

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

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

Mitsi Silva Moisés^I; David Lopes Neto^I; Enock Barroso dos Santos^{II}; Linda Karolinne Rodrigues Almeida Cunha^{III}; Carlos Herbert Sousa de Moraes^I; Laíse Picanço Barbosa^I; Elen Palmeira Assunção dos Santos^I

^IUniversidade Federal do Amazonas. Manaus, AM, Brasil; ^{II}Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Manaus, AM, Brasil;

^{III}Faculdade Estácio do Amazonas. Amazonas, AM, Brasil

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.

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.

INTRODUCCIÓN

El proceso de cuidar en el campo de la salud se ha tornado más desafiador a medida en que se observa el aumento expresivo de las demandas y de la complejidad de las necesidades presentadas por los pacientes. Ese escenario eleva el potencial para los riesgos y fallas que pueden culminar en incidentes y eventos adversos relacionados a la asistencia en salud¹.

Sin embargo, con la ampliación del desarrollo de tecnologías y del interés global en ofrecer cuidados en salud más seguros, en la última década, se observa un gran avance en la calidad del cuidado ofrecido, incentivado por la cultura de seguridad del paciente, ya que este comportamiento se refleja en el compromiso de diferentes actores en la promoción de un ambiente terapéutico que represente menor riesgo para el paciente¹.

Estudio financiado por el Programa de Apoyo a la Postgraduación Stricto Sensu-POSGRAD; Fundación de Amparo a la Investigación del Estado de Amazonas-FAPEAM; Resolución n°002/2024 - decisión n°069/2024 edición 2024/2025/FAPEAM.

Autor correspondiente: Carlos Herbert Sousa de Moraes. E-mail: herbert27091997@gmail.com

Editora Jefa: Cristiane Helena Gallasch; Editora Asociada: Renata Flavia Abreu de la Silva

La cultura de seguridad del paciente puede ser definida como una combinación de actitudes, valores, competencias y comportamientos, que determinan el compromiso con la gestión de la salud y seguridad. Para que sea ejecutada, es necesario comprender creencias, valores y normas, además definir acciones y comportamientos dirigidos a la seguridad del paciente².

Uno de los principales marcos en la cultura de seguridad del paciente fue la publicación del informe “Error es Humano”, del *Institute of Medicine (IOM)* de los Estados Unidos, en 1999. El documento evidenciaba la recurrencia de eventos adversos relacionados a la asistencia en salud y los impactos causados por estos, tanto para el paciente como para las organizaciones. A partir de ese momento, las discusiones fueron intensificadas evidenciando la necesidad de realizar cambios relacionados al comportamiento profesional y organizacional. Según la Organización Mundial de la Salud, las organizaciones de salud precisan englobar, en su cultura organizacional, modelos de sistemas que sean capaces de prevenir, detectar, mitigar o disminuir el peligro u ocurrencia de incidentes. De esa forma, la cultura de seguridad del paciente debe presentar características como: una cultura justa, que no sea punitiva frente a la ocurrencia de incidentes, pero que priorice la búsqueda de sus causas, notifique los incidentes y, por último, la necesidad del aprendizaje^{3,4}.

La implementación de estrategias eficaces para la cultura de seguridad del paciente es fundamental para la reducción de eventos adversos y riesgos asociados a la asistencia a la salud. Diversas investigaciones recientes destacan que las prácticas basadas en evidencias, como la estandarización de protocolos y la educación continua de los equipos de salud, desempeñan papeles cruciales en la mitigación de esos riesgos y en la promoción de un ambiente de cuidado más seguro⁵.

El perfeccionamiento de las prácticas de seguridad del paciente requiere un abordaje multifacético que incluya la adopción de tecnologías de información y comunicación, además debe contar con estrategias de entrenamiento continuo para los profesionales de salud, objetivando la reducción de errores y la mejoría de la calidad asistencial⁶. Estudios indican que la integración de prácticas basadas en evidencias y la promoción de una cultura de seguridad, son fundamentales para la mejoría de los resultados clínicos y la reducción de riesgos en la asistencia a la salud⁷.

En el contexto de la atención primaria a la salud (APS), la mejoría de la seguridad del paciente es promovida por la implementación de sistemas de monitoreo y evaluación continua de los cuidados. En ese contexto, la utilización de herramientas de gestión de riesgos y el análisis de eventos adversos son cruciales para reducir errores, garantizar la calidad asistencial y perfeccionar la cultura de seguridad del paciente⁸.

De esa forma, se entiende que, ampliar estudios en el área de la APS dirigidos a la cultura de seguridad del paciente posibilitará una mejor concepción sobre la temática, de modo a conducir intervenciones orientadas a mejorar la calidad y seguridad del cuidado en esos espacios de salud.

El objetivo de este estudio, por tanto, fue evaluar la cultura de seguridad del paciente entre profesionales del equipo de estrategia salud de la familia.

MÉTODO

Se trata de estudio cuantitativo, de tipo descriptivo transversal, realizado entre los profesionales enfermeros, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud (ACS) de la estrategia salud de la familia (ESF) de un distrito de salud del municipio de Manaus, Amazonas, Brasil.

Fue determinada una muestra representativa del estudio para cada categoría profesional del DISA, llevando en consideración una población de 403 profesionales (41 enfermeros, 80 técnicos de enfermería y 282 agentes comunitarios de salud). Ese tamaño de la muestra fue dividido, proporcionalmente, para cada equipo de la ESF (49 equipos). Para esto, se utilizó la técnica de muestreo estratificado, con margen de 95% de confianza y 5% de error de muestreo. Así, se obtuvo una muestra compuesta por 283 participantes, siendo: 38 enfermeros, 66 técnicos de enfermería y 179 ACS.

Para participar del estudio, como criterios de inclusión los profesionales de salud deberían trabajar, por lo menos, 20 horas semanales y estar asignados, por lo menos, a seis meses en el sector. Fueron excluidos los profesionales que no estaban desarrollando sus actividades laborales en el período de la recolección de datos.

Para la recolección de datos, fue aplicado el cuestionario “Investigación sobre Cultura de Seguridad del Paciente para Atención Primaria”, versión brasileña del *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)*, creado por la *Agency for Healthcare Research and Quality* por tratarse de un instrumento dirigido al escenario de la APS. El instrumento fue adaptado y validado para uso en Brasil⁹, con aplicación en este estudio autorizado por las autoras.

El MOSPSC contiene 52 preguntas, en escala de respuesta en el formato de escala del tipo *Likert*, que mide la percepción de los profesionales sobre la cultura de seguridad por medio de doce dimensiones: comunicación abierta; comunicación sobre el error; intercambio de informaciones con otros sectores; proceso de trabajo y estandarización; aprendizaje organizacional; percepción general de la seguridad del paciente y calidad; apoyo de los gestores en la

seguridad del paciente; seguimiento de la asistencia al paciente; seguridad del paciente y problemas de calidad; entrenamiento del equipo; trabajo en equipo; y, presión en el trabajo y ritmo. Además de eso, contiene una sección referente a la evaluación global de la calidad del cuidado en relación a áreas como: centralidad del cuidado, efectividad, puntualidad, eficiencia e imparcialidad del cuidado¹⁰.

La recolección de datos ocurrió en el período de noviembre de 2017 a mayo de 2018. Los participantes del estudio fueron abordados de manera individual, en su propio ambiente de trabajo, en el momento en que tenían disponibilidad para participar del estudio. Fueron realizadas orientaciones en cuanto al llenado del instrumento, seguido de la entrega del Término de Consentimiento Libre e Informado.

Las informaciones y datos obtenidos en la investigación, fueron digitados por pares, en un banco de datos del *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS®)*, versión 21.0 para Windows.

Para la interpretación de los resultados fueron seguidas las recomendaciones del instrumento original⁹, que utiliza como base el uso de porcentajes de respuestas positivas para clasificación de las dimensiones. Fue calculada la frecuencia de respuesta para cada ítem y la media para cada dimensión. Estas fueron clasificadas como fuertes, cuando 75% o más de los participantes respondieron concuerdo totalmente/concuerdo o frecuentemente/siempre para las preguntas formuladas positivamente; y discuerdo totalmente/discuerdo o nunca/raramente para las preguntas formuladas negativamente. Fueron clasificadas como área de mejoría la cultura de seguridad del paciente cuando 50% o más de los sujetos respondieron negativamente, optando por discuerdo totalmente/discuerdo o nunca/raramente para preguntas formuladas positivamente, o usando concuerdo totalmente/concuerdo, siempre/ frecuentemente para preguntas formuladas negativamente.

Para las variables categóricas fueron calculadas las frecuencias absolutas simples y relativas. En el cruzamiento de las variables fue aplicado el test de chi-cuadrado. Para los datos cuantitativos, cuando aceptada la hipótesis de normalidad de los datos, por medio del test de *Shapiro-Wilk*, se calculó la media y desviación estándar. En la comparación de las medias fue aplicado el test de Análisis de Variancia (ANOVA)¹¹. El nivel de significación considerado para el estudio fue de 95%.

Para garantizar el anonimato de las informaciones, fueron obedecidas las directrices y normas reguladoras de investigaciones en que participan seres humanos, garantizando el respeto de la dignidad humana, la protección de los participantes de investigaciones envolviendo seres humanos y manteniendo el anonimato de los datos disponibilizados^{12,13}. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución proponente.

RESULTADOS

El estudio contó con 283 participantes, considerada una muestra representativa con: 38 enfermeros, 66 técnicos de enfermería y 179 ACS. En cuanto a la caracterización de la muestra, el sexo femenino predominó entre las tres categorías profesionales (n= 247; 87,2%). La edad media varió entre 41,5(±6,0) y 47,6(±8,7) años. En cuanto al tiempo de actuación profesional como integrante del equipo de la ESF, 219 estaban hace más de 11 años (77,7%). En relación a la carga horaria semanal de trabajo, 236 declararon trabajar entre 32 a 40 horas semanales (83,4%).

En relación al nivel de formación complementario, 30 enfermeros eran especialistas (79%), 17 técnicos de enfermería poseían la enseñanza superior completa (26,1%) y siete de estos, además de la enseñanza superior, también eran especialistas (10,8%). En la categoría profesional de ACS, fue observado que 65 presentaron cursos de formación de nivel medio (36,3%) y 23 disponían de formación con enseñanza superior completa (12,9%).

En la Tabla 1, se presentan las frecuencias de la positividad de las dimensiones analizadas.

Tabla 1. Frecuencia de la positividad de las dimensiones del instrumento MOSPSC arriba de 75% aplicado en los profesionales de la ESF. Manaus, AM, Brasil, 2018.

Dimensiones	Positividad (%)	Clasificación
Trabajo en equipo	82,9	Fuerte
Seguimiento de la asistencia al paciente	84,5	Fuerte
Aprendizaje organizacional	66,0	Adecuado
Percepción de la seguridad del paciente y calidad	63,6	Adecuado
Entrenamiento del equipo	28,8	Frágil
Apoyo de los gestores en la seguridad del paciente	14,7	Frágil
Comunicación sobre el error	68,3	Adecuado
Comunicación abierta	49,3	Frágil
Proceso de trabajo y estandarización	56,6	Adecuado
Relacionada a presión en el trabajo	13,5	Frágil
Relacionada a seguridad del paciente y calidad	57,3	Adecuado
Intercambio de informaciones con otros sectores	66,4	Adecuado

La percepción general de la cultura de seguridad del paciente entre las tres categorías profesionales evidencia que, entre las doce dimensiones investigadas, fueron evaluadas como puntos fuertes la “Asistencia al paciente” (84,5%) y el “Trabajo en equipo” (82,9%).

Por otro lado, cuatro dimensiones fueron identificadas como áreas que presentan fragilidad en relación a la seguridad del paciente; por tanto, con los menores puntajes entre los profesionales investigados, las que fueron: “Entrenamiento del equipo” (28,8%), “Apoyo de los gestores en la seguridad del paciente” (14,7%), “Comunicación abierta” (49,3%) y “Presión en el trabajo y ritmo” (13,5%).

En la Tabla 2, se presentan los resultados de la distribución, según las medias, de las dimensiones por categoría profesional.

Tabla 2. Distribución según las medias de las dimensiones del instrumento MOSPSC aplicado en los profesionales de la ESF en relación a la categoría profesional, DISA-Sul, Manaus, Amazonas, Brasil, 2018.

Dimensiones	Categoría profesional						
	Enfermero		Técnico		ACS		p-valor
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Trabajo en equipo	90,1 ^a	16,0	78,8 ^b	28,6	85,2 ^{ab}	22,6	0,045
Seguimiento de la asistencia al paciente	84,9 ^{ab}	22,9	79,2 ^b	27,9	89,7 ^a	17,5	0,002
Aprendizaje organizacional	83,8	23,0	82,2	27,8	84,6	25,6	0,827
Percepción de la seguridad del paciente y calidad	77,9	24,0	72,5	26,9	69,4	29,9	0,265
Entrenamiento del equipo	69,3 ^a	32,9	67,9 ^{ab}	32,3	57,4 ^b	33,0	0,026
Apoyo de los gestores en la seguridad del paciente	25,4	27,8	29,5	28,5	30,8	28,8	0,580
Comunicación sobre el error	77,4	19,2	68,8	30,6	70,2	25,0	0,229
Comunicación abierta	75,2 ^a	29,3	58,6 ^b	37,2	58,3 ^b	33,0	0,017
Proceso de trabajo y estandarización	71,5	24,0	66,0	30,1	68,2	26,2	0,608
Relacionada a presión en el trabajo	35,6	31,9	32,6	29,2	34,0	25,0	0,535
Relacionada a seguridad del paciente y calidad	77,8	23,5	76,1	23,0	74,5	25,7	0,727
Intercambio de información con otros sectores	67,6	40,5	78,5	36,2	70,0	41,9	0,333
General	71,6	11,9	66,5	16,0	67,6	13,3	0,175

En la comparación de las medias - entre las categorías profesionales y las dimensiones del instrumento - se constató que ocurrió asociación estadísticamente significativa en las dimensiones “Trabajo en equipo” (p=0,045), “Seguimiento de la asistencia al paciente” (p=0,002), “Entrenamiento del equipo” (p=0,026) y “Comunicación abierta” (p=0,017).

En la dimensión “Trabajo en equipo”, los enfermeros presentaron mayor media cuando comparada con los técnicos de enfermería. Por otro lado, en la dimensión “Seguimiento de la asistencia al paciente” los ACS obtuvieron una mejor evaluación cuando comparado con los técnicos de enfermería.

De las cuatro dimensiones consideradas como áreas de fragilidades en dos de ellas (“Entrenamiento del equipo” y “Comunicación abierta”) hubo asociación estadísticamente significativa. En el primero caso, “Entrenamiento del equipo”, los enfermeros obtuvieron mayor media cuando comparado con los ACS. En el segundo caso, “Comunicación abierta”, los enfermeros también tuvieron una mayor media de evaluación cuando comparado con los técnicos de enfermería.

En la Tabla 3 se observan los hallazgos relacionados a la clasificación dada por los profesionales en relación a la frecuencia de la evaluación global y general de las unidades.

Tabla 3. Distribución de la clasificación dada por los profesionales en relación a la frecuencia de la evaluación global y general de las unidades. Manaus, AM, Brasil, 2018.

Variables (n = 283)	Respuestas (%)									
	Mala		Razonable		Buena		Muy buena		Excelente	
	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%
Evaluación global										
Centrado en el paciente	1	0,4	42	14,8	143	50,5	70	24,7	27	9,5
Efectivo	2	0,7	38	13,5	125	44,3	86	30,5	31	11,0
Puntual	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
Evaluación general	4	1,4	40	14,3	140	50,0	81	28,9	15	5,4

Cuatro dimensiones del instrumento presentaron áreas con fragilidades. Sin embargo, los profesionales clasificaron los servicios de salud en relación a su capacidad de prevenir, identificar y corregir problemas que tuviesen el potencial de afectar pacientes como: bueno (50%), muy bueno (28,9%), razonable (14,3%), excelente (5,4%) y malo (1,4%).

Se destaca que el instrumento permitió la realización de una evaluación global de la calidad de cuidados de salud a partir de cinco áreas, habiéndose identificado que, la imparcialidad en el cuidado fue la área con mejor evaluación (31,4% evaluaron como buena, 31,1% muy buena y 29,7% excelente), seguida de las áreas relacionadas al cuidado efectivo, centrado en el paciente, eficiente y puntual (minimiza esperas y atrasos potencialmente perjudiciales).

En la Tabla 4, se analiza la distribución, según las medias, de las dimensiones por tiempo de servicio.

Tabla 4. Distribución según las medias de las dimensiones del instrumento MOSPSC aplicado en los profesionales de la ESF en relación al tiempo de servicio. Manaus, AM, Brasil, 2018.

Variables	Tiempo de Servicio (años)						p-valor
	< 3		3 --- 11		≥ 11		
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Trabajo en equipo	83,7	23,2	83,3	25,1	84,6	23,5	0,940
Asistencia al paciente	84,9 ^{ab}	28,2	77,0 ^b	27,6	88,6 ^a	18,9	0,005
Aprendizaje organizacional	84,2	28,0	83,3	23,2	84,0	26,0	0,987
Percepción de la seguridad del paciente y calidad	69,2	32,8	70,8	28,0	71,6	28,4	0,934
Entrenamiento del equipo	58,8 ^a	32,9	68,3 ^{ab}	38,7	72,2 ^b	29,4	0,034
Apoyo de los gestores en la seguridad del paciente	32,1	26,9	27,6	28,6	30,0	28,8	0,818
Comunicación sobre el error	71,1	24,9	67,3	25,9	71,6	25,9	0,615
Comunicación abierta	60,3	40,6	66,3	32,4	59,6	33,6	0,510
Proceso de trabajo y estandarización	61,5	27,6	70,2	27,4	68,4	26,7	0,460
Relacionada a presión en el trabajo	38,5	31,1	35,7	24,4	33,6	27,1	0,683
Relacionada a seguridad del paciente y calidad	68,8	23,7	82,0	21,3	74,7	25,2	0,098
Intercambio de información con otros sectores	68,7	39,7	84,0	35,4	69,6	41,0	0,141
General	67,3	16,7	69,0	15,6	67,7	13,2	0,834

Para la variable tiempo de servicio, presentaron diferencia significativa las dimensiones “Seguimiento de la asistencia al paciente” y “Entrenamiento del equipo”. En el primer caso los profesionales con tiempo de servicio intermedio (tres a 11 años) atribuyeron menor media a la dimensión en relación a los con menos tiempo de servicio. Por otro lado, en la dimensión “Entrenamiento del equipo”, los profesionales con menos tiempo de servicio obtuvieron menor media comparados con los con más tiempo de servicio.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), en su versión brasileña, permitieron evaluar la percepción de la cultura de seguridad del paciente entre profesionales que actúan en la ESF. Cuatro dimensiones fueron evidenciadas como áreas de fragilidad, las que fueron: “Entrenamiento del equipo”, “Apoyo de los gestores en la seguridad del paciente”, “Comunicación abierta” y “Presión en el trabajo y ritmo”.

Un estudio, desarrollado en una unidad de salud de atención primaria, situada en la Regional Este del Distrito Federal, Brasil, en el cual también fue utilizado el MOSPSC, las dimensiones vinculadas a “Ritmo y presión en el trabajo”, “Entrenamiento del equipo”, “Comunicación abierta” y “Apoyo de los gestores en la seguridad del paciente” estuvieron entre las áreas apuntadas por los profesionales como vulnerables o frágiles del servicio para la seguridad del paciente¹⁴. Situación semejante puede ser identificada al observar el escenario de actuación de los profesionales de la ESF, en el cual, ha sido común la inserción de profesionales en ambientes con estructura física inadecuada, falta de recursos materiales y fallas de gestión¹⁵.

La sobrecarga de trabajo, aliada a la falta de apoyo del liderazgo y de gestores, evidencia la necesidad de contar con una gestión en salud que desarrolle actividades que objetiven el acogimiento de las necesidades levantadas por los profesionales, así como entrenamientos y espacios en que se valore el intercambio de experiencias, con fundamentación en los principios del Sistema Único de Salud (SUS) y la promoción de la salud del trabajador; esos factores conjuntamente con factores organizacionales, frecuentemente desempeñan un papel importante en los errores de los individuos, mostrándose como obstáculos para la consolidación de los servicios de salud de una cultura organizacional conducente a la seguridad del paciente¹⁶.

La capacitación y el entrenamiento del equipo de salud son fundamentales para garantizar la implementación de prácticas seguras en el ambiente de trabajo. Esos procesos son reconocidos como estrategias eficaces para la mejoría continua de la seguridad del paciente, ya que proporcionan el desarrollo de habilidades y competencias necesarias para prevenir errores y promover una atención de calidad¹⁷. El perfeccionamiento continuo por medio de capacitación y entrenamiento es uno de los pilares para la implementación de prácticas seguras en el sector de la salud. Esos procesos son eficaces en la reducción de errores y en la mejoría de la calidad de la atención¹⁸.

A pesar de que, en Brasil, la educación en el servicio de los profesionales de la ESF es vista como una prioridad para la mejoría del cotidiano de trabajo, ese proceso no viene sucediendo de forma sistematizada y organizada¹⁹.

En este estudio, esa situación también fue identificada por los profesionales de salud que evaluaron la dimensión de la investigación relacionada al entrenamiento del equipo como un área de fragilidad. Los profesionales no están recibiendo entrenamientos referentes a la implantación de nuevos procesos, flujos o rutinas; así, en algunas situaciones acaban realizando tareas para los cuales no fueron entrenados previamente, lo que puede exponer al paciente a riesgos provenientes de errores relacionados directamente con la asistencia o con errores debido a fallas en la ejecución de los flujos, lo que puede favorecer la discontinuidad del cuidado.

Otro aspecto constado por lo estudio se refiere a la asociación entre la dimensión entrenamiento del equipo y tiempo de servicio de los profesionales, en el cual los profesionales con poco tiempo de servicio presentan una peor evaluación de la dimensión “Entrenamiento del equipo” cuando comparados con profesionales que presentan más tiempo de servicio.

La comunicación eficaz entre profesionales de salud es crucial para garantizar la continuidad y calidad del cuidado, evitando errores y mejorando la seguridad del paciente, en contrapartida la comunicación deficiente entre el equipo de salud puede llevar a fallas en la continuidad del cuidado y comprometer la calidad de la atención a los pacientes²⁰. La comunicación clara y eficaz es fundamental para la asistencia multidisciplinar, ya que facilita el intercambio de informaciones y la coordinación del cuidado, resultando en un mejor resultado para los pacientes²¹.

Una situación equivalente fue detectada entre los profesionales que, al responder preguntas sobre la comunicación entre equipos, interacción con el equipo médico y sobre oportunidades de expresar opiniones discordantes, identificaron la comunicación abierta entre profesionales como una área de fragilidad, la que fue asociada a la diferencia estadística significativa entre enfermeros que presentaron mejores medias, cuando comparado con las medias de los técnicos de enfermería.

Las estrategias para mejorar la comunicación y la cultura de seguridad en la Estrategia Salud de la Familia incluyen la implementación de entrenamientos continuos y la creación de protocolos claros para la comunicación entre los profesionales²². La promoción de una cultura de seguridad y la mejoría de la comunicación entre los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia, son fundamentales para garantizar la calidad y seguridad del cuidado prestado a los pacientes²³.

Cuando se trata de la capacidad para identificar, corregir y prevenir problemas que impactan a salud de los pacientes, una proporción mayor de los profesionales clasificó a los servicios de salud como uno de los aspectos positivos. Esos hallazgos son consistentes con la idea de que la calidad del cuidado no es unidimensional, pero si multidimensional. Eso implica en que la calidad del cuidado no se resume apenas a un número limitado de facetas estructurales o procesuales²⁴. La evaluación global de la calidad de cuidados de salud basada en indicadores como la eficiencia, efectividad e imparcialidad, son apuntados como esenciales para el perfeccionamiento de la atención de los servicios de salud y garantía de obtener mejores resultados para los pacientes.

El destaque de la imparcialidad en el cuidar, con la mayor parcela de impresiones favorables, es un avance significativo en las prácticas de equidad dentro de los servicios de salud. La imparcialidad en el cuidar, se asocia a la humanización, al garantizar que cualquier paciente, independientemente de su procedencia y de su contexto individual, reciban un cuidado adecuado y respetuoso. Además de eso, la incorporación de elementos fundamentales para la realización de actividades de coordinación del cuidado, como la implantación de fichas médicas electrónicas, la disponibilidad de internet y computadores, el incentivo a las mejorías en los mecanismos de referencia y contra referencia, contribuyen para la mejoría de la prestación de servicios²⁵.

En relación a las áreas del cuidado efectivo, centrado en el paciente, eficiente y puntual, también obtuvo buenos resultados, enfatizando el esfuerzo dedicado a reducir esperas y atrasos que pueden perjudicar a los pacientes. La eficiencia y puntualidad son esenciales para garantizar la seguridad y satisfacción del paciente²⁶.

Así, la reducción de los tiempos de espera y la administración optimizada de los recursos son cruciales para la experiencia y seguridad del paciente, así como para la manutención de los servicios de salud. Podemos también considerar que es crucial adoptar un modelo de gestión que permita maximizar la eficacia de los procesos asistenciales para suplir las necesidades de cada paciente sin demora o disminución de la calidad de los servicios prestados²⁷.

Estos hallazgos sugieren que la evaluación presentada, además de suministrar una imagen general de la calidad de los cuidados, puede ser utilizada como directriz para la elaboración de estrategias, con la finalidad de obtener un perfeccionamiento constante. La implementación de medidas de análisis que discutan diversas dimensiones de la calidad, como el instrumento propuesto en este artículo, es esencial para identificar áreas que pueden ser mejoradas y contribuir para un sistema de salud más eficaz, ecuánime y centrado en el paciente.

Limitaciones del estudio

La limitación de este estudio reside, sobre todo, en tratarse de un estudio transversal que puede reducir el espectro del análisis. Otras limitaciones identificadas se refieren a que algunas preguntas fueron identificadas con la opción “no se aplica” o “no sé”, lo que, posiblemente, condujo a dimensiones con bajos índices de positividad, lo que pudo haber producido sesgos en la investigación. Esa opción de neutralidad de respuesta estuvo más presente entre los ACS en función del reducido conocimiento de algunos profesionales sobre el tema abordado y del poco tiempo para responder los cuestionarios. Sin embargo, los objetivos propuestos en el estudio fueron alcanzados.

Los resultados presentados en esta investigación no pueden ser generalizados a punto de ser considerados una expresión de la seguridad del paciente en la ESF, ya que la muestra estuvo limitada a una microrregión de la ciudad de Manaus. Además de eso, evaluar la cultura de seguridad del paciente en la esfera de la ESF requiere un análisis profundo de las percepciones de los profesionales, pacientes y de los contextos en que las acciones en salud son desarrolladas, una vez que la prestación de cuidados se desarrolla en diferentes locales relacionados las circunstancias de vida de los usuarios.

CONSIDERACIONES FINALES

Considerando los resultados del análisis de este estudio, fue posible identificar una evaluación de la cultura de seguridad del paciente adecuada en la percepción de los enfermeros, técnicos de enfermería y ACS, que forman parte del equipo de la ESF. Además de eso, en la evaluación general, no hubo diferencia estadística significativa en la percepción de esas tres categorías profesionales. Siendo posible identificar las dimensiones “Entrenamiento del equipo”, “Apoyo de los gestores en la seguridad del paciente”, “Comunicación abierta” y “Presión en el trabajo y ritmo”, como áreas representativas de fragilidad y que, por tanto, deben auxiliar en la planificación de acciones administrativas direccionadas a su fortalecimiento.

La interpretación, análisis y reflexión presentados en esta investigación constituyen un diagnóstico situacional técnico-científico en la ESF, el que apunta áreas de fragilidad en la seguridad del paciente que deben ser trabajadas por la gestión y profesionales para que se obtenga una planificación estratégica en la ESF alineada con la política de seguridad del paciente instituida internacionalmente.

De esa forma, se recomienda, además del método empleado en el presente estudio, que otras estrategias de intervención sean realizadas para que, por medio de la triangulación de métodos, sea posible caracterizar con mayor robustez esta problemática en el contexto de la ESF.

REFERENCIAS

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: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, <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/l14874.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/bjhrv3n1-002>.
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>.

Contribuciones de los autores

Concepción, M.S.M. y D.L.N.; metodología, M.S.M. y D.L.N.; análisis formal, M.S.M. y E.B.S.; obtención de recursos, M.S.M.; curaduría de datos, M.S.M.; redacción – original preparación de borradores, M.S.M. y L.K.R.A.C.; revisión y edición, L.K.R.A.C., C.H.S.M. y L.P.B.; visualización, E.P.A.S. y C.H.S.M.; supervisión, M.S.M. y D.L.N.; administración del proyecto, M.S.M. y D.L.N. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.