lacuna observada na produção bibliográfica sobre a temática da avaliação da cultura de segurança nos Serviços Móveis de Urgência e Emergência, o objetivo deste artigo foi identificar as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais de uma equipe do Serviço Móvel de Urgência e Emergência no contexto pré-hospitalar.

METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa descritiva transversal, com abordagem quantitativa. Utilizou-se o Questionário Atitudes de Segurança (QAS), na versão traduzida e validada para o Brasil (Barbosa, 2016). Este instrumento é composto por duas partes: a primeira contém 41 questões sobre a percepção de segurança do paciente e a segunda questões sobre a categoria profissional, sexo, idade e tempo de atuação (Brasil, 2014b). Além desses aplicou-se um módulo de caracterização sociodemográfica dos participantes. Os 41 itens do QAS estão agrupados em seis domínios: 1) Clima de Trabalho em Equipe (CTE): qualidade do relacionamento e colaboração entre os membros de uma equipe (itens 1 a 6); 2) Clima de Segurança (CS): percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente (itens 7 a 13); 3) Satisfação no Trabalho (ST): visão positiva do local de trabalho (itens 15 a 19); 4) Percepção do Estresse (PE): reconhecimento da influência dos fatores estressores na execução do trabalho (itens 20 a 23); 5) Percepção da Gerência da Unidade (PGU) e do hospital (PGH), ambos relativos à aprovação das ações da gerência ou administração (itens 24 a 29); e 6) Condições de Trabalho (CT): percepção da qualidade do ambiente de trabalho (itens 30 a 32). Os itens 14 e 34 a 36 não fazem parte de nenhum domínio no instrumento original. Cada item do QAS segue a escala de cinco pontos de Likert, ordenada e pontuada assim: discorda totalmente (0 ponto), discorda parcialmente (25 pontos), neutro (50 pontos), concorda parcialmente (75 pontos) e concorda totalmente (100 pontos); a opção "não se aplica" não pontua. No escore final, 0 corresponde à pior percepção do clima de segurança e 100 à melhor percepção. O cálculo é feito somando-se as respostas dos itens de cada domínio e dividindo-se o resultado pelo número de itens de cada domínio (Brasil, 2013b), após inversão dos itens reversos. Considerando o instrumento específico para pesquisa hospitalar, houve a necessidade de adaptação para pesquisa na urgência e emergência pré-hospitalar, que foi

realizado pelos pesquisadores e a coordenação do Serviço, haja vista que, a cultura de segurança do paciente é uma temática "nova" para os serviços de urgência e emergência pré-hospitalar, sendo este um estudo pioneiro para a região norte do Paraná. Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde que atuam em um SAMU Regional do estado do Paraná, nas cidades de Astorga, Colorado, Maringá, Mandaguari, Nova Esperança, Paiçandu e Sarandi. Os profissionais, foram abordados em seu local de trabalho, e após a explicação dos pesquisadores acerca dos objetivos da pesquisa e verificação de adequação aos critérios de inclusão foram entrevistados pelos pesquisadores em local acordado entre os sujeitos da pesquisa.

Utilizaram-se os softwares Microsoft Excel[®] para a compilação dos bancos de dados e todas as análises foram realizadas com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*, 2016), versão 3.3.1. Os dados foram tratados por estatística descritiva, por meio de medidas de tendência central e dispersão e por frequências absolutas e relativas e os dados são apresentados no formato de tabelas. O estudo atendeu as normas éticas nacionais e internacionais em pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário Unicesumar, tendo seu projeto sido aprovado segundo o parecer de número 1.375.463. Todos os participantes assinaram ao Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

No período do estudo foram enviados 123 questionários, sendo que 105 foram respondidos, havendo uma perda de 18 participantes, destes, 12 recusaram-se a participar da pesquisa após a leitura do TCLE e 06 participantes se encontravam em férias ou de licença. Os dados relativos à caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo estão apresentados na Tabela 1. A idade média dos participantes era de 34,9 anos (DP \pm 8,9 anos), com mediana de 35 anos. A maioria era do sexo feminino 64,8% (n: 68); a categoria profissional mais frequente foi a dos técnicos de enfermagem, com 30,5% (n: 32), seguidos dos condutores de ambulâncias 21,9% (n: 23), dos enfermeiros 17,1 (n: 18), dos Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM), com 14,3% (n: 15), dos médicos com 11,4% (n: 12) e dos controladores de frota, com 1,9% (n: 2) (Tabela 1). A escolaridade dos profissionais entrevistado foi a seguinte: 43,8 (n: 46) tinham o ensino médio completo, 53,3% (n: 56) tinham o ensino superior completo e 2,9% (n: 03) tinham o ensino superior incompleto ou ainda em curso. O tempo médio de atuação no SAMU foi de 32,7 meses (DP \pm 42,8 meses) e mediana de 10 meses. O grupo foi dividido em 4 faixas de tempo de atividade (em meses), sendo a primeira de zero a 48 meses com 76,8% (n: 81); a segunda de 49 a 96 meses, com 11,6% (n: 12); a terceira de 97 a 144 meses com 8,7% (n: 9) e aqueles com 145 ou mais com 2,9% (n: 3). (Tabela 1). Os profissionais do SAMU eram lotados nas seguintes categorias: 50,5% (n: 53) atuavam diretamente nas ambulâncias, 18,8% (n: 20) atuavam na regulação da ambulância 15,9% (n: 17) atuavam na sala de regulação, 4,8% (n: 5) atuavam nos setores administrativos, os controladores de frota, operadores de helicóptero e gestores de enfermagem responderam por 2,9% (n: 3) cada um, totalizando 8,7% (n: 9) e os técnicos que trabalhavam na lavagem e assepsia dos materiais foram 1,9% (n: 2) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de frequências de variáveis sociodemográfica de trabalhadores de Um Serviço Médico de Emergência do Norte/Noroeste do estado do Paraná, 2019

variável	Categorias	n	%
Sexo	Masculino	37	35,2
	feminino	68	64,8
Categoria profissional	Médico	12	11,4
	Enfermeiro	18	17,1
	Téc. de enfermagem	32	30,5
	Condutores	23	21,9
	TARM*	15	14,3
	Controlador de frota	2	1,9
	Escolaridade	Médio Completo	46
Escolaridade	Superior Completo	56	53,3
	Superior Incompleto	03	2,9
	Tempo de atuação (em meses)	81	76,8
Tempo de atuação (em meses)	0 a 48		
	49 a 96	12	11,6
	97 a 144	9	8,7
	145 ou mais	3	2,9
Lotação		53	50,5
	Ambulância		
	Reg. médico	20	18,8
	Sala de regulação	17	15,9
	Administrativo	5	4,8
	Controle de Frotas	3	2,9
	Helicóptero	3	2,9
	Gestão de enfermagem	3	2,9
	Assepsia	2	1,9

* Técnico Auxiliar de Regulação médica

Fonte: autoria própria

Tabela 2. Distribuição de frequências de repostas ao QAS, nos blocos unidade de trabalho e Chefia, respondido por trabalhadores de Um Serviço Médico de Emergência do Norte/Noroeste do estado do Paraná, 2019

Bloco	Questão QAS	Resposta			
		Negativa n (%)	Neutras n (%)	Positiva n (%)	
Unidade de trabalho	Profissionais suficientes?	50 (48)	9 (9)	45 (46)	
	Trabalho em equipe?	11(10)	17(16)	78 (74)	
	Registro de erros, enganos e falhas?	11(10)	11(10)	84 (80)	
	Medo de relatar erros, enganos ou falhas?	6 (6)	18 (17)	81(77)	
	Há procedimentos e sistemas que previnem falhas?	9 (9)	21(20)	75 (71)	
	Os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o paciente?	17 (16)	32 (30)	57 (54)	
	As pessoas se tratam com respeito?	9 (9)	14 (13)	82 (78)	
	As pessoas apoiam umas às outras	12 (11)	28 (27)	65 (62)	
	Temos problemas com a segurança do paciente?	40 (38)	32 (30)	33 (31)	
	Fazemos coisas para melhorar a segurança do paciente?	4 (4)	20 (19)	81(77)	
	A maior quantidade de trabalho não compromete a segurança do paciente?	16 (15)	15(14)	74 (70)	
	Supervisor e/ou chefe	Sofremos pressão da chefia para trabalhar mais rápido?	71(68)	29(28)	8(8)
		Meu chefe me dá atenção sobre problemas de segurança do paciente?	72(69)	15(14)	21(20)
A chefia leva em consideração sugestões para aumentar a segurança do paciente?		4(4)	18(17)	79(75)	
Recebo elogios por trabalhar de acordo com a segurança do paciente?		3(3)	15(14)	87(83)	

Fonte: autoria própria.

Os dados relativos as respostas do questionário QAS, nos blocos Unidade de Trabalho e Supervisor/Chefe estão descritos na tabela 02. Com relação a quantidade suficiente de profissionais, observamos 46% de resposta positiva, 9% de respostas neutra e 48% de respostas negativa. Com relação ao trabalho em equipe observamos 74% de respostas positivas, 16% de resposta neutras e 10% de respostas negativas; com relação a questão relativa ao registro de erros, enganos ou falhas observamos 80% de respostas positivas, 10% de respostas neutras e 10% de respostas negativas (Tabela 2). Quando perguntados sobre receio ou medo de relatar erros, enganos ou falhas observamos que 77% das repostas foram positivas, 17% tenderam à neutralidade e 6% foram negativas; quando interrogados sobre os procedimentos que previnem erros, enganos ou falhas, 71% concordaram que estes procedimentos existem, 20% optou pela neutralidade e 9% deram respostas negativas; sobre trabalhar mais horas do que

seria o melhor para o paciente, observamos que 54% concordam com esta afirmativa, 30% optaram pela neutralidade e 16% discordam desta afirmativa (Tabela 2). A resposta sobre se as pessoas tratam o profissional com respeito, observou-se que 78% concordam com esta afirmativa, 13% optam pela neutralidade e 9% discordam desta afirmativa. Sobre a questão de que as pessoas apoiam umas às outras durante o trabalho observou-se que 62% concordam com esta afirmativa, 27% optam pela neutralidade e 11% não se sentem apoiados pelos colegas de trabalho. Quando questionados se percebem que tem problemas com a segurança do paciente, 31% concordam com esta afirmativa, 30% optam pela neutralidade e 38% discordam que que haja problemas em relação à segurança do paciente em atendimento pelo SAMU. (Tabela 2). Os trabalhadores foram questionados sobre sua percepção de são feitas coisas para melhorar a segurança do paciente, obtendo-se as seguintes respostas: 77% concordam

Tabela 3. Distribuição de frequências de repostas ao QAS, nos blocos Comunicação no trabalho, Frequência de eventos relatados e Instituição, respondido por trabalhadores de Um Serviço Médico de Emergência do Norte/Noroeste do estado do Paraná, 2019

Bloco	Questão QAS	Resposta		
		Negativa n (%)	Neutras n (%)	Positiva n (%)
Comunicação no trabalho	Sente-se à vontade para questionar decisões da chefia?	21(20)	33 (31)	51 (49)
	Tem liberdade para referir algo que afeta a segurança do paciente?	11(10)	38 (36)	57 (54)
	Tem receio de perguntar quando algo parece não estar certo?	38 (36)	47 (54)	20 (19)
	Somos informados sobre os erros que acontecem na unidade?	8 (8)	44 (42)	53 (50)
	Discutimos meios de prevenir erros, para que não ocorram de novo?	9 (9)	13 (12)	83 (79)
Frequência de eventos relatados	Erros que não colocam em risco a segurança do paciente são relatados (<i>near miss</i>)?	16 (15)	23 (23)	65 (62)
	Erros ou falhas percebidos e corrigidos preventivamente são relatados?	21 (20)	23 (22)	61 (58)
	Erros ou falhas que poderiam causar danos ao paciente, mas não causam, são relatados?	14 (13)	24 (23)	67 (64)
Instituição	Mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para o paciente?	85 (81)	15 (14)	5 (5)
	É desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades/bases do SAMU?	85 (81)	16 (15)	4 (5)
	Há boa cooperação para o trabalho em conjunto com outras unidades/bases do SAMU?	4 (4)	33 (31)	68 (65)
	Ocorre perda de informação em trocas de turnos ou plantões?	53 (50)	42 (40)	11 (10)
	Ocorre perda de informação entre unidades/bases do SAMU?	55 (52)	46 (44)	4 (4)
	As Unidades/Bases trabalham bem em conjunto para prestar a melhor assistência ao paciente?	6 (6)	11 (10)	88 (84)
	As unidades do SAMU não estão bem coordenadas entre si?	47 (45)	35 (37)	21 (20)
	As ações da direção demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade?	6 (6)	7 (7)	91 (87)

Fonte: autoria própria

Tabela 4. Distribuição de frequências da nota atribuída à segurança do paciente, obtida pelo QAS aplicado a trabalhadores de um Serviço Médico de Emergência do Norte/Noroeste do estado do Paraná, 2019

avaliação de segurança do paciente na unidade de trabalho	Resposta		
	Negativa n (%)	Neutras n (%)	Positiva n (%)
Nota de segurança do paciente obtida do QAS	16 (15)	27 (26)	62 (59)

Fonte: autoria própria

com esta afirmativa, 19% optam pela neutralidade e 4% acham que nada é feito para melhorar a segurança do paciente. A sobrecarga de trabalho e sua relação com a segurança do paciente foi também avaliada, observando-se que 70% dos trabalhadores percebem que a sobrecarga compromete a segurança do paciente, 14% optaram pela resposta neutra e 15% discordam de que a maior quantidade de trabalho interfira na segurança do paciente. (Tabela 2). No bloco de resposta que avaliou a Supervisão/Chefia, observamos que quando questionados se sofrem pressão da chefia para trabalhar mais rápido 8% concordaram com esta afirmativa, 28% optaram pela neutralidade da resposta e 68% discordaram desta afirmativa. Sobre a questão de o chefe dar atenção sobre problemas de segurança do paciente observou-se que 20% concordam com esta afirmativa, 14% optaram pela neutralidade e 69 discordam da afirmativa. Quando questionados se a chefia leva em consideração sugestões para aumentar a segurança do paciente, observamos que 75% dos trabalhadores concordam com esta afirmativa, 17% optaram pela neutralidade e 4% discordam desta afirmativa e, por fim, quando perguntados se recebem elogios por trabalhar de acordo com as normas de segurança para o paciente, 83% concordam com esta afirmativa, 14% optaram pela neutralidade e 3% discordam da afirmativa. Os dados referentes aos blocos Comunicação no trabalho, Frequência de eventos relatados e Instituição do questionário QAS estão descritos na Tabela 3.

Quanto ao bloco Comunicação no trabalho, quando questionados se se sentem à vontade para questionar decisões da chefia, 49% dos trabalhadores responderam afirmativamente, 31% optou para a neutralidade da resposta e 20% discordam desta afirmativa.

Sobre a questão se tem liberdade para referir algo que afeta a segurança do paciente observou-se que 54 avaliam afirmativamente esta questão, 36% optam pela neutralidade e 10% discordam desta afirmativa. Já com relação a ter receio de perguntar quando algo parece não estar certo 19% concordam que tem este receio, 54% optou pela neutralidade e 36% discordam da afirmativa (Tabela 3). Ainda no bloco comunicação, quando perguntados se são informados sobre os erros que acontecem na unidade, 50% responderam afirmativamente, 42% optaram pela neutralidade e 8% discordam. Na sequência avaliou-se se a equipe discute meios de prevenir erros, para que não ocorram de novo, observou-se que 79% concordam com esta afirmativa, 12% optam pela neutralidade e 9% discordam desta afirmativa (Tabela 3). No bloco do QAS Frequência de eventos relatados, quando perguntados se os erros que não colocam em risco a segurança do paciente são relatados, verificou-se que 62% concordam com esta afirmativa, 23% foram neutros e 15% discordam da afirmativa. Já na questão que avalia se erros ou falhas percebidos e corrigidos preventivamente são relatados, 58% confirmam que sim, 22% optam pela neutralidade da resposta e 20% discordam desta afirmativa. Quando questionados se erros ou falhas que poderiam causar danos ao paciente, mas não causam (*near miss*), são relatados observou-se que 64% concordam com esta afirmativa, 23% optam pela neutralidade da resposta e 13% discordam desta afirmativa (Tabela 3). Com relação ao bloco do questionário que avalia a Instituição, quando questionados se mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para o paciente 5% concordou com a afirmação, 14% nem concordaram e nem discordaram e 81% discordaram desta afirmação. Quanto a questão se é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades/bases do SAMU 5% concordam com esta afirmação, 15% optam pela neutralidade

e 81% discordam desta afirmação. Já quando questionados se há boa cooperação para o trabalho em conjunto com outras unidades/bases do SAMU 65% concordaram com esta afirmação, 31% optaram pela neutralidade e 4% discordou da afirmação (Tabela 3). Em relação à questão se ocorre perda de informação em trocas de turnos ou plantões, observou-se que 10% concordam com a afirmativa, 40% nem concordam e nem discordam e 50% discordam desta afirmação. Já com relação à perda de informação entre as unidades do SAMU, observou-se que 4% discordam da afirmativa, 10% optam pela neutralidade e 52% discordam desta afirmativa. Quando interrogados se as Unidades/Bases trabalham bem em conjunto para prestar a melhor assistência ao paciente, 84% concordaram com esta afirmativa, 10% foram neutros e 6% discordaram. Quando interrogados se as unidades do SAMU não estão bem coordenadas entre si, 20% concordaram, 37 optaram pela neutralidade e 45% discordaram da afirmação. Finalmente quando interrogados se as ações da direção demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade 87% concordaram, 7% foram neutros e 6% discordaram desta afirmativa (Tabela 3). Os dados relativos às notas atribuídas à segurança do paciente com a aplicação do questionário QAS estão demonstrados na tabela 4. Observou-se que 59% das notas obtidas foram positivas, 26% foram avaliações neutras, ou seja, nem positivas e nem negativas e 15 avaliaram a segurança do paciente na unidade como sendo negativa (Tabela 4).

DISCUSSÕES

O questionário aplicado para avaliar a cultura de segurança do paciente, identificou resultados que impacta na maior atenção aos profissionais de enfermagem, pois este obteve maior número de participação na pesquisa. Para os resultados obtidos a partir da questão sobre o levantamento de problemas relacionados a segurança do paciente, onde os profissionais responderam que não há problemas com a segurança do paciente, neste se destaca o maior foco da pesquisa, ou seja, a constituição do núcleo de segurança do paciente, juntamente com a educação continuada trabalhar a conscientização de cultura para a segurança do paciente no serviço de atendimento móvel. Ainda que a normativa tenha sido determinada para os serviços intra-hospitalares (WHO, 2004; Brasil, 2013a; Brasil 2013b), a pesquisa evidenciou a necessidade da continuação da proposta de implantação do projeto segurança do paciente. Os números apresentados nesta pesquisa demonstraram que os profissionais de maneira geral não conhecem as atitudes e técnicas estabelecidas por resoluções impostas pela OMS e Ministério da Saúde estabelecidas a partir de 2013, para o programa segurança do paciente (WHO, 2004).

Foi apresentado também uma divergência dos resultados comparados com a literatura, em relação da gerência/gestão, para incentivo ao programa segurança do paciente, o presente estudo revelou que os gestores são ativos na participação da segurança do paciente (Brasil, 2013b; Correia *et al.*, 2017). A literatura adverte este resultado, onde pesquisas nacionais diz que gestores e supervisores devem ser mais participativos no programa de segurança do paciente (Duarte *et al.*, 2015; Andrade *et al.*, 2018). Logo analisando a comunicação dos eventos adversos ou erro, para a segurança do paciente, a pesquisa apontou a maior porcentagem para o receio a comunicação do erro, devido ao medo do sistema de punição ou retaliação (Boher, 2016). É essencial supervisores trabalharem com seus colaboradores a importância da

comunicação do erro, das notificações (Correia, 2017; Beccaria, *et al.*, 2009; Fermoet *et al.*, 2016; Fontana *et al.*, 2015; Forte *et al.*, 2017). Somente através deste poderá qualificar o serviço promovendo a saúde no atendimento pré-hospitalar, pois só quando reconhece o erro, conseguimos buscar soluções para eliminá-lo. Lembrando que a OMS, estabelece a comunicação como uma das seis metas internacionais do programa segurança do paciente (Brasil, 2013a). A comunicação do erro é fundamental para construção de novas propostas e soluções, o que deve ficar claro para o colaborador a ciência que o erro faz parte do sistema do serviço de saúde, do conjunto de profissionais, todos estão relacionados (Beccaria *et al.*, 2009; Forte *et al.*, 2017). A busca de alternativas e resoluções é função do conjunto no coletivo, e não meramente de um único profissional, somente assim conseguiremos promover a saúde (Gonçalves, 2016; Buss, 2000). Quando avaliado os eventos adversos já relatados, metade dos sujeitos pesquisados relataram algum erro, porém de modo informal, lembrando que o serviço não tem o programa de segurança do paciente oficializado, tão pouco notificações dos eventos adversos. Ao analisar esses resultados ficou claro, que poderia ser explanado melhor o assunto com os sujeitos, ou seja, explicar qual é o objetivo do programa segurança do paciente, evidenciar aos profissionais por que a OMS e o ministério da saúde regulamentaram este programa aos sérvios de saúde (WHO, 2004; Brasil, 2013a; Brasil, 2014). Trabalhar a conscientização sobre o erro ou dano, também é fundamental antes de iniciar a pesquisa, para que quando realizado a coleta de dados com estes sujeitos, sentissem intimidados com as questões e pudessem expressar a realidade sobre o serviço. E por fim, ficou evidente a necessidade de incluir a discussão da segurança do paciente com todos profissionais envolvidos no cuidado, lembrando que quando se trabalha com urgência e emergência a chance de acontecer o “erro” ou dano é maior do que na assistência prestada intra-hospitalar (Bohomol, 2016), pois neste, o atendimento pode ser planejado.

Conclusões

Conclui-se que a comunicação no trabalho se apresenta como uma atitude que acontece poucas vezes, representando dados alarmantes para a segurança do paciente mesmo em condições de urgência/emergência. O programa de segurança do paciente até o momento, não apresenta obrigatoriedade para o serviço pré-hospitalar, porém de grande eficácia para os serviços de saúde, comprovado pela literatura. Este estudo permite a partir de seus resultados, sugerir a proposição de ações que melhorem as atitudes de segurança dos profissionais do SAMU –Norte Novo. Partindo do princípio que a comunicação de relato de eventos adversos são elementos fundamentais para iniciar a conscientização dos profissionais para atitudes de segurança, sugere-se para as próximas pesquisas, intervenções no serviço para sensibilização dos profissionais quanto a importância desses elementos na segurança do paciente. As mudanças das atitudes de segurança devem partir dos gestores e coordenadores, a busca do erro deve ser estimulada constantemente, fortalecer a cultura para os profissionais principalmente assistenciais, excluindo totalmente métodos de punição para o relato de eventos adversos, já que este dado evidenciado fortemente na literatura. Por fim a pesquisa evidenciou a necessidade da implantação do Programa Segurança do Paciente, como proposta para promoção da saúde no SAMU.

Agradecimentos

Serviços Móveis de Urgência e Emergência (SAMU) Norte Novo – PR por permitir a realização da pesquisa e contribuir para a realização da mesma.

REFERÊNCIAS

- Andrade LEL, *et al.* 2018. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc saúde coletiva*. 23(1): 161-172.
- Barbosa M H. 2016. Clima de segurança do paciente em um hospital privado. *Texto Contexto Enferm*. 25(3): 1-8.
- Beccaria LM, *et al.* 2009. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Revbras ter intensiva*. 21(3): 276-282.
- Bohomol E, Freitas MAO, Cunha ICKO. 2016. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. *Interface*. set; 20(58): 727-741.
- Bohrer CD. 2016. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. *RevEnferm UFSM*. Mar; 6(1): 50-60.
- Buss PM. 2000. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc saúde coletiva*. jan; 5(1): 163-177.
- Chen IC, Li HH. 2010. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Serv Res*. jun; 7(10): 1-10.
- Correia TSP., Martins MMFPS., Forte ECN. 2017. Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. *RevEnf Ref*. mar; 4(12): 75-84.
- Duarte SCM. *et al.*, 2015. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015 dez; 23(6): 1074-1081.
- Fermo VC. *et al.* 2016. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. *Rev Gaúcha Enferm*. mar; 37(1): 1-9.
- Fontana RT. *et al.* 2015. Análise documental da mídia escrita sobre eventos adversos ocorridos na prática da enfermagem. *RevEnferm UFPE*. maio; 9(4): 8103-8110.
- Forte ECN. *et al.* 2017. Erros de enfermagem: o que está em estudo. *Texto Contexto Enferm*. 26(2): 1-10.
- Gonçalves MI. 2016. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Texto Contexto Enferm*. 25(1): 1-8.
- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013a. Institui o Programa Nacional de Segurança o Paciente (PNSP) [portaria na internet]. *Diário Oficial da União* 2 abril 2013; [acesso em 28 jul 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
- Ministério da Saúde (Brasil). Resolução de diretoria colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [portaria na internet]. *Diário Oficial da União* 26 de jul 2013b; [acesso em 28 jul 2018]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e
- Ministério da Saúde. 2014. (Brasil) Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: O Ministério.
- Silva AEBC. 2010. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. *Rev Eletr Enf*, 12(3): 422.
- Sousa P., Mendes W. 2014. Organizadores. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: EAD/ENSP.
- WHO. 2004. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Suíça; [acesso em 20 jan 2018] Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
- Zohar D., Livne Y., Tenne-Gazit O., Admi H., Donchin Y. 2007. Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. *Crit Care Med*, maio; 35(5): 1312-1317.
