

Avaliação da cultura de segurança do paciente em cuidados primários

Assessment of patient safety culture in primary care

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente em atención primaria

Recebido: 22/10/2022 | Revisado: 02/11/2022 | Aceitado: 04/11/2022 | Publicado: 11/11/2022

Ana Luiza Rodrigues Inácio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6620-6624>

Universidade de Brasília, Brasil

E-mail: analuizari@ufu.br

Maria Cristina Soares Rodrigues

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0206-4238>

Universidade de Brasília, Brasil

E-mail: mcsouares@unb.br

Resumo

Objetivo: Avaliar a cultura de segurança do paciente entre profissionais da Atenção Primária à Saúde de um município do Triângulo Mineiro. **Metodologia:** Estudo observacional, exploratório, de abordagem quantitativa. Participaram 407 profissionais que integram as equipes da Estratégia Saúde da Família do município, por meio da aplicação do instrumento “Medical Office Survey on Patient Safety Culture”, versão traduzida, adaptada e validada para o Brasil. **Resultados:** Os três constructos de melhor avaliação, considerados “pontos fortes” da cultura de segurança do paciente foram “Seguimento da assistência ao paciente” (90,1%), “Trabalho em equipe” (82,6%) e “Troca de informações com outros setores” (82,5). Como pontos fracos, identificou-se os constructos “Apoio dos gestores na segurança do paciente” (58,2%) e “Comunicação aberta” (54,4%), expressando-se como áreas que necessitam de melhorias. Apenas “Pressão e ritmo de trabalho” (27,0%) apresentou uma cultura de segurança do paciente negativa. **Conclusão:** No cômputo geral, a avaliação foi positiva quanto à cultura de segurança do paciente por parte dos profissionais da Atenção Primária à Saúde do município brasileiro. E, no tocante às áreas que necessitam de melhorias, traz à luz lacunas da assistência ou da gestão em saúde que podem fragilizar a qualidade do cuidado. Tais resultados favorecem ao pensamento crítico-reflexivo acerca da importância de se fortalecer a temática.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Segurança do paciente; Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Equipe de assistência multidisciplinar; Avaliação de resultados em cuidados de saúde.

Abstract

Objective: To evaluate the patient safety culture among Primary Health Care professionals in a municipality in Triângulo Mineiro region. **Methodology:** Observational, exploratory study with a quantitative approach. A total of 407 professionals who are part of the teams of the Family Health Strategy of the municipality participated, through the application of the instrument “Medical Office Survey on Patient Safety Culture”, a translated version, adapted and validated for Brazil. **Results:** The three best-evaluated constructs considered “strengths” of the patient safety culture were “Follow-up of patient care” (90.1%), “Teamwork” (82.6%) and “Exchange of information with other sectors” (82.5). As weaknesses, the constructs “Support from managers in patient safety” (58.2%) and “Open communication” (54.4%) were identified, expressing themselves as areas that need improvement. Only “Work pressure and rhythm” (27.0%) had a negative patient safety culture. **Conclusion:** Overall, the assessment was positive regarding the patient safety culture on the part of Primary Health Care professionals in the Brazilian municipality. And, with regard to areas that need improvement, it brings to light gaps in health care or management that can weaken the quality of care. Such results favor critical-reflective thinking about the importance of strengthening the theme.

Keywords: Primary Health Care; Patient safety; Quality indicators in health care; Multidisciplinary assistance team; Outcome assessment in health care.

Resumen

Objetivo: Evaluar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de la Atención Primaria de Salud de un municipio del Triângulo Mineiro. **Metodología:** Estudio observacional, exploratorio con enfoque cuantitativo. Participaron un total de 407 profesionales que forman parte de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia del municipio, a través de la aplicación del instrumento “Medical Office Survey on Patient Safety Culture”, versión traducida, adaptada y validada para Brasil. **Resultados:** Los tres constructos mejor valorados considerados “fortalezas” de la cultura de seguridad del paciente fueron “Seguimiento de la atención al paciente” (90,1%), “Trabajo en equipo” (82,6%) e “Intercambio de información con otros sectores” (82,5). Como debilidades, fueron identificados los constructos “Apoyo de los gestores en seguridad del paciente” (58,2%) y “Comunicación abierta” (54,4%), manifestándose como áreas a mejorar. Solo “Presión y ritmo de trabajo” (27,0%) tuvo una cultura de seguridad del

paciente negativa. Conclusión: En general, la evaluación fue positiva en cuanto a la cultura de seguridad del paciente por parte de los profesionales de la Atención Primaria de Salud en el municipio brasileño. Y, con respecto a las áreas que necesitan mejorar, saca a la luz brechas en la atención o gestión de la salud que pueden debilitar la calidad de la atención. Tales resultados favorecen el pensamiento crítico-reflexivo sobre la importancia de fortalecer el tema.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Seguridad del paciente; Indicadores de calidad en la atención de la salud; Equipo de asistencia multidisciplinario; Evaluación de resultados en el cuidado de la salud.

1. Introdução

Segurança do paciente é considerada como uma dimensão primordial para a qualidade da assistência, sendo definida como a redução do risco de danos a um mínimo aceitável no cuidado em saúde (Brasil, 2013). Na atualidade, o dano ao paciente devido a cuidados inseguros (a maioria considerado evitável) é visto como um grande e crescente desafio global de saúde pública (World Health Organization, 2021), sendo que muitas das complicações que chegam ao ambiente hospitalar são derivadas de outros níveis assistenciais de saúde, como a Atenção Primária à Saúde (APS) (Silva et al., 2022).

Quanto ao papel da APS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) apresenta como obrigação a implantação de estratégias de segurança do paciente, estimulando práticas assistenciais seguras, criando mecanismos para evitar erros e garantir a assistência centrada no usuário, bem como, a realização de planos locais de segurança do paciente, os quais provam melhorias contínuas nos processos de trabalho (Brasil, 2017).

Para o alcance das metas e desafios globais propostos sobre a segurança do paciente, ganha destaque a importância da incorporação do termo “cultura de segurança do paciente”, definida como o conjunto de ações, competências e comportamentos que definem o comprometimento com a gestão da segurança, tendo por objetivo a oferta de cuidado seguro, integral, resolutivo e que resulte na redução de riscos/danos aos pacientes (Raimondi et al., 2019).

Avaliar a cultura de segurança possibilita a identificação de problemas significativos nas rotinas e condições de trabalho, permitindo o gerenciamento dos mesmos. Culturas organizacionais são predominantemente subdesenvolvidas ou fracas no que diz respeito à segurança do paciente, salientando-se dimensões que requerem fortalecimento, como a necessidade de capacitação profissional, troca de informação eficaz e o estabelecimento da chamada “cultura justa” (Reis et al., 2018). De maneira simples, a segurança do paciente é efetivada quando práticas que evitem a ocorrência de eventos adversos à saúde tornam-se rotina institucional (Silva et al., 2022).

Desta forma, evidenciam-se três categorias principais de desafios frente a temática da segurança do paciente, relacionados com a gestão dos serviços, os usuários e familiares, e os profissionais de saúde (World Health Organization, 2021; Dalla Nora & Beghetto, 2020). Portanto, avaliar a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente na APS surge como parâmetro essencial na identificação pelos serviços dos domínios e variáveis que necessitem de atenção, por meio de diagnóstico situacional individualizado, possibilitando que estratégias possam ser traçadas para a efetivação do cuidado seguro na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Eiras et al., 2018; Galhardi et al., 2018; Macedo et al., 2019).

Para avaliar a cultura de segurança do paciente na APS no Brasil, elegeu-se o “Medical Office Survey on Patient Safety Culture” (MOSPSC), por meio da versão traduzida, adaptada transculturalmente e validada do instrumento “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária” (Timm & Rodrigues, 2016).

Desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) em 2007, o MOSPSC enfatiza questões relacionadas à segurança do paciente e a qualidade do cuidado prestado (Sorra et al., 2018), tendo já sido adaptado transcultural e validado para diferentes idiomas – espanhol (Torijano-Casalengua et al., 2013), árabe utilizado em países do Oriente Médio (Webair et al., 2015), português de Portugal (Eiras et al., 2018), Brasil (Timm & Rodrigues, 2016) e grego (Antonakos et al., 2021).

A partir dessas considerações, destaca-se a relevância da pesquisa considerando-se os diferentes benefícios, tanto

científicos, ao contribuir com a apresentação do estado da arte da cultura de segurança do paciente na APS, quanto contribuições sociais, principalmente, para o processo de trabalho na APS, uma vez que, instiga os profissionais à reflexão crítica sobre a temática, e a adoção de estratégias que busquem um cuidado seguro. Assim, o presente estudo buscou avaliar a cultura de segurança do paciente (CSP) entre profissionais da Atenção Primária à Saúde de um Município do Triângulo Mineiro.

2. Metodologia

Pesquisa observacional, exploratória, de cunho quantitativo (Fontelles et al., 2009; Silva, 2004), realizada em um município do Triângulo Mineiro, Minas Gerais (MG), Brasil, com a participação de 407 profissionais que integram as Equipes de Saúde da Família do município, de acordo com critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos.

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se: profissionais integrantes das equipes de Saúde da Família do Município; maiores de 18 anos; que já tivessem cumprido no mínimo três meses de serviço (referente ao período de experiência), entendendo-se como tempo suficiente para adaptação às normas e rotinas da unidade; e, aqueles que aceitaram ao convite para participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão, definiu-se: profissionais que se encontravam em período de férias, licença ou afastamento por motivos de saúde no período de coleta de dados.

A participação dos profissionais se deu por meio do preenchimento do instrumento Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) versão traduzida, adaptada transculturalmente e validada como “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária” (Timm & Rodrigues, 2016), o qual teve o uso autorizado pelas autoras, e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP-FS) da Universidade de Brasília (UnB). Obteve-se também autorização da Secretaria Municipal de Saúde e das Organizações Sociais (OSs) que são responsáveis pela gerência da APS do município. A coleta de dados estendeu-se de setembro 2019 a julho 2020.

Quanto ao tratamento e análise, os dados quantitativos foram organizados e armazenados em planilhas do programa Microsoft Excel®. As análises foram realizadas utilizando o ambiente R: A Language and Environment for Statistical Computing (2013).

Utilizou-se o teste Shapiro-Wilk ($P > 0,05$) para verificar a distribuição normal de média ou mediana de cada sessão do instrumento, bem como, realizado a estimação intervalar das médias das proporções. Para as variáveis agrupadas por Organização de Saúde (OS), tempo de trabalho e profissão, aplicados também o teste de independência (ou associação) do Qui-Quadrado, para testar se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica.

O instrumento “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária” é composto por 54 itens, com opções de resposta no formato de escala Likert, que permite a avaliação de 12 dimensões da cultura de segurança do paciente: comunicação aberta; comunicação sobre o erro; troca de informações com outras instituições; padronização dos processos; aprendizagem organizacional; percepção geral de segurança do paciente e qualidade; suporte da liderança para segurança do paciente; acompanhamento do cuidado do paciente; segurança do paciente e problemas de qualidade; treinamento da equipe; trabalho em equipe; pressão e ritmo de trabalho (Sorra et al., 2018).

De acordo com as recomendações da AHRQ, pode-se identificar que a cultura de segurança do paciente é positiva naquele ambiente quando o percentual de respostas positivas alcançar 50% ou mais – concordo totalmente/concordo ou quase sempre/sempre para as perguntas formuladas positivamente; e discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para as

perguntas formuladas negativamente. O instrumento também permite a identificação de dimensões consideradas “pontos fortes” da cultura de segurança do paciente, com o percentual de respostas positivas igual ou superior a 75% e como “pontos fracos” nos casos em que os percentuais de respostas positivas forem inferiores a 60%, identificando as áreas que necessitam de melhorias (Marcelino, 2016).

3. Resultados e Discussão

Referente à caracterização da amostra, ao comparar os intervalos de confiança, não houve diferença estatística entre os participantes das duas Organizações Sociais (OS1 - 48,2%, OS2 - 51,8%), houve maior proporção amostral dos intervalos de 30 a 39 anos (33,1%) e 40 a 49 anos (29,9%) (estatisticamente iguais), sexo feminino (94,8%), nível médio concluído (47,9%), e de 1 a 5 anos trabalhando na profissão atual (45,9%), sendo o Agente Comunitário de Saúde a categoria com maior número de representantes na pesquisa (36,1%).

A média geral de respostas positivas para todas as 12 dimensões foi de 68,57%. A frequência porcentual de cada constructo é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Frequência da positividade dos 12 constructos do instrumento MOSPSC aplicado com profissionais da APS, Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2022.

Sessão	Tema	Positividade (%)	Classificação
Constructo 1	Comunicação aberta	54,4	Positiva – Fraco
Constructo 2	Comunicação sobre o erro	60,4	Positiva
Constructo 3	Troca de informações com outros setores	82,5	Positiva – Forte
Constructo 4	Processo de trabalho e padronização	73,2	Positiva
Constructo 5	Aprendizagem organizacional	78,5	Positiva – Forte
Constructo 6	Percepção geral de segurança do paciente e qualidade	76,2	Positiva – Forte
Constructo 7	Apoio dos gestores na segurança do paciente	58,2	Positiva – Fraco
Constructo 8	Seguimento da assistência ao paciente	90,1	Positiva – Forte
Constructo 9	Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade	75,8	Positiva – Forte
Constructo 10	Treinamento da equipe	64,0	Positiva
Constructo 11	Trabalho em equipe	82,6	Positiva – Forte
Constructo 12	Pressão e ritmo de trabalho	27,0	Negativa

Fonte: Autores (2022).

Quanto às limitações do estudo, pode-se apontar a não realização de uma pesquisa utilizando métodos mistos – que permitiria uma compreensão do fenômeno em sua profundidade, como também, a existência de instrumentos não respondidos na íntegra, em especial, quando referente às dimensões de avaliação do apoio de gestores e líderes, que pode estar relacionado a um possível receio por parte dos profissionais de serem prejudicados ao exporem suas opiniões, ainda que ressaltado o caráter sigiloso da pesquisa. Ainda, aponta-se como limitação, a necessidade de incorporar a avaliação dos usuários acerca da cultura de segurança, uma vez que, o cuidado deve ser centrado no paciente, tendo esse aspecto como base para a formulação de protocolos e rotinas quanto à segurança em geral.

Para a avaliação da percepção da cultura de segurança do paciente entre profissionais que atuam na APS com a aplicação do instrumento “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”, a AHRQ recomenda que quanto maior o número de participantes e categorias profissionais nas avaliações, mais adequada é a representação (Sorra et al., 2018), o que valoriza ainda mais os resultados obtidos nesta pesquisa, tanto pelo número amostral expressivo, quanto pela variedade de profissionais respondentes.

As comparações desta investigação foram baseadas em publicações nacionais e internacionais. Ainda que o formato da APS seja muito diversificado pelo mundo, a utilização de um instrumento padronizado permitiu a comparação de aspectos semelhantes, reforçando a importância do uso dos instrumentos validados para a realidade brasileira (Galhardi et al., 2018), e a seguir discutidas.

Encontrou-se “Seguimento da assistência ao paciente” (90,1%), “Trabalho em equipe” (82,6%) e “Troca de informações com outros setores” (82,5%) como as três dimensões de melhores avaliações, denotando uma cultura de segurança do paciente positiva, caracterizando essas dimensões como “ponto forte”.

O banco de dado da ARQH de 2020 também apontou “Seguimento da assistência ao paciente” (88,0%) e “Trabalho em equipe” (86,0%) como os dois constructos de pontuação mais alta acerca da segurança do paciente na APS (Famolaro et al., 2020), assim como apontado nas pesquisas de Bohrer et al. (2021) e Romero et al., (2017) (os dois constructos de pontuação mais alta).

Dados semelhantes também foram apontados por Antonakos et al. (2021) com “Trabalho em equipe” alcançando 82,0% e “Seguimento da assistência ao paciente”, com 80,0%, por Moisés (2018) (84,5%, – “Seguimento da assistência ao paciente” e 82,9% - “Trabalho em equipe”), por El Zoghbi et al. (2018) (87% - “Trabalho em equipe” e 80% - “Seguimento da assistência ao paciente”), e Galhardi et al. (2018) (80% - “Seguimento da assistência ao paciente” e 79% - “Trabalho em equipe”).

Do mesmo modo, outros trabalhos apontaram “Trabalho em equipe” como um constructo forte, aparecendo na grande maioria como o de melhor avaliação, como na pesquisa de Raczkiewicz et al. (2019) – 85,0%, Yansane et al. (2020) – 79,0% e Flores-González et al., (2019) – 65,0%. Por sua vez, o constructo “Seguimento da assistência ao paciente” foi considerado positivo, mas apontado como um ponto fraco ao alcançar apenas 63,0% para Flores-González, Cruz-León e Morales-Ramón (2019) e Raczkiewicz et al. (2019) apontou a categoria como a de pior avaliação (65,0%).

Com relação à dimensão “Troca de informações com outros setores”, Galhardi et al. (2018) apresenta que todos os itens obtiveram escore acima de 75%, caracterizando que os problemas relacionados à troca de informações ocorrem com pouca frequência na percepção dos profissionais.

“Trabalho em equipe”, como um constructo forte, expressa a existência de respeito mútuo e relações de trabalho estreitas entre profissionais e provedores (Famolaro et al., 2020). Fernandes (2019) destaca os pontos positivos para segurança do paciente referente às questões “quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam”, com 88,0% de respostas positivas, “há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais” e “este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes”, com 89,0% de respostas positivas, respectivamente.

A colaboração interdisciplinar auxilia na compreensão pelos profissionais das funções e responsabilidades contextuais compartilhadas e, conseqüentemente, ajuda na execução de metas organizacionais, interação e distribuição de informações pertinentes e oferta de cuidados seguros e eficazes (Antonakos et al., 2021). Na mesma direção, acompanhar o cuidado é colaborar para uma comunicação efetiva entre profissionais e pacientes, bem como, contribuir para o processo de acompanhamento de quem necessita de monitoramento e documentação do quanto os cuidados são seguidos pelo paciente (Sorra et al., 2018). Assim, importante para garantir o bom funcionamento do cuidado na APS, é fundamental que as informações trocadas sejam completas, precisas e pontuais.

Quanto ao “Apoio dos gestores na segurança do paciente” (58,2%) e “Comunicação aberta” (54,4%), apesar de expressarem uma cultura de segurança do paciente positiva, as duas dimensões necessitam de melhorias ao denotarem fragilidades nos processos, sendo apontadas como pontos fracos (menor que 60% de respostas positivas).

Destaque para as questões individuais “Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto” (4D-R), com 53,5% de respostas positivas e “Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes” (10D-R) com

44,5%, referentes à “Comunicação aberta”, e “Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço” (1E-R) com 36,3% e “Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes” (4E-R) com 54,5%, sobre o “Apoio dos gestores na segurança do paciente”, encontrados na presente pesquisa.

Marcelino (2016) ao buscar caracterizar a cultura de segurança nos cuidados de saúde primários, encontrou que “Apoio dos gestores na segurança do paciente” atingiu uma porcentagem de apenas 28,0% e “Comunicação aberta”, 42,0%, também apontados como dimensões negativas quanto à de segurança do paciente.

Moisés (2018) apontou a comunicação aberta entre profissionais como área de fragilidade, assim como Flores-González, Cruz-León e Morales-Ramón (2019) que identificaram tal constructo como um dos de pior avaliação, com apenas 30,0% de respostas positivas. A dificuldade de expressar opiniões discordantes também foi avaliada como uma pergunta frágil pelos dados apresentados no banco da AHRQ de 2020, com 61,0% de respostas positivas para a questão (Famolaro et al., 2020).

“Apoio dos gestores na segurança do paciente” estava entre as áreas de vulnerabilidade também em pesquisa brasileira – 47,0% (Galhardi et al., 2018), assim como dados encontrados por Fernandes (2019) – 38,0% (categoria de pior análise) e Flores-González, Cruz-León e Morales-Ramón (2019) – 30,0%, apontada dessa forma pelos estudos como um constructo de cultura de segurança do paciente negativa.

Os fatores educação permanente, qualidade da comunicação, condições de trabalho e infraestrutura, e liderança interferem diretamente na cultura de segurança do paciente ao intervir nas ações diárias de cuidados, os quais, por sua vez, contribuem para a ocorrência de subnotificações, cabendo à equipe gestora disponibilizar recursos e ferramentas suficientes, promovendo o incentivo a equipe na incorporação de boas práticas na assistência prestada (Galhardi et al., 2018; Dal Pai et al., 2020).

Vale destacar que, indivíduos com uma posição de liderança e responsabilidade de tomada de decisões tendem a ter percepções relativamente mais positivas acerca do clima de segurança se comparado aos não proprietários que trabalham no mesmo ambiente (Mazurenko et al., 2018). Tal visão pode ser devido a uma gestão não participativa, em que decisões são tomadas sem a participação dos profissionais, refletindo a insatisfação por parte dos trabalhadores (Fernandes, 2019).

A tomada de decisão compartilhada e informada é a pedra angular da segurança do paciente. Portanto, as organizações e os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde devem investir tempo e esforço para tal processo, bem como, a filosofia de tomada de decisão compartilhada deve se tornar um elemento integrante da educação em saúde (Seshia et al., 2018). Essa forma de liderança, que apoia ativamente a qualidade e a segurança do paciente, prioriza os processos de melhoria do atendimento, não negligenciando erros, bem como tomada de decisões baseadas no que é melhor para o paciente (Sorra et al., 2018).

Por fim, dentre as 12 dimensões avaliadas, apenas “Pressão e ritmo de trabalho” foi considerado com cultura de segurança do paciente negativa, com apenas 27,0% de resposta positivas, o mesmo encontrado no banco de dados da ARQH de 2020 (49,0%) (Famolaro et al., 2020). Outros trabalhos também apontaram o constructo como negativo e entre os de pior avaliação, como Moisés (2018) (13,6%), Marcelino (2016) (20,0%), Flores-González, Cruz-León e Morales-Ramón (2019) (29,0%), Antonakos et al. (2021) (46,0%) e Yansane et al. (2020) (49,0%). Bezerril et al. (2022) apontaram que o constructo “Pressão e ritmo de trabalho” quase atingiu 50,0% das respostas negativas.

Destaque para as questões “Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes” (11C), com 42,6% de respostas positivas, “Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente” (3C-R) - 35,1%, “Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente” (14C-R) – 20,6% e “Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médico

disponíveis” (6C-R), com apenas 9,8%, sendo a pergunta individual com pior porcentagem de respostas positivas.

Fernandes (2019) também chama a atenção para as mesmas perguntas, isto é, “Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente”, com apenas 34,0% de respostas positivas, “Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médico disponíveis”, com 32,0% e, “Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes”, apresentando 45,0% de respostas positivas.

A avaliação negativa acerca do construto “Pressão e ritmo de trabalho” pode ser vista como uma oportunidade para melhorar, pois, avalia aspectos como a proporção entre o número de pacientes que são atendidos com o número de funcionários para tal tarefa, assim como o tempo que eles têm para execução (Flores-González et al., 2019). É preciso entender que essa forma de percepção pelo profissional acerca do ambiente de trabalho e ritmo a partir de uma visão de sobrecarga laboral, poderia ser amenizada se a organização dispusesse do apoio de gestores, na garantia de aspectos referentes a recursos estruturais e humanos suficientes e adequados para as demandas existentes (Moisés, 2018).

4. Conclusão

Os resultados desse estudo evidenciam o panorama da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde em um município do Triângulo Mineiro, Brasil, permitindo constatar a visão dos profissionais acerca da temática, a partir de um diagnóstico situacional.

A média de respostas positivas para todas as 12 dimensões foi de 68,57%. Os três maiores constructos considerados “pontos fortes” da cultura de segurança do paciente, com o percentual de respostas positivas igual ou superior a 75% foram “Seguimento da assistência ao paciente” (90,1%), “Trabalho em equipe” (82,6%) e “Troca de informações com outros setores” (82,5%). Como “ponto fraco”, nos casos em que houve uma cultura de segurança do paciente positiva, porém, os percentuais de respostas positivas foram inferiores a 60%, apontam-se os constructos “Apoio dos gestores na segurança do paciente” (58,2%) e “Comunicação aberta” (54,4%), indicando-se as áreas que necessitam de melhorias.

Dentre os 12 constructos avaliados, apenas “Pressão e ritmo de trabalho” foi considerado negativo (27,0%), ou seja, pode-se identificar que a cultura de segurança do paciente não é positiva para essa dimensão (não alcançou 50%).

Por fim, estudos que avaliam a Cultura de Segurança do Paciente, ao apontarem áreas que demandam maior atenção e valorização, contribuem para o avanço na compreensão do fenômeno em diferentes ambientes da APS, como na presente pesquisa, chamando a atenção para a necessidade de revisão de processos de trabalho, contribuindo para a discussão e tomada de decisão sobre o manejo adequado e o gerenciamento de risco no contexto de cuidados primários.

Referências

- Antonakos, I. et al. (2021). Psychometric Properties of the Greek Version of the Medical Office on Patient Safety Culture in Primary Care Settings. *Medicines*, 8(8).
- Bezerril, M. S. et al. (2022). Assessment of patient safety culture in Primary Health Care. *Enfermería Global*, 67, 398-408.
- Bohrer, J. K. L. et al. (2021). Patient safety culture in Primary Health Care. *Rev Rene*, 22(e70874).
- Brasil (2013). Resolução - RDC Nº 36, DE 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde.
- Dal Pai, S. et al. (2020). Fatores Intervenientes da Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. *Contexto e Saúde*, 20(41:Edição Extra).
- Dalla Nora, C. R. & Beghetto, M. G. Patient safety challenges in primary health care: a scoping review. *Rev Bras Enferm.*, 73(5:e20190209).
- Eiras, M., Escoval, A. & Silva, C. Patient safety culture in Portuguese Primary Care: validation of the Portuguese Version of the Medical Office Survey. London: IntechOpen. <https://www.intechopen.com/books/vignettes-in-patient-safety-volume-4/patient-safety-culture-in-portuguese-primary-care-validation-of-the-portuguese-version-of-the-medica>.

- El Zoghbi, M. et al. (2018). Improvement of the Patient Safety Culture in the Primary Health Care Corporation - Qatar. *J Patient Saf.*, 17(8):e1376-e1382.
- Famolaro, T. et al. (2020). Surveys on Patient Safety Culture (SOPSTM) Medical Office Survey: 2020 User Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSP233201500026I). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Fernandes, A. L. M. (2019). Avaliação da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: identificando oportunidades de melhorias. Caicó (Dissertação de Mestrado). Programa De Pós-Graduação Em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, Brasil.
- Flores-González, M. T., Cruz-León, A. & Morales-Ramón, F. (2019). Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.*, 27(1), 14-22.
- Fontelles, M.J. et al. (2009). Metodologia da Pesquisa Científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Rev. Para. Med.*, 23(3).
- Galhardi, N. M. et al. (2018). Assessment of the patient safety culture in primary health care. *Acta Paul Enferm.*, 31(4), 409-16.
- Macedo, S. M. et al. (2019). Cultura de segurança do paciente: avaliação dos enfermeiros na atenção primária à saúde. *Enferm Global.*, 56, 376-86.
- Marcelino, L. M. M. M. S. (2016). Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- Mazurenko, O. et al. (2018). Examining medical office owners and clinicians perceptions on patient safety climate. *J Patient Saf.*, 17(8):e1514-e1521.
- Moisés, M. S. (2018). Cultura de segurança do paciente em um distrito de saúde na estratégia saúde da família no município de Manaus (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Amazonas, Amazonas, Brasil.
- Raczkiewicz, D. et al. (2019). Patient safety culture in Polish Primary Healthcare Centers. *Int J Qual Health Care.*, 31(8), 60-6.
- Raimondi, D. C. et al. (2019). Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. *Rev Gaúcha Enferm.* 40(Esp):e20180133.
- Reis, C. T., Paiva C. G. & Sousa, P. (2018). The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *Int J QualHealth Care.*,30(9), 660-77.
- Romero, M. P., González, R. B. & Calvo, M.S. La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. *Aten Primaria*, 49(6), 343-50.
- Seshia, S. S. et al. (2018). Gating the holes in the Swiss cheese (part I): Expanding professor Reason's model for patient safety. *J Eval Clin Pract*, 24(1), 187–97.
- Silva, C. R.O. (2004). Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático. Fortaleza, CE: Editora da UFC.
- Silva, E. A. et al. (2022). Enfermagem na segurança do paciente na Atenção Primária. *Glob Acad Nurs.*, 3(1:e223).
- Silva, L. L. T. et al. (2022). Patient safety in Primary Health Care: Perception of the nursing team. *Esc Anna Nery.* 26(e20210130).
- Sorra, J. et al. (2018). AHRQ medical office survey on patient safety culture: user's guide. Rockville (MD): AHRQ. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/medical-office/medical-officesurvey-userguide.pdf>
- Timm M. & Rodrigues, M. C. (2016). Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. *Acta Paul Enferm.*, 29(1), 6-37.
- Torijano-Casalengua, M. L. et al. (2013). Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Aten Primaria.*, 45(1), 21-37.
- Webair, H. H. et al. (2015). Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Fam Pract.*,16, 136.
- World Health Organization (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization.
- Yansane, A. et al. (2020). Assessing the patient safety culture in dentistry. *JDR Clin Trans Res*, 5(4), 399-408.