

Avaliação da cultura de segurança do paciente entre profissionais da estratégia saúde da família

Assessment of patient safety culture among professionals in a family health strategy service

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente entre profesionales de la estrategia salud de la familia

Mitsi Silva Moisés¹; David Lopes Neto¹; Enock Barroso dos Santos¹; Linda Karolinne Rodrigues Almeida Cunha¹; Carlos Herbert Sousa de Moraes¹; Laíse Picanço Barbosa¹; Elen Palmeira Assunção dos Santos¹

¹Universidade Federal do Amazonas. Manaus, AM, Brasil; ¹Secretária Municipal de Saúde de Manaus. Manaus, AM, Brasil;

¹Faculdade Estácio do Amazonas. Amazonas, AM, Brasil

RESUMO

Objetivo: avaliar a cultura de segurança do paciente entre enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde da equipe de uma estratégia saúde da família. **Método:** estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa realizado entre os profissionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde da estratégia de saúde da família de um distrito de saúde do município de Manaus, Amazonas, de novembro de 2017 a maio de 2018, utilizando o questionário “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”. Dados analisados pelo teste qui-quadrado e análise de variância. Protocolo aprovado pelo comitê de ética em pesquisa. **Resultados:** entre 283 participantes, “assistência ao paciente” e “trabalho em equipe” foram dimensões fortes, enquanto quatro apresentaram fragilidade. **Considerações finais:** os achados apontam para uma avaliação da cultura de segurança do paciente adequada na percepção dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Descritores: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Gestão da Qualidade; Profissionais de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to evaluate patient safety culture from the perspectives of nurses, nursing technicians, and community health agents working in a Family Health Strategy service. **Method:** =descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach included nurses, nursing technicians, and community health agents from a Family Health Strategy service in a health district of Manaus, AM, Brazil, conducted from November 2017 to May 2018. Data were collected using the Brazilian version of the Medical Office Survey on Patient Safety Culture and analyzed using the Chi-square test and analysis of variance. The Institutional Review Board approved the study protocol. **Results:** Among the 283 participants, “patient care” and “teamwork” were identified as strong, while four were considered weak dimensions. **Final Considerations:** The findings indicate an adequate patient safety culture from the perspectives of nurses, nursing technicians, and community health agents.

Descriptors: Patient Safety; Organizational Culture; Total Quality Management; Health Personnel; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la cultura de seguridad del paciente entre enfermeros, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud del equipo de estrategia salud de la familia. **Método:** estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, realizado entre los profesionales enfermeros, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de la salud de la estrategia de salud de la familia de un distrito de salud del municipio de Manaus, Amazonas, de noviembre de 2017 a mayo de 2018, utilizando el cuestionario “Investigación sobre Cultura de Seguridad del Paciente para la Atención Primaria”. Datos analizados por el test chi-cuadrado y análisis de variancia. Protocolo aprobado por el comité de ética en investigación. **Resultados:** entre 283 participantes, las dimensiones “asistencia al paciente” y “trabajo en equipo” fueron fuertes, en cuanto cuatro presentaron fragilidad. **Consideraciones finales:** los hallazgos apuntan para una evaluación de la cultura de seguridad del paciente adecuada bajo la percepción de los enfermeros, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud.

Descriptores: Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Gestión de la Calidad Total; Personal de Salud; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

O processo de cuidar no campo da saúde tem se tornado mais desafiador à medida em que se observa o aumento expressivo das demandas e da complexidade das necessidades trazidas pelos pacientes. Esse cenário eleva o potencial para o risco e falhas que culminam em incidentes e eventos adversos relacionados à assistência em saúde¹.

Porém, com a ampliação desenvolvimento de tecnologias e do interesse global em ofertar cuidados em saúde mais seguros, observa-se, na última década, um grande avanço na qualidade do cuidado ofertado, impulsionado pela cultura de segurança do paciente, visto que este comportamento reflete no compromisso de diferentes atores na promoção de um ambiente terapêutico que represente menor risco ao paciente¹.

Estudo realizado com apoio do Programa de Apoio à Pós-Graduação Stricto Sensu – Brasil (POSGRAD) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – Brasil (FAPEAM) - Resolução n°002/2024, decisão n°069/2024, edição 2024/2025/FAPEAM.

Autor correspondente: Carlos Herbert Sousa de Moraes. E-mail: Herbert27091997@gmail.com

Editora Chefe: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Renata Flavia Abreu da Silva

A cultura de segurança do paciente pode ser definida como uma combinação de atitudes, valores, competências e comportamentos que determinam o compromisso com a gestão da saúde e segurança. Para que seja executada, faz-se necessária a compreensão de crenças, valores e normas, além de definir ações e comportamentos voltados à segurança do paciente².

Um dos principais marcos na cultura de segurança do paciente foi a publicação do relatório “Errar é Humano”, do *Institute of Medicine (IOM)* dos Estados Unidos, em 1999. O documento evidenciava a recorrência de eventos adversos relacionados à assistência em saúde e os impactos causados tanto para o paciente quanto para as organizações. A partir desse momento, as discussões foram intensificadas evidenciando a necessidade de mudanças relacionadas ao comportamento profissional e organizacional. Segundo a Organização mundial da Saúde, as organizações de saúde precisam englobar, em sua cultura organizacional, modelos de sistemas que sejam capazes prevenir, detectar, mitigar ou diminuir o perigo ou a ocorrência de incidentes. Dessa forma, a cultura de segurança do paciente deve apresentar características como: uma cultura justa, que não seja punitiva frente à ocorrência de incidentes, mas priorize buscar suas causas, de notificação de incidentes e, por fim, uma de aprendizagem^{3,4}.

A implementação de estratégias eficazes para a cultura de segurança do paciente é fundamental para a redução de eventos adversos e riscos associados à assistência à saúde. Diversas pesquisas recentes destacam que práticas baseadas em evidências, como a padronização de protocolos e a educação contínua das equipes de saúde, desempenham papéis cruciais na mitigação desses riscos e na promoção de um ambiente de cuidado mais seguro⁵.

O aprimoramento das práticas de segurança do paciente requer uma abordagem multifacetada que inclui a adoção de tecnologias de informação e comunicação, além de estratégias de treinamento contínuo para os profissionais de saúde, visando a redução de erros e a melhoria da qualidade assistencial⁶. Estudos indicam que a integração de práticas baseadas em evidências e a promoção de uma cultura de segurança são fundamentais para a melhoria dos resultados clínicos e a redução de riscos na assistência à saúde⁷.

No contexto da atenção primária à saúde (APS), a melhoria da segurança do paciente é promovida pela implementação de sistemas de monitoramento e avaliação contínua dos cuidados. Nesse contexto, a utilização de ferramentas de gestão de riscos e a análise de eventos adversos são cruciais para a redução de erros, a garantia da qualidade assistencial e aprimoramento na cultura de segurança do paciente⁸.

Dessa forma, entende-se que, ampliar estudos na área da APS voltados à cultura de segurança do paciente possibilitará uma melhor concepção sobre a temática de modo a conduzir intervenções direcionadas a melhoria da qualidade e segurança do cuidado nesses espaços de saúde.

O objetivo deste estudo, portanto, foi avaliar a cultura de segurança do paciente entre profissionais da equipe de uma estratégia saúde da família.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, do tipo descritivo, transversal, realizado entre os profissionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) da estratégia saúde da família (ESF) de um distrito de saúde do município de Manaus, Amazonas, Brasil.

Foi determinada uma amostra representativa de estudo para cada categoria profissional do DISA, levando-se em consideração uma população de 403 profissionais (41 enfermeiros, 80 técnicos de enfermagem e 282 agentes comunitários de saúde). Esse tamanho da amostra foi dividido, proporcionalmente, para cada equipe da ESF (49 equipes). Para tanto, utilizou-se da técnica de amostragem estratificada, com margem de 95% de confiança e 5% de erro amostral. Assim, obteve-se amostra composta por 283 participantes, sendo: 38 enfermeiros, 66 técnicos de enfermagem e 179 ACS.

Para participar do estudo, como critérios de inclusão, os profissionais de saúde deveriam trabalhar, pelo menos, 20 horas semanais e estar lotado há, pelo menos, seis meses no setor. Foram excluídos os profissionais que não estavam desenvolvendo suas atividades laborais no período da coleta de dados.

Para coleta de dados, foi aplicado o questionário “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”, versão brasileira do *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)*, criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* por ser um instrumento direcionado ao cenário da APS. O instrumento foi adaptado e validado para uso no Brasil⁹, com aplicação neste estudo autorizado pelas autoras.

O MOSPSC contém 52 questões, em escala de resposta no formato de escala do tipo *Likert*, que mensuram a percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança por meio de doze dimensões: comunicação aberta; comunicação sobre o erro; troca de informações com outros setores; processo de trabalho e padronização; aprendizagem organizacional; percepção geral da segurança do paciente e qualidade; apoio dos gestores na segurança

do paciente; seguimento da assistência ao paciente; segurança do paciente e problemas de qualidade; treinamento da equipe; trabalho em equipe; pressão no trabalho e ritmo. Além disso, contém ainda uma seção referente a avaliação global da qualidade do cuidado em relação às áreas como: centralidade do cuidado, efetividade, pontualidade, eficiência e imparcialidade do cuidado¹⁰.

A coleta de dados ocorreu do período de novembro de 2017 a maio de 2018. Os participantes do estudo foram abordados de maneira individual, em seu próprio ambiente de trabalho no momento em que tinham disponibilidade para participar do estudo. Foram realizadas orientações quanto ao preenchimento do instrumento, seguido da entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As informações e dados obtidos da pesquisa, foram digitados por pares, em banco de dados desenvolvido no software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS®)*, versão 21.0 para *Windows*.

Para a interpretação dos resultados foram seguidas as recomendações do instrumento original⁹, que utiliza como base o uso de percentagens de respostas positivas para classificação das dimensões. Foi calculada a frequência de resposta para cada item e a média para cada dimensão. Estas foram classificadas como fortes, quando 75% ou mais dos participantes responderam concordo totalmente/concordo ou frequentemente/sempre para as perguntas formuladas positivamente; e discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para as perguntas formuladas negativamente. Foram classificadas como área de melhoria a cultura de segurança do paciente quando 50% ou mais dos sujeitos responderam negativamente, optando por discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para perguntas formuladas positivamente, ou usando concordo totalmente/concordo, sempre/ frequentemente para perguntas formuladas negativamente.

Para as variáveis categóricas foram calculadas as frequências absolutas simples e relativas. No cruzamento das variáveis foi aplicado o teste do qui-quadrado. Para os dados quantitativos, quando aceita a hipótese de normalidade dos dados, por meio do teste de *Shapiro-Wilk*, calculou-se a média e desvio-padrão. Na comparação das médias foi aplicado o teste da Análise de Variância (ANOVA)¹¹. O nível de significância considerada para o estudo foi de 95%.

Para garantir o anonimato das informações, foram obedecidas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, garantindo o respeito pela dignidade humana, a proteção dos participantes de pesquisas envolvendo seres humanos e mantendo o anonimato dos dados disponibilizados^{12,13}. O protocolo de pesquisa foi aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

RESULTADOS

O estudo contou com 283 participantes, perfazendo uma amostra representativa, sendo: 38 enfermeiros, 66 técnicos de enfermagem e 179 ACS. Quanto a caracterização amostral, o sexo feminino predominou entre as três categorias profissionais (n= 247; 87,2%). A idade média variou entre 41,5(±6,0) e 47,6(±8,7) anos. Quanto ao tempo de atuação profissional como integrante da equipe da ESF, 219 estão há mais de 11 anos (77,7%). Em relação à carga horária semanal de trabalho, 236 referiram trabalhar de 32 a 40 horas semanais (83,4%).

Em relação ao nível de formação complementar, 30 enfermeiros são especialistas (79%), 17 técnicos de enfermagem possuem o ensino superior completo (26,1%) e sete destes, além do ensino superior, também são especialistas (10,8%). Na categoria profissional de ACS, foi observado que 65 apresentam cursos de formação em nível médio (36,3%) e 23 dispõem de formação com ensino superior completo (12,9%).

Na Tabela 1, são apresentadas as frequências da positividade das dimensões analisadas.

Tabela 1. Frequência da positividade das dimensões do instrumento MOSPSC acima de 75% aplicado nos profissionais da ESF. Manaus, AM, Brasil, 2018.

Dimensões	Positividade (%)	Classificação
Trabalho em equipe	82,9	Forte
Seguimento da assistência ao paciente	84,5	Forte
Aprendizagem organizacional	66,0	Adequado
Percepção da segurança do paciente e qualidade	63,6	Adequado
Treinamento da equipe	28,8	Frágil
Apoio dos gestores na segurança do paciente	14,7	Frágil
Comunicação sobre o erro	68,3	Adequado
Comunicação aberta	49,3	Frágil
Processo de trabalho e padronização	56,6	Adequado
Relacionada a pressão no trabalho	13,5	Frágil
Relacionada a segurança do paciente e qualidade	57,3	Adequado
Troca de informações com outros setores	66,4	Adequado

A percepção geral da cultura de segurança do paciente entre as três categorias profissionais evidencia que, entre as doze dimensões pesquisadas, foram avaliadas como pontos fortes a “Assistência ao paciente” (84,5%) e o “Trabalho em equipe” (82,9%).

Por outro lado, quatro dimensões foram identificadas como áreas que apresentam fragilidade em relação a segurança do paciente e, portanto, com os menores escores entre os profissionais pesquisados: “Treinamento da equipe” (28,8%), “Apoio dos gestores na segurança do paciente” (14,7%), “Comunicação aberta” (49,3%) e “Pressão no trabalho e ritmo” (13,5%).

Na Tabela 2, são apresentados os resultados da distribuição, segundo as médias, das dimensões por categoria profissional.

Tabela 2. Distribuição segundo as médias das dimensões do instrumento MOSPSC aplicado nos profissionais da ESF em relação a categoria profissional, DISA-Sul, Manaus, Amazonas, Brasil, 2018.

Dimensões	Categoria profissional						p-valor
	Enfermeiro		Técnico		ACS		
	Méd	DP	Méd	DP	Méd	DP	
Trabalho em equipe	90,1 ^a	16,0	78,8 ^b	28,6	85,2 ^{ab}	22,6	0,045
Seguimento da assistência ao paciente	84,9 ^{ab}	22,9	79,2 ^b	27,9	89,7 ^a	17,5	0,002
Aprendizagem organizacional	83,8	23,0	82,2	27,8	84,6	25,6	0,827
Percepção da segurança do paciente e qualidade	77,9	24,0	72,5	26,9	69,4	29,9	0,265
Treinamento da equipe	69,3 ^a	32,9	67,9 ^{ab}	32,3	57,4 ^b	33,0	0,026
Apoio dos gestores na segurança do paciente	25,4	27,8	29,5	28,5	30,8	28,8	0,580
Comunicação sobre o erro	77,4	19,2	68,8	30,6	70,2	25,0	0,229
Comunicação aberta	75,2 ^a	29,3	58,6 ^b	37,2	58,3 ^b	33,0	0,017
Processo de trabalho e padronização	71,5	24,0	66,0	30,1	68,2	26,2	0,608
Relacionada a pressão no trabalho	35,6	31,9	32,6	29,2	34,0	25,0	0,535
Relacionada a segurança do paciente e qualidade	77,8	23,5	76,1	23,0	74,5	25,7	0,727
Troca de informação com outros setores	67,6	40,5	78,5	36,2	70,0	41,9	0,333
Geral	71,6	11,9	66,5	16,0	67,6	13,3	0,175

Legenda: DP – desvio padrão.

Na comparação das médias entre as categorias profissionais e as dimensões do instrumento, constatou-se que ocorreu associação estatisticamente significativa nas dimensões “trabalho em equipe” ($p=0,045$), “Seguimento da assistência ao paciente” ($p=0,002$), “Treinamento da equipe” ($p=0,026$) e “Comunicação aberta” ($p=0,017$).

Na dimensão “Trabalho em equipe”, os enfermeiros apresentaram maior média quando comparado com os técnicos de enfermagem. Já na dimensão “Seguimento da assistência ao paciente” os ACS obtiveram uma melhor avaliação quando comparado com os técnicos de enfermagem.

Das quatro dimensões consideradas como áreas de fragilidades em duas delas, “Treinamento da equipe” e “Comunicação aberta” houve associação estatisticamente significante. No primeiro caso, “Treinamento da equipe”, os enfermeiros obtiveram maior média quando comparado com os ACS. No segundo caso, “Comunicação aberta”, os enfermeiros também tiveram uma maior média de avaliação quando comprado com os técnicos de enfermagem.

Observam-se, nas Tabela 3, os achados relacionados à classificação dada pelos profissionais em relação a frequência da avaliação global e geral das unidades.

Tabela 3. Distribuição da classificação dada pelos profissionais em relação a frequência da avaliação global e geral das unidades. Manaus, AM, Brasil, 2018.

Variáveis (n = 283)	Respostas (%)									
	Ruim		Razoável		Bom		Muito bom		Excelente	
	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%
Avaliação global										
Centrado no paciente	1	0,4	42	14,8	143	50,5	70	24,7	27	9,5
Efetivo	2	0,7	38	13,5	125	44,3	86	30,5	31	11,0
Pontual	9	3,1	58	20,5	133	47,0	69	24,4	14	5,0
Eficiente	12	4,2	51	18,0	128	45,2	66	23,3	26	9,2
Imparcial	1	0,4	21	7,4	89	31,4	88	31,1	84	29,7
Avaliação geral	4	1,4	40	14,3	140	50,0	81	28,9	15	5,4

Quatro dimensões do instrumento apresentaram áreas com fragilidades, todavia, no geral, os profissionais classificaram os serviços de saúde em relação a sua capacidade de prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham o potencial de afetar pacientes como: bom (50%), muito bom (28,9%), razoável (14,3%), excelente (5,4%) e ruim (1,4%).

Ressalta-se que o instrumento permitiu a realização de uma avaliação global da qualidade de cuidados de saúde a partir de cinco áreas, tendo sido identificado que, a imparcialidade no cuidado foi a área com melhor avaliação (31,4% avaliaram como bom, 31,1% muito bom e 29,7% excelente), seguida das áreas relacionadas ao cuidado efetivo, centrado no paciente, eficiente e pontual (minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais).

Na Tabela 4, analisa-se a distribuição, segundo as médias, das dimensões por tempo de serviço.

Tabela 4. Distribuição segundo as médias das dimensões do instrumento MOSPSC aplicado nos profissionais da ESF em relação ao tempo de serviço. Manaus, AM, Brasil, 2018.

Variáveis	Tempo de Serviço (anos)						p-valor
	< 3		3 --- 11		≥ 11		
	μ	DP	μ	DP	μ	DP	
Trabalho em equipe	83,7	23,2	83,3	25,1	84,6	23,5	0,940
Assistência ao paciente	84,9	28,2	77,0	27,6	88,6	18,9	0,005
Aprendizagem organizacional	84,2	28,0	83,3	23,2	84,0	26,0	0,987
Percepção da segurança do paciente e qualidade	69,2	32,8	70,8	28,0	71,6	28,4	0,934
Treinamento da equipe	58,8	32,9	68,3	38,7	72,2	29,4	0,034
Apoio dos gestores na segurança do paciente	32,1	26,9	27,6	28,6	30,0	28,8	0,818
Comunicação sobre o erro	71,1	24,9	67,3	25,9	71,6	25,9	0,615
Comunicação aberta	60,3	40,6	66,3	32,4	59,6	33,6	0,510
Processo de trabalho e padronização	61,5	27,6	70,2	27,4	68,4	26,7	0,460
Relacionada a pressão no trabalho	38,5	31,1	35,7	24,4	33,6	27,1	0,683
Relacionada a segurança do paciente e qualidade	68,8	23,7	82,0	21,3	74,7	25,2	0,098
Troca de informação com outros setores	68,7	39,7	84,0	35,4	69,6	41,0	0,141
Geral	67,3	16,7	69,0	15,6	67,7	13,2	0,834

Legenda: μ -média; DP – desvio padrão.

Para a variável tempo de serviço, apresentaram diferença significativa “Seguimento da assistência ao paciente” e “Treinamento da equipe”. No primeiro caso os profissionais com tempo de serviço intermediário (três a 11 anos) atribuíram menor média a dimensão em relação aos com menos tempo de serviço. Já na dimensão “Treinamento da equipe”, os profissionais com menos tempo de serviço obtiveram menor média comparado com os com mais tempo de serviço.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com a aplicação do questionário *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), em sua versão brasileira, permitiram avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente entre profissionais que atuam na ESF. Quatro dimensões foram evidenciadas como áreas de fragilidade, sendo elas: “Treinamento da equipe”, “Apoio dos gestores na segurança do paciente”, “Comunicação aberta” e “Pressão no trabalho e ritmo”.

Um estudo, desenvolvido em uma unidade de saúde da atenção primária, situada na Regional Leste do Distrito Federal, Brasil, no qual também foi utilizado o MOSPSC, as dimensões ligadas a “ritmo e pressão no trabalho”, “treinamento da equipe”, “comunicação aberta” e “apoio dos gestores na segurança do paciente” estavam entre as áreas apontadas pelos profissionais como vulnerabilidade ou fragilidades do serviço para a segurança do paciente¹⁴. Situação semelhante pode ser identificada ao observamos o cenário de atuação dos profissionais da ESF, no qual, tem sido comum a inserção de profissionais em ambientes com estrutura física inadequada, falta de recursos materiais e falhas de gestão¹⁵.

A sobrecarga de trabalho, aliada à falta de apoio da liderança e gestores, evidencia a necessidade de uma gestão em saúde que desenvolva atividades que visem o acolhimento das necessidades levantadas pelos profissionais, bem como treinamentos e espaços em que haja a valorização do compartilhamento de experiências, com fundamentação nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a promoção da saúde do trabalhador, pois tais fatores juntamente com fatores organizacionais, frequentemente desempenham um papel importante nos erros dos indivíduos se mostrando como empecilhos para a consolidação nos serviços de saúde de uma cultura organizacional propícia à segurança do paciente¹⁶.

A capacitação e o treinamento da equipe de saúde são fundamentais para garantir a implementação de práticas seguras no ambiente de trabalho. Esses processos são reconhecidos como estratégias eficazes para a melhoria contínua da segurança do paciente, pois proporcionam o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias para prevenir erros e promover um atendimento de qualidade¹⁷. O aprimoramento contínuo por meio de capacitação e treinamento é um dos pilares para a implementação de práticas seguras no setor de saúde. Esses processos são eficazes na redução de erros e na melhoria da qualidade do atendimento¹⁸.

Embora, no Brasil, a educação em serviço dos profissionais da ESF seja vista como uma prioridade para a melhoria do cotidiano de trabalho, esse processo não vem acontecendo de forma sistematizada e organizada¹⁹.

No presente estudo, tal situação também foi identificada pelos profissionais de saúde que avaliaram a dimensão da pesquisa relacionada a treinamento da equipe como uma área de fragilidade. Os profissionais não estão recebendo treinamentos referente a implantação de novos processos, fluxos ou rotinas com isso, em algumas situações acabam realizando tarefas para os quais não foram treinados previamente, o que pode expor o paciente ao risco decorrente de erros relacionados diretamente com a assistência ou de erros devido a falhas na execução dos fluxos, o que pode favorecer a descontinuidade do cuidado.

Outro aspecto constato pelo estudo refere-se à associação entre a dimensão treinamento da equipe e tempo de serviço dos profissionais, no qual os profissionais com pouco tempo de serviço apresentam uma pior avaliação da dimensão “Treinamento da equipe” quando comparado com os profissionais que apresentam mais tempo de serviço.

A comunicação eficaz entre profissionais de saúde é crucial para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado, evitando erros e melhorando a segurança do paciente, em contrapartida a comunicação deficiente entre a equipe de saúde pode levar a falhas na continuidade do cuidado e comprometer a qualidade do atendimento aos pacientes²⁰. A comunicação clara e eficaz é fundamental para a assistência multidisciplinar, pois facilita a troca de informações e a coordenação do cuidado, resultando em melhor desfecho para os pacientes²¹.

Situação equivalente foi detectada entre os profissionais que, ao responderem perguntas direcionadas a comunicação entre equipe, interação com equipe médica e sobre oportunidades de expressar opiniões discordantes, identificaram a comunicação aberta entre profissionais como área de fragilidade tendo sido associado diferença estatística significativa entre enfermeiros, que apresentaram melhores médias, quando comparado com as médias dos técnicos de enfermagem.

As estratégias para melhorar a comunicação e a cultura de segurança na Estratégia Saúde da Família incluem a implementação de treinamentos contínuos e a criação de protocolos claros para a comunicação entre os profissionais²². A promoção de uma cultura de segurança e a melhoria da comunicação entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família são fundamentais para garantir a qualidade e a segurança do cuidado prestado aos pacientes²³.

Quando se trata de sua capacidade de identificar, corrigir e prevenir problemas que impactam a saúde dos pacientes, uma proporção maior dos profissionais classificou os serviços de saúde como um dos aspectos positivos. Esses achados são consistentes com a ideia de que a qualidade do cuidado não é unidimensional, mas sim multidimensional. Isso implica que a qualidade do cuidado não se resume apenas a um número limitado de facetas estruturais ou processuais²⁴. A avaliação global de qualidade de cuidados de saúde baseada em indicadores como a eficiência, efetividade e imparcialidade são apontados como essenciais para o aprimoramento do atendimento dos serviços de saúde e garantia de melhores resultados para os pacientes.

O destaque da imparcialidade no cuidar, com a maior parcela de impressões favoráveis, é um avanço significativo nas práticas de equidade dentro dos serviços de saúde. A imparcialidade no cuidar, se associa à humanização ao garantir que qualquer paciente, independentemente da sua procedência e de seu contexto individual, recebam um cuidado adequado e respeitoso. Além disso, à incorporação de elementos fundamentais para a realização de atividades de coordenação do cuidado, como a implantação de prontuários eletrônicos, disponibilidade de internet, computadores, incentivo às melhorias nos mecanismos de referência e contrarreferência, contribuem para a melhoria da prestação de serviços²⁵.

Em relação às áreas de cuidado efetivo, centrado no paciente, eficiente e pontual, também obteve bons resultados, enfatizando o esforço dedicado em reduzir esperas e atrasos que podem prejudicar os pacientes. A eficiência e a pontualidade são essenciais para garantir a segurança e a satisfação do paciente²⁶.

Portanto, a redução dos tempos de espera e o gerenciamento otimizado dos recursos são cruciais para a experiência e segurança do paciente bem como para a manutenção dos serviços de saúde. Podemos também considerar que é crucial adotar um modelo de gestão que permita maximizar a eficácia dos processos assistenciais para suprir as necessidades de cada paciente sem demora ou diminuição da qualidade dos serviços prestados²⁷.

Estes achados sugerem que a avaliação apresentada, além de fornecer uma imagem geral da qualidade dos cuidados, pode ser utilizada como diretriz para a execução de estratégias com a finalidade de aperfeiçoamento constante. A implementação de medidas de análise que discutem diversas dimensões da qualidade, tal qual o instrumento proposto nesse artigo, é essencial para identificar áreas a serem melhoradas e contribuir para um sistema de saúde mais eficaz, equânime e centrado no paciente.

Limitações do estudo

A limitação deste estudo reside, sobretudo, por se tratar de um estudo transversal, que pode reduzir o espectro de análise. Outras limitações identificadas dizem respeito ao fato de algumas perguntas terem sido marcadas com a opção “não se aplica” ou “não sei”, o que, possivelmente, acarretou dimensões com baixos índices de positividade, o que pode ter produzido vieses de pesquisa. Essa opção de neutralidade de resposta foi mais presente entre os ACS em função do reduzido conhecimento de alguns profissionais sobre o tema abordado e do pouco tempo para responder os questionários. Contudo, os objetivos propostos no estudo foram atingidos.

Os resultados apresentados nesta pesquisa não podem ser generalizados a ponto de serem considerados uma expressão da segurança do paciente na ESF, já que a amostra é limitada a uma microrregião da cidade de Manaus. Além disso, avaliar a cultura de segurança do paciente na esfera da ESF requer uma análise aprofundada das percepções dos profissionais, pacientes e dos contextos em que as ações em saúde são desenvolvidas, uma vez que a prestação de cuidados se desenvolve em diferentes locais relacionados as circunstâncias de vida dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados da análise deste estudo, foi possível identificar uma avaliação da cultura de segurança do paciente adequada na percepção dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS que fazem parte da equipe da ESF. Além disso, na avaliação geral, não houve diferença estatística significativa na percepção dessas três categorias profissionais. Sendo possível identificar as dimensões “Treinamento da equipe”, “Apoio dos gestores na segurança do paciente”, “Comunicação aberta” e “Pressão no trabalho e ritmo”, como áreas representativas de fragilidade e que, portanto, devem subsidiar o planejamento de ações gerenciais direcionadas para seu fortalecimento.

A interpretação, a análise e a reflexão apresentadas neste estudo constituem-se em um diagnóstico situacional técnico-científico, na ESF, que aponta áreas de fragilidade na segurança do paciente que devem ser trabalhadas pela gestão e profissionais para que se tenha um planejamento estratégico na ESF alinhado a política de segurança do paciente instituída internacionalmente.

Dessa forma, recomenda-se, além do método empregado no presente estudo, que outras estratégias de intervenção sejam realizadas para que, por meio da triangulação de métodos, seja possível caracterizar com maior robustez esta problemática no contexto da ESF.

REFERÊNCIAS

1. Reis CT. Cultura em segurança do paciente. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde segura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014 [cited 2024 Nov 30]; p. 75-99. Available from: <https://books.scielo.org/id/bskw2>.
2. Dal Pai S, Brigo Alves DF, Pluta P, Dalsasso Batista Winter V, Kolankiewicz ACB. Evaluation of the patient safety culture in primary health care. *Rev Baiana Enferm.* 2020 [cited 2024 Nov 30]; 34:e3484. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34849>.
3. World Health Organization, WHO Patient Safety. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009. World Health Organization, 2010 [cited 2024 Nov 30]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/70882>.
4. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2000 [cited 2024 Jul 26]. DOI: <https://doi.org/10.17226/9728>.
5. Aquino LAP, Araújo DAS, Cunha YA, Santos VEP, Saraiva COPO, Martins QCS. Estratégias para a promoção da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico: uma revisão sistemática. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2024 [cited 2024 Dec 02]; 18:e257173. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.257173>.
6. Yuan CT, Dy SM, Lai AY, Oberlander TBA, Hannum SM, Lasser E, et al. Challenges and strategies for patient safety in primary care: a qualitative study. *Am J Med Qual.* 2022 [cited 2024 Dec 06]; 37(5):379-87. DOI: <https://doi.org/10.1097/JMQ.000000000000054>.
7. Noviyanti LW, Ahsan A, Sudartya TS. Exploring the relationship between nurses' communication satisfaction and patient safety culture. *J Public Health Res.* 2021 [cited 2024 Dec 06]; 10(2):2225. DOI: <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2225>.
8. Mendes RS, Pessoa NRC, Santos MRG, Costa NCFG, Frazão CMFQ, Ramos VP. Strategies to promote patient safety in hemodialysis: an integrative review. *Nephrol Nurs J.* 2020 [cited 2024 Dec 06]; 47(5):447-54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33107717/>.
9. Timm M, Rodrigues MCS. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. *Acta paul enferm.* 2016 [cited 2024 Dec 07]; 29(1):26-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600005>.

10. Inácio ALR, Rodrigues MCS. Aplicação do Medical Office Survey on Patient Safety Culture: revisão integrativa. *Acta paul enferm.* 2022 [cited 2024 Dec 07]; 35:eAPE001222. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR01223>.
11. Rayat CS. Variance-Ratio Test and Analysis of Variance (ANOVA). In: *Statistical Methods in Medical Research*. Singapore: Springer; 2018. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-13-0827-7_12.
12. Brasil. Lei Nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. : Conselho Nacional de Saúde; 2024 [cited 2024 Nov 28]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/114874.htm.
13. Brasil. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas e diretrizes para a pesquisa com seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2016 [cited 2024 Nov 28]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.
14. Bohrer JKL, Vasconcelos ACL, Bezerra ALQ, Teixeira CC, Andrade J, Santos PHF, Paranaguá TTB. Patient safety culture in Primary Health Care. *Rev Rene.* 2021 [cited 2024 Nov 30]; 22:e70874. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212270874>.
15. Soratto J, Pires DEPD, Trindade LL, Oliveira JSAD, Forte ECN, Melo TPD. Job dissatisfaction among health professionals working in the family health strategy. *Texto Contexto Enferm.* 2017 [cited 2024 Nov 30]; 26(3):e2500016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>.
16. Assis BCS, Sousa GS, Silva GG, Pereira MO. Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde? *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 2020 [cited 2024 Nov 30]; 12(6):e3134. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3134.2020>.
17. Lamattina AA, Morais RCR. Segurança e saúde no trabalho: guia prático para técnicos. Formiga: Editora MultiAtual; 2024 [cited 2024 Nov 30]; 164 p. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10932499>.
18. Paranaguá TT, Teixeira CC, Santana TS, Afonso TC, Oliveira MG, Bezerra AL. Aplicação do aprendizado em treinamento sobre segurança do paciente: estratégias utilizadas por profissionais da atenção primária à saúde. *Enferm Foco.* 2022 [cited 2024 Dec 07]; 13:e-202220. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202220>.
19. Dolny LL, derda Lace JT, Nilson LG, Calvo MCM, Natal S, Maeyama MA. Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF). *Braz J Health Rev.* 2020 [cited 2024 Nov 30]; 3(1):15-38. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhvr3n1-002>.
20. Castro JVR, Amaro MDOF, Mendonça ET, Siman AG, Zanelli FP, de Carvalho CA. Effective communication in the reach of safe practices: conceptions and practices of the nursing team. *Rev Enferm Atenção Saúde.* 2023 [cited 2024 Nov 30]; 12(1):e202359. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v12i1.5153>.
21. Rocha MP, Viana IS, Vieira IF. Patient Safety in Primary Health Care in a Brazilian municipality. *Physis.* 2021 [cited 2024 Dec 07]; 31(4):e310420. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310420>.
22. Pacenko CL, Figueiredo KC, Nunes E, Cruchinho P, Lucas P. Mapping strategies for strengthening safety culture: a scoping review. *Healthcare (Basel).* 2024 [cited 2024 Dec 07]; 12(12):1194. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare12121194>.
23. Alanazi FK, Lapkin S, Molloy L, Sim J. The impact of safety culture, quality of care, missed care and nurse staffing on patient falls: a multisource association study. *J Clin Nurs.* 2023 [cited 2024 Dec 07]; 32(19-20):7260-72. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.16792>.
24. Bohrer JKL, Vasconcelos ACL, Bezerra ALQ, Teixeira CC, Andrade J, Santos PHF, Paranaguá TTB. Patient safety culture in Primary Health Care. *Rev Rene.* 2021 [cited 2024 Nov 30]; 22:e70874. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212270874>.
25. Cruz MJB, Santos ADFD, Macieira C, Abreu DMXD, Machado ATGDM, Andrade EIG. Avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: comparando o PMAQ-AB (Brasil) e referências internacionais. *Cad Saúde Pública.* 2022 [cited 2024 Nov 30]; 38:e00088121. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088121>.
26. Silva LS, Menezes C, Nascimento LCD, Nitschke RG, Duarte DC, Fonseca Viegas SM. Demanda espontânea e acesso no Sistema Único de Saúde: vivências de usuários da atenção primária. *Advances Enferm.* 2021 [cited 2024 nov 30]; 39(1):30-9. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1151181>.
27. Ribeiro SP, Cavalcanti MDLT. Primary Health Care and Coordination of Care: device to increase access and improve quality. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020 [cited 2024 Nov 30]; 25(5):1799-808. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>.

Contribuições dos autores

Concepção, M.S.M. e D.L.N.; metodologia, M.S.M. e D.L.N.; coleta de dados, M.S.M.; análise formal, M.S.M. e E.B.S.; obtenção de recursos, M.S.M.; redação - preparação do manuscrito, M.S.M. e L.K.R.A.C.; redação – revisão e edição, L.K.R.A.C., C.H.S.M. e L.P.B.; visualização, E.P.A.S. e C.H.S.M.; supervisão, M.S.M. e D.L.N.; administração do projeto, M.S.M. e D.L.N. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.