

**Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde***Patient safety culture in Primary Health Care*Laura Guimarães Sandoval<sup>1</sup>, Carine Raquel Blatt<sup>2</sup>, Carmen Giacobbo Daudt<sup>3</sup>, Juliana Bergmann<sup>4</sup>, Larissa Pelin Bruschi<sup>5</sup>**RESUMO**

A segurança do paciente ainda é uma temática recente na Atenção Primária à Saúde (APS). Contudo, uma vez que os atendimentos realizados nesse nível de atenção crescem e aumentam em complexidade e quantidade de pacientes, o número de eventos adversos, também se torna frequente. Serviços que apresentam uma cultura de segurança do paciente, na qual os profissionais da área da saúde compartilham valores, atitudes e comportamentos que afetam seu potencial de apresentar erros e gerar danos, tendem a prestar um cuidado mais seguro e efetivo aos seus pacientes. Dessa forma, o presente estudo teve o objetivo de realizar um diagnóstico da cultura de segurança do paciente na APS em um município de médio porte do Rio Grande do Sul. Este é um estudo transversal realizado a partir da aplicação do questionário “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária” com profissionais que atuam em serviços de APS. A avaliação geral da cultura de segurança do paciente no município apresentou um resultado positivo, ou seja, os profissionais percebem uma cultura favorável a um cuidado seguro dos pacientes. A dimensão “trabalho em equipe” se destacou como um ponto forte na pesquisa. Alguns pontos foram identificados como fracos, dentre eles o “treinamento das equipes de saúde”, “apoio dos gestores na segurança do paciente” e “pressão e ritmo de trabalho dos profissionais”, sendo essa identificação o primeiro passo para o aprimoramento da segurança do paciente na APS local.

**PALAVRAS-CHAVE:** Segurança do Paciente. Cultura Organizacional. Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT**

Patient safety is still a recent issue in Primary Health Care (PHC). However, since the care provided at this level of care grows and increases in complexity and number of patients, the number of adverse events also becomes frequent. Services that have a patient safety culture, in which healthcare professionals share values, attitudes and behaviors that affect their potential to make mistakes and generate harm, tend to provide safer and more effective care to their patients. Thus, the present study aimed to carry out a diagnosis of the culture of patient safety in PHC in a medium-sized city in Rio Grande do Sul. This is a cross-sectional study carried out using the questionnaire “Medical Office Survey on Patient Safety Culture” with professionals who work in PHC services. The general assessment of the patient safety culture in the city showed a positive result, that is, professionals perceive a favorable culture for safe patient care. The “teamwork” dimension stood out as a strong point in the research. Some points were identified as weak, such as “team training”, “leadership support for patient safety” and “work pressure and pace”, this identification being the first step towards improving patient safety in the local PHC.

**KEYWORDS:** Patient Safety. Organizational Culture. Primary Health Care.

Artigo original

<sup>1</sup> Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). <<https://orcid.org/0000-0002-8519-1541>>. E-mail: laurasandoval08@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). <<https://orcid.org/0000-0001-5935-1196>>

<sup>3</sup> Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). <<http://orcid.org/0000-0002-3727-4350>>

<sup>4</sup> Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). <<https://orcid.org/0000-0002-5571-5471>>

<sup>5</sup> Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). <<https://orcid.org/0000-0001-5196-7164>>

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define evento adverso como dano não intencional que ocorre como consequência à assistência prestada à saúde, podendo ocasionar incapacidade temporária ou permanente aos pacientes envolvidos<sup>1</sup>. A segurança do paciente está diretamente associada à redução de tais riscos, responsáveis por danos desnecessários, à um mínimo aceitável<sup>2</sup>.

A segurança do paciente vem sendo abordada em documentos, artigos e nos serviços de saúde há anos, com um aumento significativo dos mesmos após a publicação do documento produzido pelo Instituto de Medicina (IOM)<sup>3</sup> “*To Err Is Human: Building a safer health system*”, em 2000. No entanto, estudos referentes à segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) ainda são recentes e apresentam lacunas de conhecimento<sup>4</sup>.

Starfield<sup>5</sup> (2002) relata que a APS é o primeiro ponto de contato dos pacientes com os serviços de saúde, dessa forma, sendo o nível de atenção à saúde mais utilizado pela população. Esse nível de atenção vem se tornando cada vez mais complexo, uma vez que os serviços ofertados aumentaram, com ampliação das atividades clínicas executadas. Mendes<sup>6</sup> (2012) afirma que cuidados que previamente eram realizados apenas em ambiente hospitalar estão sendo transferidos para o escopo da APS, ampliando dessa forma a complexidade desse nível de assistência à saúde e, conseqüentemente, o número de eventos adversos que ocorrem a partir desse cuidado.

Uma revisão sistemática constatou que os eventos adversos mais frequentemente encontrados na APS são os associados a erros de medicamentos e erros de diagnóstico. Dentre esses erros identificados, alguns estudos apontaram que 42% a 60% foram considerados danos gerados por incidentes evitáveis. Além dessas principais causas, o estudo também apontou fatores contribuintes para incidentes na APS, sendo que o principal foi o erro ocasionado por falha na comunicação, tanto na comunicação interprofissional, quanto na comunicação dos profissionais com os usuários<sup>7</sup>. Segundo o documento publicado pela instituição britânica *The Health Foundation*, 1-2% das consultas realizadas no âmbito da APS podem gerar eventos adversos, sendo que dentre esses os mais comuns estão associados a erros de medicamentos e erros de comunicação<sup>8</sup>. A revisão sistemática de Makeham et al.<sup>9</sup> (2008) também constatou os erros de medicamentos como um dos mais frequentemente encontrados no âmbito da APS, acompanhados pelos erros de diagnóstico gerados por falha nos registros dos pacientes. Nesse estudo, verificaram também que tais erros variam de acordo com a forma de organização do serviço de saúde. No Brasil, o grande marco da segurança do paciente nos serviços de saúde ocorreu em 2013, com a publicação da Portaria nº 529, a qual instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de aprimorar e qualificar o cuidado prestado à

saúde da população em todos os serviços de saúde<sup>10</sup>. De forma complementar à Portaria, no ano de 2013, a ANVISA publicou a RDC nº 36, com o objetivo de instituir ações e definir conceitos para o aprimoramento da segurança do paciente e da qualidade dos serviços de saúde. Ressaltando pontos como a implantação, de forma obrigatória, dos Núcleos de Segurança do Paciente (NPS) e dos Planos de Segurança do Paciente (PSP) nos serviços de saúde nacionais. Além disso, ressaltou o dever desses serviços de trabalhar com prevenção de incidentes, monitoramento e criação de estratégias para redução e notificação dos EA<sup>11</sup>. O MS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a ANVISA organizaram os protocolos básicos para a segurança do paciente, seguindo as seis Metas Internacionais definidas pela OMS. O objetivo é que os serviços de saúde nacionais adiram aos protocolos de acordo com suas particularidades de trabalho, utilizando-se deles como guias para uma prática de cuidado em saúde mais seguro nos diferentes níveis de atenção à saúde<sup>12</sup>.

Em 2017, o MS aprovou a revisão das diretrizes organizacionais da APS no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 2.436: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Nessa, a temática da segurança do paciente é parte das atribuições de todos os profissionais que atuam na APS. Além disso, como parte do processo de trabalho, as equipes devem implantar estratégias de segurança do paciente tais como, proporcionar práticas assistenciais seguras, envolver os usuários do sistema na segurança, criar mecanismos para evitar eventos adversos, realizar planos locais de segurança do paciente e fornecer um cuidado centrado na pessoa, de forma integral<sup>13</sup>.

Alguns projetos nacionais com foco na segurança do paciente na APS surgiram nos últimos anos. O Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS) foi responsável pela tradução de um dos documentos da série técnica da OMS: “Erros de Medicação: Série Técnica sobre Atenção Primária mais Segura”<sup>14</sup>. Outro exemplo é o projeto que vem sendo desenvolvido desde 2018 pelo Hospital Moinhos de Vento, em Porto Alegre/RS, em parceria com o MS e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), denominado: Segurança do Paciente na Atenção Primária a Saúde. O projeto faz parte do Programa Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) e vem desenvolvendo capacitações aos profissionais da APS do país a respeito da temática<sup>15</sup>.

A cultura de segurança do paciente pode ser definida como um conjunto de competências, valores, atitudes e comportamentos, individuais e coletivos que influenciam diretamente o funcionamento de estabelecimentos de saúde e seus programas de segurança. Também faz parte da cultura de segurança do paciente o reconhecimento, por parte dos profissionais que atuam na área da saúde, do potencial que possuem de cometer erros e conseqüentemente gerar danos a partir de suas ações<sup>16</sup>. Dessa forma, organizações de saúde que apresentam uma cultura de segurança do paciente positiva tendem a apresentar resultados de cuidado mais efetivos. Além disso, Pronovost et al.<sup>17</sup> (2018) afirmam que avaliar a cultura de segurança do paciente em uma instituição de saúde é o primeiro passo para aprimorar a segurança do paciente

no âmbito da saúde, a partir da contextualização dos comportamentos e valores dos profissionais, para posterior planejamento de ações específicas para esse ambiente.

Devido à relevância do tema para a busca de uma APS de qualidade, o presente trabalho tem como objetivo realizar um diagnóstico da cultura de segurança do paciente na APS em um município de médio porte do Rio Grande do Sul.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Este é um estudo transversal realizado a partir da aplicação de um questionário para avaliação da cultura de segurança do paciente nos profissionais da Atenção Primária à Saúde de um município de médio porte do Rio Grande do Sul.

Este município está localizado no Planalto Rio-grandense, considerado o terceiro maior polo de saúde da região sul do País. Possui uma população aproximada de 200 mil habitantes, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>18</sup> referentes a 2020, e pertence à 6ª coordenadoria regional de saúde. Em relação à estrutura da Atenção Primária à Saúde, o município possui 35 Unidades Básicas de Saúde (UBS), dentre essas 19 estão vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além disso, o município também possui cinco Centros de Atendimento Integral à Saúde (CAIS), que são estruturas de saúde que foram inicialmente delineadas para realizar um atendimento secundário à saúde, porém auxiliam as áreas que ainda não possuem cobertura de APS, realizando atendimentos clínicos e de demanda espontânea aos pacientes.

Segundo dados coletados no Departamento de Gestão da Tecnologia de Informação da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (DGTI - SES/RS)<sup>19</sup>, o município apresenta atualmente uma cobertura de ESF de 25,65%, no entanto, a SMS estima que a cobertura da APS como um todo esteja próxima a 60% da população, contando todos os serviços que realizam atendimentos de atenção primária.

A população do estudo abrangeu os profissionais da área da saúde, que atuam em serviço de APS desse município, sejam UBS ou ESF. Dentre os profissionais estavam inclusos médicos, médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, gerentes de unidade, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Em março de 2020, atendendo em serviços de APS deste município, havia 36 enfermeiros, 28 médicos generalistas, 11 dentistas, 22 gerentes de APS, 2 farmacêuticos, 60 técnicos de enfermagem e 74 agentes comunitários de saúde. A amostra foi realizada por censo, sendo considerados aptos a participar todos os profissionais que possuíam uma experiência de trabalho em serviço de APS superior a seis meses. No momento de análise dos dados nenhum

questionário foi excluído devido a esse critério. No entanto, devido ao momento de pandemia durante o período no qual o estudo foi realizado, 88 funcionários da APS estavam em afastamento do serviço por auxílio-doença ou afastamento por suspeita/confirmação de COVID-19, sendo então excluídos da pesquisa. Resultando em uma amostra potencial de 145 profissionais.

O questionário aplicado foi o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)*, elaborado pela *Agency for Healthcare and Research in Quality* em 2007, originalmente criado para aplicação em ambiente hospitalar e posteriormente adaptado para o nível de APS. Durante análise de consistência interna, tal questionário apresentou um coeficiente alfa de Cronbach de 0,95. Ele foi adaptado e validado para o Brasil em 2016, sob o nome de “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”<sup>20</sup>. Sua utilização foi aprovada pelas autoras responsáveis por sua adaptação nacional mediante contato via e-mail e autorização em documento oficial.

O *MOSPSC* identifica se a cultura de segurança do paciente na APS é positiva/favorável ao cuidado seguro quando o percentual de respostas positivas for acima de 50%, além de apontar as áreas que necessitam de melhorias<sup>20</sup>. Também identifica os pontos fortes e fracos de diferentes itens no contexto da segurança do paciente, sendo considerados fortes os itens nos quais pelo menos 75% dos participantes responderam como positivo e fracos os itens com respostas negativas respondidas por um mínimo de 50% dos participantes<sup>21</sup>. O questionário é dividido em nove sessões, assinaladas de A a I, totalizando 61 itens. Ressalta-se que nas seções A até G as questões são dispostas em escalas tipo *Likert* (Discordo totalmente – Concordo totalmente), na seção H as questões proporcionam respostas do tipo múltipla escolha e na seção I há uma questão aberta (“Por favor sinta-se à vontade para fazer os comentários que você queira sobre segurança e qualidade assistencial no serviço onde você trabalha”), cuja resposta deve ser enunciada de forma discursiva.

Durante a aplicação do questionário foram avaliadas as seguintes variáveis, presentes na seção H: o cargo do profissional, o tempo de trabalho em ambiente de Atenção Primária à Saúde, a carga horária dos profissionais e a atuação ou não do profissional em algum cargo de gerência e/ou administração. Além disso, foram avaliadas nas seções A e B, respectivamente, questões relacionadas à segurança do paciente/questões de qualidade e à troca de informações da APS com outros setores da rede de atenção à saúde. Nas seções C a F do questionário foram investigadas outras 10 dimensões do escopo da segurança do paciente, sendo elas as seguintes: trabalho em equipe, pressão no trabalho e ritmo, treinamento da equipe de saúde, processo de trabalho e padronização, comunicação aberta, seguimento da assistência ao paciente, comunicação sobre o erro, apoio dos gestores na segurança do paciente, aprendizagem

organizacional, percepção geral da segurança do paciente e qualidade. A seção G do questionário aborda também a avaliação geral da segurança do paciente e qualidade.

Além da aplicação do questionário citado, devido ao momento de pandemia vivenciado durante a realização do estudo, foi incluída, na pesquisa, a seguinte pergunta: “Em decorrência das mudanças vivenciadas com a pandemia atual, você percebeu aspectos da segurança do paciente se destacarem na sua prática de trabalho? Se sim, cite a(s) mesma(s).”

O questionário utilizado é autoadministrado e foi aplicado em um período de quatro meses, de dezembro de 2020 a março de 2021 de forma eletrônica, via ferramenta de perguntas online. Primeiramente foi realizado contato com os profissionais selecionados, via e-mail institucional, explicando o objetivo da pesquisa e enviando o questionário em conjunto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para o engajamento das respostas do questionário foi planejado um cronograma de contato periódico com os profissionais a fim de alcançar aqueles que ainda não haviam respondido. Nos primeiros quinze dias de pesquisa o contato foi exclusivamente via e-mail, após foi realizado um contato quinzenal com os participantes via WhatsApp. Além disso, foi solicitado que a Secretaria Municipal de Saúde fizesse um contato prévio com os profissionais da APS do município, via e-mail, a fim de informá-los sobre os objetivos e relevância da pesquisa.

Os dados foram organizados e armazenados em planilhas do programa *Microsoft Excel®*. Para o tratamento e a análise, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 25.0. Para análise descritiva dos dados, foi calculada a frequência de resposta para cada item e a média e desvio-padrão para cada dimensão de acordo com as instruções do manual de avaliação do questionário original<sup>21</sup>. A fim de calcular os escores positivos, as questões com enunciado negativo foram analisadas com códigos reversos. Para testar a confiabilidade das respostas, foi calculado o alfa de Cronbach para cada dimensão, das seções C a F. O mesmo cálculo não foi realizado para as seções A, B e G, pois essas se encontram em escalas diferentes dos demais itens do questionário. Os resultados iguais ou superiores a 0,7 foram considerados satisfatórios. Realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, que indicou ausência de normalidade dos dados. Desta forma, utilizou-se os Testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney para avaliação da comparação das médias das porcentagens de respostas positivas referentes às variáveis “categoria profissional”, “tipo de serviço”, “tempo de serviço” e “carga horária”. As correlações entre as dimensões foram verificadas pelo coeficiente e correlação de Spearman, para o teste estatístico foi adotado o nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

Seguindo os princípios éticos e as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa em saúde que envolva seres humanos, a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre



(parecer n.º 4.271.367). Este estudo foi desenvolvido no âmbito Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 71 profissionais da APS do município, totalizando 48,96% do número total de profissionais que foram considerados aptos a participar (n=145). A maior parte dos profissionais eram médicos (n=24; 33,8%), enfermeiros (n=12; 16,9%) e técnicos de enfermagem (n=11; 15,5%). Na Tabela 1 é apresentado o perfil desses profissionais em relação a tempo de trabalho no serviço, número de horas de trabalho por semana, o tipo de serviço de APS no qual atuam e a atuação em algum cargo de gerência e/ou administração.

**Tabela 1** – Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde (n=71) que responderam o questionário de cultura de segurança do paciente no município investigado

Variável		N	%
Qual é seu cargo nesse serviço?	Médico	24	33,8
	Enfermeiro	12	16,9
	Técnico de enfermagem	11	15,5
	Agente comunitário de saúde	7	9,9
	Odontólogo	4	5,6
	Gerente de unidade	3	4,2
	Farmacêuticos	2	2,8
	Outro cargo	8	11,3
Há quanto tempo você trabalha neste serviço?	Há menos de 1 ano	18	25,4
	De 1 ano a menos de 3 anos	23	32,4
	De 3 anos a menos de 11 anos	15	21,1
	Há 11 anos ou mais	15	21,1
Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste serviço?	Até 16h	12	16,9
	17 a 32h	13	18,3
	33 a 40h	42	59,2
	>40h	4	5,6

Variável	N	(Conclusão)	
		%	
Em que tipo de serviço de Atenção Primária você atua?	Estratégia de Saúde da Família	46	64,8
	Unidade Básica de Saúde	15	21,1
	CAIS	5	7,0
	Outro	5	7,0
Você é gestor/administrador ou tem algum cargo de liderança com responsabilidade para tomar decisões financeiras pelo serviço?	Não	62	95,4
	Sim	3	4,6

Fonte: elaborada pelos autores

No Quadro 1 são apresentadas as respostas da percepção positiva dos profissionais da APS do município em relação às questões da seção A e B e às 10 dimensões do escopo da cultura de segurança do paciente analisadas.

Realizando uma média das questões positivas de cada aspecto avaliado da cultura de segurança do paciente da APS do município temos o seguinte panorama em ordem decrescente: trabalho em equipe (83,62%), segurança do paciente e qualidade (73,03%), seguimento da assistência do paciente (68,32%), aprendizagem organizacional (68,23%), comunicação aberta (63,50%), percepção geral da segurança do paciente e qualidade (57,12%), troca de informações com outros serviços (56,40%), comunicação sobre o erro (55,0%), processo de trabalho e padronização (45,85%), treinamento da equipe de saúde (34,02%), apoio dos gestores na segurança do paciente (24,50%) e pressão no trabalho e ritmo (17,02%).

**Quadro 1** – Percentual de respostas dos profissionais de Atenção Primária em Saúde com percepção positiva das diferentes dimensões do escopo da segurança do paciente

1. QUESTÕES RELACIONADAS COM SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE	
A1: ACESSO AO CUIDADO: Paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo	60,7%
A2: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: No atendimento de um paciente (não) foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente	86,5%*
A3: PRONTUÁRIOS/REGISTROS: O prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário	82,3%*



(Continuação)

<b>1. QUESTÕES RELACIONADAS COM SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE</b>	
A4: PRONTUÁRIOS/REGISTROS: Informações clínicas de um paciente (não) foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registo de outro paciente	86,8%*
A5: EQUIPAMENTO: Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou não necessitou de reparo ou substituição	57,6%
A6: MEDICAMENTO: O paciente (não) necessitou retornar à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição	72,5%
A7: MEDICAMENTO: Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta	92,3%*
A8: DIAGNÓSTICOS E TESTES: Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário	60,0%
A9: DIAGNÓSTICOS E TESTES: Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem (não) estavam disponíveis quando necessário	65,0%
A10: DIAGNÓSTICOS E TESTES: Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem (não) foi acompanhado/avaliado em tempo hábil	66,6%
<b>2. AVALIAÇÃO DA TROCA DE INFORMAÇÕES DA APS COM OS SETORES LISTADOS A SEGUIR</b>	
B1: Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde	69,7%
B2: Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde	51,6%
B3: Farmácias	67,8%
B4: Hospitais	50,0%
B5/B6: Outros	42,9%†
<b>3. TRABALHO EM EQUIPE (alfa de Cronbach = 0,734)</b>	
C1: Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam	82,4%*

(Continuação)

<b>3. TRABALHO EM EQUIPE (alfa de Cronbach = 0,734)</b>	
C2: Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais	90,2%*
C5: Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito	85,9%*
C13: Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes	76,0%*
<b>4. PRESSÃO NO TRABALHO E RITMO (alfa de Cronbach = 0,803)</b>	
C3: Neste serviço frequentemente (não) nos sentimos apressados ao atender o paciente	26,7%†
C6: Neste serviço a quantidade de pacientes (não) é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis	11,3%†
C11: Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender a quantidade de pacientes	17,4%†
C14: Neste serviço (não) há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente	12,7%†
<b>5. TREINAMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE (alfa de Cronbach = 0,789)</b>	
C4: Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados	31,9%†
C7: Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento	28,9%†
C10: Os profissionais que trabalham neste serviço (não) são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados	41,8%†
<b>6. PROCESSO DE TRABALHO E PADRONIZAÇÃO (alfa de Cronbach = 0,735)</b>	
C8: Neste serviço a desorganização (não) é maior que o aceitável	58,5%
C9: Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente	40,6%†

(Continuação)

<b>6. PROCESSO DE TRABALHO E PADRONIZAÇÃO (alfa de Cronbach = 0,735)</b>	
C12: Neste serviço (não) há problemas com o fluxo de trabalho	23,5%†
C15: A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades	60,8%
<b>7. COMUNICAÇÃO ABERTA (alfa de Cronbach = 0,769)</b>	
D1: Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho	75,3%*
D2: Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista	66,7%
D4: Neste serviço a equipe (não) tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto	55,9%
D10: Neste serviço (não) é difícil expressar opiniões diferentes	56,1%
<b>8. SEGUIMENTO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE (alfa de Cronbach = 0,763)</b>	
D3: Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina	75,8%*
D5: Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento	67,8%
D6: Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço	49,1%†
D9: Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento	80,6%*
<b>9. COMUNICAÇÃO SOBRE O ERRO (alfa de Cronbach = 0,670)</b>	
D7: A equipe deste serviço (não) acredita que seus erros possam ser usados contra si	18,0%†
D8: A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço	71,4%
D11: Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente	71,5%

(Conclusão)

<b>9. COMUNICAÇÃO SOBRE O ERRO (alfa de Cronbach = 0,670)</b>	
D12: Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço	59,1%
<b>10. APOIO DOS GESTORES NA SEGURANÇA DO PACIENTE (alfa de Cronbach = 0,797)</b>	
E1: Eles <del>não</del> estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço	16,4%†
E3: Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes	28,4%†
E4: Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o <del>serviço</del> (paciente) e não no que é melhor para <del>os pacientes</del> (o serviço)	25,7%
<b>11. APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL (alfa de Cronbach = 0,691)</b>	
F1: Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas	92,9%*
F5: Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam	48,6%†
F7: Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam	63,2%
<b>12. PERCEPÇÃO GERAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE (alfa de Cronbach = 0,725)</b>	
F2: Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes	49,2%†
F3: Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria	66,7%
F4: É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes	64,7%
F6: Neste serviço, a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado	47,9%†

\* Pontos fortes para cultura de segurança do paciente; † Pontos fracos

Observação: as palavras entre parênteses não fazem parte do questionário, foram incluídas para permitir a avaliação das respostas sob a ótica positiva da dimensão avaliada, assim como algumas palavras foram riscadas para facilitar a leitura positiva da frase.

Fonte: elaborada pelos autores

A seção G, relacionada à avaliação geral da segurança do paciente e qualidade foi analisada separadamente, com a possibilidade de identificar diferentes aspectos de uma APS de qualidade em cuidados de saúde, além de avaliar os serviços e processos clínicos utilizados

de acordo com uma cultura de segurança do paciente favoráveis a um cuidado seguro. Esses dados estão demonstrados na Tabela 2. Nesta tabela as respostas foram classificadas como: Ruim, Razoável, Bom, Muito bom ou Excelente. Desta forma, segundo o manual de análise do questionário aplicado<sup>21</sup>, foram classificadas como respostas positivas as que englobavam os itens: Bom, Muito bom ou Excelente.

**Tabela 2** – Percentual de respostas dos profissionais de Atenção Primária à Saúde com percepção positiva para a avaliação global da qualidade e segurança do paciente

Pergunta	Respostas positivas (%)
<b>G1: No geral, como você classificaria este serviço de saúde em cada uma das seguintes áreas de qualidade de cuidados em saúde?</b>	
G1A: <u>CENTRADO NO PACIENTE</u> : É sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes	31,0†
G1B: <u>EFETIVO</u> : É baseado no conhecimento científico	42,3†
G1C: <u>PONTUAL</u> : Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais	26,8†
G1D: <u>EFICIENTE</u> : Garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços)	36,6†
G1E: <u>IMPARCIAL</u> : Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de sexo, etnia, <i>status</i> socioeconômico, idioma, etc.	63,4
<b>G2: Avaliação geral em segurança do paciente</b>	
G2: No geral, como você classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham o potencial de afetar pacientes?	26,8†

† Pontos fracos para cultura de segurança do paciente

Fonte: elaborada pelos autores

Para a análise de associação das respostas com o perfil dos profissionais foram identificados os seguintes resultados: 1) na variável “cargo profissional”, os profissionais médicos apresentaram uma diferença significativa em relação ao aspecto “comunicação aberta” (valor p 0,013). 2) A variável “tempo de serviço” destacou uma maior pontuação no grupo que trabalha 1-3 anos quando comparado aos profissionais que trabalham há mais de 11 anos na rede de saúde em relação à dimensão “comunicação sobre o erro” (valor p 0,024). 3) Em relação à “carga horária” dos profissionais avaliados, a dimensão “aprendizagem organizacional” apresentou uma diferença significativa maior entre aqueles que trabalham 33 a 40 horas semanais quando comparado com os que trabalham até 16 horas semanais (valor p 0,008). 4) para a variável “tipo

de serviço” destacou-se um percentual positivo maior no quesito “treinamento de equipe” nas ESF quando comparadas com os demais serviços da APS do município (valor p 0,022).

Na análise de correlações entre as diferentes dimensões do questionário (Quadro 2) e suas respectivas dimensões da cultura de segurança do paciente, a partir do teste de Pearson, foi verificado que: O domínio A apresentou uma correlação significativa, porém desprezível, com C e F, uma correlação fraca com D e moderada com B. Além da correlação com A, B não teve correlação significativa com nenhum outro domínio. O domínio C apresentou correlação significativamente fraca com E e G, e correlação moderada com D e F. O domínio D teve uma correlação significativamente fraca com E e G, e correlação moderada com F. O domínio E teve correlação significativamente fraca com F, e F apresentou correlação significativa moderada com G.

**Quadro 2** – Correlações entre os domínios de avaliação de cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde

		<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>
		Troca de informações entre os serviços de APS com outros setores	Trabalho em equipe; Pressão no trabalho; Treinamento da equipe; Processo de trabalho	Comunicação aberta; Assistência ao Paciente; Comunicação sobre o erro	Apoio dos gestores na segurança do paciente	Aprendizagem organizacional; Percepção Geral da Segurança do Paciente e Qualidade	Avaliação geral da segurança do paciente e qualidade
<b>A:</b> Questões sobre segurança do paciente e questões de qualidade	r	<b>0,596</b>	0,29	0,407	0,064	0,276	0,212
	p - valor	0,000	0,016	0,001	0,607	0,021	0,079
	N	66	70	69	67	70	70
<b>B:</b> Troca de informações entre os serviços de APS com outros setores	r		0,180	0,209	0,015	0,226	0,086
	p - valor		0,149	0,093	0,907	0,067	0,493
	N		66	66	63	66	66



(Conclusão)

		B	C	D	E	F	G
<b>C:</b> Trabalho em equipe; Pressão no trabalho; Treinamento da equipe; Processo de trabalho	r			<b>0,588</b>	0,437	<b>0,531</b>	0,387
	p-valor			0,000	0,000	0,000	0,001
	N			70	68	71	71
<b>D:</b> Comunicação aberta; Assistência ao Paciente; Comunicação sobre o erro	r				0,354	<b>0,558</b>	0,400
	p-valor				0,003	0,000	0,001
	N				67	70	70
<b>E:</b> Apoio dos gestores na segurança do paciente	r					0,332	0,121
	p-valor					0,006	0,326
	N					68	68
<b>F:</b> Aprendizagem organizacional; Percepção Geral da Segurança do Paciente e Qualidade	r						<b>0,575</b>
	p-valor						0,000
	N						71

r > 0,9 - correlação muito forte; r entre 0,7 a 0,9 - correlação forte; r entre 0,5 a 0,7 - correlação moderada; r entre 0,3 a 0,5 - correlação fraca; r < 0,3 - correlação desprezível

Fonte: elaborada pelos autores

Para a pergunta das mudanças percebidas em relação à segurança do paciente devido à pandemia, obtivemos 30 respostas. Duas responderam apenas “não” e um participante respondeu “boa”. As demais respostas foram divididas em categorias identificadas, destacando-se as respostas relacionadas à ocorrência de um aprimoramento na higienização dos ambientes das unidades de saúde e um aumento no uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) por parte dos funcionários da APS do município. Também foi relatada uma percepção maior dos profissionais da rede de saúde sobre a importância da organização dos processos de trabalho da APS para evitar aglomerações e trabalhar com foco na equidade do cuidado nesse momento de pandemia.

Além disso, na última seção do questionário (seção I), 19 pessoas fizeram sugestões para aprimoramento dos serviços. Destacou-se uma percepção dos profissionais sobre a importância

do trabalho em equipe e do trabalho com equipes completas para o melhor funcionamento do serviço, bem como, a necessidade de protocolos de cuidado na APS. A comunicação com outros setores de saúde locais e com a gestão foi citada como um ponto a ser trabalhado cada vez mais. E, por fim, alguns participantes destacaram a evolução na qualidade dos serviços com uma melhora no atendimento aos cidadãos.

## DISCUSSÃO

Analisando as respostas dos profissionais da APS do município pode-se afirmar que, de forma geral, a cultura de segurança do paciente da APS local apresenta uma porcentagem média positiva de 53,88%, demonstrando ser favorável a um cuidado seguro da população atendida. Em relação ao percentual de adesão à pesquisa (48,96%), o manual de avaliação da mesma infere que quando o questionário é aplicado de forma eletrônica, ele tende a ter uma taxa de resposta mais baixa do que quando aplicada presencialmente<sup>21</sup>. Contudo, o fato de a pesquisa ter sido aplicada durante esse momento de pandemia, no qual os profissionais da rede de APS se encontram sobrecarregados com o trabalho, pode ter influenciado negativamente no índice de respostas.

Avaliando individualmente os principais pontos destacados por meio dos resultados, pode-se perceber que as questões relacionadas à segurança do paciente e questões de qualidade apresentaram, de forma geral, um percentual de respostas positivas elevado (68,32%), demonstrando ser um ponto favorável ao cuidado seguro na APS. Destaca-se dentro dessas questões pontos fortes como o registro de prontuários, relacionado à disponibilidade de registros adequados dos pacientes que frequentam os serviços de APS do município. Tal ponto é essencial para o atendimento seguro da população, uma vez que erros relacionados a diagnóstico gerados por falha nos registros dos pacientes é um dos principais responsáveis por eventos adversos na APS<sup>9</sup>. Além disso, um segundo ponto destacado como forte nesse quesito foi a prescrição e revisão adequada de medicamentos da APS, sendo um fator de proteção aos erros de medicamentos, os quais também são destacados como frequentes nesse âmbito<sup>7,8</sup>.

A segunda seção avaliou a troca de informações entre as unidades de saúde de APS do município com demais serviços da rede de atenção à saúde (RAS). A troca de informações com serviços como centros de imagem/laboratórios e farmácias obtiveram destaque positivo. Por outro lado, a comunicação da APS com os hospitais apresentou uma porcentagem de 50%, e com outros serviços, os quais os profissionais descreveram também como hospitais e centros terciários de saúde, apresentaram uma porcentagem positiva de 42,9%, indicando que esse ainda é um ponto fraco relacionado à segurança do paciente no município. Desde a realização da pesquisa, o município iniciou um projeto de criação de uma central de regulação de

comunicação entre os serviços primários e as emergências hospitalares, a fim de melhorar esse canal de troca de informações e garantir uma maior agilidade e eficácia no fluxo de encaminhamento dos pacientes dentro dessa parte da RAS.

As demais dimensões do escopo da segurança do paciente apresentadas nos resultados foram investigadas nas seções C a F, dentre elas, a dimensão “trabalho em equipe” se destacou como um ponto forte dos serviços avaliados, apresentando um percentual total de respostas positivas de 83,62%. Esse ponto está de acordo com uma pesquisa realizada em uma cidade do interior de São Paulo, a qual utilizou o mesmo questionário da presente pesquisa<sup>22</sup>, além de ser também a dimensão de maior força em estudos que aplicaram o mesmo questionário em serviços de atenção primária de diferentes partes do mundo<sup>23</sup>. Não existe um sistema de atendimento seguro sem um trabalho de equipe qualificado, com apoio entre os profissionais que trabalham no mesmo ambiente e respeito entre os pares. Uma revisão sistemática de 2016 aponta que a interação e a colaboração dos profissionais de uma organização de saúde fazem parte da cultura de segurança desse mesmo serviço<sup>24</sup>.

O seguimento da assistência ao paciente foi outra dimensão com avaliação positiva. Essa dimensão aparece em duas pesquisas brasileiras como o principal ponto forte dos serviços de APS locais<sup>22,25</sup>. Esse aspecto da cultura de segurança do paciente está atrelado ao acompanhamento de pacientes com doenças crônicas na APS e também à realização de busca-ativa de pacientes que necessitam de cuidados preventivos em saúde, características que fazem parte de um atendimento que valoriza a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde<sup>26</sup>.

As questões sobre aprendizagem organizacional apresentaram uma porcentagem geral positiva de 68,23%, no entanto, os valores variaram muito dependendo da pergunta realizada. Enquanto 92,9% dos profissionais responderam existir abertura para avaliação de mudança de comportamento quando detectado algum problema, apenas 48,6% responderam que o serviço é realmente eficiente em modificar seus processos de trabalho para prevenir que problemas ocorram. Assim, pode-se inferir que os profissionais possuem um espaço para discussão e avaliação dos problemas, porém ainda apresentam dificuldade em modificar efetivamente processos que podem ser capazes de gerar tais problemas. Esse é um ponto importante a ser avaliado nesse estudo, uma vez que Halligan et al.<sup>27</sup> (2011) afirmam que discutir sobre cultura de segurança do paciente é o primeiro passo para melhorar a segurança do paciente nos serviços de saúde. No entanto, é necessário ir adiante, com a implementação de ensino permanente em segurança do paciente para os profissionais da APS e estímulo por parte da gestão sobre a identificação de problemas de segurança presentes nas unidades de saúde, seguido do aprendizado com essa identificação. Também cabe ressaltar que na presente pesquisa os profissionais que trabalham em média 40 horas semanais apontaram um percentual

mais positivo em relação à aprendizagem organizacional quando comparado com os profissionais que trabalham com uma carga horária menor de 16 horas semanais, fato que pode ser associado a uma maior participação e troca de informações e questionamentos entre os profissionais que trabalham com carga horária integral nos serviços de saúde.

A fim de que seja possível realizar a implementação dos processos necessários para aprimoramento da segurança do paciente, é essencial que os serviços apresentem segurança nos aspectos relacionados à comunicação. Verbakel et al.<sup>24</sup> (2016) afirmam que fatores associados à comunicação, tanto entre profissionais da área da saúde e usuários do sistema de saúde, quanto entre os profissionais atuantes dentro de um mesmo serviço, estão diretamente relacionados a eventos adversos na Atenção Primária à Saúde, assim, tais aspectos da cultura de segurança do paciente se tornam relevantes no aprimoramento da segurança do paciente na APS. No caso da presente pesquisa, as dimensões comunicação aberta e comunicação sobre o erro apresentaram, respectivamente, percentuais gerais positivos de 63,5% e 55%. Em relação às variáveis associadas a essas dimensões, os profissionais que trabalham a menos tempo no serviço de APS local (1-3 anos) apontaram uma visão mais positiva em relação à comunicação sobre o erro quando comparados com profissionais que trabalham há mais de 11 anos nos serviços. Além disso, os médicos avaliaram de forma mais positiva a comunicação aberta quando comparado com as demais profissões; esse mesmo resultado foi encontrado em estudo semelhante realizado na Turquia<sup>28</sup>.

Nas perguntas relacionadas a esses tópicos, novamente os profissionais demonstraram uma sensação de abertura para discutir entre a equipe os problemas e os erros identificados nos processos de trabalho. No entanto, demonstraram receio que a notificação de tais erros possam ser usadas contra eles de forma punitiva. Mesquita et al.<sup>29</sup> (2016) abordam esse problema como a necessidade ainda existente dentro dos serviços de saúde em se trabalhar a culpabilização associada ao erro. A qualidade da atuação dos profissionais de saúde, e ou de uma organização de saúde, no atendimento à população pode ser influenciada positivamente pelo incentivo à notificação aberta e análise de situações que desencadearam erro ou dano<sup>16</sup>, a fim de propiciar o aprendizado a partir do erro, ao invés da punição sem discussão e sem espaço para crescimento. Reforçando que a segurança do paciente não depende apenas de um profissional responsável pelo atendimento no momento, ou apenas de uma categoria profissional, mas de processos de trabalho, os quais envolvem mudanças a nível institucional<sup>30</sup>.

Apesar da avaliação geral da cultura de segurança do paciente no município ter apresentado uma porcentagem positiva, alguns pontos importantes para um cuidado seguro na APS indicaram fragilidades que ainda precisam ser trabalhadas e fortalecidas. As dimensões processo de trabalho, e padronização e treinamento da equipe de saúde são duas delas. A primeira indicou como maior fragilidade a falta de fluxos de trabalho estabelecidos para as

atividades do cotidiano de trabalho das equipes de saúde. Mesquita et al.<sup>29</sup> (2016) afirmam que a realização de capacitações dos profissionais da APS para o reconhecimento e gerenciamento adequado de possíveis eventos adversos que possam ocorrer no trabalho é essencial para reduzir erros e tensões entre os profissionais e os usuários desse nível de cuidado. Dessa forma, o treinamento da equipe de saúde se encontra atrelado à atualização e criação de protocolos de forma periódica por meio da avaliação constante da realidade do sistema de saúde local. Outro ponto a destacar desse domínio na comparação com as variáveis é que os profissionais que atuam em ESF demonstraram uma percepção mais positiva sobre o treinamento de equipe quando comparado com os que trabalham em outros serviços de APS do município. Tasca et al.<sup>26</sup> (2020) afirmam que a ESF é o modelo de trabalho mais efetivo para o funcionamento adequado dos serviços da APS, sendo necessária sua expansão e consolidação dentro desse nível do sistema de saúde.

As dimensões com percentuais positivos mais baixos foram o apoio dos gestores na segurança do paciente (24,50%) e pressão no trabalho e ritmo (17,02%). Outros estudos realizados na APS no Brasil utilizaram o mesmo questionário da presente pesquisa, com resultados semelhantes. Em relação ao apoio dos gestores na segurança do paciente, a pesquisa realizada no estado do Paraná, que contou com uma amostra total de 550 participantes, obteve uma avaliação de respostas positivas a esse item de 38,4%<sup>31</sup>. O estudo de PAI et al.<sup>32</sup> aplicado a 188 profissionais da APS em uma cidade do Rio Grande do Sul, apresentou como única percepção negativa de sua pesquisa o item pressão e ritmo de trabalho. Esses dois itens da cultura de segurança do paciente estão atrelados à complexidade presente nos atendimentos realizados na Atenção Primária à Saúde, uma vez que, tendo como um de seus objetivos a resolutividade, os serviços de APS atendem um alto número de pacientes, de todas as faixas etárias e com múltiplas comorbidades<sup>6</sup>. Uma vez que o município estudado apresenta uma cobertura estimada de APS de 60%, as equipes atuantes, muitas vezes, trabalham com um número maior de pacientes do que seria adequado para a aplicação correta dos princípios e diretrizes do SUS e da APS<sup>33</sup>.

A revisão sistemática de Lawatti et al.<sup>34</sup> (2018) corrobora essa informação ao avaliar que um dos fatores que dificultam uma cultura de segurança do paciente positiva na APS é a proporção inadequada entre número de profissionais atuantes e pacientes que buscam os serviços de saúde primários. Possivelmente, o momento de pandemia vivenciado pode ter influenciado nas respostas dos profissionais em relação a esses pontos, uma vez que, o afastamento de profissionais da Atenção Primária à Saúde aumentou durante esse período, gerando uma sobrecarga nas equipes com número de trabalhadores reduzidos. Em relação apenas ao apoio dos gestores na segurança do paciente, foram destacados questionamentos como a falta de investimento em recursos para melhorar a qualidade do cuidado, ignorar erros

que têm relação com a segurança dos pacientes e a baixa prioridade em aprimorar os atendimentos.

Essas dimensões destacadas como pontos fracos dentro da cultura de segurança do paciente do município vêm de acordo com os comentários que os profissionais adicionaram na última seção do questionário, no qual relatam a importância da realização do trabalho com equipes completas para um cuidado mais seguro dos pacientes, além de frisarem a importância da definição de protocolos de trabalho na APS do município em questão.

Na análise dos dados da seção G, que classificam as áreas de qualidade de cuidados em saúde nos serviços de APS e que avaliam de forma geral a segurança do paciente, os profissionais apontaram esses itens como pontos fracos do sistema de saúde primário local, apresentando uma média geral de 40,02% de respostas positivas para o primeiro item, evidenciando fragilidades de atuação dos serviços em pontos essenciais para uma APS de qualidade, como possuir serviços centrados no paciente, efetivos, pontuais e eficientes. No entanto, apresentaram como ponto positivo a imparcialidade nos atendimentos, sem distinção de sexo, etnia, *status* socioeconômico, entre outros, quando do atendimento dos pacientes. Na avaliação geral em segurança do paciente, a porcentagem positiva foi de 26,8%, contrastando com a avaliação geral das dimensões anteriores do questionário. Essa diferença pode estar relacionada à própria carência relatada pelos profissionais da utilização de protocolos para prevenção e identificação de erros que possam ocasionar eventos adversos. A percepção dos profissionais da carência de protocolos e instituição de processos de trabalho padronizados na APS local também foi percebida em outro estudo realizado no Rio Grande do Sul, no qual os profissionais demonstraram interesse pela realização de capacitações e qualificações nos serviços de APS a fim de aprimorar o atendimento à população<sup>35</sup>.

Em relação às associações entre as diferentes dimensões da cultura de segurança do paciente na APS do presente estudo, apresentaram correlação moderada as questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade com as questões sobre troca de informações entre os setores. As duas dimensões se apresentaram como positivas dentro da avaliação da cultura de segurança do paciente no município. As dimensões relacionadas aos processos de trabalho também apresentaram uma correlação moderada com as questões sobre comunicação e com a percepção geral da segurança do paciente. Dessa forma, apontando que o aprimoramento da percepção dos profissionais sobre a segurança do paciente na APS depende da qualificação dos processos de trabalho, além da valorização da comunicação adequada entre os profissionais e dos profissionais com a gestão e com os usuários do sistema de saúde. Além da avaliação das correlações entre as dimensões do escopo da cultura de segurança do paciente, é importante apontar as dimensões que apresentaram resultados com baixa confiabilidade a partir do cálculo de alfa de Cronbach, sendo os mesmos “comunicação sobre o



erro” e “aprendizagem organizacional”. Tais resultados podem estar relacionados a uma fragilidade dessas dimensões dentro dos serviços de APS investigados.

Alguns pontos da cultura de segurança do paciente do município analisado parecem ter sido influenciados, tanto de forma positiva quanto negativa, pelo momento de pandemia vivenciado durante a coleta de dados, e um deles que apareceu nas respostas discursivas dos profissionais foi o aprimoramento das medidas de higiene dos profissionais e dos ambientes de saúde, além do aumento do uso de EPIs de forma rotineira. Mudanças como essas nos processos de trabalho vêm para somar no aprimoramento da segurança dos pacientes na APS e estão de acordo com as novas diretrizes organizacionais da Atenção Primária à Saúde no SUS, que por meio da Portaria nº 2.436: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>33</sup>, de 2017, orientam ser parte das atribuições de todos os profissionais membros das equipes que trabalham na APS instituir ações de segurança do paciente, a fim de diminuir os riscos e eventos adversos nesse nível de atenção à saúde. Os aspectos que ainda precisam ser aprimorados para fortalecer a cultura de segurança do paciente no município também são destacados na atualização da PNAB, uma vez que a Política orienta, como parte do processo de trabalho na APS, a implantação de estratégias de segurança do paciente, que proporcionem práticas assistenciais seguras, envolvendo os usuários do sistema na segurança, criando mecanismos para evitar eventos adversos, realizando planos locais de segurança do paciente e fornecendo um cuidado centrado na pessoa, de forma integral<sup>33</sup>.

O CONASS vem desenvolvendo, desde 2004, um projeto de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), que visa apoiar e fornecer ferramentas à gestão e organização da APS. Recentemente, a temática da segurança do paciente foi inserida em suas ações, dessa forma, Andre et. al<sup>36</sup>, apresenta um relato de experiência a respeito de uma capacitação promovida por essa iniciativa no município de Uberlândia, em Minas Gerais. O intuito principal do trabalho realizado foi sensibilizar os profissionais envolvidos com a APS do município a respeito da temática da segurança do paciente, além de incentivar a criação de uma instância ou NSP a nível de atenção primária. Estudos como este, relacionados a intervenções na APS que impactem na cultura de segurança do paciente, ainda são incipientes, evidenciando uma lacuna na literatura e a necessidade da ampliação de produções com enfoque na prática.

Como limitações deste estudo, ressalta-se o fato de sua aplicação ter ocorrido em apenas um município, não refletindo a realidade do país como um todo, porém apresentando dados semelhantes a demais estudos realizados na APS do Brasil. A pandemia relacionada à COVID-19, vivenciada durante a aplicação da pesquisa, influenciou na escolha da forma de aplicação do questionário, fato que dificultou a adesão dos participantes ao estudo. Por fim, o estudo não teve acesso ao número de profissionais que trabalhavam a menos de 6 meses no serviço de APS local e que não aderiram ao estudo antes mesmo de preencherem o questionário.

Contudo, um dos primeiros passos para o aprimoramento da segurança do paciente na APS é a avaliação e mensuração da cultura de segurança do paciente nesse nível de atenção entre os profissionais de saúde atuantes, sendo o questionário MOSPSC uma das principais ferramentas para realizar essa avaliação, uma vez que identifica a nível individual, de equipe e de organização áreas para aprimoramento<sup>26</sup>, por isso, acreditamos que os resultados podem contribuir para a gestão local e também para divulgar tal ferramenta e a cultura de avaliação de segurança na APS.

## CONCLUSÃO

A avaliação geral da cultura de segurança do paciente no município estudado apresentou um resultado positivo, ou seja, os profissionais da APS percebem uma cultura favorável a um cuidado seguro dos pacientes. Destaca-se o trabalho em equipe como um ponto forte entre os profissionais que responderam o questionário. No entanto, apesar da percepção geral positiva, alguns pontos importantes da cultura de segurança do paciente podem ser melhorados. Dentre eles, o treinamento das equipes de saúde, o apoio dos gestores na segurança do paciente e a pressão no trabalho e no ritmo de trabalho dos profissionais.

A identificação dos pontos que podem ser melhorados em relação à cultura de segurança na APS é o primeiro passo para o aprimoramento dessa segurança. A partir do diagnóstico torna-se possível a realização de um planejamento de capacitações dos profissionais e de ações de saúde que visem o cuidado seguro, reduzindo erros responsáveis por eventos adversos na APS. Além disso, a fim de garantir o aprimoramento da segurança do paciente, se torna importante a avaliação da cultura de segurança do paciente entre os profissionais do nível primário de atenção à saúde de forma sistemática, com o intuito de se realizar um monitoramento da efetividade das medidas implementadas e de gerar uma cultura forte de segurança do paciente na APS.

## REFERÊNCIAS

1. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev. bras. epidemiol.* 2005; 8(4): 393-406.
2. World Health Organization (WHO). The conceptual framework for the international classification for patient safety: Final technical report. Geneve: World Health Organization; 2009.
3. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. [citado 2021 jun 10]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182>. DOI: <http://dx.doi.org/10.17226/9728>

4. Hatoun J, Chan JA, Yaksic E, Greenan MA, Borzecki AM, Shwartz M et al. A systematic review of patient safety measures in adult primary care. *Am. J. med. qual.* 2017; 32(3): 237-45.
5. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* 1.ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
6. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.* 1.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512p. [Acesso em 2021 jun 10]. Disponível online em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf).
7. Marchon SG, Mendes WV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: Revisão sistemática. *Cad. saúde pública.* 2014; 30(9): 1815-35.
8. Estudio APEAS. *Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
9. Makeham, M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. *Methods and measures used in primary care patient safety research.* Geneva: World Health Organization; 2008.
10. BRASIL. Portaria nº. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União, Brasília;* 2013a abr 02.
11. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 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,* 2013b jul 26.
12. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente.* Brasília; 2015.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília;* 2017 set 22.
14. PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ. *Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente,* 2009. Disponível em: <http://proqualis.net/>. Acesso em: 2021 nov.
15. PROADI-SUS. *Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde,* 2018. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos/59/aps>. Acesso em: 2021 set 19.
16. National Patient Safety Agency (NPSA). *Seven steps to patient safety for primary care: The full reference guide.* United Kingdom: NHS; 2006.
17. Provonost P, Ravitz AD, Stoll RA, Kennedy SB. *Transforming patient safety: a sector-wide systems approach (Report of the WISH patient safety forum 2015).* *Ciê. Saúde Colet.* 2018; 23(1): 161-72.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Acesso em 2021 jun 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/passos-fundo.html>
19. Departamento de Gestão da Tecnologia de Informação da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande Do Sul (DGTI - SES/RS); 2017 [acesso em 2021 jun 10]. Disponível em: <http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>
20. Timm M, Rodrigues MCS. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. *Acta paul. enferm.* 2016; 29(1): 26-37.
21. Sorra J, Gray L, Famolaro T, Yount N, Behm J. *Medical office survey on patient safety culture: user's guide.* Rockville (US): Agency for Healthcare Research and Quality; 2018 jul. AHRQ Publication No: 18-0037-EF.
22. Galhardi NM, Roseira CE, Orlandi FS, Figueiredo RM. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Acta paul. enferm.* 2018; 31(4).
23. Famolaro T, Hare R, Thornton S, Yount ND, Fan L, Liu H et al. *Surveys on patient safety culture (SOPS) medical office survey: 2020 user database report.* Rockville (US): Agency for Healthcare Research and Quality; 2020 mar. AHRQ Publication No: 20-0034.

24. Verbakel NJ, Langelaan M, Verheij TJ, Wagner C, Zwart DL. Improving patient safety culture in primary care: a systematic review. *J. patient Saf.* 2016; 12(3): 152-8.
25. Raimondi DC, Bernal SCZ, Matsuda LM. Patient safety culture from the perspective of workers and primary health care teams. *Rev. saúde pública.* 2019 [acesso em 2021 jun 10]; 53: 42. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31066820/>
26. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev. panam. salud pública.* 2020; 44: e4. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>.
27. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ qual. saf.* 2011; 20: 338-43.
28. Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Quality in Health Care.* 2009; 21(5): 348-55.
29. Mesquita KO, Silva LCC, Lira RCM, Freitas CSL, Lira GV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Cogitare enferm.* 2016 [acesso em 2021 jun 10]; 21(2). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45665>
30. Mendes CM, Barroso, FF. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Rev. port. saúde pública.* 2014; 32(2): 197-205.
31. Macedo LL, Haddad MCFL, Silva AMR, Giroto E. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde em município de grande porte na percepção de trabalhadores. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso MÊS ANO DIA]; 29: e20180410. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0410>
32. Dal Pai S, Alves DFB, Pluta P, Winter VDB, Kolankiewicz ACB. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Rev. baiana enferm.* 2020; 34: e34849.
33. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 2.436/2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DOU; 2017 [acesso em 2021 jun 10]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
34. Lawati MHA, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC Fam. Pract.* 2018; 19(1): 104.
35. Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC, Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnago TSBS. Patient safety culture in the Primary Health Care. *Rev. bras. enferm.* 2019; 72(1): 27-34.
36. André CU, Silva AR, Lopes LT, Santos EF, Evangelista MJ, Faria EC. Núcleo de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: a transversalidade do cuidado seguro. *Enferm. Foco.* 2021; 12(Supl.1): 175-80.

Artigo recebido em agosto de 2021  
Versão final aprovada em outubro de 2022