

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS

PATIENT SAFETY CULTURE IN PRIMARY HEALTH CARE FROM THE NURSES' PERSPECTIVE

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA

Fabiula Maria Mocelin¹

Ana Graziela Alvarez²

Juliana Cristina Lessmann Reckziegel³

Como citar: MOCELIN, F.M; ALVAREZ, A. G; RECKZIEGEL, J.C.L. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde na perspectiva dos enfermeiros **Revista Saúde e Comportamento**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p.69-88, 2024.

RESUMO

Objetivo: Analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde junto a enfermeiros atuantes na atenção primária de 18 municípios da Região Serrana do Estado de Santa Catarina. **Metodologia:** Estudo *Survey*, quantitativo, realizado com a participação de 37 enfermeiros. Os dados foram coletados com o instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*, em versão brasileira, contendo 52 questões que permitem a análise de 12 dimensões da cultura de segurança do paciente. **Resultados:** As dimensões avaliadas como positivas/fortes foram “Aprendizagem organizacional” (79,41%), “Trabalho em equipe (78,62%) e “Troca de informações com outras instituições (75%). A dimensão “Ritmo e pressão no trabalho” foi a única apontada como frágil/fraca (22,3%). **Conclusão:** O estudo demonstrou que a percepção dos enfermeiros aponta para a necessidade emergente de rever sobre tanto o ritmo, quanto a pressão no trabalho durante a assistência em saúde. Destaca-se a importância desse estudo sob o ponto de vista diagnóstico situacional da região estudada, os quais apontam alguns caminhos que já podem ser trilhados pelos enfermeiros, equipes e gestores dos serviços de saúde da região para melhoria da qualidade e segurança nos serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Enfermagem, Cultura de Segurança do Paciente.

¹ Enfermeira. Mestre em Ambiente e Saúde pela Universidade do Planalto Catarinense. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva, APH e Emergência. Especialista em Saúde da Família e Saúde do Idoso. Atuou como enfermeira de clínica médica e clínica cirúrgica no Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos. <http://lattes.cnpq.br/1163368312526638>

² Enfermeira. Professor Adjunto no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Curso de Graduação em Enfermagem (Área: Enfermagem Cirúrgica), Mestrado Profissional em Informática em Saúde (PPGINFOS) e Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da UFSC. Pós-Doutorado - Área: Tecnologias educacionais no ensino da segurança cirúrgica. Doutorado em Enfermagem - Área: tecnologias persuasivas no ensino-aprendizagem em enfermagem. <https://orcid.org/0000-0002-3943-9884> Currículo: <http://lattes.cnpq.br/4107747774352217>

³ Enfermeira. Pós-Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora em Enfermagem (UFSC). Mestre em Enfermagem (UFSC). <https://orcid.org/0000-0003-4747-4038> Currículo: <http://lattes.cnpq.br/1275491007527567> E-mail: julianalessmann@gmail.com

ABSTRACT:

Objective: Analyze the dimensions of the patient's safety culture in Primary Health Care with nurses working in primary care in 18 municipalities of the Serrana Region of the State of Santa Catarina. **Methodology:** Survey study, quantitative, conducted with the participation of 37 nurses. The data were collected with the instrument Medical Office Survey on Patient Safety Culture, in Brazilian version, containing 52 questions that allow the analysis of 12 dimensions of the patient safety culture. **Results:** The dimensions evaluated as positive/strong were "Organizational learning" (79.41%), "Teamwork" (78.62%) and "Exchange of information with other institutions (75%). The dimension "Rhythm and pressure at work" was the only one pointed out as fragile/weak (22.3%). **Conclusion:** The study showed that the perception of nurses points to the emerging need to review both the pace and pressure at work during health care. The importance of this study from the point of view of situational diagnosis of the region studied is highlighted, which point out some paths that can already be taken by nurses, teams and managers of health services in the region to improve the quality and safety of health services in Primary Health Care.

Keywords: Primary Health Care, Nursing, Patient Safety Culture.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud con enfermeros que actúan en la atención primaria en 18 municipios de la Región Montañosa del Estado de Santa Catarina. **Metodología:** Estudio de encuesta cuantitativa, realizado con la participación de 37 enfermeros. Los datos fueron recolectados mediante el instrumento Encuesta de Consultorio Médico sobre Cultura de Seguridad del Paciente, en su versión brasileña, que contiene 52 preguntas que permiten el análisis de 12 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente. **Resultados:** Las dimensiones evaluadas como positivas/fuerte fueron "Aprendizaje organizacional" (79,41%), "Trabajo en equipo (78,62%) e "Intercambio de información con otras instituciones (75%). La dimensión "Ritmo y presión en el trabajo" fue la única identificada como frágil/débil (22,3%). **Conclusión:** El estudio demostró que la percepción de los enfermeros apunta a la necesidad emergente de revisar tanto el ritmo como la presión en el trabajo durante la atención de salud. Se destaca la importancia de este estudio desde el punto de vista del diagnóstico situacional de la región estudiada, que señala algunos caminos que ahora pueden seguir enfermeros, equipos y gestores de servicios de salud de la región para mejorar la calidad y seguridad de los servicios en la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Enfermería, Cultura de Seguridad del Paciente.

INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente se constitui num processo que abrange transformações interdisciplinares e interinstitucionais. A importância de se debater sobre a Segurança do Paciente e instituir cuidados mais seguros que não causem danos e proporcionar uma assistência de qualidade, é inquestionável (BARROS et al., 2024; TIMM, ROGRIGUES, 2016).

Nesta perspectiva, no ano de 2012 a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu um grupo de trabalho com especialistas (*Safer Primary Care Expert Working*

Group) para estudar os riscos em pacientes sob cuidados primários, a magnitude e a natureza do dano evitável em razão das práticas inseguras nesses ambientes e os mecanismos de proteção e segurança ao paciente na Atenção Primária em Saúde (APS) (WHO, 2018). A APS é compreendida como elemento prioritário no cuidado, a porta principal de entrada do usuário aos diferentes pontos de atenção, sendo esse cenário de grande importância e relevância para estudos em Segurança do Paciente (DE OLIVEIRA CAVALCANTI, et al., 2024).

A publicação de um estudo de revisão sistemática denominado *Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research* (MAKEHAM et al. 2008), que teve o objetivo de conhecer as metodologias disponíveis para a realização de pesquisas sobre Segurança do Paciente em APS e os tipos de eventos adversos (EAs) mais frequentes, apontou que incidentes decorrentes da APS também são frequentes e que existem riscos específicos na APS, tanto por causa do ambiente como pelo tipo de cuidado de saúde prestado. Os estudos de Ornelas, Pais e Sousa (2016) e Marchon, Mendes e Pavão (2015) também apontam a ocorrência de incidentes e eventos adversos na realização da assistência da APS.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe a consolidação, expansão e qualificação da APS, favorecendo a reorientar o processo de trabalho, potencializando e ampliando a resolutividade afim de impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, sendo a integralidade do cuidado o foco principal, tendo a família como centro do cuidado e da promoção da saúde (OLIVEIRA et al., 2024; BRASIL, 2014). A ESF possui equipes de saúde constituídas minimamente por um Médico, um Enfermeiro, um Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem e por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2017a).

Neste cenário, os profissionais são parte indispensável no processo de evitar erros, impedir decisões ruins, referente aos cuidados e de fomentar a cultura de segurança e qualidade do cuidado (BRASIL, 2017b).

A cultura de segurança de uma organização, por sua vez, é o produto de valores individuais e coletivos, atitudes, percepções e competências que determinam o estilo e a proficiência na saúde, marcada por comunicação eficaz entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns a respeito da importância da segurança e eficácia de ações preventivas (SORRA et al., 2016).

Assim, a cultura de segurança representa o produto de valores, atitudes, percepções e competências grupais e individuais que determinam um padrão de comportamento e comprometimento de segurança da instituição, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas. Existem incidentes específicos na APS, os eventos

adversos mais frequentes estão relacionados ao tratamento medicamentoso e ao diagnóstico (BRASIL, 2017c).

Nesse cenário, a avaliação da cultura de segurança do paciente na perspectiva da atenção primária à saúde é imprescindível. Assim, questiona-se: Qual a percepção dos Enfermeiros de Unidade Básicas de Saúde de municípios da Região Serrana do Estado de Santa Catarina sobre a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária em Saúde?

O objetivo do estudo foi analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde junto a enfermeiros atuantes na atenção primária em saúde de 18 municípios da Região Serrana do Estado de Santa Catarina, a partir do instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo *survey*, com abordagem quantitativa, desenvolvido em 18 municípios da Região Serrana do Estado de Santa Catarina, os quais fazem parte da Associação dos Municípios da Região Serrana (AMURES) e 26º Regional de Saúde, tendo como sede o Município de Lages/SC.

Foi convidada toda a população de enfermeiros atuantes nas Estratégias de Saúde da Família, vinculadas as Secretarias Municipais de Saúde dos 18 municípios estudados, sendo 90 enfermeiros. Todos foram convidados a compor a amostragem intencional, participando via questionário on-line. Dos 90 Enfermeiros, 12 (13,33%) foram excluídos da pesquisa por estarem de férias ou de licença durante o período da coleta de dados, resultando em 78 profissionais disponíveis, porém apenas 37 enfermeiros dispuseram-se a colaborar com o estudo.

Como critérios de inclusão foram considerados: enfermeiros(as) atuantes durante o período da coleta de dados nas ESF de um dos 18 Municípios da Região Serrana de SC. E como critérios de exclusão: enfermeiros(as) afastados de suas práticas profissionais por motivo de férias, atestado médico ou licença de qualquer natureza.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020. Foram realizados convites presenciais e/ou por meio eletrônico (telefone, aplicativo de mensagem eletrônica, mensagem de texto, convite em redes sociais ou e-mail, sendo encaminhado um link do questionário on-line.

O questionário on-line foi hospedado na plataforma *SurveyMonkey*[®]. Esta consiste em plataforma de acesso restrito, mundialmente utilizada para a disponibilização de questionários de pesquisa e permite a distribuição do mesmo via recursos como *WhatsApp*[®], *Facebook*[®] e *e-mail*, sendo que o respondente não necessita de cadastro prévio, o que garante o sigilo e anonimato dos participantes.

O instrumento utilizado no estudo para coleta de dados foi a versão brasileira do *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), desenvolvido em 2007, nos EUA, pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) (SORRA et al., 2016). Em 2016 foi traduzido e adaptado para o contexto brasileiro por Timm e Rodrigues (2016) e posteriormente validado por Pai, Langerdorf, Rodrigues, Romero, Loro e Kolankiewicz (2019).

O instrumento é composto de 52 questões, que medem 12 dimensões do constructo da segurança do paciente, que permite identificar se a cultura de segurança do paciente é positiva/favorável ao cuidado seguro na APS, sempre que o percentual de respostas positivas superar 50% (INÁCIO; RODRIGUES, 2022) e aponta as áreas que necessitam de melhorias, consideradas negativas (TIMM; RODRIGUES, 2016).

O MOSPSC pode ser usado para avaliar o estado da cultura de segurança do paciente em serviços de saúde; como uma intervenção para sensibilizar os profissionais sobre questões de segurança do paciente; como um mecanismo para avaliar o impacto das iniciativas de melhoria da segurança do paciente ou como forma de acompanhar as mudanças na cultura de segurança do paciente ao longo do tempo (SORRA; FRANKLIN; STREAGLE, 2008).

O MOSPSC, versão brasileira, é composto de 52 questões que medem 12 dimensões do constructo da segurança do paciente (TIMM; RODRIGUES, 2016), além de questões sobre a prática profissional (tempo de trabalho, carga horária e cargo ocupado) e uma seção aberta para comentários.

Os dados foram organizados e tabulados em planilhas eletrônicas com auxílio do *software Excel*[®], onde foram analisados o Índice de Segurança do Sintético do Paciente (ISSP), a partir do cálculo da média dos escores de todas as questões que compõem as 12 dimensões analisadas. As frequências relativas de cada questão que compõem as 12 dimensões foram calculadas e os resultados para cada dimensão foram medidos a partir da fórmula: “Respostas (positivas, neutras, negativas) nos itens de uma dimensão dividido (÷) pelo número de respostas totais nos itens de uma dimensão.

Para análise do resultado do ISSP foi considerada uma percepção positiva um resultado >3 e claramente positiva ≥ 4 (ROMERO, GONZALES, CALVO, 2017). Para a análise dos resultados de cada dimensão, assim como dos resultados em cada questão, foram consideradas como negativas ($<50\%$), neutras ($50-75\%$) e positivas ($>75\%$) (MACEDO et al., 2019).

O estudo é produto da Dissertação de Mestrado Acadêmico em Ambiente e Saúde, da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) (MOCELIN, 2020), sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Universidade (CAAE 23207719.0.0000.5368, Parecer nº 3.694.575).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Considerando os 78 profissionais elegíveis para o estudo, 37 (47,44%) responderam ao instrumento proposto completamente, sendo que 41 (52,56%) não responderam e/ou não responderam o instrumento até o final, correspondendo a taxa de respostas de 47,44%.

A tabela a seguir apresenta o perfil profissional dos participantes da pesquisa, a partir dos itens da seção H do questionário MOSPSC (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização do perfil profissional dos participantes da pesquisa. Lages, 2020.

Variáveis	n (=37)	%
Tempo de serviço na APS		
De 2 meses a menos de 1 ano	1	2,70
De 1 ano a menos de 3 anos	8	21,6
De 3 anos a menos de 6 anos	7	18,92
De 6 anos a menos de 11 anos	9	24,32
De 11 anos ou mais	12	32,43
Carga horária (horas/semana)		
De 05 - 16	8	21,62
De 30 - 40	27	72,97
De 41 ou mais	02	5,41
Grau de Formação		
Graduação	2	5,41
Especialização	32	86,49
Mestrado	3	8,11
Doutorado	0	0
Especializações		
Urgência e Emergência	3	6,25
Saúde da Família	19	39,58
Enfermagem Obstétrica	5	10,42
Outras	7	14,58
NR/NS*	14	29,17

Legenda: NR/NS* - não responderam/não se aplica

Fonte: Dados brutos (2020)

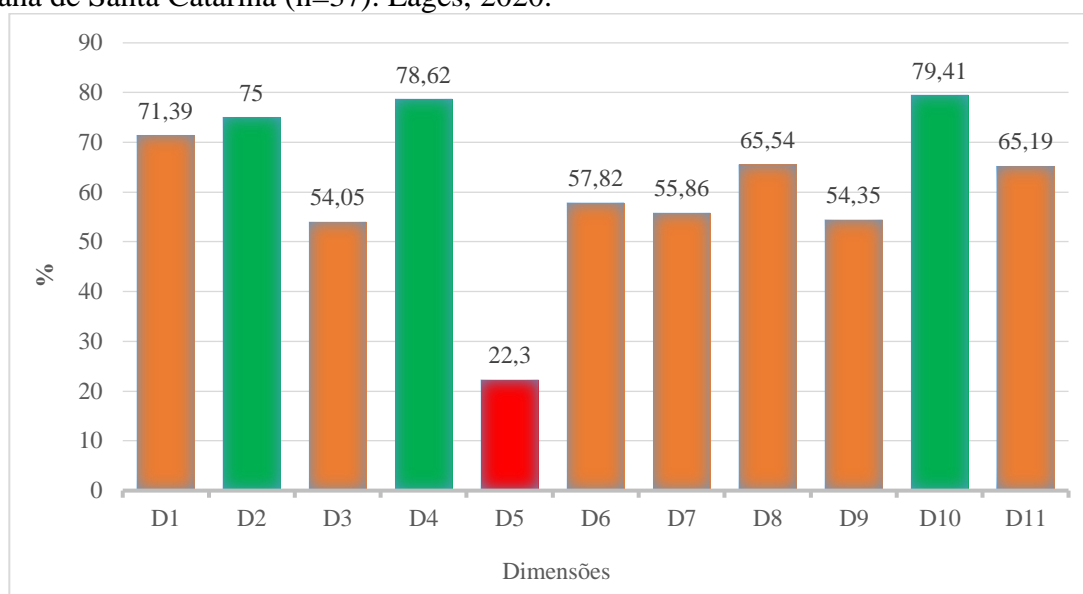
Quanto ao tempo de serviço há predomínio dos profissionais com 11 anos ou mais (32,43%), de 6 a 11 anos (24,32%), o que demonstra que as gestões dos municípios da Região Serrana estão conseguindo manter em seus quadros funcionais enfermeiros concursados, tendo como resposta uma continuidade nas ações e no cuidado em saúde.

No que se refere a carga horária, 27 (72,97%) enfermeiros cumprem de 30 a 40 horas semanais, e estão em consonância com a Portaria nº 634/2019 do Ministério da Saúde, que em seu §2º fala sobre o somatório das cargas horárias individuais mínimas deverá corresponder a uma carga horária, por categoria profissional, de pelo menos 40 horas semanais por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2019)

No que diz respeito ao grau de formação, 32 (86,49%) possuem especialização em alguma área e destes 19 (39,58%) são especialistas em Saúde da Família.

Os dados provenientes da percepção de enfermeiros que atuam na Atenção Básica em Saúde de 18 municípios da região serrana de Santa Catarina sobre a cultura de segurança são apresentados no Gráfico a seguir:

Gráfico 1 – Resultados das dimensões de cultura de segurança do paciente em 18 APS da região serrana de Santa Catarina (n=37). Lages, 2020.



Legenda: verde – dimensão positiva (>75%); laranja – dimensão neutra (50-75%) e vermelho – dimensão negativa (<50%); D1 - Segurança do paciente e qualidade; D2 - Troca de informações com outros setores; D3 - Treinamento da equipe; D4 - Trabalho em equipe; D5 - Pressão e ritmo de trabalho; D6 – Comunicação aberta; D7 – Comunicação sobre o erro; D8 - Seguimento da assistência ao paciente; D9 - Apoio dos gestores na segurança do paciente; D10 - Aprendizagem organizacional; D11 - Percepção geral sobre segurança do paciente e qualidade; Fonte: Dados brutos (2020)

Na tabela 2 são apresentados os resultados provenientes das 11 dimensões de cultura de segurança. Considerou-se a soma das respostas positivas e a soma do número total de respostas atribuídas pelos participantes (positivas, neutras e negativas).

Tabela 1 - Detalhamento das questões/afirmativas que compõe as 11 dimensões de cultura de segurança do paciente na APS (n=37). Lages, 2020.

Dimensões / Questões	Total de respostas positivas	Total de respostas*	% cultura
Dimensão 1 - Segurança do paciente e qualidade	237	332	71,39
Acesso ao cuidado			
A1 - O paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo	16	32	50
Identificação do paciente			
A2 - No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registo de outro paciente	26	33	78,79
Prontuário do paciente			
A3 - Prontuário/registo de um paciente não estava disponível quando necessário	23	34	67,65
A4 - Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registo de outro paciente	25	31	80,65
Equipamentos médicos			
A5 - Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.	28	37	75,68
Medicamentos			
A6 - O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição	20	35	57,14
A7 - Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta	26	34	76,47
Diagnósticos e Testes			
A8 - Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário	23	30	76,67
A9 - Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário	24	34	70,59
A10 - Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil	26	32	81,25
Dimensão 2 - Troca de informações com outros setores	102	136	75
B1 - Centros de imagem/lab. da rede de atenção à saúde?	25	34	73,53
B2 - Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde	26	35	74,29
B3 - Farmácias	29	36	80,56
B4 - Hospitais	22	31	70,97
Dimensão 3 - Treinamento da equipe	60	111	54,05
C4- Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	19	37	51,35
C7 - Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento	19	37	51,35
C10R** - Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para os quais não foram treinados	22	37	59,46

Dimensão 4 - Trabalho em equipe	114	145	78,62
C1 - Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam	31	36	86,11
C2 - Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais	30	37	81,08
C5 - Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito	28	36	77,78
C13 - Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado de pacientes	25	36	69,44
Dimensão 5 - Pressão e ritmo de trabalho	33	148	22,30
C3R - Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente	4	37	10,81
C6R - Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis	7	37	18,92
C11 - Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes	13	37	35,14
C14 - Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade de atendê-los de maneira eficiente	9	37	24,32
Dimensão 6 - Comunicação aberta	85	147	57,82
D1 - Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho	26	37	70,27
D2 - Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista	31	37	84
D4R - Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto	16	36	44
D10R - Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes	12	37	32,43
Dimensão 7 - Comunicação sobre o erro	81	145	55,86
D7R - A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si	6	35	17,14
D8 - A equipe fala abertamente sobre os problemas nesse serviço	26	37	70,27
D11 - Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente	30	37	81,08
D12 - Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço	19	36	52,78
Dimensão 8 - Seguimento da assistência ao paciente	97	148	65,54
D3 - Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina	24	37	64,86
D5 - Este serviço registra a maneira como os pacientes crônicos seguem o plano de tratamento	20	37	54,05
D6 - Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço	24	37	64,86
D9 - Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento	29	37	78,38
Dimensão 9 - Apoio dos gestores na segurança do paciente	75	138	54,35
E1 R - Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço	14	35	40
E2R - Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes	21	35	60
E3 - Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes	22	34	64,71
E4R - Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes	18	34	52,94
Dimensão 10 - Aprendizagem organizacional	81	102	79,41
F1 - Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas	31	34	91,18

F5 - Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam	25	34	73,53
F7 - Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento aos pacientes, avaliamos se elas funcionam	25	34	73,53
Dimensão 11 - Percepção geral sobre segurança do paciente e qualidade	88	135	65,19
F2 - Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes	22	34	64,71
F3R - Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria	24	33	72,73
F4R - É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes	23	34	67,65
F6R - Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado	19	34	55,88
ISSP			6,1%

Legenda: ** - respostas positivas, neutras, negativas; **R – questões reversas; verde – dimensão positiva (>75%); laranja – dimensão neutra (50-75%) e vermelho – dimensão negativa (<50%); ISSP – Índice Sintético de Segurança do Paciente

Fonte: Dados brutos (2020)

Na Seção A, quanto à dimensão “D1 - Segurança do paciente e qualidade”, foram questionadas as situações relacionadas à segurança do paciente e problemas relacionados à qualidade do serviço prestado, incluindo questões sobre o “Acesso ao cuidado”; a “Identificação do paciente”; os “Prontuários/Registros”; os “Equipamentos” e os “Diagnósticos e testes”, sendo os resultados da avaliação destes apresentados a seguir (Tabela 3).

Tabela 3- Análise da Dimensão 1- Segurança do paciente e qualidade

Dimensões / Questões	Total de respostas positivas	% cultura
Segurança do paciente e qualidade	237	71,39
A1 - O paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo	16	50
A2 - No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente	26	78,79
A3 - Prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário	23	67,65
A4 - Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente	25	80,65
A5 - Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.	28	75,68
A6 - O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição	20	57,14
A7 - Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta	26	76,47
A8 - Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário	23	76,67
A9 - Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário	24	70,59
A10 - Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil	26	81,25

Fonte: Dados brutos (2020)

A percepção sobre esta dimensão apresenta-se positiva (71,39%), considerando as questões “A1 e A6 que tiveram percepção negativa de 50% e neutra 57,14% respectivamente, os demais itens permaneceram entre os escores neutros de 57,14% a positivos 81,25%. Demonstrando que na realidade local, os enfermeiros não encontram dificuldades com equipamentos, registros e diagnósticos.

O acolhimento ao paciente é uma ação técnico-assistencial que implica em mudanças na relação profissional/usuário, promovendo a reorganização dos serviços, melhorando a qualidade da assistência, o acolhimento uma postura, com técnica e como reformulador do processo de trabalho (COSTA; RIGON FRANCISCHETTI-GARCIA; PELLEGRINO-TOLEDO, 2016). Os autores também relatam que para os enfermeiros a reorganização do acolhimento e de seu processo de trabalho depende somente de fatores externos a suas ações, esquecendo-se do seu compromisso em oferecer um cuidado humanizado e baseado na aplicação de sua competência relacional.

Em revisão integrativa realizada em 2015 enfocando o acolhimento no âmbito da Estratégia Saúde da Família, pode-se afirmar que ainda não está totalmente sistematizado nos modelos de atenção à saúde (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). Esta pode ser mais uma justificativa para as dificuldades apresentadas por profissionais.

Alguns fatores são apontados como obstáculos para o desenvolvimento do trabalho em saúde, tais como: a pressão da demanda e o reduzido tempo para o atendimento individualizado; o desconhecimento da realidade da população; o imediatismo inerente à sociedade; o desgaste da equipe; a limitação de espaço físico; a postura dos profissionais, dentre outros (GARUZI et al., 2014).

A **dimensão 2 (seção B)** trata da dimensão “**Troca de informações com outras instituições**”. Esta dimensão apresenta resultado positivo, onde 75% dos enfermeiros relataram que não tiveram problemas nos últimos 12 meses com outros serviços da rede, incluindo possíveis problemas relacionados às farmácias (80,56%), hospitais (70,97%) ou centros de imagens/laboratórios (73,53%).

É sabido que nos diversos tipos de estabelecimentos de saúde, a troca de informações com outras instituições é diária, principalmente na APS, onde as Unidades de Saúde não possuem alguns serviços dentro da própria estrutura física. Assim, para que os cuidados prestados ocorram de forma integral e segura, torna-se necessário avaliar os erros decorrentes desse tipo de troca de informações.

Em estudo transversal quantitativo realizado com as equipes vinculadas a APS de um município de médio porte da região sul do Brasil, esta dimensão foi avaliada por enfermeiros e obtiveram resposta positiva de 79,69% (RAIMONDI; BERNAL; MATSUDA, 2019).

A **Seção C**, que trata do tema **Trabalhando neste serviço de saúde**, que corresponde ao **Treinamento da equipe (Dimensão 3)**, **Trabalho em equipe (Dimensão 4)**, **Pressão e ritmo de trabalho (Dimensão 5)**. Quanto a dimensão “Treinamento da equipe”, os enfermeiros demonstram uma cultura de segurança neutra (54,05%). Para Andrade et al (2018), não há outro caminho que promova as transformações, as mudanças necessárias para assegurar direitos, a melhoria da qualidade do cuidado e minimizar riscos para o paciente do que pela educação, que pode ser fomentada por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS).

Na dimensão “D4 - **Trabalho em equipe**”, o tema foi avaliado pelos enfermeiros participantes como positivo (78,62%), sendo uma das dimensões mais fortes neste cenário.

Para que se tenha uma cultura de segurança positiva é importante que o trabalho em equipe seja estimulado e motivado. Ação importante neste sentido é o apoio que os profissionais oferecem uns aos outros, trabalhando em conjunto em prol de uma meta, além disso implica estabelecer um conjunto de intervenções baseadas nos princípios da liderança e do trabalho em equipe (LEMOS et al., 2018; VIGANO, 2018; REIS, 2014).

Na dimensão D5 - **Ritmo e pressão no trabalho**, as questões avaliam situações como os profissionais se sentem apressados a atender o paciente (10,81%), quantidade de pacientes é muita alta em relação ao número de médicos disponíveis (18,92%), além da avaliação do número de profissionais em relação ao número de pacientes (35,14%) e se no serviço o número de pacientes é maior que a capacidade de atendê-los de forma eficiente (24,32%). Esta foi a dimensão com percepção mais frágil entre as dimensões (22,30%).

Um estudo realizado em Manaus avaliou a cultura de segurança do paciente entre enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS, apontando também uma percepção negativa (13,5%) para Ritmo e pressão no trabalho (MOISÉS, 2018). Estudo aponta que essa percepção negativa vinda do enfermeiro pode estar relacionada com seu papel de liderança, visualizando a sobrecarga de trabalho, a fadiga e o estresse como fatores que podem influenciar nas atitudes, gerar o erro e comprometer a segurança do paciente (MATIELLO et al., 2016).

Outro aspecto insatisfatório dessa categoria é sobrecarga de trabalho como consequência do excesso de demanda e das inúmeras atividades administrativas que circundam a ESF. A sobrecarga de trabalho e as formas de organização do trabalho podem refletir em

prejuízo na assistência em saúde e até em aspectos da vida pessoal do trabalhador (SORATTO et al., 2017).

Na D6 - **Comunicação Aberta**, as questões visam avaliar se as equipes são ouvidas e incentivadas a expressar suas opiniões e ideias, além de avaliar o receio e a dificuldade dos profissionais em expressar opiniões diferentes. Observamos uma percepção neutra (57,2%) dos enfermeiros. Ao analisar o item que interroga a dificuldade de expressar opiniões no serviço observa-se percepção negativa (32,43%). Em 44% dos casos foi referido “não ter dificuldades em perguntar quando algo parece errado”.

Em pesquisas recentes envolvendo equipes de saúde na APS também apontam para uma comunicação aberta neutra e que precisa ser melhorada entres os profissionais, principalmente no que se refere ao quesito “expressar opiniões” (GALHARDI, et al 2018; VIGANO, 2018).

Autores apontam a falha na comunicação como fator que frequentemente contribui para ocorrência de EAs, ressaltam que a comunicação é essencial para uma prática mais integradora, multiprofissional e humanizada (MARCHON; MENDES JR; PAVÃO; 2015). Vale ressaltar a importância da educação permanente para que os sujeitos envolvidos no processo de cuidar, principalmente os enfermeiros, desenvolvam habilidades e competências que contribuam para diminuir e até mesmo extinguir dos ambientes de trabalho os EA por falhas na comunicação.

Na dimensão **Comunicação sobre o erro** (D7) a partir dos resultados percebe-se uma cultura de segurança neutra (55,86%). Nos itens onde se questiona sobre a equipe falar abertamente sobre os problemas no serviço de saúde e sobre discutir maneiras de evitar que erros aconteçam novamente, as respostas foram positivas (70,27% e 81,08% respectivamente). No item “os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço” demonstra uma percepção neutra (52,78%).

Apesar disso, quanto ao item “D7R - A equipe deste serviço acredita que os erros possam ser usados contra si” o resultado foi negativo (17,14%), onde os enfermeiros responderam que “sempre” ou “quase sempre” demonstram uma percepção negativa sobre a punição ao erro.

Estudo (LEMOS et al., 2018) retrata a preocupação de profissionais de enfermagem frente a cultura punitiva, onde os EAs podem acarretar diversas problemáticas. Faz refletir sobre a importância de investir em cultura de segurança, disseminação do conceito de segurança do paciente e de discussões não punitivas sobre os eventos adversos. Estudo aponta ser

imprescindível implementar política institucional de cultura de segurança, embora esse seja um dos mais difíceis passos para uma instituição (MATIELLO et al., 2016). Nesse sentido, para que a mudança ocorra é essencial o levantamento dos fatores organizacionais que impedem a formação da cultura de segurança.

Na dimensão 8 - **Seguimento da assistência ao paciente**, foi avaliado o acompanhamento do cuidado prestado na APS. Os enfermeiros demonstraram percepção neutra (65,54%) quando perguntados se os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina e sobre o acompanhamento de relatórios de outro serviço (64,86%).

A afirmativa “D5 – “Este serviço registra a maneira como os pacientes crônicos seguem o plano de tratamento” correspondeu a neutra (54,05%), já o estudo de MOISÉS (2018) observou a percepção positiva desta dimensão. A avaliação positiva desta afirmativa pode estar relacionada à existência de programas na ESF que realizam o acompanhamento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Porém mais estudos devem ser realizados para avaliar aspectos relacionados à qualidade, eficiência e eficácia do seguimento dos planos terapêuticos na rede de saúde.

Na seção E, sobre o **Apoio de gestores/administradores/líderes** observamos uma cultura de segurança neutra (54,35%), com menor percentual relacionado a falta de investimento de recursos para melhoria do cuidado no serviço (40%).

Em pesquisa realizada (SORATTO et al., 2017) em cinco regiões geográficas do Brasil com objetivo de analisar aspectos do processo de trabalho geradores de insatisfação nos profissionais que atuam em ESF, evidenciou-se escassez de recursos, com gestores despreparados e com pouco conhecimento das políticas de saúde e até descomprometidos com profissionais e com a população assistida.

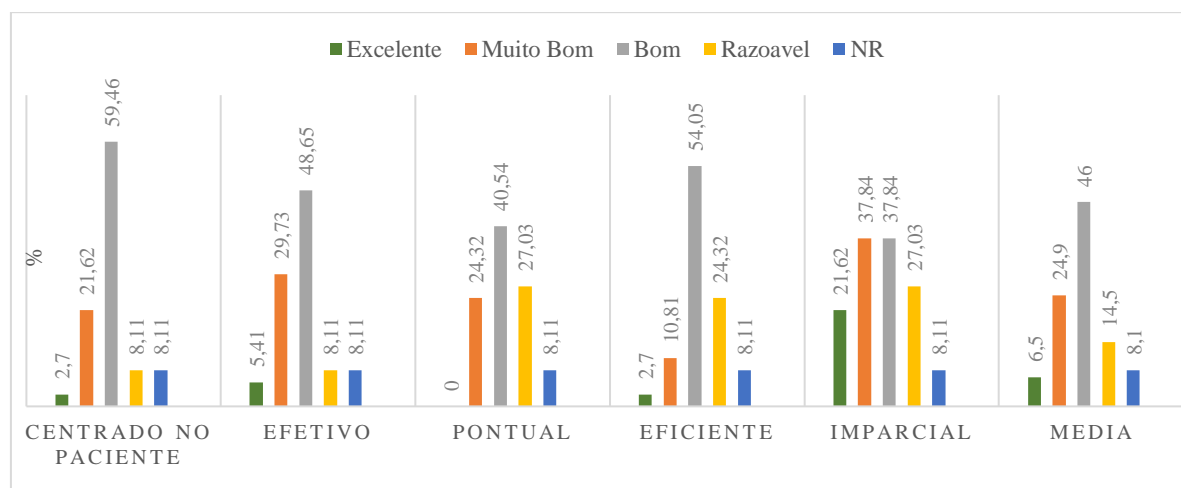
Na seção F dimensão D10, aborda a **Aprendizagem organizacional**, o resultado foi positivo (79,41%). A aprendizagem organizacional tem sido uma das dimensões de maior fortaleza em estudos recentes realizados no Brasil envolvendo segurança do paciente na APS. Podemos verificar isso em pesquisa (VIGANO, 2018) com 80,5%, em estudo com 66% (MOISÉS, 2018).

Os questionamentos realizados na dimensão D11 - **Percepção geral sobre segurança do paciente e qualidade** resultam em uma avaliação neutra (65,19%). Quando questionados especificamente se “Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado”, este demonstra ser o item pior avaliado (55,88%). Os demais

questionamentos dessa dimensão foram avaliados com porcentagens que demonstram positividade (>75%), e o item de pergunta reversa como “Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria” apresentou 72,73%.

A dimensão **D12 - Avaliação Global da qualidade e Avaliação Geral em Segurança do Paciente**, (questionamentos contidos na **seção G**), solicitou a classificação dos serviços de saúde em cada uma das seguintes áreas de qualidade de cuidado de saúde, tendo como opções de respostas 1-Ruim à 5-Excelente. Considerou os itens abaixo, os sistemas e processos clínicos que a APS necessita utilizar para prevenção, identificação e correção de problemas. O gráfico 2 apresenta a avaliação global da qualidade na percepção dos enfermeiros participantes do estudo.

Gráfico 2 - Avaliação global da qualidade na percepção de enfermeiros de 18 municípios da região serrana de Santa Catarina (n=37). Lages, 2020.



Legenda: NR- Não responderam

Fonte: Dados brutos (2020)

Todas as cinco áreas que envolveram a avaliação global (Centrado no paciente, Efetivo, Pontual, Eficiente e Imparcial) tiveram um bom desempenho junto à maioria dos participantes. A área “Imparcial”, que fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos independentemente de sexo, etnia, *status* socioeconômico, idioma, obteve a avaliação Excelente (21,62%) pelos Enfermeiros. Estes resultados vêm de encontro dos princípios do SUS de igualdade, equidade e universalidade do acesso (BRASIL, 2017a).

Por sua vez, a área da qualidade pior avaliada foi a “Pontual” (minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais), avaliada na maioria como razoável (27,03%). Na avaliação global em segurança do paciente, a maioria dos participantes a consideraram satisfatória (89,47%).

Ao final do questionário foi disponibilizado um campo aberto para que os participantes da pesquisa pudessem fazer manifestações espontâneas sobre a temática da segurança do paciente. Onze manifestações foram registradas, que foram agrupadas em quatro categorias (elogios, sugestões, reclamações e melhorias), as quais são apresentadas a seguir.

Categoria 1 - Elogios

Três participantes (27,27%) elogiaram a iniciativa pela pesquisa no seu local de trabalho e acreditam que mais ações em segurança do paciente devam ser implantadas nos municípios da região. Em revisão integrativa publicada (DA SILVA et al., 2019) evidenciou-se a importância de espaços de conhecimento sobre segurança do paciente na atenção primária à saúde; isso significa um enorme campo de pesquisa para se instituir preceitos mais seguros e o cuidado livre de riscos ao paciente, como exemplificado na fala:

“Excelente iniciativa... precisamos pensar mais na segurança de cuidado de nossos pacientes” (Entrevistado 3).

Categoria 2 - Sugestões

Três das contribuições (27,27%) foram para sugestão, onde pontuam que a educação permanente é necessária entre as equipes de saúde e também que mais pesquisas precisam ser realizadas, como é reconhecido também no estudo feito por Da Rosa et al. (2015) que identificou entre enfermeiros atuantes na AB a necessidade de potencializar intervenções de ensino aprendizagem tanto no processo de formação por meio das discussões nas disciplinas, quanto no serviço por meio da educação permanente, como exemplificado na fala:

“Considero que precise de mais momento de educação permanente com este tema” (Entrevistado 4)

Categoria 3 - Reclamações

Três dos entrevistados (22,27%) registraram reclamações quanto ao processo de trabalho, como a falta de equipamentos, a carga sobrecarga de trabalho, desgaste emocional. Estes achados corroboram com estudo (SORATTO et al., 2017) que aponta a insatisfação no trabalho na APS, a sobrecarga de trabalho, problemas na estrutura organizacional dos serviços, condições salariais insuficientes, situações que limitam a autonomia do profissional; e

problemas na cooperação com os colegas de trabalho. Esta preocupação é exemplificada pela fala a seguir:

“Acredito que o que mais afeta o serviço seja carga horária excessiva, Desgaste emocional. Número de profissionais menor que o necessário o qual ocasiona em um desgaste físico e mental”. (Entrevistado 7)

“Precisamos de equipes completas para poder atender com qualidade”(Entrevistado 5)

Categoria 4 – Melhorias

Dois participantes (18,18%) reconhecem melhorias como a participação no PlanificaSUS e em oficinas de capacitação, conforme demonstra falas dos sujeitos a seguir:

“Estamos participando do Planifica SUS e esse assunto será tratado”.(Entrevistado 8)

“Estamos iniciando amanhã oficina de segurança do paciente na APS”(Entrevistado 9)

O PlanificaSUS consiste em política pública que tem tratado da organização de processo de trabalho através de oficinas em todo o país, que acontecem momentos técnicos operacionais de tutoria nos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Não se trata de um processo de fiscalização ou de avaliação de desempenho, pelo contrário, é um “fazer junto”, sem substituir o profissional em suas funções e responsabilidades, ajudando-o na reflexão sobre a própria prática, na identificação de fragilidades e nas ações corretivas necessárias (MENDES, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados foi possível avaliar que a percepção desses profissionais acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente claramente positiva, com Índice de Segurança do Paciente (ISSP) de 6,1% .

Ao analisar cada uma das 12 dimensões evidenciou-se como fortes, com mais de 75% de respostas positivas, as dimensões “Trabalho em equipe” (78,62%) e “Aprendizagem organizacional” (79,41%).

Na sua grande maioria as dimensões avaliadas mantiveram neutras, com respostas de 50 a 75%. Chama a atenção a avaliação da dimensão “Pressão e ritmo de trabalho” (22,30%), sendo a única considerada como negativa, necessitando de melhorias imediatas.

Quanto a avaliação geral da qualidade dos serviços prestados, todas as áreas avaliadas foram classificadas como “Boas”, com destaque para a melhor avaliação obtida no item “Imparcialidade do serviço prestado”, desta forma conclui-se que na percepção dos profissionais esse serviço de saúde fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de gênero, etnia, status socioeconômico, idioma, entre outros.

Também foram classificadas como “Bom” ou “Muito bom” (75%) às relações entre o serviço e a preocupação com questões relacionadas à segurança do paciente. De uma maneira geral os resultados mostraram que os enfermeiros da APS tiveram mais percepções positivas quanto às dimensões da cultura de segurança do paciente e qualidade do serviço. A avaliação dos enfermeiros atuantes na região estudada condiz com a realidade de demais estudos realizados no Brasil na APS. Demonstra fragilidade na dimensão “Trabalhando neste serviço de saúde” que por sua vez encontra-se ligada a dimensão “Ritmo, pressão no trabalho e gestão”, devendo estas ser o foco para a melhoria nos locais estudados.

Como limitações no estudo destaca-se a abordagem apenas com enfermeiros. Sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos na APS e que esses englobem a participação de toda a equipe multiprofissional envolvida no processo de cuidado e assistência direta ao paciente.

REFERÊNCIAS

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Medical Office Survey on Patient Safety Culture**. 2007. [Internet]. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/index.html>
- ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais Brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 161–172, 2018.
- BARROS, C. M.; MENDONÇA, Érica T. de; CARVALHO, C. A. de; SIMAN, A. G.; CORREIA, D. R.; AMARO, M. de O. F. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: concepções e desafios vivenciados pelos enfermeiros. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 9, p. e15435, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e15435.2024>.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica Ministério da Saúde**, 2017a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [s.l.: s.n.]. v. 1p. 113–28, 2017b.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 634, de 27 de maio de 2019**. Dispõe sobre o cadastramento de equipes em estabelecimentos que aderiram ao Programa Saúde na Hora no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 maio 2019.

COSTA, Paula C. da; FRANCISCHETTI-GARCIA, Ana P. R.; PELLEGRINO-TOLEDO, Vanessa. Expectativa de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção primária em saúde. **Revista de Salud Pública** [online], v. 18, n. 5, p. 746-755, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n5.45304>.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. de M. dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>.

DA SILVA, Alexssandro; SOUZA JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de; PAVÃO, Ana Luiza Braz; GURGEL JÚNIOR, Garibaldi Dantas; FALK, James Anthony. Cultura de segurança do paciente em hospitais: uma revisão integrativa da literatura. **P2P e Inovação**, Rio de Janeiro, RJ, v. 6, n. 1, p. 193-211, 2019. Disponível em: <https://revista.ibict.br/p2p/article/view/5011>.

DA ROSA, R. et al. Segurança do paciente na práxis do cuidado de enfermagem: percepção de enfermeiros. **Ciência y Enfermería** XXI, n. 3, p. 37-47, 2015.

DE OLIVEIRA CAVALCANTI, Euni et al. Contribuições do letramento em saúde para a segurança do paciente na atenção primária: scoping review. **Aquichan**, Bogotá, v. 24, n. 1, e2414, Mar. 2024. Disponível em: http://www.scielo.org/co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972024000100005&lng=en&nrm=iso

GALHARDI, N. M. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 409-416, 2018.

GARUZI, M.; ACHITTI, M. C. O.; SATO, C. A.; ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

INÁCIO, A. L. R.; RODRIGUES, M. C. S. Aplicação do Medical Office Survey on Patient Safety Culture: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, eAPE001222, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR01223>.

LEMOS, G. DE C. et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, p. 1-10, 2018.

MACEDO, L. L.; SILVA, A.M.R; SILVA, J.F.M; HADDAD, M.C.F; GIROTTO, E. A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 53, n. 9, p. 1689-1699, 2019.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V.; PAVÃO, A. L. B. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 31, n. 11, p. 1-16, 2015.

MAKEHAM M, DOVEY S, RUNCIMAN W, LARIZGOITIA I. **Methods and measures used in primary care patient safety research**. Geneva: World Health Organization; 2008.

MATIELLO, R. D. C. et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1-9, 2016.

MENDES, E.V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS; 2019.

MOCELIN, Fabiula Maria. **Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: percepções dos enfermeiros**. 2020. 102f. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Saúde) – Universidade do Planalto Catarinense, Lages (SC), 2020.

MOISÉS, Mitsi Silva. **Cultura de segurança do paciente em um distrito de saúde na Estratégia de Saúde da Família no Município de Manaus**. 2018. 96. Enfermagem em Saúde Pública e epidemiologia de doenças na

Amazônia-Dissertação (Enfermagem em Saúde Pública e epidemiologia de doenças na Amazônia) Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2018.

OLIVEIRA, L. G. F.; FRACOLLI, L. A.; FARIAS, L. G.; PEREIRA, T. Z.; DA SILVA, E. E. A.; DOS SANTOS, J. C.; CAMPOS, D. S.; GERALDO, D. C. Coordenação do cuidado: atributo fundamental para a otimização da Atenção Primária à Saúde. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 1890–1905, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/3539>.

ORNELAS M. D.; PAIS, D.; SOUZA. P.; Patient Safety Culture in Portuguese Primary Healthcare. *Quality in Primary Care*, v. 24, p. 214–218, 2016.

PAI, S. D.; LANGENDORF, T. F.; RODRIGUES, M. C. S.; ROMERO, M. P.; LORO, M. M.; KOLANKIEWICZ, A. C. B. Validação psicométrica de instrumento que avalia a cultura de segurança na Atenção Primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, [Internet], v. 32, n. 6, p. 642–650, nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900089>.

RAIMONDI, Daiane Cortêz; BERNAL, Suelen Cristina Zandonadi; MATSUDA, Laura Misue. Cultura de segurança do paciente na ótica de trabalhadores e equipes da atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 42, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000788>.

REIS, C. T. Cultura em segurança do paciente. In: *Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras*. Cadernos de Saúde Pública. p. 75–99, 2014.

ROMERO, M. P.; GONZÁLEZ, R. B.; CALVO, M. S. Patient safety culture in Family practice residents of Galicia. **Aten Primaria**, v. 49, n. 6, p. 343–350, 2017.

SORATTO, J.; PIRES, D. E. P. de; TRINDADE, L. L.; OLIVEIRA, J. S. A. de; FORTE, E. C. N.; MELO, T. P. de. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [Internet], v. 26, n. 3, e2500016, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>.

SORRA, Joann; FRANKLIN, Martha; STREAGLE, Suzanne (Eds.). Medical office survey on patient safety culture. Agency for Healthcare Research and Quality. **AHRQ Publication**, v. 8, n. 9, p. 0059. 2008.

SORRA J, GRAY L, FRANKLIN M, et al. Action Planning Tool for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; January. 2016. AHRQ Publication

TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária TT - Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 26–37, 2016.

VIGANO, Daniela, Franzen. **Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: visão dos profissionais de saúde**, 2018, 57. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) Universidade do Extremo Sul Catarinense- Criciúma, 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION (CH). WHO. **Patient safety: safer primary care**; Geneva. 2018: Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/.

Recebido em 05/07/2024 • Aceito para publicação em 14/10/2024

Declaração de conflito de interesse: nenhum. • **Copyright:** O texto é de inteira responsabilidade dos autores quanto ao conteúdo, forma, opinião, respeito aos direitos autorais e demais aspectos.