



Cultura de segurança do paciente na ótica de trabalhadores e equipes da atenção primária

Daiane Cortêz Raimondi¹ , Suelen Cristina Zandonadi Bernal¹ , Laura Misue Matsuda¹ 

¹ Universidade Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá, PR, Brasil

ABSTRACT

OBJETIVO: Analisar se a cultura de segurança do paciente entre os profissionais da atenção primária à saúde difere entre as equipes de saúde.

MÉTODOS: Estudo transversal, quantitativo, realizado nos meses de abril e maio de 2017, em um município da região Sul do Brasil. Participaram 144 profissionais que responderam ao questionário “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”. Os dados foram analisados no programa *Statistical Analysis Software* e expressos em porcentagens de respostas positivas. Os preceitos éticos estabelecidos para pesquisas com seres humanos foram cumpridos.

RESULTADOS: A cultura de segurança do paciente é positiva entre 50,81% dos profissionais e as dimensões “seu serviço de saúde” (63,39%) e “segurança do paciente e qualidade” (61,22%) obtiveram as maiores médias de respostas positivas. Identificou-se diferenças significativas entre as equipes de saúde da família e de saúde bucal ($\alpha = 0,05$ e $p < 0,05$), nas dimensões “segurança do paciente” ($p = 0,0274$) e “trabalho no serviço de saúde” ($p = 0,0058$).

CONCLUSÕES: Concluiu-se que, apesar de próxima da média, a cultura de segurança do paciente entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde é positiva e existem diferenças na cultura de segurança entre as equipes de saúde da família e saúde bucal em relação às equipes de atenção básica.

DESCRIPTORIOS: Segurança do Paciente. Atenção Primária à Saúde, recursos humanos. Pessoal de Saúde. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

Correspondence:

Daiane Cortêz Raimondi
Rua Francisco Pontes, 1925
87506-390 Umuarama, PR, Brasil
E-mail: daianetortez@gmail.com

Recebido: 3 mar 2018

Aprovado: 8 mai 2018

Como citar: Raimondi DC, Bernal SCZ, Matsuda LM. Cultura de segurança do paciente na ótica de trabalhadores e equipes da atenção primária. Rev Saude Publica. 2019;53:42.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

A Atenção Primária a Saúde (APS), principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), é composta por equipes que atuam em território definido. As equipes da APS possuem responsabilidade sanitária, ou seja, têm a incumbência de oferecer atenção integral aos indivíduos cadastrados em sua área de abrangência, desenvolvendo ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação. Também são responsáveis pela coordenação do cuidado ao indivíduo e ao ordenamento da Rede de Atenção à Saúde¹. Essa rede, por sua vez, é caracterizada por serviços de saúde organizados com o intuito de promover assistência à saúde de qualidade, integral, eficiente, segura e resolutiva à população¹.

Mais de 70% dos cuidados de saúde prestados à população são realizados pelas equipes de APS², devido à unidade de saúde se localizar próximo à residência do usuário e desenvolver assistência constante no domicílio e na comunidade. Nessa perspectiva, a APS tende a ofertar assistência resolutiva, capaz de resolver até 85% dos problemas de saúde da população³.

Mesmo diante da elevada demanda de atendimento e da capacidade de resolução dos cuidados primários, a assistência à saúde realizada pelas equipes vinculadas a APS pode resultar em erros ou danos aos pacientes⁴. Um estudo desenvolvido na Espanha⁴ em 2007, cujo objetivo era investigar a segurança do paciente nos cuidados primários, constatou que 18,63% das consultas realizadas pelos profissionais médicos e enfermeiros, atuantes na APS, causaram algum evento adverso ao paciente. Confirmando esses dados, o levantamento realizado pela Fundação de Saúde de Londres⁵ identificou que os danos decorrentes dos cuidados prestados na APS oscilam entre menos de 1% até 24%.

No Brasil, estudo realizado entre 2013 e 2014⁶ com equipes de saúde da família (eSF) identificou razão de incidentes de 1,11% na assistência à saúde prestada na APS. Dentre esses incidentes, 82% causaram danos, dos quais 50% eram de gravidade baixa ou moderada, 25% eram de gravidade muito alta ou com dano permanente e 7% resultaram em óbito do paciente⁶. Já outra investigação de 2009, realizada em centros de saúde primários, constatou que os erros nos espaços assistenciais da APS frequentemente se relacionam com falhas na comunicação, despreparo ou falta de conhecimento dos profissionais, exames e tratamentos inadequados e falhas no atendimento administrativo⁷.

Diante desse cenário, garantir o cuidado integral, resolutivo e seguro nas equipes de APS é primordial porque a segurança do paciente, definida como redução em um nível mínimo aceitável do risco de dano desnecessário relacionado ao cuidado em saúde⁸, é uma dimensão essencial para a qualidade da assistência à saúde. Já a cultura de segurança do paciente é o conjunto de competências, valores e comportamentos que definem o comprometimento com a segurança e a gestão do cuidado à saúde⁸.

Com vistas à prevenção de erros nos cuidados primários, foi instituído no Brasil, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Seu objetivo é auxiliar as instituições na qualificação da assistência à saúde prestada no país e promover a cultura de segurança do paciente para efetivação da qualidade do cuidado⁹. No contexto da APS, a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017) destaca a necessidade da implantação e efetivação da cultura de segurança do paciente nos seus espaços assistenciais, para estimular práticas seguras e de qualidade, evitando-se erros e eventos adversos no processo de cuidado¹.

Considerando a relação entre cultura de segurança do paciente e promoção de cuidados seguros e de qualidade, este estudo se pauta nas perguntas: Qual é a cultura de segurança do paciente existente entre profissionais da APS? Existe diferença na cultura de segurança do paciente entre as equipes de saúde vinculadas a APS? Portanto, para responder a essas questões, este estudo teve como objetivos identificar a cultura de segurança do paciente entre profissionais da APS e analisar se essa cultura difere entre as equipes de saúde.

MÉTODOS

Estudo transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido com as equipes de saúde vinculadas à APS de um município da região Sul do Brasil, quais sejam: eSF, equipe de atenção básica (eAB) e equipe de saúde bucal (eSB).

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2017, com profissionais atuantes nas equipes referidas, que atendiam aos critérios de inclusão: ser enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, médico, dentista, agente comunitário de saúde (ACS) e auxiliar ou técnico de saúde bucal; e atuar há pelo menos 12 meses em unidade que possuísse as equipes de APS mencionadas. Foram excluídos: profissionais de férias, licença prêmio e atestado médico; profissionais farmacêuticos, auxiliares de serviços gerais, estagiários do curso de graduação em farmácia, auxiliares administrativos e estagiários do ensino médio ou superior que atuavam no serviço administrativo; e profissionais que não responderam ao questionário na íntegra. Os profissionais farmacêuticos foram excluídos da pesquisa, pois no momento da coleta de dados o município investigado contava apenas com três farmacêuticos atuando nas unidades de APS.

O município em foco conta com seis eAB, 22 eSF e 17 eSB, o que totaliza 297 profissionais. Destes, 144 profissionais participaram deste estudo, pois foram excluídos 54 que se encontravam em férias, licença prêmio ou afastados por algum problema de saúde, 18 que atuavam na equipe há menos de 12 meses e 59 que não aceitaram participar da pesquisa. Além disso, 22 profissionais não responderam ao questionário na íntegra e também foram excluídos.

A coleta de dados foi realizada com aplicação do instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), traduzido e adaptado para o Brasil, em 2016, com o título “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”¹⁰. O referido instrumento de coleta de dados foi escolhido por ser o único questionário sobre cultura de segurança do paciente na APS adaptado para o contexto brasileiro. Sua utilização foi autorizada pelas autoras responsáveis pela tradução, adaptação transcultural e validação para o contexto brasileiro.

Até o presente momento, este é o primeiro estudo a aplicar o questionário intitulado como “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”¹⁰ nos trabalhadores e equipes da APS. Diferentemente, o instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) elaborado em 2007 foi posteriormente adaptado e validado para a APS na Espanha, como também validado em árabe e aplicado em AL-Mukala, no Iêmen. Além disso, foi analisado por especialistas do Reino Unido, Holanda, Dinamarca, Alemanha, Polônia e Áustria, onde os resultados demonstraram que o questionário é uma ferramenta útil e aplicável para analisar a cultura de segurança do paciente nos cuidados primários na Europa¹⁰.

Cabe mencionar que o instrumento utilizado na coleta de dados do presente estudo permite constatar se a cultura de segurança do paciente na APS é positiva, quando a média de respostas positivas se apresenta superior a 50%, e também identificar áreas que necessitam de melhorias. O referido instrumento é composto por nove seções. Da seção A até a G, as respostas são dispostas em escalas do tipo *Likert*; a seção H tem respostas do tipo múltipla escolha e a Seção I tem uma questão apenas, com resposta dissertativa.

Em relação ao instrumento de coleta de dados, referentes às dimensões que compõe as seções e ao número de questões, têm-se¹⁰: seção A – segurança do paciente e qualidade: 10 questões; seção B – troca de informações com outras instituições: 4 questões; seção C – trabalhando neste serviço de saúde: 15 questões; seção D – comunicação e acompanhamento: 12 questões; seção E – apoio de gestores/administradores/líderes: quatro questões; seção F – seu serviço de saúde: sete questões; seção G – avaliação global: duas questões; seção H – prática profissional: três questões; seção I – seus comentários: uma questão discursiva.

Mediante a aprovação do projeto deste estudo pelo Comitê de Ética, foi realizado contato com a Coordenação da Atenção Primária à Saúde do município, para ciência e autorização do início da pesquisa. Obtida a autorização da Secretaria da Saúde, os enfermeiros responsáveis de cada equipe foram contatados para definição do início da coleta de dados.

No momento da coleta de dados, a pesquisadora forneceu informações referentes aos objetivos, coleta de dados e garantia de sigilo. Após isso, convidou os profissionais para participar na pesquisa, durante o turno de trabalho, nos espaços assistenciais onde atuam. Mediante o aceite verbal e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido foi entregue o instrumento de coleta de dados, recolhido no final do turno do trabalho pelo enfermeiro da equipe. Com o intuito de garantir o sigilo do participante, não havia identificação no questionário da pesquisa e foi fornecido um envelope para que, após o seu preenchimento, o instrumento fosse ali depositado e lacrado.

Os dados foram tabulados no programa *Statistical Analysis Software (SAS, version 9.4)*, a partir da base de dados construída no em planilha eletrônica. O tratamento e a análise dos dados foram realizados cumprindo-se as recomendações da *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)*, que adota a porcentagem de respostas positivas¹¹. O escore final de cada dimensão foi obtido pela média percentual de respostas positivas, no qual foi utilizado o agrupamento de respostas positivas: “várias vezes em 12 meses”, “uma ou duas vezes em 12 meses” e “não aconteceu”; “concordo totalmente” com “concordo”; “quase sempre” e “sempre”; “bom”, “muito bom” e “excelente”. Nas questões negativas, as respostas “discordo totalmente” e “discordo” foram consideradas positivas à cultura de segurança do paciente.

As dimensões da cultura de segurança do paciente foram classificadas também conforme as orientações da AHRQ: “pontos fortes” quando apresentam média percentual de respostas positivas igual ou superior a 75%; e “pontos fracos” quando essa média percentual é menor que 60%, o que sugere necessidade de melhorias na dimensão analisada¹¹.

Para avaliar a diferença entre os escores totais atribuídos às diferentes dimensões, que compõem a cultura de segurança do paciente, entre as equipes atuantes na APS, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste *post hoc* de comparações múltiplas de Dunn. Nesse processo, foi considerando o nível de confiança de 95% e $p < 0,05$.

Este estudo foi desenvolvido conforme os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas, do Conselho Nacional de Saúde¹², e mediante parecer favorável do Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sob Parecer 1.963.656 e CAAE 64095117.6.0000.0104.

RESULTADOS

Participaram 144 profissionais assim dispostos: 16 enfermeiros, 10 médicos, 31 auxiliares ou técnicos de enfermagem, 63 ACS, 15 dentistas e 11 auxiliares ou técnicos de saúde bucal. Em relação ao perfil profissional e sócio demográfico, 132 (91,6%) eram do sexo feminino; 82 (56,9%) tinha idade entre 30 e 49 anos; 94 (65,27%) eram casados; 78 (54,16%) atuavam no serviço entre um e cinco anos; e 66 (45,83%) atuavam no serviço há seis anos ou mais.

Na Tabela 1, constam as frequências e respectivas porcentagens às respostas positivas das dimensões analisadas. A média geral de respostas positivas das dimensões que compõe a cultura de segurança foi de 50,81% entre os profissionais atuantes nas equipes vinculadas à APS, indicando que, apesar de muito próxima da média, a cultura de segurança do paciente é positiva. Dentre as dimensões, as que se referem a “seu serviço de saúde” (63,39%) e “segurança do paciente e qualidade” (61,22%) apresentaram as maiores médias de respostas positivas entre os profissionais que participaram do estudo. Já as dimensões “trabalho no serviço de saúde” (48,52%), “apoio dos gestores” (40,80%) e “avaliação global da qualidade” (32,64%) apresentaram-se negativamente.

Tabela 1. Respostas positivas das dimensões da cultura de segurança do paciente, segundo profissionais que atuam na Atenção Primária a Saúde de um município paranaense. Brasil, 2017.

Dimensões	Respostas positivas	
	n	%
Segurança do paciente e qualidade	884	61,2
Troca de informações com outras instituições	305	53,0
Trabalhando neste serviço	1.048	48,5
Comunicação e acompanhamento	970	56,1
Apoio dos gestores	235	40,8
Seu serviço de saúde	639	63,4
Avaliação global da qualidade	235	32,6
Média geral de respostas positivas	4.316	50,8

Tabela 2. Diferenças das dimensões da cultura de segurança do paciente entre equipes de saúde que atuam na Atenção Primária a Saúde de um município paranaense. Brasil, 2017.

Dimensão	eSF		eAB		eSB		p
	n	%	n	%	n	%	
Segurança do paciente	611	57,6 ^a	93	77,5 ^b	180	69,2 ^a	0,0274*
Troca de informações	211	49,7	35	72,9	59	56,7	0,1517
Trabalhando neste serviço	726	48,9 ^a	120	71,4 ^b	202	55,4 ^a	0,0058*
Comunicação e acompanhamento.	698	54,8	95	65,9	177	56,7	0,3548
Apoio dos gestores	179	42,2	20	41,5	36	34,6	0,4038
Serviço de saúde	464	62,5	56	66,6	119	65,3	0,7717
Avaliação global da qualidade	160	30,1	17	28,3	58	44,6	0,1849

* Significativo ao nível de 95% (Kruskal-Wallis). Letras diferentes indicam diferenças significativas ($p < 0,05$) detectadas pelo teste *post hoc* de comparações múltiplas de Dunn.

As diferenças nas dimensões da cultura de segurança do paciente constatadas entre as equipes vinculadas a APS estão descritas na Tabela 2. As equipes vinculadas à APS apresentam diferenças percentuais entre as dimensões analisadas. Nas dimensões “segurança do paciente” e “trabalhando neste serviço de saúde”, houve diferenças significativas entre as eSF e eSB em relação às eAB. Entretanto, nas dimensões “troca de informações”, “comunicação e acompanhamento”, “apoio dos gestores”, “serviço de saúde” e “avaliação global da qualidade”, as eSF, eSB e eAB não apresentaram diferenças significativas.

DISCUSSÃO

A cultura positiva de segurança do paciente se faz presente na APS. Neste estudo, foram apresentadas respostas positivas em quatro dimensões que compõe a cultura de segurança do paciente. Apesar disso, a cultura ainda se apresenta como ponto fraco porque a média geral de resposta positiva foi inferior a 60%, o que indica a necessidade de melhorias para efetivar a cultura positiva de segurança nas equipes de APS e, assim, garantir um cuidado seguro e de qualidade aos usuários.

Sobre as dimensões, resultado semelhante foi observado em uma pesquisa brasileira¹³ também desenvolvida com profissionais da APS, na qual a “segurança do paciente” apresentou a média mais alta de respostas positivas entre os profissionais, sendo identificada como a principal dimensão da cultura de segurança do paciente.

A média geral da cultura de segurança do paciente na APS deste estudo difere de outros realizados em diferentes países como o do Irã, desenvolvido em 2010¹⁴, que constatou cultura positiva de segurança do paciente em 57% dos centros de saúde da APS. Já em Al-Mukala

no Iêmen¹⁵, a porcentagem foi de 67%. Os estudos mencionados apresentaram média de respostas positivas da cultura de segurança do paciente superiores à desta investigação e isso reforça a necessidade de melhorias no processo de trabalho das equipes de APS estudadas.

Na Holanda, estudo que também observou cultura positiva entre profissionais das equipes de APS¹⁶ destaca que a cultura positiva contribui para a segurança do paciente, pois promove o cuidado seguro e de qualidade à população. Nessa ótica, no Brasil¹⁷, a cultura de segurança do paciente é indicada como meio que auxilia na redução de erros e danos em saúde.

Observa-se que cinco dimensões analisadas apresentaram porcentagem de respostas positivas inferiores a 60%. Essas dimensões, portanto, são os pontos fracos da cultura de segurança do paciente nas equipes da APS.

Ressalta-se que as dimensões “comunicação e acompanhamento” e “troca de informações com outras instituições” apresentam-se positivas, mas são consideradas pontos fracos da cultura de segurança do paciente e necessitam de intervenções para melhorar a comunicação e a troca de informações e, assim, garantir a segurança ao paciente. Considerando que troca de informações tem relação com comunicação¹⁸, falhas nesse processo podem estar relacionadas à ausência da comunicação, comunicação ou troca de informações erradas e incompletas, falta de integração e comunicação entre profissionais da equipe ou entre outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Reforça-se que falhas na comunicação e troca de informações entre equipe, gestores e a Rede de Atenção à Saúde, podem resultar em assistência insegura, com ocorrência de erros no cuidado ao paciente. Nesse aspecto, um estudo de revisão sistemática¹⁸ com objetivo de identificar incidentes e os fatores contribuintes para ocorrências destes na APS, constatou que falhas na comunicação é o principal fator que contribui para a ocorrência de erros na APS. Já outro estudo⁷ realizado em 2009, nos centros de saúde primários, também constatou que os erros na APS geralmente se relacionam com falhas na comunicação, inabilidade profissional, tratamentos e exames inadequados e também, falhas do atendimento administrativo.

Diante do exposto, salienta-se que a comunicação eficaz contribui à assistência integral e segura, além de reduzir a ocorrência de erros¹⁸. No sentido de garantir assistência segura com comunicação e processos efetivos, autores¹⁹ sugerem estratégias de valorização do trabalho em equipe, treinamento com técnicas de simulação de casos com equipes multidisciplinares, identificação das falhas e protocolos de comunicação para aperfeiçoar o processo nas equipes, gestão e rede de atenção.

As dimensões “trabalho no serviço de saúde”, “apoio dos gestores” e “avaliação global da qualidade” apresentaram os menores percentuais de cultura positiva de segurança do paciente entre os profissionais atuantes na APS. Portanto, são necessárias intervenções nas equipes de saúde para a efetivação da cultura positiva de segurança do paciente.

Em relação ao apoio dos gestores, os profissionais anotaram na seção de comentários a necessidade de comunicação eficaz entre os gestores e equipes, alocação correta de recursos e valorização profissional. Assim, observa-se que o envolvimento e a boa relação dos gestores com as equipes profissionais são refletidos na assistência prestada e na segurança da instituição²⁰, reforçando a ideia de que os gestores devem apoiar e empoderar os trabalhadores para o desenvolvimento de cuidados seguros e a promoção da cultura de segurança organizacional.

A dimensão “avaliação global da qualidade” apresentou o menor percentual de respostas positivas entre os profissionais atuantes na APS. Desse modo, tem-se indicativo de que os profissionais atuantes na APS reconhecem falhas nos processos dessa dimensão. Isso também foi constatado no estudo realizado em Al-Mukala¹⁵, no qual apenas 47,5% dos profissionais avaliaram positivamente a segurança do paciente e a qualidade do serviço prestado.

Profissionais vinculados à APS na Turquia também apresentam percentual baixo (42%) de resposta positiva na avaliação da segurança do paciente nos cuidados prestados nas unidades de saúde²¹. Estudos salientam^{8,22} que, para minimizar o quadro referido, é necessário sensibilização dos profissionais para o comprometimento na identificação de erros, trabalho em equipe, planejamento e realização de mudanças, a fim de gerenciar os riscos e efetivar a cultura de segurança do paciente.

No que se refere à comparação da cultura de segurança do paciente entre as equipes da APS, foram constatadas diferenças significativas entre as eSF e eSB em relação às eAB. Isso indica que a cultura de segurança do paciente entre as equipes vinculadas à APS necessitam de melhorias e ações para implementar e efetivar a cultura positiva em todas as equipes, de modo que seja garantida a assistência segura e de qualidade em todos os espaços assistenciais.

A dimensão “segurança do paciente” se relaciona com as circunstâncias que podem ocorrer nas equipes de APS e comprometer a segurança e a qualidade da assistência prestada, como o acesso ao serviço de saúde, à ocorrência de erros na identificação do paciente, à utilização de prontuário, à prescrição medicamentosa, ao diagnóstico, aos exames e às falhas em equipamentos¹⁰. Diante disso, pode-se constatar que essas situações ocorrem com maior frequência entre as eSF e eSB do que nas eAB.

A dimensão “trabalhando neste serviço” também apresentou diferenças entre as equipes estudadas, sinalizando que as eSF e eSB apresentam fragilidades e dificuldades no trabalho em equipe; na valorização entre os profissionais; falhas no processo de educação permanente, definição de fluxos de trabalho e dimensionamento de pessoal. Para minimizar esse quadro, a literatura¹⁸ sugere incentivo na troca de informações e saberes entre os profissionais da equipe, reuniões periódicas de discussão do processo de trabalho e casos clínicos, com atuação multidisciplinar; capacitações permanentes com os profissionais atuantes na APS e melhora na gestão das unidades de cuidados primários.

Vale lembrar que, no município investigado, as eSF e eSB atuam com população adscrita maior do que as eAB e isso tende a aumentar a demanda por consultas e procedimentos, o que pode ter interferido nas diferenças apresentadas.

Como limitações deste estudo, aponta-se a necessidade de processo recordatório para responder ao instrumento utilizado, a recusa de profissionais em participarem da pesquisa e a análise da cultura de segurança do paciente nas equipes vinculadas à APS de apenas um município. Frente a essas limitações, recomenda-se estudos futuros que utilizem diferentes abordagens metodológicas, como o caso dos métodos mistos, com enfoque qualitativo.

CONCLUSÕES

Constatou-se que a cultura de segurança do paciente entre profissionais atuantes na APS é positiva, mas com percentual muito próximo da média. Além disso, a cultura de segurança do paciente entre as equipes de APS estudadas diferiu significativamente: as eAB apresentaram médias de respostas positivas maiores do que as eSF e eSB. Esses dados indicam a necessidade de intervenções para efetivação da cultura positiva em todas as equipes e, assim, garantir cuidados seguros e de qualidade em todos os espaços assistenciais.

Assim, sugerem-se adequações nas dimensões que apresentaram os menores percentuais de cultura positiva de segurança do paciente, bem como nas que se apresentaram positivamente como pontos fracos. Destaca-se a importância de estabelecer a comunicação eficaz entre profissionais, gestores e rede de atenção à saúde a fim de estabelecer discussões do processo de trabalho para identificar erros e levantar soluções, além de incentivar atitudes de segurança do paciente por meio do trabalho em equipe com integração dos profissionais. Os dados obtidos no presente estudo podem subsidiar reflexões sobre o processo de trabalho das equipes da APS, promovendo melhorias que resultam na implementação da cultura positiva de segurança do paciente. O estudo destaca ainda a importância da inserção transversal do

tema segurança do paciente nas matrizes curriculares dos cursos voltados à área da saúde, com intuito de promover a problematização do tema cultura de segurança do paciente na formação profissional e sensibilizar os futuros profissionais sobre a assistência segura e de qualidade.

Ressalta-se que, até o momento, este é o primeiro estudo realizado no Brasil com foco na cultura de segurança do paciente na APS com utilização do questionário “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 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 (DF): 2017.
2. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety for primary care: the full reference guide. London; 2006.
3. Souza TH, Zeferino MT, Fermo VC. Recepção: ponto estratégico para o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde. *Texto Contexto Enferm*, 2016;25(3):e4440015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004440015>
4. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
5. The Health Foundation. Levels of harm in primary care: evidence scan. London; 2011.
6. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2015;31(11):2313-30. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194214>
7. Sequeira AM, Martins L, Pereira VH. Natureza e frequência dos erros na atividade de Medicina Geral e Familiar Geral num ACES: estudo descritivo. *Rev Port Clin Geral*. 2010;26:572-84.
8. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada -RDC n° 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diario Oficial Uniao*. 26 jul 2013; Seção 1:32.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Brasília Portaria n° 529, de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diario Oficial Uniao*. 2 abr 2013; Seção 1:77.
10. Timm M, Rodrigues MCS. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(1):26-37. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600005>
11. Agency for Healthcare Research and Quality. Medical Office Survey on Patient Safety Culture: user's guide. Rockville (MD): AHRQ;. 2016. (AHRQ Publication, 15)
12. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Dario Oficial Uniao*. 13 dez 2012; Seção 1:207.
13. Paese F, Dal Sasso GTM. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(2):302-10. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>
14. Tabrizchi N, S daghat M. The first study of patient safety culture in Iranian primary health centers. *Acta Med Iran*. 2012;50(7):505-10.
15. Webair HH, Al-assani SS, Al-haddad RH, Al-Shaeeb WH, Bin Selm MA, Alyamani AS. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Fam Pract*. 2015;16:136. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0355-1>
16. Verbakel NJ, Van Melle M, Langelaan M, Verheij TJM, Wagner C, Zwart DLM. Exploring patient safety culture in primary care. *Int J Qual Health Care*. 2014;26(6):585-91. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu074>
17. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília (DF); ANVISA; 2013. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).

18. Marchon SG, Mendes Junior WV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cad Saude Publica*. 2014;30(9):1815-35. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114113>
19. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enferm*. 2015;20(3):636-40. <https://doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>
20. Wiegmann DA, Zhang H, Thaden TL, Sharma G, Mitchell AA. A synthesis of safety culture and safety climate research. Urbana-Champaign (Ill): Aviation Research Lab Institute of Aviation; 2002.
21. Bodur A, Filiz AE. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(5):348-55. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp035>
22. Acauan LV, Rodrigues MCS, Pereira JL. Gestão da qualidade em centro de diagnóstico por imagem e segurança do paciente: um ensaio reflexivo. *Cienc Cuid Saude*. 2014;13(1):179-84. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v13i1.19239>

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES – Código de Financiamento 001).

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: DCR. Coleta, análise e interpretação dos dados: DCR. Revisão do manuscrito: SCZB, LMM. Aprovação da versão final: DCR, SCZB, LMM. Responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo: DCR.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.