

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13644

CULTURA DE SEGURANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Safety culture in primary health care**Cultura de seguridad en la atención primaria de salud***Cynthia Fernanda Teles Machado¹** **Nur Mohamad Ali El Akra²** **Elen Ferraz Teston³** **Ana Carolina Simões Pereira⁴** **Patrícia Louise Rodrigues Varela⁵** **Verusca Soares de Souza⁶** 

RESUMO

Objetivo: analisar a cultura de segurança entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Método:** estudo exploratório realizado com profissionais da atenção primária de uma capital da região Centro-Oeste brasileiro. Coletou-se dados entre janeiro e julho de 2023 utilizando-se o Medical Office Survey on Patient Safety Culture, sendo posteriormente submetidos à análise estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** participaram 355 profissionais. A dimensão da cultura de segurança melhor avaliada foi 'Seguimento da assistência ao paciente', seguida de 'Trabalho em equipe'. A 'Comunicação aberta' e 'Comunicação sobre o erro' se mostraram mais positivas entre os profissionais administrativos quando comparado aos assistenciais. A dimensão pior avaliada foi 'Pressão e ritmo de trabalho'. A cultura de segurança do paciente entre profissionais da atenção primária foi considerada fraca. **Conclusão:** elucida-se a necessidade de estratégias de educação permanente em saúde para fortalecimento da cultura de segurança, e consequente redução de riscos de erros na assistência.

DESCRIPTORES: Segurança do paciente. Atenção primária à saúde. Cultura organizacional. Enfermagem.

^{1,2,3}Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

^{4,5,6}Universidade Estadual do Paraná. Paranavaí, Paraná, Brasil.

Recebido em: 21/11/2024. **Aceito em:** 16/04/2025

AUTOR CORRESPONDENTE: Cynthia Fernanda Teles Machado

E-mail: enfacynthiafernanda@gmail.com

Como citar este artigo: Machado CFT, El Akra NMA, Teston EF, Pereira ACS, Varela PLR, Souza VS. Cultura de segurança na atenção primária à saúde. R Pesq Cuid Fundam (Online). [Internet]. 2025 [acesso em dia mês ano];17:e13644. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13644>.



ABSTRACT

Objective: to analyze the safety culture among Primary Health Care professionals. **Method:** exploratory study carried out with primary care professionals in a capital city in the Brazilian Central-West region. Data were collected between January and July 2023 using the Medical Office Survey on Patient Safety Culture, which were subsequently subjected to descriptive and inferential statistical analysis. **Results:** 355 professionals participated. The best evaluated safety culture dimension was 'Following patient care', followed by 'Teamwork'. 'Open communication' and 'Communication about errors' were more positive among administrative professionals when compared to care professionals. The worst rated dimension was 'Pressure and pace of work'. The patient safety culture among primary care professionals was considered weak. **Conclusion:** the need for continuing health education strategies to strengthen the safety culture and consequently reduce the risk of errors in care is elucidated.

DESCRIPTORS: Patient safety. Primary health care. Organizational culture. Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar la cultura de seguridad entre los profesionales de la Atención Primaria de Salud. **Método:** estudio exploratorio realizado con profesionales de la atención primaria de una ciudad capital de la región Centro-Oeste de Brasil. Los datos fueron recolectados entre enero y julio de 2023 mediante la Encuesta de Consultorio Médico sobre Cultura de Seguridad del Paciente, que posteriormente fueron sometidos a análisis estadístico descriptivo e inferencial. **Resultados:** Participaron 355 profesionales. La dimensión de cultura de seguridad mejor evaluada fue "Seguimiento de la atención al paciente", seguida del "Trabajo en equipo". La "comunicación abierta" y la "comunicación sobre errores" fueron más positivas entre los profesionales administrativos en comparación con los profesionales de la atención. La dimensión peor valorada fue "Presión y ritmo de trabajo". La cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de atención primaria se consideró débil. **Conclusión:** se dilucida la necesidad de estrategias de educación continua en salud para fortalecer la cultura de seguridad y consecuentemente reducir el riesgo de errores en la atención.

DESCRIPTORES: Seguridad del paciente. Atención primaria de salud. Cultura organizacional. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A cultura de segurança compreende comportamentos capazes de minimizar os riscos a fim de minimizar a ocorrência de danos evitáveis.¹ Os estímulos a práticas seguras contribuem com a segurança do paciente e promovem a qualidade do cuidado prestado nos serviços de saúde.²

O risco em saúde acompanha o paciente desde o momento de sua admissão em uma instituição, independentemente do nível de atenção. Logo, é imprescindível que estas procurem promover a cultura de segurança entre os profissionais de saúde de forma a garantir a segurança do paciente.

Na Atenção Primária à Saúde (APS) o profissional trabalha muitas vezes em situações instáveis, com carência de recursos, além da responsabilidade de oferecer atenção a uma diversidade de usuários em tempo reduzido, conciliando demandas programada e espontânea.^{3,4} Dentre as atribuições dos profissionais da APS acumulam-se às atividades assistenciais, administrativas, seminários e gestão das unidades.⁵ Logo, a complexidade das tarefas e a carga de responsabilidade frente à integridade do usuário do serviço de saúde⁴ acarreta desafios a qualidade da assistência prestada.

Internacionalmente, a falha na segurança do paciente na APS também se configura em realidade. Pesquisa feita na Grécia apontou existência de 50% dos incidentes com danos evitáveis no ambiente da APS dos países em desenvolvimento, com o aumento do índice em até 60% nos países subdesenvolvidos.⁶ Já no Brasil, investigação com objetivo de analisar a percepção da equipe de enfermagem frente à segurança do paciente na APS apontou desconhecimento por parte da equipe em relação à temática, havendo a necessidade de trabalho conjunto tanto da equipe de saúde quanto da gestão para efetivação da cultura de segurança.⁷

Pesquisa com objetivo identificar os desafios da segurança do paciente descritos pelos profissionais de saúde na APS apontou desafios como gestão, dos usuários e seus familiares, concluindo sua multiplicidade e complexidade.⁸ Logo, superar a visão estereotipada de que os cuidados primários são simplistas⁹ também pode ser considerada uma ação com o fito de promover a segurança do paciente na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Favorecer a oferta de assistência com qualidade e segurança ao usuário se faz primordial, logo deve-se estabelecer um ambiente que beneficie a cultura de segurança pode ser uma estratégia para a garantia da qualidade. Frente aos fatos

expostos, questiona-se: como se apresenta a cultura de segurança entre profissionais da APS? Desta forma, o presente estudo teve como objetivo analisar a cultura de segurança entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Estudo quantitativo, exploratório, realizado em uma capital da região Centro-Oeste do Brasil, seguindo as diretrizes de estudos transversais *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).¹⁰

A Rede de APS era composta de 60 Unidades de Saúde da Família (USF), 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e três Clínicas da Família (CF), distribuídas em sete Distritos Sanitários. Participaram profissionais com tempo de atuação mínimo de seis meses na função e excluídos aqueles afastados por licença médica, maternidade ou férias.

Obteve-se o quantitativo de 4231 trabalhadores, e a partir do cálculo amostral, obteve-se uma amostra heterogênea de 353 participantes, considerando o cálculo com 95% de confiança e margem de erro de 5%.

Os dados foram coletados no período de janeiro a julho de 2023 por meio de questões de caracterização sociodemográfica, econômica e funcional do trabalhador, desenvolvido pelos pesquisadores e o instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC)¹¹ traduzido e validado para a realidade brasileira.¹²

O instrumento MOSPSC apresenta 51 perguntas voltadas à segurança do paciente e a qualidade dos serviços prestados nos ambientes de cuidados primários, subdivididas em 12 dimensões, dentro de nove seções.^{11,12}

De maneira inicial, a coleta ocorreu de forma *online* na plataforma *Google Forms*, onde os instrumentos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) utilizados foram disponibilizados ao entrevistado. Solicitou-se à Coordenação de Atenção Básica do município as informações de contato das gerências para início da coleta. Em seguida, o *link* e a arte-convite eram enviados nos *e-mails* bem como via aplicativos de mensagens *Whatsapp* dos gerentes da rede, uma vez por semana, aos quais era solicitada a divulgação da pesquisa.

A partir do mês de maio, iniciaram-se visitas *in loco* em algumas Unidades sorteadas de modo não-intencional, no fito de atingir o número amostral por exaustão. Antes das visitas, foi comunicado previamente às gerências a respeito da coleta presencial, onde os profissionais eram captados e convidados a participar e responder aos questionários.

Concernente à análise do instrumento MOSPSC:¹¹ nas seções A e B, são empregadas escalas de frequência de seis pontos, onde sugere-se combinações a partir das categorias das respostas (nenhum problema nos últimos 12 meses/um ou dois problemas nos últimos 12 meses/vários problemas nos últimos 12 meses). Nestas seções não há o cálculo de percentuais negativos ou neutros. No que tange às seções C, D, E, F, realiza-se a concatenação das respostas organizadas em três categorias, a saber: I) concordo totalmente/concordo/sempre/frequentemente (respostas positivas), II) discordo totalmente/discordo/nunca/raramente (respostas negativas), e, por fim, não concordo nem discordo/às vezes (respostas neutras). Em tempo, as seções G e H trazem uma avaliação global acerca da segurança do paciente bem como da qualidade do serviço de saúde, sendo então a porcentagem de resposta calculada para cada tópico para classificá-lo como ruim, razoável, bom, muito bom ou excelente; e a seção I é um espaço onde o entrevistado pode deixar sugestões.

Desta maneira, o escore de cada dimensão foi calculado por meio da média da proporção das respostas obtidas por dimensão em cada tópico. As dimensões consideradas positivas foram classificadas como fortes quando estavam presentes nas dimensões onde 75% ou mais dos entrevistados responderam as alternativas “concordo totalmente/concordo ou frequentemente/sempre” para as perguntas delineadas positivamente, e “discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente” para aquelas perguntas delineadas negativamente.^{11,12}

Utilizou-se análise estatística descritiva e inferencial, com os dados analisados de maneira que as variáveis nominais foram expressas em frequência relativa (%) e absoluta (n) e suas associações 2 x 2 efetuadas através do teste Exato de Fisher e as de maiores contingências analisadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson, com correção de Bonferroni para identificar de modo pareado a diferença entre proporções. Destaca-se que a análise multivariada por meio do teste de regressão logística múltipla incluiu as variáveis que estatisticamente associadas ao evento estudado na análise bivariada apresentaram valor $p < 0,20$, por meio do software BioEstat 5.3.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos, recebendo aprovação sob parecer nº 5.837.387 e registrada sob CAAE: 66030522.2.0000.0021.

RESULTADOS

Participaram 355 profissionais (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos trabalhadores da atenção primária a saúde (n=355). Capital do Centro-Oeste, Brasil, 2023.

Características demográficas	(n)	%
Gênero		
Feminino	276	77,7
Masculino	76	21,4
Não-binário	3	0,8
Idade (anos)		
20 a 39	202	56,9
40 a 59	147	41,4
mais de 60	6	1,7
Etnia		
Branca	201	56,6
Parda	114	32,1
Preta	26	7,3
Amarela	11	3,1
Indígena	2	0,6
Não desejo informar	1	0,3
Estado civil		
Casado ou em União estável	191	53,8
Sem companheiro (Divorciado, separado, solteiro ou viúvo)	164	46,3
Grau de Formação		
Ensino fundamental/médio	74	20,9
Ensino superior/pós-graduação	281	79,1
Tempo de Formação		
Até cinco anos	96	27,0
De cinco a dez anos	80	22,5
Mais de dez anos	179	50,4
Cargo ou Função		
Enfermeiro	112	31,5
ACS ou ACE	63	17,8
Odontólogo	40	11,3
Administrativo/ Assessora governamental / Guarda Civil Municipal /Proinc /Assistente de serviços em saúde / Auxiliar de saúde bucal	33	9,2
Fisioterapeuta / Fonoaudiólogo /Nutricionista / Terapeuta Ocupacional/ Farmacêutico / Educador físico /Assistente Social	32	9,0
Médico	31	8,7
Gerente	22	6,2

Características demográficas	(n)	%
Técnico ou auxiliar de enfermagem	22	6,2
Tempo de Atuação na APS		
Até cinco anos	159	44,8
De cinco a dez anos	70	19,7
Mais de dez anos	126	35,5
Carga horária semanal		
Até 40 horas	336	94,6
48 a 60	19	5,4
Faz plantão em UPA/CRS/CAPS ou Hospitais	137	38,6

ACS: agente comunitário de saúde; ACE: agente de combate a endemias; Proinc: Programa de Inclusão Profissional; APS: Atenção Primária à Saúde; UPA: Unidade de Pronto Atendimento; CRS: Centro Regional de Saúde; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial. Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Acerca do atendimento clínico (seção A) e troca de informações com outros serviços de saúde (seção B), 20,00% dos profissionais responderam que pelo menos uma vez por semana um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério ou agudo, seguido de diariamente com 19,15%. No

que tange à troca de informações com outros serviços de saúde, 20,84% dos profissionais revelaram problemas diariamente com centros de imagem/laboratórios da rede. Frente a outros serviços de saúde ou médicos, 18,59% dos trabalhadores da saúde informaram problemas ao menos uma vez ao mês, (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das frequências relativas relacionadas às respostas das seções A e B do instrumento MOSPSC pelos 355 profissionais da APS. Capital do Centro-Oeste, Brasil, 2023.

Respostas	Diariamente	Pelo menos uma vez na semana	Pelo menos uma vez ao mês	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não aconteceu nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
	%	%	%	%	%	%	%
Seção A: Com que frequência estes fatos aconteceram em seu local de trabalho nos últimos 12 meses?							
Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo	19,15	20,00	11,27	7,89	11,83	20,28	9,58
No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente	5,07	5,07	6,20	6,20	18,03	36,06	23,38
O prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário	7,61	14,93	11,83	16,06	18,03	18,31	13,24

Respostas	Diariamente	Pelo menos uma vez na semana	Pelo menos uma vez ao mês	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não aconteceu nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
	%	%	%	%	%	%	%
Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente	5,07	5,07	3,66	7,04	16,62	38,31	24,23
Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição	24,51	19,72	13,24	20,28	9,86	6,48	5,92
O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição	5,63	17,46	11,27	11,83	21,97	19,44	12,39
Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta	3,66	9,30	8,17	9,30	8,45	29,58	31,55
Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário	12,39	14,65	9,30	16,06	12,39	16,90	18,31
Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário	9,58	17,18	11,55	18,87	13,24	14,37	15,21
Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil	5,07	11,27	9,58	13,24	11,55	22,25	27,04
Seção B: Nos últimos 12 meses, com que frequência este serviço de saúde apresentou problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com:							
Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde	20,85	7,32	18,87	12,68	17,75	10,42	12,11
Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde	14,93	9,01	18,59	14,93	18,31	10,99	13,24
Farmácias	20,85	8,73	15,77	13,24	12,68	16,90	11,83
Hospitais	8,45	8,73	13,80	11,83	11,27	15,77	30,14

MOSPSC: Medical Office Survey on Patient Safety Culture.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Nenhuma das dimensões avaliadas obteve porcentagens de respostas positivas classificadas como “pontos fortes” (acima de 75%). A dimensão melhor avaliada positivamente

foi ‘Seguimento da assistência do paciente’ (63,7%) e a pior avaliada foi a dimensão ‘Pressão e ritmo de trabalho’ (18,6%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das frequências absolutas e relativas relacionadas às respostas dos 355 profissionais da APS de acordo com as dimensões do instrumento MOSPSC. Capital do Centro-Oeste, Brasil, 2023.

Dimensões	Positivas		Negativas	
	%	n	%	N
1. Comunicação aberta (D1, D2, D4, D10)	49,7	166	32,9	83
2. Comunicação sobre o erro (D7, D8, D11, D12)	45,0	160	29,6	105
3. Troca de informações com outros setores (B1, B2, B3, B4)	41,7	148	36,6	130
4. Processo de trabalho e padronização (C8, C9, C12, C15)	43,4	154	34,4	122
5. Aprendizagem organizacional (F1, F5, F7)	55,2	196	22,1	78
6. Percepção geral de segurança do paciente e qualidade (F2, F3, F4, F6)	51,8	184	27,3	97
7. Apoio dos gestores na segurança do paciente (E1, E2, E3, E4)	26,7	95	46,8	166
8. Seguimento da assistência ao paciente (D3, D5, D6, D9)	63,7	226	11,3	40
9. Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10)	49,0	174	33,0	117
10. Treinamento da equipe (C4, C7, C10)	34,4	122	46,2	164
11. Trabalho em equipe (C1, C2, C5, C13)	60,3	214	22,0	78
12. Pressão e ritmo de trabalho (C3R, C6R, C11, C14)	18,6	66	69,0	244

MOSPSC: *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Não houve associação entre a característica da função e percentual de respostas positivas em relação a segurança do

paciente entre os profissionais que exercem funções assistenciais ou administrativos ($p=0,86$) (Tabela 4):

Tabela 4 – Representação da distribuição das frequências relativas relacionadas às respostas dos 300 profissionais com funções assistenciais e dos 55 com funções administrativas da APS de acordo com as dimensões do instrumento MOSPSC. Capital do Centro-Oeste, Brasil, 2023.

Dimensões	Assistenciais	Administrativos
	%	%
1. Comunicação aberta (D1, D2, D4, D10)	45,50	54,10
2. Comunicação sobre o erro (D7, D8, D11, D12)	42,90	55,90
3. Troca de informações com outros setores (B1, B2, B3, B4)	61,30	78,20
4. Processo de trabalho e padronização (C8, C9, C12, C15)	26,80	26,40
5. Aprendizagem organizacional (F1, F5, F7)	51,00	56,80
6. Percepção geral de segurança do paciente e qualidade (F2, F3, F4, F6)	52,80	69,10
7. Apoio dos gestores na segurança do paciente (E1, E2, E3, E4)	40,90	58,20
8. Seguimento da assistência ao paciente (D3, D5, D6, D9)	41,10	45,90
9. Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10)	49,50	46,50
10. Treinamento da equipe (C4, C7, C10)	30,10	52,10
11. Trabalho em equipe (C1, C2, C5, C13)	58,10	72,70
12. Pressão e ritmo de trabalho (C3R, C6R, C11, C14)	17,70	22,70

MOSPSC: *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Nota: *Percentual de respostas positivas.

Foi significativa a diferença entre as proporções de respostas positivas relacionadas a avaliação geral e as dimensões da avaliação ($p < 0,0001$), sendo observado no pós-teste com análises pareadas que a dimensão ‘efetivo’ obteve maior percentual de respostas positivas (Excelente/Muito bom/Bom) quando

comparada à dimensão ‘Centrada no paciente’, ‘Pontual’ e ‘Eficiente’. Todavia, a dimensão ‘Efetivo’ não diferiu da “Imparcial”, mas esta apresentou prevalências significativamente maiores que a dimensão “Pontual” (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da frequência de respostas relacionadas à avaliação geral da segurança do paciente e da qualidade do serviço de saúde. Capital do Centro-Oeste, 2023.

Avaliação Geral	Classificação MOSPSC	
	Excelente/Muito bom/Bom	Razoável/Ruim
Centrado no paciente	60,9 (216) ^b	39,1 (139)
Efetiva	73,9 (262) ^a	26,2 (93)
Pontual	52,3 (186) ^c	47,6 (169)
Eficiente	62,2 (221) ^b	37,7 (134)
Imparcial	69,6 (247) ^{ab}	30,4 (108)
Valor de p	p<0,0001	

MOSPSC: *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Nota: *Letras diferentes na coluna apontam as diferenças entre as dimensões (Teste Qui-quadrado com correção de Bonferroni). Valores expressos em frequência relativa e absoluta %(n).

DISCUSSÃO

Dentre os participantes do estudo, 31,5% eram enfermeiros. A atuação desse profissional na Atenção Primária remete à integralidade do cuidado, a promoção da saúde, o que contribuiu para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.¹³

Nenhuma das 12 dimensões avaliadas obteve taxa de respostas “fortes” (acima de 75%), o que remete a fragilidade da cultura de segurança entre os profissionais da APS da capital em estudo. Similaridade à média de respostas positivas foram encontradas em outros estudos realizados com a finalidade de avaliar a segurança do paciente na APS utilizando o instrumento MOSPSC. À exemplo da afirmativa anterior, cita-se 49,9% em estudo em Brasília, e 50,8% no Paraná.^{14,15}

Quanto ao tempo de atuação, 44,8% dos profissionais atuavam há menos de cinco anos, sugerindo alta rotatividade dos trabalhadores. Este fator constitui uma barreira na cultura de segurança, pois restringe o estabelecimento do vínculo paciente-profissional, essencial na organização da APS, podendo comprometer a longitudinalidade, pois para que esta ocorra com melhor propriedade, há a necessidade do acompanhamento do usuário de forma contínua ao longo do tempo dentro da rede com criação de vínculo com a APS que é ordenadora e coordenadora do cuidado.^{16,17}

Todavia, o ‘Seguimento da assistência ao paciente’ obteve a melhor avaliação 63,7%, o que sugere que a rede procura manter o acompanhamento do paciente, conforme programas de saúde determinados pelo Ministério da Saúde.¹⁸ Apesar de

esta dimensão não ser considerada como “forte”, pois não atingiu 75% de avaliação, os resultados da presente investigação se apresentaram melhor quando comparada a outros municípios.^{14,15}

Em contrapartida, ‘Pressão e ritmo de trabalho’ foi a pior dimensão avaliada, com 18,6% de respostas positivas. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo de Brasília, onde esta dimensão apresentou 24,7% de respostas positivas.¹⁴ Internacionalmente, em Ljubljana, essa dimensão apresentou apenas 10,7% de positividade.¹⁹ Este dado pode ser justificado pela demanda de atribuições exercidas na APS, como atividades assistenciais, administrativas, dentro e fora das Unidades de saúde,^{3,4,5} levando a equipe a se sentir sobrecarregada.¹⁴

Inferi-se que avaliação baixa quanto a “Pressão e ritmo de trabalho”, está associada à influência da carga de trabalho na distração durante a assistência ao paciente.²⁰ Assim sendo, estes resultados apontam a fragilidade da segurança do paciente nesta dimensão, havendo a necessidade de se abordar questões organizacionais de fluxo de assistência,^{14,15} visto que essas características são inerentes ao processo de trabalho na APS.²¹

As dimensões ‘Suporte da liderança para segurança do paciente’ e ‘Treinamento da equipe’ foram outras mal avaliadas, com 26,7% e 34,4% respectivamente. A avaliação dessa dimensão converge com resultados de outra pesquisa,¹⁴ reiterando a sua fragilidade. Logo, se faz necessária a colaboração entre os profissionais, com o envolvimento da Rede para o treinamento dos profissionais com o fito de melhorar os processos assistenciais e por sua vez, a cultura de segurança.

A APS tem como base o trabalho em equipe.²² ‘Trabalho em equipe’ se deu como a segunda melhor avaliação entre as dimensões, com 60,3%. É importante destacar que a organização dos profissionais da saúde na APS é conhecida como “equipes”,²³ e nessa perspectiva, o trabalho em equipe é fundamental para o fortalecimento da cultura de segurança, pois possibilita o bem-estar dos profissionais garantindo uma assistência mais efetiva.²⁴

Um dos meios que mais pode colaborar com a gestão de riscos entre os trabalhadores das unidades de saúde é a notificação dos incidentes.²⁵ Dito isto, observou-se que ‘Comunicação aberta’ e ‘Comunicação sobre o erro’ se mostraram mais positivas entre os profissionais administrativos em relação aos assistenciais (54,10% e 45,50%; 55,90% e 42,90%, respectivamente). A comunicação pode impactar positivamente na análise das situações de risco e acompanhamento das estratégias adotadas com vistas a melhorar a cultura de segurança.²⁵ Logo, reforça-se a necessidade do envolvimento dos profissionais responsáveis pela assistência no entendimento de que a comunicação é importante e que uma cultura justa, não pune pessoas e sim, revisa processos.

A ‘Troca de informações com outros setores’ se mostrou como uma dimensão também com baixos escores, com 41,7% de repostas positivas. Observa-se que entre os profissionais administrativos a dimensão foi melhor avaliada, com 78,20%, comparada a 61,30% dos profissionais assistenciais. Este apontamento pode ser justificado devido aos trabalhadores administrativos estarem em maior contato com os serviços burocráticos.²⁶ No Brasil as informações geradas nos serviços de saúde dão suporte à condução do SUS,²⁷ interagindo os serviços da RAS.

A integração da APS com os níveis secundário e terciário, por meio de informatização com unidades reguladoras ou de casos complexos, promove a disponibilidade de informações clínicas de maneira integrada, inclusive com serviços particulares, o que possibilita a continuidade do cuidado e fortalece a segurança do paciente em encaminhamentos e remoções.¹⁸ Desta forma, a fragilidade evidenciada nessa dimensão sugere a necessidade de fortalecimento das ações e envolvimento dos profissionais da assistência direta na comunicação com os outros profissionais da Rede, para garantir a transição do cuidado de forma segura, fortalecendo o princípio da resolutividade.

No que tange à avaliação geral da segurança do paciente e do serviço de saúde, observou-se que os profissionais avaliaram em sua maioria como ‘Excelente/Muito bom/Bom’, sendo significativa a diferença entre as proporções observadas entre as respostas positivas, dado que se assemelha com outros estudos

brasileiros.^{14,28} Nesta perspectiva, a dimensão ‘Efetiva’ obteve maior prevalência de respostas positivas (73,9%) quando comparada às dimensões ‘Eficiente’ (62,2%), ‘Centrada no paciente’ (60,9%) e ‘Pontual’ (52,3%).

A dimensão ‘Efetiva’ não diferiu da ‘Imparcial’, mas essa última apresentou prevalências significativamente maiores que a dimensão ‘Pontual’. E, apesar do fato da dimensão ‘Pontual’ ter sido avaliada positivamente, esta se apresentou com menor percentual concernente à avaliação geral da segurança do paciente e do serviço de saúde. Este resultado se deu semelhante ao de outro estudo,¹⁴ sugerindo que embora não esteja dentro do esperado, são feitas ações para diminuir o tempo de espera dos pacientes, priorizando atendimentos ou diminuição dos atrasos. Todavia, este achado mostra mais um ponto de avaliação negativa da cultura de segurança do município pesquisado, visto que corrobora com o evidenciado na dimensão ‘Pressão e ritmo de trabalho’, que se mostrou a mais mal avaliada de todas as dimensões.

As fragilidades identificadas nesta investigação corroboram com outros estudos e que podem culminar em ocorrência de incidentes. Frente aos resultados apresentados, conjectura-se que um ambiente com uma cultura de segurança enfraquecida, pode acarretar riscos para a assistência aos pacientes, impactando negativamente no cuidado em saúde. Embora os resultados sejam limitados a uma capital brasileira, os achados podem contribuir para a elucidação das barreiras na cultura de segurança no contexto da APS e oferecer subsídios para nortear estratégias que contribuem para o cuidado seguro e de qualidade.

CONCLUSÃO

A cultura de segurança do paciente entre profissionais da atenção primária foi considerada fraca em razão de nenhuma dimensão do instrumento de cultura de segurança do paciente ter sido avaliada como positiva. Os achados apontam desafios na comunicação bem como a troca de informação com outros setores, treinamento em equipe e suporte da liderança para segurança do paciente. Nesse sentido, sugere-se a educação permanente em saúde para fortalecimento da cultura de segurança, com participação coletiva de usuários e comunidade, com consequente mitigação de riscos de incidentes relacionados à assistência.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organisation (WHO). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable

- harm in health care [Internet]. Org.br. 2021 [cited 2023 aug 22]. Available from: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/03/9789240032705-eng.pdf>.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Relatório da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde -2021 [Internet] [acesso em 24 de janeiro 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/relatorio-da-avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente-2021>.
 3. Biff D, Pires DEP de, Forte ECN, Trindade L de L, Machado RR, Amadigi FR, et al. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2020 [acesso em 24 de janeiro 2024];25(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.28622019>.
 4. Gomes MR, Araújo TM de, Soares JF de S, Sousa CC de, Lua I. Estressores ocupacionais e acidentes de trabalho entre trabalhadores da saúde. *Rev Saude Publica*. [Internet]. 2021 [acesso em 03 de março 2024];55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002938>.
 5. Toso BRG de O, Fungueto L, Maraschin MS, Tonini NS. Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. [Internet]. 2021 [acesso em 03 de março 2024];45(130). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202113008>.
 6. Antonakos I, Souliotis K, Psaltopoulou T, Tountas Y, Kantzanou M. Patient Safety Culture assessment in primary care settings in Greece. *Healthcare (Basel)*. [Internet]. 2021 [cited 2023 aug 22];9(7). Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare9070880>.
 7. Silva L de LT, Dias FC de S, Maforte NTP, Menezes AC. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2022 [acesso em 03 de março 2024];26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0130>.
 8. Nora CRD, Beghetto MG. Patient safety challenges in primary health care: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2020 [cited 2023 aug 22];73(5). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0209>.
 9. Mendes, EV. Desafios do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS [Internet]. 2019 [acesso em 29 de março de 2024]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>.
 10. Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. Declaração de fortalecimento do relato de estudos observacionais em epidemiologia (STROBE): diretrizes para relato de estudos observacionais. *BMJ*. 2007 [acesso em 29 de março 2024];335. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD>.
 11. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Content last reviewed October 2023 [cited 2024 oct 22]. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Available from: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/medical-office/index.html>.
 12. Timm M, Rodrigues MCS. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2016 [acesso em 03 de outubro 2023]; 29(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600005>.
 13. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018 [cited 2024 sep 10];71(suppl 1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>.
 14. Araújo GL, Amorim FF, de Miranda RCPS, Amorim FFP, Santana LA, Göttems LBD. Patient safety culture in primary health care: Medical office survey on patient safety culture in a Brazilian family health strategy setting. *PLoS One*. [Internet]. 2022 [cited 2024 sep 10];17(7):e0271158. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271158>.
 15. Raimondi DC, Bernal SCZ, Matsuda LM. Patient safety culture from the perspective of workers and primary health care teams. *Rev. saúde pública*. [Internet]. 2019 [cited 2024 sep 10];53(42). Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000788>.
 16. Tonelli BQ, Leal APDR, Tonelli WFQ, Veloso DCMD, Gonçalves DP, Tonelli SQ. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Fac Odontol – UPF*. [Internet]. 2018 [acesso em 03 de março 2024];23(2). Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rfo.v23i2.8314>.
 17. Oliveira LGF. Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na Atenção Primária à Saúde. Pedro & João Editores; 2023 [acesso em 03 de março 2024]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.51795/9786526505793>.
 18. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2020 [acesso em 03 de março 2024];44. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>.
 19. Vrtič Potočnik T, Klemenc-Ketiš Z. Perception of Patient Safety Culture at the primary care level: The case

- of the Community Health Centre Ljubljana. *Zdr Varst*. [Internet]. 2024 [cited 2024 nov 22]; 63(1):21–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.2478/sjph-2024-0004>.
20. Dal Pai S, Brigo Alves DF, Pluta P, Dalsasso Batista Winter V, Kolankiewicz ACB. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Rev. baiana enferm*. [Internet]. 2020 [acesso em 07 de setembro 2023];34. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34849>.
21. Giles SJ, Parveen S, Hernan AL. Validation of the primary care patient measure of safety (PC PMOS) questionnaire. *BMJ Qual Saf*. [Internet]. 2019 [cited 2023 aug 22]; 28(5). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-007988>
22. Brasil. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. [Internet]. Gov.br. [acesso em 07 de julho de 2024]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html.
23. Matos MEC de, Bowes ECS. Aspectos metodológicos para priorização de municípios: a experiência da diretoria da atenção básica. *Rev Baiana Saúde Pública*. [Internet]. 2021 [acesso em 07 de setembro 2023];45(Especial_3):53–64. Disponível em: https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.nEspecial_3.a3541.
24. De Souza VS, De Oliveira JLC, Costa MAR, De Vicente G, Mendonça RR, Matsuda LM. Associação entre clima de segurança e a carga de trabalho da enfermagem. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2019 [acesso em 07 de setembro 2023];24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58976>.
25. Harada M de JCS, Silva AEB de C, Feldman LB, Tavares SS, Gerhardt LM, Lima Júnior AJ de, et al. Reflections on patient safety incident reporting systems. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2021 [cited 2023 aug 22];74(suppl 1):e20200307. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0307>.
26. Masetto-Rodrigues S, de Miranda Araújo Soares AP. Distantes, mas nem tanto: percepção de sofrimento psíquico de profissionais administrativos de um hospital. *Psicodebate*. [Internet]. 2023 [acesso em 09 de setembro 2024];9(1). Disponível em: <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V9N1A13>.
27. Cunha FJAP, Lima GL de Q, Amaral LAF de O do, Meirelles RF. Manual de gestão arquivística de documentos em saúde. Edufba; 2021 [acesso em 03 de setembro 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/34424>.
28. Göttems LBD, Almeida MO de, Raggio AMB, Bittencourt RJ. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2019 [acesso em 03 de setembro 2023];24(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08522019>.