

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

EVALUATION OF THE PATIENT SAFETY CULTURE IN PRIMARY HEALTH CARE

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Sandra Dal Pai¹
Daiane Fernanda Brigo Alves²
Pâmella Pluta³
Vanessa Dalsasso Batista Winter⁴
Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz⁵

Como citar este artigo: 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.

Objetivo: avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional atuante na Atenção Primária à Saúde e sua relação com as características laborais. **Método:** estudo transversal, realizado com 188 profissionais de 17 Unidades de Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de dezembro de 2017 a abril de 2018. Coleta por meio da versão brasileira do questionário Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária à Saúde. Realizada análise descritiva e inferencial. **Resultados:** o escore geral foi considerado positivo (3,64±0,84). Obteve-se percepção claramente positiva e percepção positiva na maioria das dimensões, exceto Pressão e ritmo de trabalho, que foi negativa (2,38±0,76). Evidenciou-se diferença estatisticamente significativa nas variáveis tempo de trabalho, cargo e ser coordenador. **Conclusão:** a cultura de segurança do paciente na instituição investigada foi considerada positiva na maioria das dimensões, exceto na pressão e ritmo.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Cultura Organizacional. Segurança do Paciente.

Objective: to evaluate the patient safety culture in the perspective of the multiprofessional team working in Primary Health Care and its relation with the labor characteristics. Method: cross-sectional study, conducted with 188 professionals from 17 Family Health Units in a city in Rio Grande do Sul, Brazil, in the period from December 2017 to April 2018. Data collection occurred through the Brazilian version of the questionnaire Primary Health Care Survey on Patient Safety Culture. Descriptive and inferential analysis was performed. Results: the overall score was considered positive (3.64±0.84). Most dimensions obtained clearly positive perception and positive perception, except Work pressure and pace, which was negative (2.38±0.76). There was statistically significant difference in the variables working time, position and being coordinator. Conclusion: the patient safety culture in the surveyed institution was considered positive in most dimensions, except in pressure and pace.

Descriptors: Primary Health Care. Organizational Culture. Patient Safety.

¹ Enfermeira. Mestre em Atenção Integral à Saúde. Pesquisadora independente. Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6475-8182>.

² Enfermeira. Mestre em Atenção Integral à Saúde. Pesquisadora independente, Rio Grande do Sul, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0252-6466>.

³ Estudante de Enfermagem. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9588-8548>.

⁴ Estudante de Enfermagem. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6268-9849>.

⁵ Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. adriane.bemat@unijui.edu.br. <https://orcid.org/0000-0003-1793-7783>.

Objetivo: evaluar la cultura de la seguridad del paciente en la perspectiva del equipo multiprofesional actuante en la Atención Primaria de la Salud y su relación con las características laborales. Método: estudio transversal, realizado con 188 profesionales de 17 Unidades de Salud Familiar de una ciudad del estado de Rio Grande do Sul, Brasil, en el período comprendido entre diciembre de 2017 a abril de 2018. La recogida de datos ocurrió por medio de la versión brasileña de la Encuesta sobre la Cultura de Seguridad del Paciente a la Atención Primaria de Salud. Se realizó análisis descriptivo e inferencial. Resultados: la puntuación global fue considerada positiva ($3,64 \pm 0,84$). La mayoría de las dimensiones obtuvieron percepción claramente positiva y percepción positiva, excepto Presión y el ritmo de trabajo, el cual fue negativo ($2,38 \pm 0,76$). Hubo una diferencia estadísticamente significativa en las variables tiempo de trabajo, posición y ser coordinador. Conclusión: la cultura de la seguridad del paciente en la institución investigada fue considerada positiva en la mayoría de las dimensiones, excepto en la presión y el ritmo.

Descriptor: Atención Primaria de Salud. Cultura Organizacional. Seguridad del Paciente.

Introdução

A segurança do paciente (SP) compreende o conjunto de ações e atitudes que visam gerenciar e prevenir de forma estratégica e contínua os riscos a que os pacientes estão expostos no decorrer da assistência à saúde⁽¹⁾. Fornecer ao paciente cuidado livre de riscos é sinônimo de qualidade nos serviços de saúde e destaque nas discussões para a melhoria do processo assistencial⁽²⁾.

Apesar dos esforços das organizações de saúde para melhorar o processo de cuidado, práticas inseguras, que colocam em risco a integridade do paciente, continuam a acontecer em todos os níveis de assistência. Nesse cenário, dentre as estratégias adotadas nas instituições de saúde com foco no cuidado seguro, destaca-se o fortalecimento da cultura de SP como fator condicionador de melhoria da qualidade da assistência e redução de incidentes⁽³⁾.

Neste sentido, a cultura de SP é definida como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas⁽¹⁾. Para implementá-la, é necessária a compreensão de crenças, valores e normas que a instituição cultua, além de definir quais ações e comportamentos voltados a SP são esperados⁽⁴⁾.

No Brasil, o foco das investigações sobre a SP tem sido centrado nos ambientes hospitalares, e reconhece-se que os incidentes e eventos adversos (EA) acontecem em todos os níveis

de assistência. Como exemplo disso, estudo brasileiro constatou a razão de incidentes de 1,11% na Atenção Primária à Saúde (APS), no qual 82% ocasionaram danos aos pacientes⁽³⁾.

Tendo em vista que a maior parte do acompanhamento dos pacientes e/ou usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) é realizada na APS, a qual realiza a atenção longitudinal dos pacientes adscritos à sua unidade ao longo do tempo, justifica-se incluir esse cenário nas investigações que contemplem a SP⁽⁵⁾. Espera-se, com isso, contribuir com evidências que colaborem para o aprimoramento de cuidados seguros, favoreçam a assistência de qualidade e estabeleçam uma cultura de SP que implique num processo de transformação institucional⁽⁶⁾.

Considerando a demanda de atendimentos de saúde nos serviços ambulatoriais, incluindo a APS, e as estimativas das políticas públicas de que a atenção básica deve ser a coordenadora do cuidado⁽⁷⁾, é importante a avaliação e discussão da cultura de SP. Assim, espera-se que esses serviços possibilitem a realização de estudos sobre essa temática com o objetivo de auxiliar na identificação de falhas e planejar ações para melhorar a qualidade do cuidado em saúde, uma vez que há uma lacuna do conhecimento nesse contexto de saúde⁽⁸⁾. No Brasil, estudos que avaliam a cultura de SP na APS ainda são incipientes^(6,8), o que denota a necessidade e a importância da realização deste estudo.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva

da equipe multiprofissional atuante na Atenção Primária à Saúde e sua relação com as características laborais.

Método

Estudo transversal, realizado em 17 Unidades de Saúde da Família (USFs) de um município do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Salienta-se que o município conta com programa de residência multiprofissional em saúde da família desde o ano de 2010.

Constituíram-se em critérios de inclusão: pertencer à equipe multiprofissional; atuar na unidade há 30 dias; e trabalhar 20 horas semanais, no mínimo. Estes critérios foram estabelecidos por considerar-se que, a partir de um mês, os profissionais conseguem perceber os valores, as atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência quanto às questões de segurança do paciente na instituição de saúde⁽⁹⁾. Foram excluídos aqueles em licença de saúde ou outro tipo de afastamento no período da coleta de dados.

Inicialmente, solicitou-se à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) uma lista nominal dos trabalhadores e seus respectivos turnos de trabalho. Posteriormente, foi realizado contato com os gestores das unidades, para definir o horário e a data para aplicação do questionário. Após a definição das datas pelos gestores, a pesquisadora principal (primeira autora), foi até as unidades e convidou os trabalhadores para participarem, explicitando o estudo. Na sequência, apresentou e leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi entregue dentro de um envelope, em duas vias, juntamente com o instrumento de pesquisa. Após a ciência e assinatura do TCLE, uma via ficou com o entrevistado e a outra com a pesquisadora. Após esta etapa, os entrevistados responderam o instrumento, que foi entregue em envelope fechado e o devolveram à pesquisadora, a qual ficou na unidade, aguardando o preenchimento do instrumento.

A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2017 a abril de 2018. Do total de 228 profissionais,

obtidos na lista da SMS, após aplicar os critérios de inclusão, obtiveram-se 34 perdas; 24 profissionais estavam em licença maternidade ou saúde e 10 não tinham o tempo de serviço esperado (30 dias). Ainda ocorreram seis recusas. Desse modo, a participação totalizou 188 profissionais, entre eles 11 médicos, 25 enfermeiros, 42 técnicos de enfermagem, 20 atendentes administrativos, 45 Agentes Comunitários de Saúde, 26 outros profissionais da área da saúde (auxiliar de consultório dentário, odontólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista, psicólogo, educador físico), 19 agentes de endemias.

Como instrumento de coleta foi utilizada a versão do questionário Pesquisa sobre Cultura de SP para APS, traduzido, adaptado e validado semântica⁽⁶⁾ e psicometricamente⁽¹⁰⁾ para uso no Brasil, com base na versão original *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), desenvolvida nos Estados Unidos da América em 2007⁽⁴⁾. O instrumento é constituído por dimensões do constructo da SP que incluem: Aspectos relacionados com a SP e qualidade; Troca de informações com outras instituições; Trabalho em equipe; Pressão e ritmo de trabalho; Treinamento da equipe; 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 SP e qualidade; Avaliação geral em SP; e Avaliação global sobre qualidade.

Os dados foram digitados duplamente no programa Epi-Info® 6.04. Após correções de inconsistências e/ou erros, os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 21.0 for Windows. As variáveis quantitativas estão descritas por meio de medidas de tendência central (média e dispersão), de acordo com a distribuição de normalidade avaliada pelo teste *Kolmogorov-Smirnov*. As variáveis utilizadas foram elaboradas pelas autoras e contemplaram tempo de trabalho, cargo e ser coordenador da unidade.

A análise dos dados, por meio do Índice de Segurança do Sintético do Paciente (ISSP), foi

definida como a média de todas as questões que compõem as dimensões analisadas. Em todos os casos, o intervalo foi de 1 a 5. As frequências relativas de cada questão foram calculadas e os indicadores compostos de cada dimensão foram medidos pela seguinte fórmula⁽¹¹⁾:

$$\frac{\Sigma \text{ respostas (positivas, neutras e negativas) nos itens da dimensão}}{\text{Número de respostas totais nos itens de uma dimensão}}$$

Para realizar uma análise comparativa de todas as dimensões que compõem o questionário, a escala de resposta original para as seções A e B, que têm seis categorias de resposta, foi transformada em uma escala de classificação de 1 a 5, como o restante das seções, aplicando a fórmula de pontuação atribuída na escala original (PEO) $\times (4/5) + 0,2$. Em todos os casos, o intervalo foi de 1 a 5. Considerado “percepção positiva” a dimensão em que o ISSP foi >3 e “percepção claramente positiva” quando o ISSP foi ≥ 4 ⁽¹¹⁾.

Os aspectos éticos foram observados conforme preceitos estabelecidos na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde⁽¹²⁾, que estabelece parâmetros para pesquisas que envolvem seres humanos. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, sob CAAE 78621917.5.0000.5350 e Parecer Consubstanciado n. 2.413.567, de 4 de dezembro de 2017.

Resultados

De um total de 194 participantes, obteve-se uma taxa de resposta do estudo de 97% (n=188). Entre os participantes, a idade da maioria variou

entre 31-50 anos (58%), o sexo feminino registrou maior número (87,8%), com companheiro(a) (55,3%), escolaridade ensino médio (42,8%), renda maior que três salários mínimos (31,9%), tempo de formação na área variou de 5 anos e 1 dia a 10 anos (30,4%), trabalhavam no serviço há 11 anos ou mais (27,8%), com carga horária semanal de 33 a 40 horas (79,3%), com vínculo concursado (79,3%), não tinha outro emprego (95,7%), a categoria prevalente foi dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (30,3).

Nas unidades investigadas, o escore geral da cultura de SP foi considerado positivo ($3,64 \pm 0,84$). Obteve-se percepção claramente positiva nas dimensões: Seguimento da assistência ao paciente ($4,32 \pm 0,58$); Trabalho em equipe ($4,31 \pm 0,48$); Aspectos relacionados à SP e qualidade ($4,12 \pm 0,77$); Troca de informações com outras instituições ($4,11 \pm 0,75$); e Comunicação aberta ($4,07 \pm 0,66$).

Foram consideradas percepção positiva, as dimensões: Comunicação sobre o erro ($3,89 \pm 0,65$); Aprendizagem organizacional ($3,87 \pm 0,70$); Avaliação geral sobre SP e qualidade ($3,72 \pm 0,61$); Processo de trabalho e padronização ($3,64 \pm 0,63$); Avaliação geral sobre segurança do paciente ($3,48 \pm 0,73$); Avaliação global da qualidade ($3,45 \pm 0,66$); Treinamento da equipe ($3,40 \pm 0,75$); e Apoio dos gestores ($3,19 \pm 0,77$). A dimensão Pressão e ritmo de trabalho ($2,38 \pm 0,76$) teve percepção negativa.

Na Tabela 1, podem ser observados a média e o desvio padrão para as dimensões do instrumento MOSCPC, em comparação às variáveis laborais. Verificou-se, na dimensão Pressão e ritmo de trabalho, diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre a média ($2,7 \pm 0,8$) do tempo de trabalho, de 6 a menos de 11 anos, quando comparada à média ($2,1 \pm 0,5$) das faixas de 3 a menos de 6 anos.

Tabela 1 – Distribuição de média e desvio padrão (média±desvio padrão) para as dimensões da escala *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) em comparação com as variáveis laborais. Rio Grande do Sul, Brasil – 2018

Perfil	Dimensões do <i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i> (MOSPSC)				
	Aspectos relacionados com a segurança do paciente e qualidade	Troca de informação com outras instituições	Trabalho em equipe	Pressão e ritmo de trabalho	Treinamento da equipe
Tempo de trabalho (p)¶	0,431	0,069	0,768	0,023	0,376
Menos de 2 meses	3,9±1,3	3,5±1,5	4,4±0,5	2,3±0,7	2,9±1,2
De 2 meses a um ano	4,4±0,8	4,3±0,8	4,3±0,6	2,4±0,7	3,4±0,6
De 1 ano a menos de 3 anos	4,5±0,6	4,5±0,7	4,4±0,6	2,3±0,9	3,3±0,7
De 3 anos a menos de 6 anos	4,5±0,9	4,5±0,7	4,3±0,5	2,1±0,5b	3,3±0,8
De 6 anos a menos de 11 anos	4,5±0,8	4,6±0,6	4,2±0,4	2,7±0,8a	3,5±0,7
Há 11 anos ou mais	4,6±0,6	4,6±0,7	4,4±0,4	2,3±0,7	3,4±0,8
Cargo (p)¶¶	0,776	0,390	0,063	0,094	0,323
Médico	4,6±0,4	4,2±0,5	4,5±0,4	2,6±0,9	3,8±0,5
Enfermeiro(a)	4,5±0,8	4,5±0,7	4,4±0,4	2,2±0,8	3,4±0,9
Equipe administrativa / Agente Comunitário de Saúde	4,4±1,0	4,4±0,9	4,2±0,6	2,6±0,7	3,4±0,8
Técnico de enfermagem	4,5±0,6	4,6±0,7	4,4±0,4	2,2±0,7	3,3±0,7
Outros profissionais área da saúde	4,6±0,8	4,5±0,9	4,4±0,4	2,3±0,7	3,2±0,9
Outras funções	4,6±0,5	4,8±0,2	4,3±0,4	2,5±0,9	3,4±0,5
Coordenador de unidade (p)§	0,041	0,170	0,043	0,535	0,011
Sim	4,9±0,2	4,8±0,4	4,6±0,4	2,5±1,0	3,9±0,7
Não	4,5±0,8	4,5±0,8	4,3±0,5	2,4±0,7	3,4±0,7

Fonte: Elaboração própria.

Na abordagem do cargo, na comparação com a escala, houve diferença significativa na dimensão Seguimento de assistência ao paciente ($P=0,007$), em que o cargo outros profissionais área saúde ($4,1±0,7$) apresentou média significativamente menor quando comparado aos cargos de médico ($4,5±0,4$) e equipe administrativa ($4,5±0,5$).

A diferença representativa mostrou-se presente na dimensão Comunicação sobre o

erro ($P=0,017$), na qual os profissionais com menos de dois meses concentraram menor média ($3,4±0,6$) em comparação às faixas de dois meses a um ano ($4,0±0,8$), de seis anos a menos de 11 meses ($4,1±0,6$) e de mais de 11 anos ($4,0±0,5$).

Na dimensão Apoio dos gestores sobre a SP, a diferença detectada ($p=0,021$) foi entre os cargos outros profissionais área saúde ($2,9±0,9$) e equipe administrativa/ACS ($3,4±0,7$).

Tabela 2 – Distribuição de média e desvio padrão (média±desvio padrão) para as dimensões da escala *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) em comparação com as variáveis laborais. Rio Grande do Sul, Brasil – 2018

Perfil	Dimensões do <i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i> (MOSPSC)				
	Processo de trabalho e Padronização	Comunicação aberta	Seguimento da assistência ao paciente	Comunicação sobre o erro	Apoio dos gestores na segurança do paciente
Tempo de trabalho (p)¶	0,127	0,678	0,197	0,017	0,645
Menos de 2 meses	3,6±0,7	4,2±0,5	4,1±0,6	3,4±0,6c	2,9±1,0
De 2 meses a um ano	3,7±0,4	4,0±0,7	4,2±0,6	4,0±0,8 ^a	3,3±0,9
De 1 ano a menos de 3 anos	3,4±0,7	3,9±0,7	4,2±0,6	3,7±0,7	3,1±0,7
De 3 anos a menos de 6 anos	3,7±0,8	4,0±0,7	4,4±0,6	3,8±0,7	3,3±0,6
De 6 anos a menos de 11 anos	3,8±0,5	4,1±0,6	4,5±0,6	4,1±0,6 ^a	3,2±0,7
Há 11 anos ou mais	3,6±0,7	4,2±0,6	4,3±0,6	4,0±0,5 ^a	3,2±0,8
Cargo (p)¶¶	0,647	0,630	0,007	0,279	0,021
Médico	3,7±0,4	4,4±0,5	4,5±0,4a	4,0±0,7	3,2±0,9
Enfermeiro(a)	3,5±0,6	4,1±0,7	4,2±0,5	3,8±0,7	3,3±0,7
Equipe administrativa / ACS	3,7±0,8	4,0±0,7	4,5±0,5a	4,0±0,7	3,4±0,7 ^a
Técnico de enfermagem	3,6±0,5	4,1±0,7	4,2±0,6	3,9±0,5	3,0±0,6
Outros profissionais área da saúde	3,6±0,5	4,1±0,6	4,1±0,7b	3,7±0,7	2,9±0,9 ^b
Outras funções	3,8±0,4	4,1±0,6	4,4±0,6	4,0±0,6	3,1±0,9
Coord. unidade (p)§	0,006	0,001	0,527	0,445	0,066
Sim	4,1±0,4	4,6±0,3	4,4±0,5	4,0±0,5	4,3±0,9
Não	3,6±0,6	4,0±0,7	4,3±0,6	3,9±0,7	3,7±0,7

Fonte: Elaboração própria.

Ocorreu diferença significativa na dimensão Percepção geral sobre SP e qualidade ($P=0,026$), na qual os profissionais com tempo de trabalho de dois meses a um ano ($3,9±0,6$) e de seis anos a menos de 11 anos ($3,9±0,5$) apresentaram médias mais elevadas do que os profissionais com até dois meses de trabalho ($3,3±0,4$).

Na Avaliação global sobre qualidade, os resultados apontaram ainda que os profissionais com outras funções ($3,2±0,6$) e equipe administrativa ($3,3±0,7$) apresentaram médias significativamente menores em comparação aos cargos de Médico ($3,8±0,6$), Enfermeiros ($3,7±0,6$) e Outros profissionais área da saúde ($3,7±0,7$) com valor de $p=0,009$.

Tabela 3 – Distribuição de média e desvio padrão (média±desvio padrão) para as dimensões da escala *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) em comparação com as variáveis laborais. Rio Grande do Sul, Brasil – 2018

Perfil	Dimensões do <i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i> (MOSPSC)			
	Aprendizagem organizacional	Percepção geral sobre segurança do paciente e qualidade	Avaliação geral em segurança do paciente	Avaliação global sobre qualidade
Tempo de trabalho (p)¶	0,113	0,026	0,965	0,326
Menos de 2 meses	3,2±1,5	3,3±0,4b	3,3±1,0	2,9±0,7
De 2 meses a um ano	3,9±0,9	3,9±0,6a	3,6±0,9	3,6±0,8
De 1 ano a menos de 3 anos	3,9±0,6	3,6±0,7	3,5±0,8	3,4±0,6
De 3 anos a menos de 6 anos	3,8±0,5	3,7±0,6	3,5±0,7	3,4±0,6
De 6 anos a menos de 11 anos	4,0±0,7	3,9±0,5a	3,5±0,6	3,5±0,7
Há 11 anos ou mais	3,9±0,5	3,6±0,6	3,5±0,7	3,5±0,6
Cargo (p)¶	0,251	0,597	0,548	0,009
Médico	4,1±0,4	4,0±0,7	3,5±0,5	3,8±0,6 ^a
Enfermeiro(a)	4,0±0,5	3,7±0,7	3,5±1,0	3,7±0,6 ^a
Equipe administrativa / ACS	3,9±0,7	3,7±0,6	3,4±0,7	3,3±0,7
Técnico de enfermagem	4,0±0,4	3,7±0,6	3,4±0,6	3,4±0,6
Outros profissionais área da saúde	3,7±1,0	3,6±0,6	3,7±0,8	3,7±0,7 ^a
Outras funções	3,7±1,0	3,7±0,4	3,4±0,6	3,2±0,6b
Coord. unidade (p)§	0,016	0,007	0,171	0,011
Sim	4,3±0,3	4,1±0,4	3,7±0,6	3,9±0,6
Não	3,8±0,7	3,7±0,6	3,5±0,7	3,4±0,7

Fonte: Elaboração própria.

A escala MOSPSC apresentou o maior número de relações de dependência com a característica profissional de coordenador de unidade, apontando para médias mais elevadas entre os profissionais que relataram ser coordenadores de unidade. As diferenças significativas foram observadas nas dimensões: Aspectos relacionados com a SP e qualidade (0,041), Trabalho em equipe (0,043), Treinamento da equipe (0,011), Processo de trabalho e padronização (0,006), Comunicação aberta (0,001), Aprendizagem organizacional (0,016), Percepção geral sobre SP e qualidade (0,007) e Avaliação global sobre qualidade (0,011).

Discussão

Estudo que avalia a cultura de SP recomenda que se obtenha o máximo possível de

participação dos profissionais nas avaliações, pois, quanto maior a taxa de resposta, mais adequada é a sua representação⁽⁴⁾. O estudo em tela evidenciou resultados positivos da cultura de SP na APS. Este achado denota que a cultura está consolidada entre os trabalhadores dos serviços de saúde no local de investigação. Organizações de saúde com esse perfil impulsionam a aprendizagem organizacional apoiada na ocorrência de incidentes. O fortalecimento da cultura dá-se com o envolvimento dos profissionais, para potencializar os momentos de discussões de erros e aprendizado coletivo, com vistas ao cuidado seguro⁽¹³⁾.

O seguimento da assistência ao paciente tem sido uma diretriz na APS. Conceitua-se como o acompanhamento do paciente ao longo do tempo, envolvendo relação de continuidade da

atenção, de construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas⁽¹⁴⁾.

Estudo infere que trabalhadores que atuam em uma mesma unidade de saúde tendem a perceber mais positivamente o trabalho em equipe, pois compartilham momentos e desenvolvem apego ao seu local de trabalho⁽¹⁴⁾. O trabalho em equipe é imprescindível, quando se trata dos aspectos relacionados a SP e à qualidade dos cuidados prestados. O coordenador de unidade que atua como líder, por ser orientador e conciliador de informações, facilita a incorporação dos profissionais que se sentem excluídos das atividades da equipe⁽¹⁵⁾.

Tendo em vista o enfrentamento dos EAs durante a assistência ao paciente, tem-se a publicação de estudo⁽³⁾ e normativa⁽¹⁶⁾ que visam auxiliar os gestores e profissionais de saúde a assegurar um cuidado à saúde de qualidade. Neste sentido, a troca de informações entre a equipe e outros setores tem sido apontada como um aspecto importante, pois visa a continuidade do cuidado seguro e a forma como o serviço realiza as trocas de informações completas e precisas com outros serviços de saúde relacionados à SP⁽⁴⁾.

O resultado positivo neste estudo indica que os profissionais realizavam a referência e contrarreferência do usuário e havia comunicação entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde na assistência ao paciente. Em contraponto a este achado, estudo evidenciou avaliação negativa nessa dimensão, compreendendo ser uma área que necessita de melhora, pois utiliza a tecnologia da informação dos diferentes níveis de assistência e deve ter maior envolvimento dos profissionais assistentes⁽¹¹⁾.

Relacionado ao cargo de coordenador da unidade, estudo demonstra que uma das características mais evidentes dos gestores de saúde da APS é a comunicação aberta, além da liderança, organização, planejamento, agilidade, bom relacionamento, conhecimento, criatividade e capacidade de motivação. Demonstra ainda os benefícios que a formação direcionada a essa

linha de trabalho proporciona para o processo de gestão em saúde⁽¹⁷⁾.

Estudo que avaliou desafios de trabalhar em equipe na APS mostrou que a equipe multiprofissional percebeu a comunicação aberta como um aspecto facilitador do trabalho, e necessita ser realizada de forma direta, sincera, respeitosa e colaborativa, mesmo com divergência de ideias entre os profissionais. A forma de estreitar relações e favorecer a comunicação aberta no cotidiano de trabalho é por meio das reuniões de equipe, as quais são vistas como momentos de integração e construção para um ambiente de trabalho harmonioso, ocasião para estreitar as relações entre a equipe e o planejamento das ações⁽¹⁸⁾.

Já no que tange à comunicação sobre o erro, estudo realizado com população árabe indicou que pode ser melhorada, se houver inclusão dos profissionais da equipe para relatar incidentes, fazer questões e apontar preocupações quando algo não parece certo, além de motivar os funcionários a expressarem suas opiniões direcionadas à melhora da SP⁽¹⁸⁾. Ao realizar ações de melhorias por meio da abordagem sistêmica do erro e da aprendizagem organizacional, poderá haver, a longo prazo, menor rotatividade de profissionais nos setores laborais e autonomia acerca do cuidado seguro, o que colabora para a SP⁽¹⁹⁾.

Entende-se que a aprendizagem da equipe, na perspectiva organizacional, ainda é incipiente na área da saúde. Nesta é necessário um aprendizado coletivo e efetivo, que facilite o desenvolvimento de uma cultura que se direcione para desenvolver intervenções educativas, com o objetivo de mudar opiniões e práticas individuais relacionadas às interações ocorridas no ambiente de trabalho⁽²⁰⁾. Estudo⁽²¹⁾ avalia que a assistência à saúde do usuário pode fragilizar-se se não houver suporte para uma aprendizagem relacionada à assistência e à SP, que norteie a decisão do gestor com vistas a aprimorar o trabalho de sua equipe.

A dimensão "Percepção global da SP e qualidade" apresentou diferença estatística para a variável relacionada ao tempo de trabalho. A melhor percepção dos profissionais que atuavam há

mais tempo no serviço pode estar relacionada ao fato de acompanharem o processo de remodelação da estrutura da organização nos serviços da APS. Nesta, a implementação de novas políticas e processos de trabalho relacionados à atenção à saúde vem gradativamente melhorando. Este resultado também foi encontrado em outro estudo⁽¹⁸⁾.

Relacionado ao cargo de coordenador da unidade, estudo⁽²¹⁾ mostra que o suporte à aprendizagem oferecido pelo chefe imediato é percebido como negativo pelos profissionais, quando os chefes tendem a inibir novas habilidades e ignorar mudanças propostas com base no conhecimento adquirido em treinamentos. Quanto a ser coordenador e obter médias positivas em comparação aos demais cargos, na dimensão Processo de trabalho e padronização, pode-se dizer que está diretamente relacionado ao cargo ocupado, o de liderança da equipe.

Para tanto, durante o processo de trabalho e padronização, é indispensável um bom gerenciamento de conflitos e problemas, disponibilidade de informações para tomada de decisões e supervisão adequada, pois esses fatores possibilitam melhor desempenho e produtividade no trabalho⁽²²⁾. A autonomia profissional também pode ser evidenciada com base na coordenação do cuidado em saúde, na perspectiva da comunicação entre profissionais e serviços, com vistas a um clima organizacional mais efetivo⁽²²⁾.

Estudo⁽⁷⁾ evidencia que, muitas vezes, os profissionais da APS não conseguem atender à demanda espontânea da unidade, sendo necessário direcionar os pacientes a buscar atendimento em unidades de pronto atendimento. Este fato evidencia a fragilidade no processo de trabalho e a padronização das tarefas da equipe. O não atendimento aos usuários que procuram a APS vai contra os princípios do SUS, que pregam o acolhimento no nível primário como importante estratégia de reorganização do trabalho em equipe, não se restringindo a uma triagem para atendimento médico. O trabalho em equipe é aspecto fundamental para os resultados positivos da cultura de SP, pois a falta de consenso pode prejudicar as metas em comum.

Estudo⁽¹¹⁾ realizado com residentes de medicina evidencia que os resultados da cultura são mais baixos nos anos finais da formação de sua especialidade do que no início, o que indica que a SP deve ser uma das áreas de conhecimento que os estudantes residentes devem adquirir. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de os profissionais que possuem menos tempo de formação disporem de menos treinamentos e capacitações, se comparados aos trabalhadores com maior tempo de formação e atuação profissional. Desse modo, desenvolver treinamentos, educação permanente, capacitações, cursos, seminários, pesquisas, haver reuniões periódicas para a equipe discutir e conseguir organizar o processo de trabalho e ter um *feedback* das atividades realizadas, são maneiras de aperfeiçoar a cultura de SP na APS, como afirma estudo⁽⁸⁾.

Investigação, que avaliou a relação entre educação e SP, informa que os participantes ainda possuíam uma visão tradicional do que foi ensinado no passado e entendiam que treinamento e educação continuada eram as importantes estratégias para qualificar a cultura organizacional. Aponta também a necessidade de mudanças na formação profissional relacionadas a temas atuais, e que as qualificações por meio de palestras, cursos e treinamentos durante o período de trabalho eram estratégias eficazes para conhecer a temática segurança do paciente⁽²³⁾, o que podia ser facilitado pelo coordenador atuante na equipe.

Desse modo, é primordial que a gestão apoie o trabalho diário dos profissionais, motive a comunicação e a troca de informações em tempo oportuno, relacionadas aos eventos adversos que possam prejudicar as atividades profissionais. Também é importante que gestores ressaltem questões relacionadas à segurança, recebam críticas e diferentes opiniões de forma positiva, estimulem o *feedback*, determinem padrões de segurança e incentivem capacitações para os trabalhadores⁽¹⁹⁾.

Neste estudo, a pressão e o ritmo de trabalho alcançaram valores mais baixos e estiveram relacionados ao impacto da carga de trabalho no descuido do paciente. Resultado semelhante foi

encontrado em outros estudos^(11,18). A sobrecarga de trabalho pode ser decorrente da elevada demanda de atendimentos dos usuários, exigência de produção pelos gestores, rotatividade ou ausência de trabalhadores, o que influencia diretamente na oferta de serviço, implicando no cuidado prestado. Além disso, algumas equipes vivenciam altas taxas de violência e vulnerabilidade social, fato que influencia a forma como organizam sua rotina de trabalho para conseguir atender à demanda de cuidados, gerando fadiga e desprazer⁽²⁴⁾.

Com o passar dos anos, a maior pressão e carga de trabalho devem ser observadas e modificadas pelo serviço de saúde, para haver melhoria contínua durante o processo de trabalho⁽¹⁸⁾. Quando há satisfação laboral dos trabalhadores, é provável que haja menor rotatividade profissional⁽¹⁹⁾. Neste estudo, a baixa média nesta dimensão pode estar relacionada à excessiva demanda de usuários que buscam atendimento na unidade de saúde, o que colabora para os profissionais evidenciarem pressão e sobrecarga de trabalho. Conforme estabelece a PNAB, no que tange às especificidades da saúde da família, cada equipe deve ser responsável por, no máximo, quatro mil pessoas, sendo a média recomendada de três mil pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição⁽⁷⁾.

Outra questão relacionada à dimensão Pressão e ritmo de trabalho pode ser o fato de o serviço ter aderido ao acolhimento dos usuários, abolindo a fila de espera para o acesso às consultas. Este fato favorece o acesso, na medida em que o serviço amplia a capacidade de escuta das demandas das pessoas⁽⁷⁾. Estudo que investigou os fatores que influenciam no acesso ao serviço de saúde salienta que a prática do acolhimento na APS, muitas vezes, é identificada como falha na ótica dos profissionais, pois uma parcela de usuários utiliza o serviço de forma desnecessária, em razão do fácil acesso. Isto, entretanto, dificulta a identificação das reais necessidades de outros pacientes, causando desinteresse do profissional em perguntar qual é o problema que trouxe o usuário até a unidade⁽²⁵⁾.

Como limitações do estudo, cita-se o fato de ter sido realizado em um município apenas.

Como contribuições, pode-se ressaltar que se trata de um dos pioneiros estudos brasileiros que retratam como é a cultura de SP na APS. Por esta razão pode constituir-se em ponto de partida para futuras investigações.

Conclusão

Este estudo evidencia que os profissionais inquiridos expressam cultura de SP positiva, exceto na dimensão Pressão e ritmo de trabalho. O resultado demonstra que trabalhadores e gestores do serviço devem direcionar olhares para a dimensão que foi negativa e pensar em estratégias que possam melhorar a rotina e a carga de trabalho vivenciada diariamente. Entende-se que o usuário utiliza diariamente as diversas tecnologias disponíveis na APS e a Pressão e o ritmo de trabalho afetam diretamente a qualidade da assistência dispensada, sendo necessário o diálogo entre a equipe e o acordo de ideias, com vistas ao enfrentamento de erros no cuidado à saúde.

Houve diferença estatística significativa para a variável Tempo de trabalho nas dimensões Pressão e ritmo de trabalho, Comunicação sobre o erro, Percepção geral sobre SP e qualidade. Para a variável Cargo, houve diferença estatística significativa nas dimensões Seguimento da assistência ao paciente, Apoio dos gestores na SP e Avaliação global sobre qualidade. Na variável Coordenador da unidade, houve diferença estatística significativa nas dimensões Aspectos relacionados a SP e qualidade, Trabalho em equipe, Treinamento da equipe, Processo de trabalho e padronização, Comunicação aberta, Aprendizagem organizacional, Percepção geral sobre SP e qualidade e Avaliação global sobre qualidade.

Os resultados desta pesquisa podem ensejar gestores e trabalhadores de saúde a observarem e refletirem sobre perfis e maneiras de melhorar o processo de trabalho dentro da sua unidade de saúde, expressando uma cultura positiva.

Sugerem-se novos estudos que avaliem a cultura de SP na APS, relacionando-a ao número de pessoas cadastradas na unidade, tendo em vista o achado deste estudo.

Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Sandra Dal Pai, Daiane Fernanda Brigo Alves e Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Sandra Dal Pai, Daiane Fernanda Brigo Alves, Pâmella Pluta, Vanessa Dalsasso Batista Winter e Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Sandra Dal Pai, Daiane Fernanda Brigo Alves, Pâmella Pluta, Vanessa Dalsasso Batista Winter e Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 2013 [cited 2020 Mar 11]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.pdf
2. Okuyama JHH, Galvao TF, Silva MT. Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. *ScientificWorldJournal*. 2018;2018:9156301. DOI: <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>
3. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão ALB. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(11):2313-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00194214>
4. Sorra J, Gray L, Famolaro T, Yount N, Behm J. Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide [Internet]. Rockville (MD): Agency for Health care Research and Quality; 2016 [cited 2020 Mar 10]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/userguide/mosurveyguide.pdf>
5. Marchon SG, Mendes Junior WV. Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(9):1815-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00114113>
6. Timm M, Rodrigues MCS. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. *Acta paul enferm*. 2016;29(1):26-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600005>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília (DF); 2017 [cited 2020 Mar 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
8. Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC, Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnago TSBS. Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(1):27-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>
9. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006;6(44):1-10. DOI: [10.1186/1472-6963-6-44](https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44)
10. Dal Pai S, Langerdorf TF, Rodrigues MCS, Romero MP, Loro MM, Kolankiewicz ACB. Psychometric validation of a tool that assesses safety culture in Primary Care. *Acta paul enferm*. 2019 nov/dec;32(6):642-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900089>
11. Romero MP, González RB, Calvo MSR. La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. *Aten Primaria*. 2017;49(6):343-50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.009>
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012 [cited 2020 Mar 10]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
13. Carollo JB, Andolhe R, Magnago TSBS, Dalmolin GL, Kolankiewicz ACB. Medication related incidents in a chemotherapy outpatient unit. *Acta paul enferm* [Internet]. 2017 Aug;30(4):428-34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700063>
14. Bondevik GT, Hofoss D, Hansen EH, Deilkas ECT. Patient safety culture in Norwegian primary care: A study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. *Scand J Prim Health Care*. 2014 Sep;32(3):132-8. DOI: [10.3109/02813432.2014.962791](https://doi.org/10.3109/02813432.2014.962791)

15. Peruzzo HE, Ruiz AGB, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. The challenges of teamwork in the family health strategy. *Escola Anna Nery*. 2018;22(4):e20170372. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0372
16. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF); 2014 [cited 2020 Apr 1]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
17. Peiter CC, Caminha MEP, Oliveira WF. Perfil dos gerentes da Atenção Primária: uma revisão integrativa. *Espaço para a saúde - Rev saúde pública do Paraná*. 2017 jul;18(1):165-73. DOI: 10.22421/1517-7130.2017v18n1p165
18. El Zoghbi M, Farooq S, Abulaban A, Taha H, Ajanaz S, Aljasmí J, et al. Improvement of the patient safety culture in Primary Health Care Corporation - Qatar. *J Patient Saf*. 2018 Apr. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000489
19. Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM. Patient safety culture in a bone marrow transplantation unit. *Rev Bras Enferm*. 2015 nov-dez;68(6):827-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680620i>
20. Lebbon AR, Lee SC, Johnson DA. Feedback facilitates transfer of training with US Hispanic workers in a healthcare laundry linen facility. *Inj Prev*. 2015 Dec;21(6):404-14. DOI: 10.1136/injuryprev-2015-041620
21. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Tobias GC, Ciosak SI. Suporte para aprendizagem na perspectiva da segurança do paciente na atenção primária em saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2771. DOI: 10.1590/1518-8345.0784.2771
22. Sousa SM, Bernardino E, Crozeta K, Peres AM, Lacerda MR. Integrality of care: challenges for the nurse practice. *Rev Bras Enferm*. 2017 maio-jun;70(3):504-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0380>
23. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. *Esc Anna Nery* 2016;20(3):e20160068. DOI: 10.5935/1414-8145.20160068
24. Menezes ELC, Scherer MDA, Ramos FRS. Influence of multiprofessional work on the production of care and access to primary health care. *Rev CEFAC*. 2018;20(3):342-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201820319017>
25. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Factors associated to the access to health services from the point of view of professionals and users of basic reference unit. *Saúde Soc*. 2015;24(1):100-12. DOI: 10.1590/S0104-12902015000100008

Recebido: 12 de dezembro de 2019

Aprovado: 16 de março de 2020

Publicado: 30 de abril de 2020



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.