

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciência da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

ANA LUIZA RODRIGUES INÁCIO

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO TRIÂNGULO MINEIRO, BRASIL

BRASÍLIA, DF
2022

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciência da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

ANA LUIZA RODRIGUES INÁCIO

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO TRIÂNGULO MINEIRO, BRASIL

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor em Enfermagem
pelo Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e
Tecnologias em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em
Saúde em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Soares
Rodrigues

Brasília, DF
2022

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R135c Rodrigues Inácio, Ana Luiza
CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO TRIÂNGULO
MINEIRO, BRASIL / Ana Luiza Rodrigues Inácio; orientador
Maria Cristina Soares Rodrigues. -- Brasília, 2022.
141 p.

Tese (Doutorado em Enfermagem) -- Universidade de
Brasília, 2022.

1. Segurança do Paciente. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Equipe de Assistência
Multidisciplinar. 5. Avaliação de Resultados em Cuidados de
Saúde. I. Soares Rodrigues, Maria Cristina, orient. II.
Título.

ANA LUIZA RODRIGUES INÁCIO

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO TRIÂNGULO MINEIRO, BRASIL

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem
pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em 28/11/2022.

BANCA EXAMINADORA*

Profa. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues
Universidade de Brasília
Presidente

Prof. Dr. André Almeida de Moura
Universidade Federal de Minas Gerais
Membro externo

Profa. Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino
Universidade Federal do Piauí
Membro externo

Profa. Dra. Maria do Socorro Nantua Evangelista
Universidade de Brasília
Membro interno

Profa. Dra. Lara Mabelle Milfont Boeckmann
Universidade de Brasília
Membro suplente

*Relatório de Defesa de Pós-Graduação assinado digitalmente pelos membros da Banca Examinadora no Sistema Eletrônico de Informação (SEI), por meio do Processo nº. 23106.127459/2022-91.

AGRADECIMENTOS

A Deus. A princípio, questionamos o porquê dos caminhos trilhados, mas hoje agradeço por cada pedra encontrada, e, principalmente, por cada alegria e conquista vivenciadas.

À minha família. Sempre falo que tive uma caminhada privilegiada, não por não ter enfrentado desafios ou que tenha sido uma jornada fácil, mas porque graças ao apoio, ao amor e aos esforços de vocês, sempre pude priorizar meus sonhos em detrimento às cobranças sociais. Da maneira de vocês, mostram rotineiramente a confiança e o orgulho que sentem. Sou muito agradecida por ter vocês como minha família, e poder olhar para trás e ver que tudo saiu da melhor maneira que poderia ser.

Ao meu esposo Hernane. Que você continue sendo minha melhor inspiração. Obrigada por me escolher para compartilhar nossos momentos, inclusive a vida de pesquisador.

À minha orientadora e querida professora, Doutora Maria Cristina Rodrigues. Muito obrigada por ser um dos meus primeiros “sins” nessa jornada, acreditar em mim e me aceitar como aluna e parceira. Obrigada por permitir a construção desta união de sucesso, com a cara e o jeitinho de ambas, com muito respeito e admiração.

Aos membros da banca examinadora. Pela disponibilidade, apoio, aprendizado e contribuições para o enriquecimento desta pesquisa.

Aos colegas e amigos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Como é gratificante sair de uma experiência como esta e ainda poder trazer de forma permanente pessoas especiais para a nossa vida. Obrigada aos alunos pelo companheirismo, carinho e apoio mútuo, que tornaram a caminhada menos árdua para todos nós. Da mesma forma, agradeço aos profissionais do programa (professores e coordenação) pela ajuda e pelos ensinamentos, sempre com o intuito de nos auxiliar a sermos melhores naquilo que nos propusemos a fazer.

À Secretaria de Saúde do município em que a pesquisa foi realizada, como também, às organizações sociais responsáveis pela assistência na atenção primária à saúde. Em tempos tão difíceis frente a uma pandemia, manter em foco a temática da segurança do paciente torna-se ainda mais especial, tendo em vista a garantia da qualidade do cuidado. Tenho muito

orgulho de fazer parte dessa equipe e, da construção desta história, que busca permanentemente o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

À minha família, avô, tios, primos, amigos e, colegas de trabalho. A cada “doutora Ana” dito, eu recebia o gás que precisava para alcançar os objetivos propostos.

A todos que, de alguma forma, contribuíram direta ou indiretamente para a construção e finalização deste projeto.

Sinto muito, me perdoe, eu te amo, sou grata!

RESUMO

INACIO, A.L.R. Cultura de segurança do paciente entre profissionais da Atenção Primária à Saúde em um município do Triângulo Mineiro, Brasil. 2022. 142f. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

Introdução: Nas últimas décadas, a temática sobre segurança do paciente tem sido recorrente em pesquisas na área da saúde, no entanto, o assunto ainda é pouco explorado na Atenção Primária à Saúde (APS). Ainda menos pesquisado, avaliar a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) na APS se faz necessário, visto favorecer a implementação de práticas seguras e à diminuição da ocorrência de potenciais eventos adversos. Assim, compreender a visão dos profissionais envolvidos no processo de trabalho na APS pode estimular à reflexão sobre as práticas e os esforços realizados, visando ao aprimoramento da segurança da assistência no contexto de cuidados primários. **Objetivo:** Avaliar a cultura de segurança do paciente entre profissionais da Atenção Primária à Saúde de um município do Triângulo Mineiro. **Método:** Para avaliar a CSP realizou-se estudo observacional do tipo transversal, exploratório, de abordagem quantitativa. Participaram 407 profissionais que integram as equipes da Estratégia Saúde da Família, os quais respeitavam os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Os dados foram coletados entre setembro de 2019 e julho de 2020, e a participação se deu por meio do preenchimento do instrumento Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e em conformidade com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para análise de dados, houve verificação de distribuição normal, estimativa de intervalo de confiança, teste de independência do Qui-Quadrado, análise fatorial, com avaliação de componentes principais e alfa de Cronbach. **Resultado:** A Revisão Integrativa da Literatura teve como resultado 13 artigos avaliados, evidenciando uma avaliação geral positiva quanto à cultura de segurança do paciente com aplicação do instrumento. A dimensão “Trabalho em equipe” foi a mais bem vista. Opostamente, a dimensão “Pressão e ritmo de trabalho” foi apontada como a de pior score. Os resultados da aplicação do instrumento em um município do Triângulo Mineiro evidenciam uma cultura de segurança positiva. Os três constructos de melhor avaliação, considerados “pontos fortes” da CSP, foram: “Seguimento da assistência ao paciente” (90,1%), “Trabalho em equipe” (82,6%) e “Troca de informações com outros setores” (82,5%). Como pontos fracos, destacaram-se os constructos “Apoio dos gestores na segurança do paciente” (58,2%) e “Comunicação aberta” (54,4%), identificando-se, portanto,

as áreas que necessitam de melhorias. Apenas “Pressão e ritmo de trabalho” (27,0%) apresentou uma cultura de segurança do paciente negativa. **Conclusão:** Com o estudo, assim como na revisão, apontou-se uma avaliação geral positiva quanto à CSP por parte dos profissionais da APS com a aplicação do instrumento. Ainda assim, destaca-se, em especial, a dimensão “Pressão e ritmo de trabalho” como de pior avaliação, demandando melhorias nos processos de trabalho para garantir a qualidade da assistência e segurança do paciente.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Equipe de Assistência Multidisciplinar; Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

INACIO, A.L.R. Patient safety culture among Primary Health Care professionals in a city in Triângulo Mineiro, Brazil. 2022. 142f. Thesis (Doctorate) – Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2022.

Introduction: In recent decades, the theme on patient safety has been recurrent in health research, however, the subject is still little explored in Primary Health Care (PHC). Even less researched, evaluating the Culture of Patient Safety (CPS) in PHC is necessary since it favors the implementation of safe practices and the reduction of the occurrence of potential adverse events. Thus, understanding the view of professionals involved in the work process in PHC can stimulate reflection on the practices and efforts made, aiming at improving the safety of care in the context of primary care. **Purpose:** To evaluate the culture of patient safety among primary health care professionals in a municipality in the Triângulo Mineiro region. **Method:** To evaluate the CPS, an observational cross-sectional study, exploratory, quantitative study was conducted. The participants were 407 professionals who are part of the Family Health Strategy teams, according to pre-established inclusion and exclusion criteria. Data were collected between September 2019 and July 2020. The participation took place through the completion of the instrument "Research on Patient Safety Culture for Primary Care". The project was submitted to the Ethics Committee on Research with Human Beings and according to Resolution n. 466/12 of the National Health Council. For data analysis, there was normal distribution verification, confidence interval estimation, Chi-Square independence test, factor analysis, with evaluation of principal components and Cronbach's alpha. **Result:** The Integrative Literature Review resulted in 13 articles evaluated, evidencing a positive general assessment regarding the patient's safety culture applying the instrument. The dimension "Teamwork" was the best view, opposite, the dimension "Pressure and work rhythm" was pointed out as the worst score. The results of applying the instrument in a municipality of Triângulo Mineiro show a positive general safety culture. The three best-evaluated constructs considered "strengths" of the patient safety culture were "Follow-up of patient care" (90.1%), "Teamwork" (82.6%) and "Exchange of information with other sectors" (82.5%). As weaknesses, the constructs "Support of managers in patient safety" (58.2%) and "Open communication" (54.4%) were presented, being areas that need improvement. Only "Pressure and work rhythm" (27.0%) presented a negative patient safety culture. **Conclusion:** As in the review, a general positive evaluation of the culture of patient safety by Primary Health Care professionals was indicated by applying the instrument. Even

so, the dimension "Pressure and work rhythm" as the worst evaluation is highlighted, demanding improvements in the work processes to ensure the quality of care and patient safety.

Keywords: Primary Health Care; Patient Safety; Quality of Health Care; Multidisciplinary Assistance Team; Evaluation of Results in Health Care.

RESUMEN

INACIO, A.L.R. Cultura de seguridad del paciente entre profesionales de la Atención Primaria de Salud en un municipio del Triângulo Mineiro, Brasil. 2022. 142f. Tesis (Doctorado) – Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2022.

Introducción: En las últimas décadas, el tema sobre la seguridad del paciente ha sido recurrente en la investigación en salud, sin embargo, el tema aún está poco explorado en la Atención Primaria de Salud (APS). Aún menos investigado, es necesario evaluar la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) en la APS, ya que favorece la implementación de prácticas seguras y la reducción de la ocurrencia de posibles eventos adversos. Así, comprender la visión de los profesionales implicados en el proceso de trabajo en APS puede estimular la reflexión sobre las prácticas y esfuerzos realizados, con el objetivo de mejorar la seguridad de la atención en el contexto de la atención primaria. **Objetivo:** Evaluar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de atención primaria de salud en un municipio de la región del Triângulo Mineiro. **Método:** Para evaluar la CSP se realizó un estudio transversal observacional, exploratorio y cuantitativo. Los participantes fueron 407 profesionales que forman parte de los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia, según criterios de inclusión y exclusión preestablecidos. Los datos fueron recolectados entre septiembre de 2019 y julio de 2020. La participación tuvo lugar a través de la realización del instrumento "Investigación sobre la Cultura de Seguridad del Paciente para la Atención Primaria". El proyecto fue presentado al Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos y de acuerdo con la Resolución n. 466/12 del Consejo Nacional de Salud. Para el análisis de los datos, hubo verificación de distribución normal, estimación de intervalos de confianza, prueba de independencia de Chi-Cuadrado, análisis factorial, con evaluación de componentes principales y alfa de Cronbach. **Resultado:** La Revisión Integradora de la Literatura dio como resultado 13 artículos evaluados, evidenciando una evaluación general positiva con respecto a la cultura de seguridad del paciente con la aplicación del instrumento. La dimensión "Trabajo en equipo" fue la mejor vista, por otro lado, la dimensión "Presión y ritmo de trabajo" fue señalada como la peor puntuación. Los resultados de la aplicación del instrumento en un municipio de Triângulo Mineiro muestran una cultura general de seguridad positiva. Los tres constructos mejor evaluados, considerados "fortalezas" de la cultura de seguridad del paciente fueron "Seguimiento de la atención al paciente" (90,1%), "Trabajo en equipo" (82,6%) e "Intercambio de información con otros sectores" (82,5%). Como debilidades, se destacaron

los constructos "Apoyo a los gestores en la seguridad del paciente" (58,2%) y "Comunicación abierta" (54,4%), siendo áreas que necesitan mejora. Solo "Presión y ritmo de trabajo" (27,0%) presentó una cultura de seguridad negativa del paciente. **Conclusión:** Al igual que en la revisión, se indicó una evaluación general positiva de la cultura de seguridad del paciente por parte de los profesionales de atención primaria de salud con la aplicación del instrumento. Sin embargo, se destaca la dimensión "Presión y ritmo de trabajo" como la peor evaluación, exigiendo mejoras en los procesos de trabajo para garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Seguridad del Paciente; Calidad de la atención de la salud; Equipo de Asistencia Multidisciplinaria; Evaluación de Resultados en Atención de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa base dos setores sanitários de um Município do Triângulo Mineiro, Brasil. 2022.....	44
Figura 2. Estimativas dos autovalores em função do número de fatores, corte em $\lambda=1$	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de profissionais participantes da pesquisa, de acordo com o setor de um município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	44
Tabela 2. Caracterização da amostra dos profissionais participantes (n = 407) na pesquisa, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	60
Tabela 3. Descritiva das variáveis da Seção H: Questões sobre a prática profissional, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	61
Tabela 4. Descritiva das variáveis da Seção A: Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	62
Tabela 5. Descritiva das variáveis da Seção B: Troca de informações com outras instituições coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	63
Tabela 6. Descritiva das variáveis da Seção C: Trabalhando neste serviço de saúde, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	64
Tabela 7. Descritiva das variáveis da Seção D: Comunicação e acompanhamento, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	66
Tabela 8. Descritiva das variáveis da Seção E: Apoio de gestores/administradores/líderes, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	67
Tabela 9. Descritiva das variáveis da Seção F: Seu serviço de saúde, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021....	68
Tabela 10. Descritiva das variáveis da Seção G: Avaliação global, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com apresentação da frequência da avaliação global e geral acerca da segurança do paciente por meio do instrumento MOSPSC. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	69
Tabela 11. Frequência da positividade das sessões do instrumento MOSPSC a partir das respostas dos profissionais participantes. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	70
Tabela 12. Descritiva das variáveis do Constructo 1 “Comunicação aberta” coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	70
Tabela 13. Descritiva das variáveis do Constructo 2, “Comunicação sobre o erro”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	71
Tabela 14. Descritiva das variáveis do Constructo 3, “Troca de informações com outros setores”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil,	72

2021.....	
Tabela 15. Descritiva das variáveis do Constructo 4, “Processo de trabalho e padronização”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	73
Tabela 16. Descritiva das variáveis do Constructo 5, “Aprendizagem organizacional”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	73
Tabela 17. Descritiva das variáveis do Constructo 6, “Percepção geral de segurança do paciente e qualidade”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	74
Tabela 18. Descritiva das variáveis do Constructo 7, “Apoio dos gestores na segurança do paciente”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021....	75
Tabela 19. Descritiva das variáveis do Constructo 8, “Seguimento da assistência ao paciente”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	76
Tabela 20. Descritiva das variáveis do Constructo 9, “Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	76
Tabela 21. Descritiva das variáveis do Constructo 10, “Treinamento da equipe”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	78
Tabela 22. Descritiva das variáveis do Constructo 11, “Trabalho em equipe”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	79
Tabela 23. Descritiva das variáveis do Constructo 12, “Pressão e ritmo de trabalho”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	80
Tabela 24. Frequência da positividade dos 12 constructos do instrumento MOSPSC aplicado com profissionais da APS. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	81
Tabela 25. Frequência da positividade das questões do instrumento MOSPSC de 60%, ou menos, aplicado com profissionais da APS. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	82
Tabela 26. Relação entre as variáveis negativas ou positivas fracas e organizações sociais (OS), com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	83
Tabela 27. Relação entre as variáveis negativas ou positivas fracas e tempo de trabalho, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	84
Tabela 28. Relação entre as variáveis negativas ou positivas por categoria profissional, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	86
Tabela 29. Análise Fatorial para o instrumento MOSPSC com Rotação Varimax. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.....	93

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Extração de fatores do MOSPSC, com denominação e caracterização das seções. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021	96
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP-FS	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSP	Cultura de Segurança do Paciente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
INOVAAPS	Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
EUA	Estados Unidos da América
MG	Minas Gerais
MOSPSC	<i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organização Social
PAS	Planificação de Atenção à Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>

RAS	Rede de Atenção à Saúde
RN	Rio Grande do Norte
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSFs	Unidades Básicas de Saúde da Família
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	22
3	OBJETIVO	28
3.1	Objetivos secundários.....	28
2	REVISÃO DA LITERATURA	29
2.1	Atenção Primária à Saúde.....	29
2.2	Cultura de Segurança do Paciente.....	33
2.3	Gestão de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.....	37
4	METODOLOGIA	43
4.1	Delineamento da pesquisa.....	43
4.2	Local da pesquisa.....	43
4.3	Cálculo de distribuição do tamanho amostral.....	44
4.4	Coleta de dados.....	45
4.5	Instrumento de coleta de dados.....	46
4.6	Crítérios de inclusão e exclusão.....	46
4.7	Análise de dados.....	47
4.8	Aspectos éticos da pesquisa.....	49
5	RESULTADOS	52
5.1	Revisão Integrativa da Literatura.....	52
5.2	Resultados da análise do instrumento MOSPSC - versão em português.....	60
6	DISCUSSÃO	97
6.1	Avaliação cultura de segurança dos pacientes de acordo com os 12 constructos – dimensões com cultura positiva, consideradas pontos fortes.....	100
6.2	Avaliação cultura de segurança dos pacientes de acordo com os 12 constructos – dimensões com cultura positiva, consideradas pontos fracos.....	103
6.3	Avaliação cultura de segurança dos pacientes de acordo com os 12 constructos – dimensões com cultura positiva, sem destaque para pontos fortes ou fracos.....	107
6.4	Avaliação cultura de segurança dos pacientes de acordo com os 12 constructos – dimensões com cultura de segurança do paciente negativa.....	109
6.5	Avaliação da cultura de segurança dos pacientes de acordo com os 12 constructos – perguntas com cultura de segurança do paciente negativa ou	111

	consideradas ponto fraco e sua comparação com OS, tempo de serviço e categoria profissional.....	
6.6	Análise Fatorial do instrumento.....	114
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	116
	CONCLUSÃO	118
	REFERÊNCIAS	121
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	131
	ANEXO A - Instrumento	132
	ANEXO B - Autorização do uso do instrumento validado no Brasil	138
	ANEXO C - Aprovação CEP	140
	ANEXO D – Transferência direitos autorais à revista científica	142

PRÓLOGO

Em 2008, ingresso no curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia, MG, e inicio minha trajetória na área da saúde. Desde a faculdade, sempre me vi dividida entre duas áreas de muito afeto: a docência/pesquisa e a assistência na atenção primária à saúde (APS). Assim, fui desenhando minha história profissional em ambos os campos.

Durante o ano de 2015 e, posteriormente, a partir de 2018, tenho atuado como enfermeira da APS. Inicialmente como colaboradora de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e, atualmente, como enfermeira da Educação Permanente da APS, tive a sorte e o privilégio de acompanhar o processo de acreditação em rede, com certificação internacional, no município em que atuo. Trata-se de um modelo de avaliação de serviços de saúde que assegura as organizações no cumprimento de requisitos internacionais de governança e às boas práticas assistenciais. Esse projeto é grandioso e inovador, que traz, como um dos temas a serem avaliados, a segurança do paciente para dentro dos ambientes de cuidados primários, entendendo a importância da garantia da qualidade do atendimento em rede, com cada nível de cuidado assumindo seu papel. Além disso, desde 2019, o mesmo município é um dos centros colaboradores do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), colaborando com o processo implantação de metodologias desenvolvidas no que se refere à planificação da atenção à saúde.

Ainda que eu fosse profissional atuante do setor de Educação Permanente em uma das instituições responsáveis pela gestão de uma parte da APS no município, vale frisar que no período da coleta de dados, atuei como enfermeira assistencial, afirmando-se, portanto, que não houve viés de informação influenciado pela posição ocupada por mim nessa fase do estudo.

Em 2017, ingressei no doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB). Buscava, enquanto profissional, aprimorar minhas competências e habilidades para o desenvolvimento de pesquisas, contribuindo para os avanços científicos e tecnológicos por meio da produção de novos conhecimentos voltados ao processo de cuidado e à gestão em saúde e enfermagem.

Dessa forma, escolher a temática da minha pesquisa não foi uma surpresa. E ainda destaco como é interessante olhar para trás e ver como todos os pontos se ligam durante esse trajeto: atuar na atenção primária; participar de um processo inovador de acreditação em rede, com destaque para a qualidade da assistência e o cuidado seguro; e ter como orientadora a

professora Maria Cristina com toda sua experiência envolvendo estudos com ênfase nas temáticas de tecnologias e práticas, gerenciamento dos sistemas e de serviços de saúde e de enfermagem para a segurança do paciente. Enfim, naturalmente a temática da segurança do paciente na APS surgiu como foco de pesquisa.

Pensando na APS como serviço de porta de entrada da população ao Sistema Único de Saúde (SUS) e como princípio básico para melhorar a saúde da população através de um modelo de assistência voltado à família e à comunidade, mensurar a qualidade dessa assistência prestada é a base para o desenvolvimento dessas ações em saúde. Para tanto, para avaliar a qualidade do cuidado, é preciso entender o que os principais agentes envolvidos no processo (os profissionais de saúde) compreendem sobre o tema e as suas experiências.

Este trabalho divide-se em seis capítulos. O primeiro capítulo, de introdução desta tese, apresenta a temática de segurança do paciente, bem como o conceito de CSP, definindo a hipótese da pesquisa e a questão norteadora da pesquisa.

O segundo capítulo traz a revisão teórica base da pesquisa, apresentando conceitos e o estado da arte acerca das temáticas da APS, CSP e a gestão da segurança do paciente na atenção primária.

O terceiro capítulo apresenta o objetivo principal e objetivos secundários da pesquisa, seguido do quarto capítulo, que traz os caminhos metodológicos do estudo, com a contextualização do tipo de estudo, local, participantes, instrumento utilizado, os passos da coleta de dados e a análise dos resultados da pesquisa, bem como os aspectos éticos envolvidos neste processo de investigação.

O quinto capítulo apresenta os resultados da pesquisa, divididos em duas partes: resultados da revisão integrativa da literatura e os resultados da aplicação do instrumento adotado para a pesquisa, com dados quantitativos. O sexto capítulo traz a discussão acerca da CSP referente aos achados da pesquisa com a aplicação do instrumento escolhido e o diálogo com outros estudos nacionais e internacionais, expondo, por fim, as considerações finais referentes ao processo de desenvolvimento do estudo.

1. INTRODUÇÃO

Questões associadas à segurança do paciente apresentam-se como um problema de saúde pública, uma vez que riscos e ocorrências de eventos adversos que provocam danos ao paciente têm aumentado consideravelmente (SILVA et al., 2016; EIRAS; ESCOVAL; SILVA, 2018). Como consequência, nota-se uma preocupação em busca de políticas para a melhoria da qualidade assistencial, com a temática de riscos à segurança do paciente como um problema central, identificado em várias pesquisas no sistema de saúde de muitos países (SILVA et al., 2016).

Define-se segurança do paciente, dimensão primordial para a qualidade em saúde, como a redução do risco de danos considerados desnecessários a um mínimo aceitável na assistência em saúde (RUNCIMAN et al., 2009). Assim, é inquestionável a relevância dos debates sobre a segurança do paciente acerca de uma assistência mais segura, a fim de se estabelecer uma cultura de segurança nas instituições de saúde e proporcionar o cuidado de qualidade. Ademais, a segurança do paciente se apresenta como problemática de um processo que envolve uma transformação institucional, muito além do âmbito individual ou de categorias profissionais (TIMM; RODRIGUES, 2016).

O tema segurança do paciente ganhou mais relevância a partir dos anos 2000, com a publicação do relatório *To err is human* elaborado pelo Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Dessa forma, passou a ser reconhecido como um domínio de preocupação para a qualidade em saúde, com a divulgação de que, pelo menos, de 44 mil a 98 mil pessoas morrem em hospitais a cada ano vítimas de eventos adversos naquele país (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Como temática prioritária, em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) se reuniu com chefes de agências, formuladores de políticas de saúde e grupos de pacientes representativos com o intuito de promover uma meta de segurança do paciente, reduzir as consequências adversas sociais e de saúde e cuidados de saúde inseguros, organizando conceitos e definições da segurança do paciente, identificando e definindo as prioridades na área em diversas partes do mundo (WHO, 2004).

Passos não menos importantes, em 2011, a OMS publica a *International Classification for Patient Safety* (ICPS), uma taxonomia específica para a segurança do paciente (OMS, 2011). No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em parceria com

outros órgãos públicos, ganhou seu papel no cenário nacional, tendo como principal propósito instituir medidas que aumentassem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde. Destaque também para a Portaria nº 2.095/2013, com aprovação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, a fim de estabelecer ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da sua qualidade (BRASIL, 2013c).

Em âmbito nacional, o Ministério da Saúde instituiu, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivo geral a contribuição para a qualificação da assistência em saúde em todos os estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013a). Porém, não há menção à APS e à segurança do paciente nesse ambiente como um tópico especial a se discutir. Logo, faz-se necessário a realização de pesquisas na área em âmbito extra-hospitalar, a fim de garantir a qualidade da assistência segura em todos os níveis de atenção à saúde.

Inúmeros esforços têm sido feitos para entender a natureza e magnitude de erros adversos, a fim de propor soluções adequadas. A maior parte dessas ações tem se focado em ambientes hospitalares, onde as atividades são mais padronizadas, complexas e de maior risco. Logo, muito pouco se sabe sobre os possíveis riscos que os pacientes frequentemente enfrentam nos cuidados primários e ambulatoriais, já que estudos apontam que uma proporção significativa de incidentes de segurança ocorridos no âmbito hospitalar pode ter se originado nos primeiros níveis de atendimento (ORNELAS; PAIS; SOUSA, 2016; SILVA, et al, 2017; MESQUITA, 2017; SOUZA et al., 2019; AGUIAR et al., 2020).

Assim, o Programa de Segurança do Paciente da OMS iniciou o projeto Atenção Básica Mais Segura, cujo objetivo é promover o entendimento e o conhecimento sobre os riscos aos pacientes nos cuidados primários, a magnitude e a natureza do dano evitável devido a práticas inseguras e mecanismos seguros para proteger os pacientes da APS (WHO, 2018).

Pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), entende-se a atenção básica como o conjunto de ações de saúde que contemplem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, dirigida à população em território definido, sob responsabilidade das equipes de saúde (BRASIL, 2017a).

A PNAB considera como termos equivalentes atenção básica e APS nas atuais concepções, de forma que os princípios e as diretrizes definidas estão associados a ambos os termos. A APS é eleita a principal porta de entrada do SUS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Na temática da segurança do paciente, cabe às equipes considerar a implantação de estratégias de segurança do paciente na

APS, estimulando uma prática assistencial segura, com envolvimento dos pacientes e possibilitando a melhoria contínua da identificação, prevenção, detecção e redução de riscos (BRASIL, 2017a).

No campo da saúde, sabe-se que a vulnerabilidade de quem está doente está associada com a ocorrência de erros causados por aqueles que têm que agir e prestar cuidados em ambientes susceptíveis a esses eventos. Entretanto, não é menos verdade que a adoção de uma cultura de segurança do paciente (CSP) é uma ferramenta muito útil para promover uma assistência de maior qualidade (ORNELAS; PAIS; SOUSA, 2016). A CSP é considerada um componente essencial na estrutura dos serviços, uma vez que favorece a implantação de práticas seguras, além da diminuição de incidentes (ANDRADE et al., 2018).

Uma cultura de segurança positiva beneficia o aperfeiçoamento de práticas seguras, por meio de uma comunicação mais efetiva, do trabalho em equipe e da troca de conhecimentos (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; ANTONAKOS et al., 2021a). Nesse cenário, avaliar a visão dos profissionais acerca da CSP na APS também surge como parâmetro essencial na identificação pelos serviços dos domínios e variáveis que necessitem de atenção, por meio de diagnóstico situacional individualizado, possibilitando que estratégias possam ser traçadas para efetivação do cuidado seguro na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (EIRAS; ESCOVAL; SILVA, 2018; GALHARDI et al., 2018; MACEDO et al., 2019).

Dados da literatura internacional apontam de dois a três incidentes a cada 100 consultas de cuidados primários (PANESAR et al., 2016). No Brasil, um estudo estimou uma razão de 1,11% de incidentes relacionados à segurança do paciente na APS (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015).

Chaneliere et al. (2018) encontraram em seu estudo realizado na França que, no geral, 35% dos incidentes em unidades de assistência primária estavam relacionados ao processo de cuidar, 30% a fatores humanos, 22% ao ambiente de saúde e 13% a fatores técnicos. Os fatores contribuintes, em ordem decrescente de frequência, foram erros de comunicação (13,7%), fatores humanos relacionados aos profissionais de saúde (12,9%) e fatores humanos relacionados aos pacientes (12,9%). Os fatores humanos relacionaram-se principalmente à falta de atenção, ao estresse, à raiva e à fadiga.

Um estudo espanhol, que buscou determinar a frequência dos eventos adversos evitáveis ocorridos na APS, ao revisar 2.557 prontuários médicos, apontou que, no total, 168 pacientes foram afetados, sendo que 12 deles enfrentaram mais de um evento adverso. A frequência média desses eventos foi de 7,6% nos pacientes adultos, em que mulheres passaram por mais episódios do que os homens, bem como a frequência de eventos adversos

evitáveis aumentou gradativamente conforme a faixa etária do paciente, independentemente do gênero, passando de 1,0% naqueles entre 30 e 45 anos para 15,5% nos maiores de 80 anos (CARRILLO et al., 2020).

Aguiar et al. (2020) descreveram incidentes de segurança do paciente na APS de Manaus, com ocorrência de três incidentes de segurança por 1.000 atendimentos no trimestre estudado. Desses, 82% dos incidentes tiveram envolvimento do usuário, 37% das notificações com registro de dano, sendo 33% de dano mínimo, 17% de dano moderado e dois óbitos.

Estudo realizado na região sul da cidade de São Paulo, com a participação de 13 unidades de saúde, apontou que, entre os 1.093 eventos *near miss* notificados (incidente que não atingiu o paciente), 62,8% foram eventos com medicamentos, 28,5% eventos com documentação, 4,2% eventos com administração clínica e 4,4% “outros” (AMARO; BOHOMOL, 2020).

Mesquita et al. (2016) destacam a quantidade de lacunas do conhecimento: o precário acesso a informações entre os profissionais da APS, a dificuldade em mensurar os tipos de incidentes ocorridos nesses locais, a carência de estratégias para abordagem e sensibilização e o desenvolvimento de instrumentos para investigações dessa natureza.

Silva et al. (2022a), objetivando compreender a percepção da equipe de enfermagem da APS sobre a segurança do paciente, apontaram que o desconhecimento da equipe sobre a temática destaca a demanda por capacitações para subsidiar alterações no processo de trabalho, por meio da incorporação de protocolos e estratégias de mitigação e prevenção de eventos adversos que garantam um cuidado mais capacitado e seguro.

Souza et al. (2019), ao avaliarem a segurança do paciente por meio da aplicação de instrumento, apresentaram que na perspectiva dos profissionais da saúde da APS participantes, também é preciso aperfeiçoar a cultura de segurança do paciente, utilizando-se da elaboração de protocolos, capacitações, melhorias na comunicação e infraestrutura, redução da sobrecarga de trabalho, prevenção de erro e maior resolutividade.

A revisão de escopo realizada por Dalla Nora e Beghetto (2020), objetivando identificar os desafios da segurança do paciente descritos pelos profissionais de saúde na APS, concluíram que tais desafios se relacionam em maior medida com os profissionais da saúde, seguido da gestão dos serviços e, por fim, do usuário e da sua família. Nesse cenário, a avaliação da cultura de segurança na APS é multifatorial, perpassando por elementos referentes à estrutura e ao processo (MACEDO et al., 2019; ARAÚJO et al., 2022). É preciso despertar gestores e profissionais para a mudança de atitude por meio da reflexão sobre seu

processo de trabalho, através das iniciativas de educação, a fim de desenvolver o cuidado seguro (DALLA NORA; BEGHETTO, 2020).

Desse modo, é preciso explorar a temática da cultura de segurança no contexto organizacional, identificando a visão dos profissionais dessas instituições, estimulando a reflexão e disponibilizando novos conhecimentos, para assim subsidiar a implantação de ações e condutas que melhorem a cultura de segurança e a qualidade do cuidado na APS. Para tanto, elegeu-se o instrumento Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) para avaliar a cultura de segurança do paciente na APS, por meio de uma versão traduzida, adaptada transculturalmente e validada (TIMM; RODRIGUES, 2016).

Desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) em 2007, o MOSPSC enfatiza questões relacionadas à segurança do paciente e à qualidade do cuidado prestado na assistência primária em saúde. Ferramenta de alcance internacional, o MOSPSC tem-se mostrado útil por meio da adaptação transcultural e validação realizada para diversos idiomas: espanhol (TORIJANO-CASALENGUA et al., 2013); árabe, utilizado em países do Oriente Médio (WEBAIR et al., 2015); português de Portugal (MARCELINO, 2016; EIRAS; ESCOVAL; SILVA, 2018); português do Brasil (TIMM; RODRIGUES, 2016) e grego (ANTONAKOS et al., 2021b).

Ainda que falar sobre segurança do paciente seja tema recorrente nas pesquisas de saúde nas últimas décadas, o tema é pouco explorado no contexto da APS, sugerindo-se que a dimensão do problema esteja subestimada (SILVA, et al, 2017; MESQUITA, 2017; SOUZA et al., 2019; AGUIAR et al., 2020). Dessa forma, apesar do crescente interesse, ainda é generalizada a falta de sensibilização para o problema. Dessa forma, é essencial o desenvolvimento de pesquisas referentes à temática, a fim de enriquecer e divulgar a literatura na área, reduzir lacunas do conhecimento e sensibilizar os profissionais sobre a importância do processo de cultura de segurança, bem como da prática segura e de qualidade em todos os níveis de atenção à saúde (MESQUITA et al., 2016; Dal PAI et al., 2020b).

Emerge assim, a relevância de uma pesquisa que poderá trazer diferentes benefícios, tanto científicos, ao contribuir com a apresentação do estado da arte da CSP na APS, quanto contribuições sociais, principalmente, para o processo de trabalho na APS, uma vez que instiga os profissionais à reflexão crítica sobre a temática e à adoção de estratégias que busquem promover um cuidado mais seguro.

Além disso, é uma justificativa profissional, já que a autora deste trabalho é atuante na área da APS e acompanha diferentes processos de qualificação da assistência em rede. Nesse contexto, é premissa básica a busca pela identificação de melhorias nos processos de trabalho,

a fim de evitar situações de possam colocar em risco a saúde do paciente. Consequentemente, a avaliação da cultura de segurança por meio da visão de profissionais permitirá trazer à luz lacunas da assistência ou da gestão em saúde que possam fragilizar a qualidade do cuidado, favorecendo também o pensamento crítico-reflexivo da importância de se fortalecer a temática.

A decisão pela realização do estudo em um município do Triângulo Mineiro tem como justificativa a tentativa de se contribuir com o desenvolvimento da região, atuando em atividades já consolidadas, mas buscando a inovação, que é fundamental. Tal município é um centro colaborador do CONASS, desde 2019, tendo como propósito a ampliação da cooperação técnica entre estados e municípios, estimulando e apoiando o treinamento e a pesquisa. Cabe ao município implantar as metodologias desenvolvidas pelo CONASS no que se refere à planificação da atenção à saúde. Essa, enquanto proposta de gestão na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tem como objetivo o fortalecimento da APS, a fim de torná-la ainda mais otimizada e de qualidade, e traz como um de seus projetos, a ampliação do debate sobre a segurança do paciente na atenção primária.

Diante do exposto, estabeleceu-se a seguinte hipótese para esta pesquisa: A avaliação da CSP a partir da visão dos profissionais da APS identifica os desafios e fortalezas da cultura de segurança e contribui para a promoção e tomada de ações mais seguras e de maior qualidade para o cuidado em saúde. Para verificar tal hipótese, foi traçada a seguinte questão norteadora do estudo: qual a avaliação acerca da CSP na visão dos profissionais da APS?

2. OBJETIVO PRIMÁRIO

- Avaliar a cultura de segurança do paciente (CSP) entre profissionais da atenção primária à saúde (APS).

2.1 Objetivos secundários

- Realizar revisão integrativa da literatura sobre CSP paciente na visão dos profissionais da APS, a partir da análise de produções científicas que aplicaram o instrumento Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC).
- Identificar a visão dos profissionais da APS acerca da CSP de um município do Triângulo Mineiro, Brasil.
- Caracterizar a situação sociodemográfica dos participantes do estudo.
- Identificar se a CSP é positiva naquele ambiente, bem como apontar as dimensões consideradas pontos fortes e pontos fracos da CSP.
- Verificar se há associação das dimensões da CSP com: organização social, categorial profissional e tempo de serviço.
- Realizar análise fatorial do instrumento MOSPSC, versão em português adaptada transculturalmente.

3. REVISÃO TEÓRICA

3.1. Atenção primária à saúde

O SUS, criado pela Constituição Federal Brasileira em 1988, foi definido com base nos princípios da universalidade, equidade e igualdade para ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. Apresentou-se também, nesse momento, a concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado, para buscar a redução do risco de doença e de outros agravos, garantidos por meio de políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988).

Nesse cenário, a RAS é constituída por um conjunto de ações e serviços articulados em níveis de complexidade crescente, interdependentes e com objetivos comuns, a fim de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011a), tendo a garantia da qualidade como a totalidade das ações sistemáticas necessárias para que a assistência prestada esteja dentro dos padrões de qualidade exigidos (BRASIL, 2013b).

Dentro da RAS, a APS tem seu papel de centro de comunicação, além de ser coordenadora do cuidado e ordenadora de fluxos. A APS é considerada a porta de entrada do SUS, sendo o primeiro nível de atenção em saúde, disponibilizando um conjunto de ações, individuais e coletivas, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, a fim de ofertar um cuidado integral, universal e equidário, respeitando os princípios do SUS (STARFIELD, 2022; BRASIL, 2017a).

Sendo assim, o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerado prioritário para fortalecimento e acesso à APS no país, com as equipes de Saúde da Família, por meio de uma prática de cuidado integrado dirigidas à população de um território, e conduzida por equipe multiprofissional, com responsabilidade sanitária local (BRASIL, 2017a). A APS é o nível de atenção à saúde que oferece o suporte filosófico para a organização de toda uma rede de cuidados integrados e acessíveis, com responsabilidade longitudinal pelo paciente e valorização da integração dos aspectos físicos, psicológicos e sociais de saúde (STARFIELD, 2022).

Pela Pesquisa Nacional de Saúde, um inquérito de base domiciliar é realizado, em nível nacional, sob coordenação do Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a fim de produzir dados sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira. Segundo os dados de 2019, no Brasil, 60,0% dos entrevistados informaram que seu domicílio era cadastrado em uma Unidade de

Saúde da Família, sendo o Nordeste (71,1%) e o Sul (64,8%) as regiões com maior cobertura de domicílios. O Sudeste apresentou a mais baixa cobertura (51,9%), ainda que compreenda o maior número absoluto de domicílios cadastrados (16,6 milhões). A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da Família na atenção básica era de 159.900.453 pessoas (IBGE, 2020).

Assim, ao responder por uma parcela expressiva dos cuidados ofertados pelo SUS, a APS busca adotar práticas de uma atenção mais humanizada, integradora, multiprofissional, tendo a comunicação entre os cuidadores como fator primordial (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015). Dessa forma, exerce um papel fundamental no atendimento em rede, ao levar em consideração os diferentes aspectos que influenciam direta ou indiretamente nos processos de saúde-doença, dentre essas as dimensões sociais, culturais, ambientais, econômicas e políticas, incidindo de forma mais ampla na promoção da saúde das populações e garantindo a integralidade do cuidado (MESQUITA, 2017).

Para subsidiar a APS, desde 2019, foi instituído pela Portaria nº 2.979/2019, o programa Previne Brasil, que é o novo e atual modelo de financiamento de custeio da APS, substituindo o extinto incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Objetiva-se a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso da população aos serviços e o vínculo entre população e unidade de saúde. Para a definição do valor a ser transferido, leva-se em consideração os resultados alcançados em um conjunto de indicadores. O monitoramento desses permite a avaliação do acesso, da qualidade e da resolutividade da assistência prestada, proporcionando a implementação de medidas de aperfeiçoamento das ações (BRASIL, 2021).

Como consequência, o e-SUS Atenção Primária foi constituído como uma estratégia para reestruturar as informações da APS em nível nacional, alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, tendo como base a noção de que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população (BRASIL, 2022).

Ainda, em âmbito nacional, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) surge na intenção de contribuir para a qualificação da assistência em saúde, bem como promover e implantar iniciativas voltadas à segurança do paciente, com a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Estabeleceu-se, ainda, a necessidade de elaboração e implantação de protocolos e manuais voltados à temática, inclusive na APS (BRASIL, 2013a). Os NSPs devem adotar como princípio e diretrizes a melhoria contínua dos processos

assistenciais e do uso de tecnologias em saúde, além da difusão sistemática da cultura de segurança, articulação e união dos processos de gestão de risco (BRASIL, 2019).

Dessa forma, o crescente interesse em avaliar avanços e lacunas da APS tem contribuído para o desenvolvimento do SUS e, conseqüentemente, da Estratégia Saúde da Família (ESF), ao produzir evidências sobre o alcance da universalidade, integralidade e equidade, além de melhores abordagens acerca da qualidade dos serviços de saúde (FACCHINI, TOMASI, DILÉLIO (2018).

Conhecer o território e sua população, por meio de diagnóstico situacional, possibilita o planejamento adequado dos processos de trabalho na APS. Tal processo baseia-se na equidade e nas intervenções de saúde-doença conforme necessidades, evitando o desequilíbrio entre oferta de trabalho e demanda viva no território. A criação de vínculo, a longitudinalidade e a abordagem comunitária auxiliam no conhecimento integral do usuário, possibilitando um cuidado com maior exatidão e proteção quanto aos riscos (BRASIL, 2019).

Uma vez que os serviços prestados nas unidades de saúde impactam diretamente no bem-estar dos usuários e no uso de recursos, a prestação de um cuidado inseguro ou ineficaz pode aumentar a morbidade e a mortalidade evitável, ou mesmo levar ao uso desnecessário de recursos escassos (DE VASCONCELOS et al., 2019). Por conseguinte, o processo de avaliação externa objetiva reconhecer e valorizar o trabalho e os esforços das equipes e dos gestores na qualificação da APS, com o levantamento de informações para análise de condições de acesso e da qualidade assistencial (BRASIL, 2019).

É preciso trazer a APS para o contexto da inovação, por meio da formulação e da implantação de políticas públicas e práticas em saúde no SUS, bem como superar desafios e implementar mudanças para resolução de lacunas nesse setor (RANZI et al., 2021). Macinko e Mendonça (2018) concluem que, apesar de não existir um sistema de saúde ou modelo de atenção perfeito, aqueles que apresentam melhores resultados na saúde da população são os que projetam a centralidade de sua gestão na APS. Ademais, existe um consenso internacional que a redução de investimentos nesses serviços de saúde pode advir em retrocessos, piores condições de vida, aumento das desigualdades e até mesmo desacelerar o crescimento econômico.

Acesso é sinônimo de qualidade, que é processo, ir além, a fim de alcançar mais e melhor, sendo medida essencial para avaliação da integralidade e verificação da capacidade de resolução do SUS às necessidades de saúde do país (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Nesse cenário, o acesso aos serviços incide significativamente nas condições de vida e saúde de indivíduos e comunidade, sendo os profissionais de saúde protagonistas por meio

das suas práticas, implementando e qualificando o acesso (VICARI; LAGO; BULGARELLI, 2022).

As boas práticas para funcionamento das unidades de saúde da APS asseguram a oferta de serviços com padrões de qualidade adequados, tendo como fundamentos a qualificação, a humanização do cuidado e da gestão e controle de riscos aos usuários e meio ambiente (BRASIL, 2019). Exemplo de bons resultados, o projeto do Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde (INOVAAPS), em Campo Grande, MS, teve como objetivo apoiar ações cientificamente embasadas e aplicáveis na prática, principalmente por meio da inovação de tecnologias assistenciais, gestão e comunicação, com a finalidade de fortalecer a APS na região. Destacou-se a necessidade de expansão, consolidação e ampliação de acesso à APS, formação e provimento profissional adequados, aplicação de tecnologias resolutivas e o aprimoramento e a efetivação do papel mediador da APS (RANZI et al., 2021).

Tasca e colaboradores (2020), com o objetivo de elaborar recomendações estratégicas para fortalecer a APS, a partir da consulta a especialistas, elaboraram 20 recomendações: a expansão da Estratégia Saúde da Família; a ampliação do acesso à APS; a formação de profissionais para atuação multidisciplinar; o uso de tecnologias para garantir resolutividade; o aprimoramento da gestão de serviços para fortalecer a APS como elemento estruturante do SUS; melhorias em estrutura e financiamento; provimento de recursos humanos e apoio às equipes; produção e divulgação de conhecimento; transparência nas ações; e valorização do papel mediador da APS.

Destaca-se também a Planificação de Atenção à Saúde (PAS), proposta pelo CONASS desde 2007, como forma de organização da RAS, sendo assim, exemplo de redefinição de novas abordagens, buscando propiciar o desenvolvimento da APS nos territórios, por meio de mudanças efetivas na atitude e processos de trabalho que compõem as equipes assistenciais e de gestão (BRASIL, 2011b).

Nesse contexto, a APS enfrenta grandes e diferentes desafios, por exemplo, profissionais desse ambiente lidam com doenças cada vez mais complexas, o que impossibilita a prestação de um cuidado ideal e sem riscos para todos os pacientes. Para o paciente, a segurança na atenção primária está fortemente ligada às relações pessoais e à confiança criada. Para a instituição, a segurança do paciente é reconhecida como temática multifatorial, dependente de diferentes aspectos e, principalmente, do empenho coletivo por parte daqueles envolvidos diretamente com os cuidados de saúde (VINCENTI, AMALBERTI, 2016). Ainda que possa haver uma percepção de que na APS os incidentes

não apresentem consequências drásticas, os efeitos podem ter maior peso ao expor um maior número de pessoas a uma assistência insegura (SOUZA et al., 2019).

Um trabalho em equipe realizado de forma colaborativa, com boa comunicação, tendo o cuidado ao usuário como objetivo comum, dinamiza e qualifica a assistência e amplia as possibilidades de resolução por parte da equipe (VICARI; LAGO; BULGARELLI, 2022). A trajetória do paciente deve ser enxergada pela ótica de seu contexto social, econômico e familiar, valorizando as relações e trocas de informações sobre o paciente na rede de atenção à saúde, incentivando a abordagem multidisciplinar e o desenvolvimento de novas linguagens de comunicação (protocolos, governança e limites) (DALCIN; DAUDT, 2020).

Dessa forma, melhorar a segurança na APS é processo fundamental quando se busca alcançar a cobertura universal de saúde e a sustentabilidade dos cuidados de saúde (BRASIL, 2019). Fica evidente que a segurança do paciente deve ter primordialmente o usuário como eixo para formulação de protocolos, prevenção de eventos adversos e segurança do cuidado em geral, uma vez que, na APS, o cuidado é centrado no paciente e nas famílias (AGUIAR et al., 2020).

Logo, a APS destaca-se como ponto-chave para a promoção da segurança do paciente. Ainda que a responsabilidade pela implementação de ações que promovam a segurança seja dos profissionais de saúde, é essencial compreender que outros atores também possuem papel fundamental para a efetividade do processo, como gestores, usuários e o próprio serviço de saúde (LIMA et al., 2022).

Sendo a APS definida como centro coordenador do arranjo organizacional do cuidado em rede, essa deve ter uma cultura de segurança sólida, já que o local assiste a maior parte das demandas do usuário, surgindo como contato preferencial (BRASIL, 2017b). Portanto, é imprescindível, para a melhoria dos sistemas de saúde, o incentivo à CSP e à implementação de metas que objetivem a prevenção de eventos adversos. Prevenir tais eventos é um desafio atual para o aprimoramento da qualidade assistencial, com destaque para um esforço internacional para a realização de mais pesquisas sobre a segurança do paciente na APS, considerando a abrangência que esse cenário tem na RAS (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015; COSTA et al., 2018; GALHARDI et al., 2018).

3.2. Cultura de segurança do paciente

Para alcançar as metas e os desafios globais propostos sobre a segurança do paciente, é importante incorporar o termo “cultura de segurança” nesse cenário. Esforços consideráveis

para melhorar a segurança do cuidado em saúde têm sido vislumbrados na última década, porém, esse progresso se mostrou mais lento que o esperado, sendo o otimismo inicial substituído por uma perspectiva de longo prazo, e, conseqüentemente, o progresso futuro exige uma visão mais ampla da segurança do paciente (VINCENTI, AMALBERTI, 2016).

A partir do conceito de segurança do paciente como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário conseqüente dos cuidados em saúde (BRASIL, 2013b), a CSP apresenta-se como um conjunto de ações, competências e comportamentos que definem o comprometimento com a gestão da segurança, e implica atuar com humanização, responsabilidade e comprometimento com a segurança e a saúde do paciente, tendo por objetivo a oferta de cuidado seguro, integral, resolutivo e que resulte na redução de riscos/danos aos pacientes (BRASIL, 2013b; RAIMONDI et al. 2019).

A CSP avalia como percepções, comportamentos e competências de indivíduos e grupos determinam o compromisso, estilo e proficiência de uma organização. O gerenciamento de segurança é usado para determinar metas que visem melhorar a segurança do paciente, avaliar o sucesso de intervenções de segurança, cumprir os requisitos regulamentares e conduzir avaliação comparativa (AL DOWERI et al. 2015; SORRA et al., 2018). Desse modo, a segurança do paciente é capaz transformar práticas assistenciais e processos de trabalho, visando à qualidade, sob a influência da cultura organizacional. Nesse contexto, a cultura de segurança interfere na maneira como a instituição estabelece seus processos, trata seus colaboradores e seus usuários (DALCIN; DAUDT, 2020). De maneira simples, a segurança do paciente é efetivada quando práticas que evitam a ocorrência de eventos adversos à saúde tornam-se rotina institucional (SILVA et al., 2022b).

Para diminuir a ocorrência de eventos adversos e prestar uma assistência isenta de erros, é preciso debater sobre a cultura de segurança estabelecida nos ambientes de trabalhos (DAL PAI et al., 2020b). Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por processos de comunicação fundados na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas (SORRA et al., 2018).

Segundo a Portaria nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a CSP configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: trabalhadores assumem responsabilidade pela sua própria segurança e pela do próximo; a adesão de uma cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; incentivo a identificação, notificação e resolução dos problemas relacionados à segurança; promoção do aprendizado organizacional a partir da

ocorrência de incidentes; e a disponibilidade de recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013a).

Assim, evoluções contínuas na área da saúde reforçam a importância de se estabelecer e manter uma CSP. A segurança do paciente agora é um assunto obrigatório, fornecendo feedbacks essenciais aos sistemas de saúde com a possibilidade de instituir medidas de melhoria embasadas na identificação de problemas (AL DOWERI et al. 2015). A fim de estabelecer uma cultura de segurança e proporcionar uma assistência de qualidade, essa primeira pode ser analisada em diferentes níveis do sistema de saúde, especialmente por meio da identificação de pontos fortes e fracos, que expressam a forma de pensar e comportamentos de profissionais de saúde (AL DOWERI et al. 2015; OKUYAMA; GALVÃO; SILVA, 2018).

Dentre as possibilidades de instrumentos para avaliar a CSP na APS, destaca-se o Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC). As definições de cada uma das dimensões mensuráveis pelo instrumento auxiliam a uma melhor compreensão da avaliação da CSP (FAMOLARO et al., 2016), apresentadas a seguir:

- a) Comunicação sobre o erro: gestores e colaboradores estão dispostos a relatar erros que eles observem e não sintam que seus erros são usados contra si, bem como abertura para comunicação entre esses sobre problemas e como evitar que erros aconteçam.
- b) Abertura de comunicação: gestores estão abertos às ideias da equipe sobre como melhorar os processos, e colaboradores são incentivados a expressar pontos de vista alternativos e não achar desconfortável as discordâncias.
- c) Padronização de processos: a unidade de saúde é organizada, com fluxo de trabalho eficaz, processos padronizados e bons procedimentos para verificar a precisão do trabalho executado.
- d) Aprendizado organizacional: a unidade possui uma cultura de aprendizagem que facilita a confecção de mudanças nos processos para melhorar a qualidade da assistência.
- e) Percepções gerais de segurança do paciente e qualidade: a qualidade do atendimento ao paciente é mais importante do que qualquer outro assunto. Os processos são adequados para prevenir erros, bem como prevenir que esses não aconteçam mais do que deveriam.
- f) Suporte da liderança: a liderança apoia ativamente a qualidade da segurança do paciente, coloca alta prioridade quanto a melhoria do atendimento, não negligencia erros e toma decisões baseadas no que é melhor para os pacientes.

- g) Rastreamento/acompanhamento de atendimento ao paciente: a unidade lembra os pacientes sobre compromissos, documentos, acompanha aqueles que precisam de monitoramento e o quão bem os pacientes seguem os planos de tratamento.
- h) Treinamento de equipe: a unidade oferece treinamento, bem como não atribui tarefas para as quais o colaborador não foi treinado.
- i) Trabalho em equipe: a unidade possui uma cultura de trabalho em equipe, respeito mútuo e relações de trabalho estreitas entre funcionários e gestores.
- j) Pressão e ritmo de trabalho: há profissionais suficientes para lidar com o paciente, conseqüentemente, a carga e o ritmo de trabalho não os sobrecarregam.

Nesse contexto, a necessidade de se debater sobre a temática da segurança do paciente e a implementação de boas práticas que não causem danos é algo inquestionável (AL DOWERI et al. 2015). Ainda que os estudos sobre segurança do paciente na APS sejam atuais, esses não aprofundam o real desempenho dos profissionais em relação à temática, sendo essencial avaliar a caracterização da cultura de segurança entre os profissionais, o que favorece diretamente na melhoria do cuidado aos usuários (MACEDO et al., 2019).

Avaliar a CSP permite reconhecer potencialidades e vulnerabilidades que nortearão ações de melhorias, a fim de construir uma cultura positiva e forte nas instituições de saúde (COSTA et al., 2018; ACÁSIO et al., 2022). O interesse pela cultura de segurança na APS está ligado ao objetivo de tornar, cada vez mais, o cuidado ao paciente eficiente e seguro, buscando minimizar os incidentes e reduzir custos desnecessários. Para tanto, deve-se reorganizar processos de trabalho, com a implementação de fluxogramas, com destaque para o fortalecimento da RAS e a construção de parcerias como caminho para estimular a consolidação da cultura de segurança em instituições de saúde (SOUZA et al., 2019).

O desafio para o enfrentamento da redução dos riscos e danos dependerá, nos próximos anos, da necessária mudança dessa cultura dos profissionais para a segurança, alinhada à política de segurança do paciente (FERNANDES, 2019). Constituem questões primordiais para o alcance de melhores resultados para os usuários, família e comunidade, o investimento na mudança de sistemas, aperfeiçoamento das equipes de saúde, aprimoramento das tecnologias e melhoria dos ambientes de trabalho, além da adoção de boas práticas (BRASIL, 2017b).

Sabendo da relação entre a dinâmica da equipe, a coordenação do cuidado e as percepções de segurança do paciente, para tornar a assistência mais segura, é preciso compreender como os prestadores de cuidados primários trabalham juntos para coordenar a assistência (BLUMENTHAL; CHIEN; SINGER, 2018). Fatores que interferem na CSP

devem ser identificados pelos trabalhadores, a fim de agregar às suas práticas aqueles que mostram ser potencialidades para uma assistência de qualidade e lapidar os que pouco contribuem ou mesmo tornam-se problemáticos para que se tenha um ambiente de saúde seguro (DAL PAI et al., 2020b).

Nesse contexto, a segurança do paciente não pode estar atrelada a simples obrigação pessoal do profissional, devendo ser uma responsabilidade organizacional do sistema. Para tanto, a implementação de medidas para a segurança não pode depender da implantação estratégias isoladas, mas consistir num conjunto de medidas institucionais que proporcionem condições para uma cultura da segurança positiva (JUNGES et al., 2022), construtiva com valores, atitudes e comportamentos seguros acordados na prática cotidiana (ARAÚJO et al., 2022).

O desenvolvimento conjunto de uma cultura de segurança está ligado ao entendimento de que o erro acontece por falhas no sistema de saúde e/ou processos de trabalho com barreiras ineficientes (BOHRER et al., 2021). Por conseguinte, a melhoria da CSP está associada a uma redução significativa de danos evitáveis, eventos adversos graves e mortalidade (ARAÚJO et al., 2022). Chama-se a atenção para o fato de que muitas das complicações em outros níveis assistenciais podem estar relacionadas a descuidos que ocorreram no nível primário, e que, em sua maioria, são considerados evitáveis com medidas relativamente simples (BATISTA; GONÇALVES, 2020; SILVA et al., 2022a).

Problemas na segurança do paciente têm impactos financeiros, sociais e psicológicos importantes, que refletem no paciente e na instituição de saúde, e, por essa razão, a CSP é protagonista na definição de comportamentos e implantações de ações que busquem a melhoria da qualidade institucional (COSTA et al., 2018). Discutir a CSP é fundamental para a qualidade do cuidado e assume grande relevância para os profissionais que aspiram proporcionar uma assistência segura e eficiente aos pacientes e seus familiares (ASTIER-PEÑA, et al., 2015).

Enfim, não é tarefa simples mudar a cultura de segurança de profissionais e de instituições, pois tal ação implica na transformação de vários processos de trabalho e do cotidiano das organizações. Para tanto, é necessário atuar na cultura organizacional da instituição para a efetiva cultura de segurança, bem como deve haver comprometimento de toda a equipe multiprofissional, com destaque para o comprometimento dos gestores (MESQUITA, 2017; ALBANEZ et al., 2022).

3.3. Gestão da segurança do paciente na atenção primária à saúde

A qualificação da assistência acontece mediante o planejamento das ações e da gestão do trabalho com foco no usuário, sendo esse planejamento realizado em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, marcado pelas características e atributos da APS (DALCIN; DAUDT, 2020). A instituição do PNSP, em 2013, apresentou o conceito de gestão de risco como a aplicação sistêmica e contínua de políticas, práticas e recursos na identificação e demais condutas frente ao controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança do cuidado, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (BRASIL, 2013a)

Sugere-se redefinir a segurança do paciente como a gestão de riscos ao longo do tempo, sendo que essa perspectiva possa estar mais adaptável à APS, em que os pacientes são acompanhados por longos períodos, e os problemas relacionados à segurança possuem naturezas muito diferentes (VINCENTI, AMALBERTI, 2016). Desse modo, cada vez mais, as instituições de saúde têm buscado melhorias quanto ao cuidado e à segurança dos pacientes, com implantação da CSP de forma a englobar todas as suas práticas (BATISTA; GONÇALVES, 2020).

Erros e eventos adversos, enquanto potenciais causadores de danos aos pacientes, são decorrentes de processos ou estruturas da assistência. Nesse cenário, atitudes para segurança do paciente devem repensar os processos assistenciais, a fim de identificar a ocorrência das falhas antes que causem tais danos, sendo fundamental conseguir pontuar os processos mais críticos e, conseqüentemente, com maior probabilidade de ocorrência, para planejar e desenvolver ações eficazes de prevenção (BRASIL, 2017b).

O processo de cultura de segurança é algo dinâmico e dependente da interação entre: profissionais, líderes, pacientes e comunidade; desses com a estrutura do serviço e com o processo de trabalho. Como consequência, avaliações sistematizadas são fundamentais para o levantamento das necessidades de melhoria, visando aos cuidados primários cada vez mais seguros (BOHRER et al., 2021).

A qualidade da assistência depende assim de um atendimento seguro, e, para tal, é preciso uma cultura de segurança bem estabelecida. Esse processo abrange um comprometimento da instituição e da gestão para identificar a necessidade da cultura de segurança, a fim de estabelecê-la como eixo norteador de sua organização. Também é necessário buscar conhecer dificuldades e desafios diários da assistência, para então criar-se um canal de comunicação efetivo com os diferentes os níveis hierárquicos e permitir a construção da confiança entre profissionais da assistência e gestores (PAESE; SASSO, 2013).

A CSP é abordada a partir de diferentes perspectivas ou dimensões. Assim, deve existir, por parte da administração, um compromisso contínuo para promover e facilitar a CSP, fornecendo as ferramentas necessárias para identificar os padrões culturais mais prevalentes, além de planejar, implementar e avaliar as diferentes ações de melhoria (ALDOWERI et al. 2015; COSTA et al., 2018). Instituições com alto índice de confiabilidade possuem uma forte cultura de segurança instaurada (DALCIN; DAUDT, 2020).

Desta forma, a liderança para a segurança do paciente na APS se depara com um universo muito amplo de desafios a serem enfrentados. Dalla Nora e Beghetto (2020) apontam como os principais desafios da segurança do paciente relacionados à gestão de serviços de saúde: condições de trabalho dos profissionais; troca de informações com outras instituições; erros processuais; desalinhamento entre os valores do profissional e da gestão; e mudanças frequentes nas políticas de segurança.

Vasconcelos et al. (2021), ao buscarem avaliar o clima de segurança na APS e analisar possível causa-raiz, descreveram que a gestão ineficaz e não comprometida é o principal fator para a ausência de segurança e qualidade do cuidado. Tal gestão desmotiva a equipe ao não prover os recursos necessários, tampouco proporciona o ambiente adequado para feedback e comunicação eficiente.

Vincenti e Amalberti (2016) apontam como os principais desafios para a liderança frente a segurança do paciente na APS: o maior grau de autonomia dos pacientes quanto às decisões para diagnóstico e tratamento; a dimensão temporal longa para evidenciar a ocorrência de erros e eventos adversos; a diversidade de condições de saúde e agravos às amplas formas de organização do trabalho; e oferta do cuidado de saúde.

A ausência de sistemas de monitoramento da segurança, como dificuldades em definir erros e eventos adversos, entretanto, criam obstáculos para o processo de medição em ambientes de APS. Além disso, a má comunicação e a má coordenação entre os diferentes elementos do sistema de saúde são apontadas como riscos importantes (VINCENTI, AMALBERTI, 2016). Consequentemente, a distância hierárquica entre gerência e equipes de saúde é um fator que dificulta o diálogo e a construção de uma cultura não punitiva ao erro (ACÁSIO et al., 2022).

Ademais, falhas na comunicação entre profissional e usuário, no acolhimento e no seguimento domiciliar, no processo de educação e participação do usuário, má adesão ao tratamento, baixa integração entre os níveis de assistência pode representar fatores dificultadores do processo de cuidado seguro (AGUIAR et al., 2020; DALLA NORA; BEGHETTO, 2020).

Comparando-se a gestão pública com a privada, o Brasil apresenta um contraste de gestão no sistema de saúde, em que a administração privada apresenta melhor média de segurança, ainda que ambas não tenham atingido a fortaleza quando analisadas por dimensões (CAMPELO et al., 2021). Nesse contexto, ainda pode-se apontar muitas barreiras para implementação de atributos essenciais para a segurança do paciente, além do fato de as lacunas não estarem relacionadas necessariamente com a falta de investimentos, mas principalmente pela falta vontade ou capacidade de implementar estratégias eficazes por parte dos gestores (DE VASCONCELOS et al., 2019).

Para que ações voltadas a qualidade e segurança tenham êxito, alguns aspectos precisam ser superados (como a introdução do tema na agenda de trabalho) e, como consequência, a organização de estratégias, como a escolha de uma equipe para a elaboração dos planos de ação, coordenação dos processos e avaliação de indicadores (ROCHA; VIANA; VIEIRA, 2021). Apesar de segurança do paciente ter-se tornado um tema amplamente discutido no cenário brasileiro, em especial nos programas e nas normativas do Ministério da Saúde, é necessário que os profissionais de saúde também busquem o conhecimento e a implementação das medidas de segurança nos ambientes de trabalho, migrando do nível teórico para o nível prático.

Gestores, bem como trabalhadores, devem direcionar o olhar para as dimensões que merecem atenção, desenvolvendo estratégias que possam melhorar a rotina, o diálogo e o acordo de ideias, com vistas ao enfrentamento de erros na assistência em saúde (DAL PAI et al., 2020a). A promoção de condições de trabalho com ambiente agradável, confortável e disponibilização de insumos e tecnologias suficientes asseguram a autonomia e mitigação dos riscos de incidentes no serviço (ACÁSIO et al., 2022). Além disso, é preciso explorar as correlações entre fatores humanos e condições de trabalho para melhorar a segurança do paciente na APS (CHANELIERE et al., 2018). Engajamento dos funcionários, estabelecimento de bases sólidas para a cultura de segurança, avaliação do cenário, identificação e análise de oportunidades, além de testar as mudanças são algumas sugestões para a mudança de cultura de segurança nos cuidados primários em saúde (DALCIN; DAUDT, 2020).

Wegner e colaboradores (2016) apontaram como estratégias para construção da CSP: identificação e notificação do erro; concepção sobre o erro coletivo e a importância do trabalho em equipe; acesso a pesquisas como base norteadora para efetivar a transformação cultural nas organizações; transposição do modelo biomédico para a integralidade do cuidado

em saúde; e educação permanente, com inserção da segurança do paciente como tema transversal na formação profissional.

Também é fundamental o reconhecimento por parte da gestão organizacional do papel central da liderança pelo exemplo. Uma liderança pautada na busca pela segurança do paciente impactará fortemente nos canais de comunicação, na conquista de novas habilidades e competências para a equipe e, conseqüentemente, na cultura organizacional (DALCIN; DAUDT, 2020). É preciso aprimorar processos de trabalho por meio da comunicação efetiva no combate a falhas, e essa deve ser incentivada para garantir a qualidade da assistência e da segurança do paciente (CAMPELO et al., 2021).

Necessita-se de uma liderança ativa e orientadora para que os trabalhadores compreendam a prioridade dada a segurança do paciente, devendo ser um meio propício ao apoio mútuo, além de uma participação ativa por meio da escuta, garantia das ações, mitigação de possíveis barreiras e abertura dos devidos espaços para a construção de um clima de segurança local (DALCIN; DAUDT, 2020).

Além disso, a criação e implantação de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) também é ação fundamental (SILVA et al., 2022a), sendo essa instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente (BRASIL, 2013b). Para o avanço na promoção de uma CSP forte, é preciso trabalhar as dimensões frágeis, aprimorando o feedback das informações, bem como a notificação de eventos (CAMPELO et al., 2021). Logo, incentivar o relato de eventos e aprender com os erros devem ser prioridades (OKUYAMA; GALVÃO; SILVA, 2018; BOHRER et al., 2021; ALBANEZ et al., 2022).

Além de gestores e profissionais do cuidado, destaca-se também a necessidade de inclusão dos pacientes na construção de estratégias de segurança, uma vez que pacientes conscientes conseguem atuar de maneira mais efetiva no seu próprio cuidado (VINCENTI, AMALBERTI, 2016; AGUIAR et al., 2020; SILVA et al., 2022a). A observação de incidentes de segurança do paciente em domicílio, chamam a atenção para a necessidade de estímulo à “autonomia empoderada” (AGUIAR et al., 2020).

Pensando-se o desenvolvimento de estratégias de intervenção apropriadas quanto a segurança do paciente na APS, destaca-se a necessidade de inovações na tecnologia da informação, com impacto importante na coordenação do cuidado, monitoramento de pacientes e apoio oferecido a eles. Deve-se estabelecer competências e normas claras para examinar o controle dos riscos, como estratégia global formalizada, e não apenas no contexto de questões clínicas específicas. Porém, talvez se tenha mais êxito se essa gestão dos riscos for realizada

por meio de um sistema flexível que incorpore a capacidade de rápida adaptação e resposta, ao contrário de uma abordagem baseada na imposição de diretrizes e controles (VINCENTI, AMALBERTI, 2016).

Considerando as particularidades da APS, o uso de checklists surge como uma ferramenta de sucesso que colabora na garantia da segurança do paciente (PEGORARO ALVES-ZARPELON; PIVA KLEIN; BUENO, 2021) ao destacar possíveis fraquezas e vulnerabilidades. Ademais, o levantamento de indicadores relacionados às fortalezas e às fragilidades dos diferentes processos de trabalho podem subsidiar ações de melhorias do ambiente assistencial, além de consolidar o conhecimento sobre a temática, ainda considerada uma lacuna científica. Dessa forma, a avaliação da cultura de segurança pode contribuir no reconhecimento de falhas sistêmicas e estimular mudanças no processo de trabalho (BOHRER et al., 2021).

A formação em serviço, o envolvimento do usuário e cuidadores, a informatização, o incentivo à cultura não punitiva, a realização de auditorias, a disponibilização de protocolos, recursos humanos e estrutura física adequadas e realização de novas pesquisas na área podem ser apontados como recursos que constituem os pilares para o enfrentamento dos desafios diários (AGUIAR et al., 2020; DALLA NORA; BEGHETTO, 2020).

Sendo assim, ainda que sejam múltiplas as barreiras e desafios que demandam ser enfrentados e superados a fim de melhorar a CSP nos serviços de saúde, maior é a necessidade de fortalecer e divulgar as iniciativas que promovem a assistência segura, repensando práticas já existentes, adaptando-as para essa finalidade e incentivando-as ativamente (DALLA NORA; BEGHETTO, 2020).

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento da pesquisa

Realizada pesquisa observacional do tipo transversal, exploratória, de cunho quantitativo. No estudo observacional transversal a análise de dados coletados é realizada ao longo de um determinado período de tempo, em que o investigador age como expectador de fatos ou fenômenos, não havendo a realização de qualquer intervenção que possa impactar os possíveis desfechos, ainda que realize medições, análises e outros procedimentos para coleta de dados (FONTELLES et al. 2009). Ao ser uma pesquisa exploratória, visa proporcionar aos pesquisadores maior familiaridade com o problema na busca pela possibilidade de construir hipóteses (SILVA, 2004).

Nesse cenário, um estudo quantitativo trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e utiliza recursos e técnicas estatísticas rígidas para classificação e análise desses (porcentagem, média, desvio padrão, coeficiente de correlação, regressões, entre outros). Seus resultados são passíveis de generalização, principalmente quando as amostras pesquisadas representam de forma fiel à população da qual foram retiradas (SILVA, 2004).

Realizou-se também uma revisão integrativa da literatura, com base na metodologia *scoping review* (análise de escopo), a qual busca sintetizar e disseminar o estado da arte em uma área temática, utilizando método rigoroso e transparente (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015).

4.2. Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um município do Triângulo Mineiro, MG, Brasil. Quanto à APS, segundo dados de agosto de 2018 disponibilizados pelo Núcleo de Estágios e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde o município conta com 74 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas em 56 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) e duas Unidades de Apoio à Saúde da Família, sendo cinco equipes na zona rural. O município está dividido em cinco setores territoriais urbanos que subsidiam as ações de planejamento urbano e também servem de base para o planejamento das ações em saúde, comportando cinco distritos sanitários (Figura 1), geridos por duas organizações sociais (OS), isto é, Missão Sal da Terra (OS1) e Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) (OS2).

Municipal de Saúde do município onde a pesquisa foi realizada, e acessados no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde.

Utilizou-se amostragem estratificada para a heterogeneidade dos locais e dos tipos de profissionais e, após essa estratificação, utilizou-se, também, a amostragem simples. Objetivou-se estimar a proporções de indivíduos com relações às variáveis apresentadas. Para o dimensionamento da amostra de indivíduos, adotou-se um nível de confiança de 95%, erro igual a 5% e variância igual a 0,25 ($p = 0,5$ e $q = 0,5$). O número de profissionais em toda a população à época da pesquisa era de 1.130, sendo a amostra total 288 profissionais.

Mesmo diante do cálculo amostral, foi abordado o máximo possível de profissionais, a fim de participarem da pesquisa mediante preenchimento do formulário, respeitando a proporção de profissionais representantes de cada categoria. Dos 699 profissionais que trabalhavam nas unidades visitadas, 211 se recusaram a participar e 81 foram excluídos por não atenderem os critérios de inclusão (48 profissionais de férias, 21 profissionais em período de afastamento do serviço e 12 em período de experiência), reduzindo a amostra de participantes a 407 profissionais. A taxa de resposta foi de 58,22%.

4.4. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em qualquer dia e horário da semana, respeitando o funcionamento das equipes de Saúde da Família (de segunda-feira à sexta-feira, exceto feriados, das 7h às 17h, ou até as 22h para as unidades que possuem “horário do trabalhador”). A coleta de dados estendeu-se de setembro 2019 a julho 2020, e foi realizada pela própria pesquisadora.

No primeiro contato, a pesquisadora apresentava os objetivos da pesquisa, além de explicar o instrumento de coleta de dados. Nesse momento, a pesquisadora se colocava à disposição para retirada de dúvidas referentes ao preenchimento do instrumento, permanecendo na unidade por um tempo para auxílio, se necessário. Porém, quando o instrumento não era respondido, enquanto pesquisadora ainda presente na unidade, era pactuado um momento de retorno para recolher o material.

Devido o cenário de pandemia pela covid-19, a coleta de dados de forma presencial foi interrompida em março de 2020, em respeito ao Decreto Municipal nº 18.525/2020 do município onde a pesquisa foi realizada. Desta forma, de março a julho de 2020, foram recolhidos apenas instrumentos já respondidos, não sendo realizada a coleta de dados em novas unidades de saúde.

4.5. Instrumento de coleta de dados

A participação dos profissionais se deu por meio do preenchimento do instrumento MOSPSC em versão traduzida, adaptada transculturalmente e validada como Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária (TIMM; RODRIGUES, 2016) (Anexo A). O instrumento de pesquisa é composto de nove sessões de análise (oito de natureza fechada e uma de reposta discursiva), com três itens de caracterização, mais 58 questões relacionadas à segurança e à qualidade do cuidado prestado aos pacientes. Além do instrumento, a pesquisadora ainda incluiu uma sessão complementar de caracterização dos participantes, com mais três questões (idade, sexo, escolaridade). O instrumento, em sua versão original, é de domínio público, dispensando a autorização prévia pelos seus titulares para uso em pesquisas científicas.

Com relação às nove seções do MOSPSC: Seção A possui dez questões relacionadas à segurança do paciente e à qualidade da assistência; Seção B possui quatro questões sobre troca de informações entre equipe e outras instituições de saúde; Seção C apresenta 15 questões relacionadas à temática “Trabalhando neste serviço de saúde”; Seção D tem 12 questões sobre a comunicação e o acompanhamento do paciente; Seção E apresenta quatro questões relacionadas ao apoio de gestores/administradores/líderes; Seção F possui sete questões sobre a temática “Seu serviço de saúde”; Seção G apresenta duas questões referentes à avaliação global sobre o serviço de saúde; Seção H possui três questões sobre a prática profissional-caracterização; e Seção I tem uma questão discursiva, permitindo comentários por parte dos participantes. Da Seção A até a Seção G, as questões são em formato de escalas tipo Likert, já na Seção H, as respostas são do tipo múltipla escolha. (SORRA et al., 2018).

Foi solicitada autorização para as autoras que realizaram o processo de tradução, adaptação e validação do instrumento MOSPSC para o contexto brasileiro, por e-mail, com aprovação em fevereiro de 2019 (Anexo B).

4.6. Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se: profissionais integrantes das equipes de Saúde da Família do Município, maiores de 18 anos, que já tivessem cumprido no mínimo 3 meses de serviço (referente ao período de experiência, entendendo-se como tempo suficiente para adaptação às normas e rotinas da unidade).

Como critérios de exclusão, definiu-se: profissionais que se encontravam em período de férias, licença ou afastamento por motivos de saúde no período de coleta de dados, além de instrumentos que fossem respondidos em sua totalidade com a mesma opção.

4.7. Análise de dados

Os dados quantitativos foram organizados e armazenados em planilhas do programa Microsoft Excel®. As análises foram realizadas utilizando o ambiente R: *A Language and Environment for Statistical Computing* (2013) (R CORE TEAM, 2015).

Utilizou-se o teste Shapiro-Wilk ($P > 0,05$) para verificar a distribuição normal de média ou mediana de cada seção do instrumento, bem como foi realizada a estimativa intervalar das médias das proporções a partir de um intervalo de confiança para média com aproximação a uma distribuição normal (MORETTIN, 2009). Nos casos em que não foi observada a normalidade dos dados (distribuições assimétricas), estimou-se a mediana e o intervalo de confiança para mediana, pelo método de *Hettmansperger-Sheather* (HETTMANSPERGER; SHEATHER, 1986).

Para as variáveis agrupadas por organização de saúde (OS), tempo de trabalho e profissão, foram aplicados também o teste de independência (ou associação) do Qui-quadrado, para testar se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica (SIEGEL; CASTELLAN, 1988). Assim, quando significativo tem-se que há relação de dependência entre as questões de cada seção e as variáveis: OS, tempo de trabalho e profissão.

Por fim, os dados foram tratados estatisticamente, utilizando-se as técnicas multivariadas de análise fatorial, componentes principais e alfa de *Cronbach*. Realizaram-se dois testes estatísticos. Primeiramente, agruparam-se as perguntas por meio de análise fatorial, buscando assim reduzir a dimensão dos dados multivariados, ou seja, identificar fontes subjacentes de variação comuns a duas ou mais variáveis com mesmo padrão de resposta e, com isso, compreender padrões de intercorrelações. A análise de componentes principais propicia ao pesquisador identificar o número de componentes (fatores) e a quantidade de informação captada com a variação total dos dados. O teste alfa de *Cronbach* foi aplicado com o objetivo de confirmar a fidedignidade das escalas propostas. (HAIR et al., 2005; LATTIN; CARROLL; GREEN, 2011; MALHOTRA, 2006;).

O tratamento e análise dos dados do instrumento basearam-se nas recomendações da Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), utilizando a porcentagem de

respostas positivas à CSP. A partir do instrumento, pode-se identificar se a CSP é positiva naquele ambiente. Para tanto, em média, o percentual de respostas positivas deve alcançar 50% ou mais (SORRA et al., 2018).

O instrumento MOSPSC também permite a identificação de dimensões consideradas pontos fortes da CSP, com o percentual de respostas positivas igual ou superior a 75%, e, como pontos fracos, os casos em que os percentuais de respostas positivas forem inferiores a 60%, identificando as áreas que necessitam de melhorias (SORRA et al., 2018).

Os itens da pesquisa das Seções A e B contêm escalas de frequência de seis pontos. Para calcular as porcentagens de frequência, indica-se combinar as categorias de resposta “Não aconteceu nos últimos 12 meses (6) / Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses (5)/ Várias vezes nos últimos 12 meses (4)” ou “Nenhum problema nos últimos 12 meses (6)/ Um ou dois problemas nos últimos 12 meses (5)/ Vários problemas nos últimos 12 meses (4)”, representados pelos pontos 4, 5 e 6 na escala Likert. Essas opções foram agrupadas em uma única categoria, ou seja, respostas 4, 5 ou 6 são representadas como 4. Porcentagens negativas e neutras não são calculadas para essas seções.

Para as Seções C a F, as quais contêm escalas de frequência de cinco pontos para o cálculo das porcentagens de frequência, combinaram-se as duas menores categorias de resposta, “Discordo totalmente (1)/ Discordo (2)” ou “Nunca (1)/ Raramente (2)”, e as duas mais altas categorias de resposta, “Concordo totalmente (4)/ Concordo (5)” ou “Na maior parte do tempo (4) / Sempre (5)”. A combinação de categorias de respostas para essas sessões deu-se da seguinte forma, 0 = 4,5 (respostas consideradas positivas, ou seja, há uma cultura positiva de segurança do paciente), 3 = neutro e 1 = 1,2 (respostas consideradas negativas, ou seja, há uma cultura negativa de segurança do paciente) (SORRA et al., 2018).

Vale destacar que a escala comporta questões formuladas tanto na positiva como na negativa, e assim, o cálculo das respostas positivas é realizado de forma diferente para cada situação. Dessa forma, há uma inversão de algumas questões, formuladas na negativa, identificadas com “R”. Por exemplo, para a questão 3C “Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente”, na junção 0 = 4,5 – “Concordo totalmente (4)/ Concordo (5)” ou “Na maior parte do tempo (4) / Sempre (5)”, e essas são respostas consideradas negativas, ou seja, há uma cultura negativa de segurança do paciente. Conseqüentemente, para a junção 1 = 1,2 – “Discordo totalmente (1) / Discordo (2)” ou “Nunca (1) / Raramente (2)”, são consideradas respostas positivas, ou seja, há uma cultura positiva de segurança do paciente. Questões formuladas na negativa: 3C-R, 6C-R, 8C-R, 10C-

R, 12C-R, 14C-R, 4D-R, 7D-R, 10D-R, 1E-R, 2E-R, 4E-R, 3F-R, 4F-R, 6F-R (SORRA et al., 2018).

A maioria dos itens da pesquisa também inclui uma opção de resposta “Não se aplica / Não sei”. Além disso, cada item da pesquisa provavelmente terá alguns dados ausentes dos entrevistados que simplesmente não respondem à pergunta. “Não se aplica / não sabe” e as respostas em branco são excluídas quando exibir as porcentagens de resposta aos itens da pesquisa. Ao usar um programa de software estatístico, recodifica-se a resposta 9 (“Não se aplica” / “Não sei”) como um valor ausente, portanto, não é incluído ao exibir frequências de respostas (SORRA et al., 2018).

O guia do instrumento também orienta que itens do MOSPSC sejam agrupados de acordo com 12 constructos da cultura de segurança que eles devem medir. São eles: 1. Comunicação aberta (D1, D2, D4R, D10R); 2. Comunicação sobre o erro (D7R, D8, D11, D12); 3. Troca de informações com outros setores (B1, B2, B3, B4); 4. Processo de trabalho e padronização (C8R, C9, C12R, C15); 5. Aprendizagem organizacional (F1, F5, F7); 6. Percepção geral de segurança do paciente e qualidade (F2, F3R, F4R, F6R); 7. Apoio de gestores na segurança do paciente (E1R, E2R, E3, E4R); 8. Segmento da assistência ao paciente (D3, D5, D6, D9); 9. Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10); 10. Treinamento da equipe (C4, C7, C10R); 11. Trabalho em equipe (C1, C2, C5, C13); 12. Pressão e ritmo de trabalho (C3R, C6R, C11, C14R) (SORRA et al., 2018).

Decidiu-se pela não análise da última sessão do instrumento, de natureza discursiva, pelo fato de as respostas apresentadas não responderem aos objetivos da pesquisa ou não expressarem opiniões relevantes para a análise da CSP na APS.

4.8. Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP-FS) da Universidade de Brasília (UnB) para análise, com aprovação em 9 de agosto de 2019 (Anexo C). Pela previsão do cronograma do projeto de pesquisa, o início da coleta de dados se daria em setembro do mesmo ano.

Após Decreto Municipal nº 18.525/2020 devido à pandemia da covid-19, nova submissão ao CEP/UnB foi realizada, com aprovação em 17 de maio de 2021 (Parecer nº 4.717.279), apresentando assim, a possibilidade de novo formato de coleta de dados, adaptado à realidade de saúde pública (pandemia da covid-19), podendo ser realizada de forma on-line.

Além da aprovação do CEP/UnB, obteve-se também autorização da Secretaria Municipal de Saúde para realização da pesquisa. O Núcleo de Estágios e Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município destina-se à coordenação, regulação, monitoramento e orientação das atividades vinculadas a estágios curriculares, pesquisas e visitas técnicas na Rede SUS. O fluxo interno da SMS, no que diz respeito às pesquisas realizadas na rede SUS, é definido de duas maneiras, sendo que nas pesquisas envolvendo coleta de dados em assistência, o Núcleo de Estágios e Pesquisas recebe o projeto e encaminha para os coordenadores responsáveis por aquela área da pesquisa das OS responsáveis pela gerência de toda assistência em saúde do município. Ou seja, são essas OS que avaliam a viabilidade de liberação de pesquisas nas unidades de saúde as quais gerenciam. No município em questão, há duas OS que gerenciam a assistência em diferentes setores territoriais urbanos: a Missão Sal da Terra (OS1), responsável por 26 unidades de saúde; e a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina SPDM (OS2), responsável pelas outras 48 unidades.

Mesmo diante autorização pelo CEP-FS para coleta de dados de forma on-line, a continuidade da coleta de dados não foi autorizada pela SMS, independentemente do formato, ou seja, presencial ou on-line. Assim, apenas os instrumentos que já haviam sido entregues nas unidades de saúde foram recolhidos pela pesquisadora, sendo o processo finalizado em julho de 2020.

Para a coleta de dados, a pesquisadora entrou em contato com o(a)s enfermeiro(a)s responsáveis por cada equipe de Saúde da Família para exposição do projeto e seus objetivos, para acordar o melhor dia e horário para ida à unidade para coletar dados, ou para realizar a pesquisa de forma on-line quando preciso. Mantido o sigilo e o anonimato dos participantes da pesquisa, conforme recomenda a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi assinado em duas vias após o participante da pesquisa concordar em participar do presente estudo. Uma via permaneceu com o(a) participante, e a segunda via ficou com a pesquisadora, sendo arquivada por 5 anos.

Pode-se considerar que não houveram riscos diante a participação na pesquisa, uma vez que não houve exposição a qualquer tipo de teste ou substâncias, drogas ou dispositivos para a saúde no decorrer da investigação. Cabe destacar que a realização desse estudo contribui para benefícios coletivos, pois, mostrará à comunidade, aos alunos e aos profissionais da saúde as principais dificuldades e desafios frente à segurança do paciente na APS, o que pode contribuir diretamente na qualidade da assistência em saúde. Ainda assim, é

possível que o participante se recuse a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de sua participação da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

5. RESULTADOS

5.1. Revisão integrativa da literatura

Para mapeamento da produção acadêmica acerca da CSP na APS, realizou-se uma revisão integrativa da literatura¹, com o objetivo de verificar como se manifesta a temática a partir da visão de profissionais responsáveis pelos cuidados primários, com análise de produções internacionais e nacionais que aplicaram o instrumento MOSPSC.

Review Article

Application of the Medical Office Survey on Patient Safety Culture: integrative review

Aplicação do *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*: revisão integrativa
Aplicación del *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*: revisión integradora

Ana Luiza Rodrigues Inácio¹ <https://orcid.org/0000-0001-6620-6624>
Maria Cristina Soares Rodrigues² <https://orcid.org/0000-0003-0206-4238>

How to cite:
Inácio AL, Rodrigues MC. Application of the Medical Office Survey on Patient Safety Culture: integrative review. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE001222.

DOI
<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AP01222>



Keywords
Patient safety; Organizational culture; Primary health care; Quality indicators; health care; Primary care nursing

Descritores
Segurança do paciente; Cultura organizacional; Atenção primária à saúde; Qualidade da assistência à saúde; Enfermagem de atenção primária

Descriptores
Seguridad del paciente; Cultura organizacional; Atención primaria de salud; Indicadores de calidad de la atención de salud; Enfermería de atención primaria

Submitted
28 May, 2020

Accepted
21 June, 2021

Corresponding author
Ana Luiza Rodrigues Inácio
E-mail: analuzar@ufu.br

Associate Editor (Peer review process):
Bárbara de Aguiar Ricca
(<https://orcid.org/0000-0002-6445-6848>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil

Abstract

Objective: To assess how the Patient Safety culture is expressed in the view of Primary Health Care professionals, based on the analysis of scientific productions in which the Medical Office Survey on Patient Culture instrument was applied.

Methods: Integrative review based on the scoping review methodology with search in online databases of the Virtual Health Library, Web of Science, PubMed®, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature and Scopus using the keyword "Medical Office Survey on Patient Safety Culture".

Results: Thirteen articles were analyzed in relation to the application of the instrument. There was a positive overall assessment of Patient Safety (32%-83%). The "teamwork" and "work pressure and pace" dimensions were seen as the best and worst scores, respectively.

Conclusion: The integrative literature review allowed the critical analysis of studies that showed the view of health professionals from different countries when evaluating dimensions of the Patient Safety culture according to the instrument applied, indicating areas considered as positive, and those demanding greater attention and appreciation. Such evidence contributes to advance the understanding of the multifaceted phenomenon investigated in different Primary Care settings.

Resumo

Objetivo: Verificar como se expressa a cultura da Segurança do Paciente na visão de profissionais da Atenção Primária à Saúde, a partir da análise de produções científicas que aplicaram o instrumento *Medical Office Survey on Patient Culture*.

Métodos: Revisão integrativa, elaborada com base na metodologia scoping review, com busca em banco de dados online da Biblioteca Virtual em Saúde, da *Web of Science*, do *PubMed®*, do *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* e do *Scopus*, utilizando a palavra-chave "*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*".

Resultados: Foram analisados 13 artigos quanto à aplicação do instrumento. Constatou-se avaliação geral positiva sobre Segurança do Paciente (32% a 83%). As dimensões "trabalho em equipe" e "pressão e ritmo de trabalho" foram vistas como as de melhor e pior escore, respectivamente.

Conclusão: A revisão integrativa da literatura possibilitou a análise crítica de estudos que demonstram a visão dos profissionais de saúde de diferentes países, ao avaliarem dimensões de cultura de Segurança do Paciente conforme o instrumento aplicado, indicando áreas consideradas positivas, bem como aquelas que demandam maior atenção e valorização. Tais evidências contribuem para o avanço na compreensão do multifacetado fenômeno investigado nos diversos ambientes da Atenção Primária.

¹Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brazil.
Conflicts of interest: this article is part of a Doctoral Thesis to be presented to the Postgraduate Program in Nursing (PPSEn) at the Universidade de Brasília (UnB).

Acta Paul Enferm. 2022; 35:eAPE001222. 1

¹Documento de transferência de direitos autorais à revista científica apresentado em anexo (Anexo D)

Resumen

Objetivo: Verificar cómo se expresa la cultura de la Seguridad del Paciente bajo la mirada de profesionales de la Atención Primaria en Salud, a partir del análisis de producciones científicas que aplicaron el instrumento *Medical Office Survey on Patient Culture*.

Métodos: Revisión integradora, elaborada con base en la metodología scoping review y búsqueda en banco de datos en línea de la Biblioteca Virtual de Salud, de la *Web of Science*, de PubMed®, del *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* y de Scopus, utilizando la palabra clave "*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*".

Resultados: Se analizaron 13 artículos con relación a la aplicación del instrumento. Se constató una evaluación general positiva sobre la Seguridad del Paciente (32% a 83%). Las dimensiones "trabajo en equipo" y "presión y ritmo de trabajo" fueron las que tuvieron mejor y peor puntuación, respectivamente.

Conclusión: La revisión integradora de la literatura posibilitó el análisis crítico de estudios que demuestran la visión de los profesionales de salud de distintos países, al evaluar las dimensiones de la cultura de la Seguridad del Paciente de acuerdo con el instrumento aplicado, indicando áreas consideradas positivas, así como las que demandan más atención y valorización. Esas evidencias contribuyen para el avance de la comprensión del multifacético fenómeno investigado en los diversos ambientes de la Atención Primaria.

Introduction

Patient Safety is conceptualized as the reduction of the risk of damage considered unnecessary to an acceptable minimum in care, and is identified as a primordial dimension for quality in health.⁽¹⁾ Assessing the professionals' perception about the culture of Patient Safety in Care Primary Health Care also emerges as an important parameter in the identification of domains and variables that need attention through individualized situational diagnosis, enabling the development of strategies for the performance of safe care in the network.⁽²⁾

Patient Safety-associated issues are presented as a public health issue given the rise in risks and incidents that cause harm to patients.^(3,4) Much is done in an attempt to understand the causes and consequences of errors in health, especially in the hospital setting, in order to propose appropriate solutions.^(5,6) However, errors occur in the context of Primary Health Care too, and are still little discussed. Therefore, providing a culture of constructive safety by establishing shared values and safe behaviors in the daily practice of care becomes essential to improve Patient Safety in extra-hospital environments.⁽⁷⁾

The Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) instrument, developed by the US Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) in 2007, emphasizes issues related to Patient Safety and the quality of care provided in primary care services. The original instrument consists of 51 questions measuring 12 dimensions, including issues related to patient safety and quality, communication, the work process, learning and

training. For the treatment and analysis of the instrument's data, the AHRQ recommends the assessment of percent positive responses regarding the Patient Safety culture, in which, on average, the percentage of positive responses must reach 50% or more to indicate a positive Patient Safety culture in that setting.⁽⁸⁾

The MOSPSC instrument has been tested in more than 200 healthcare facilities across the United States and more than 4,100 surveys were completed, in which researchers examined the reliability and factor structure of the safety culture compounds so that the final items and dimensions were considered as having solid psychometric properties.⁽⁹⁾

Such instrument enables the analysis of the current status of the Patient Safety culture and stimulates awareness about it. The MOSPSC instrument helps to identify strengths and aspects in need of improvement, allows for the analysis of trends in the change in Patient Safety culture over time and comparisons within and between organizations, and assesses the cultural impact of Patient Safety initiatives and interventions.⁽⁵⁾ It is a versatile instrument that has already been translated and adapted into different languages, used in health settings in the primary care context around the world in countries such as Mexico, Spain, Brazil, Yemen, Qatar, Poland and Portugal.^(6,10-15) However, the subject requires exploring the evidence produced.

The development of a review on the subject makes it possible to know and/or recognize studies underway in Brazil and worldwide, bringing to light identified weaknesses and strengths about Patient Safety in primary care settings and, on the other hand, indicates the opportunities for further

research in the area. Therefore, it is necessary to examine the topic “safety culture” from the perspective of multidisciplinary teams (the professional’s view on the subject), then generate a body of knowledge, and consequently, provoke reflections, questions and debates that can contribute to advancements of the issue in focus for the improvement of the quality of care in Primary Health Care with a solid culture of Patient Safety in services.

The aim of this study was to assess how the Patient Safety culture is expressed in the view of Primary Health Care professionals, based on the analysis of scientific productions in which the MOSPSC instrument was applied.

Methods

This is an integrative review. It was prepared based on the scoping review methodology (scoping analysis) recommended by the Joanna Briggs Institute, and published articles that used the MOSPSC were selected. The aim of the scoping review technique is to synthesize and disseminate the state of the art in a thematic area through a rigorous and transparent method.⁽¹⁶⁾ The following steps were taken: identification of the theme; definition of the guiding question; delimitation of inclusion and exclusion criteria for studies; definition of the information to be extracted from the studies selected; evaluation of included studies and interpretation of results.⁽¹⁷⁾

The PICO strategy was applied for the development of the guiding question; with “P” corresponding to the population (perception of professionals working in Primary Health Care), “I” to intervention (application of the MOSPSC), “C” to comparison (does not apply, as this is not a comparative study) and “O” to the outcome (expression of the Patient Safety culture). Thus, the following research question emerged: When applying the MOSPSC instrument, how is the Patient Safety culture expressed in the perception of professionals working in Primary Health Care?

The online databases of the Virtual Health Library, Web of Science, PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

(CINAHL) and Scopus were searched in January 2020, using the keyword “Medical Office Survey on Patient Safety Culture”. The search and selection processes for the studies were performed by two researchers independently. The following inclusion criteria were established: articles only, published from year 2008 (year following the creation of the instrument) in any language, and studies in which the MOSPSC was used with the general objective of initial evaluation of the Patient Safety culture in primary health care settings. The following were excluded: theses, books, dissertations; publications that did not use the MOSPSC, or that used it but with a different objective than the one mentioned above, and duplicate publications.

After selecting the publications, the Endnote Web reference manager was used to store and organize the studies. Then, a table containing the article reference, study location and sample characterization was prepared, and a PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses flowchart was built.⁽¹⁸⁾

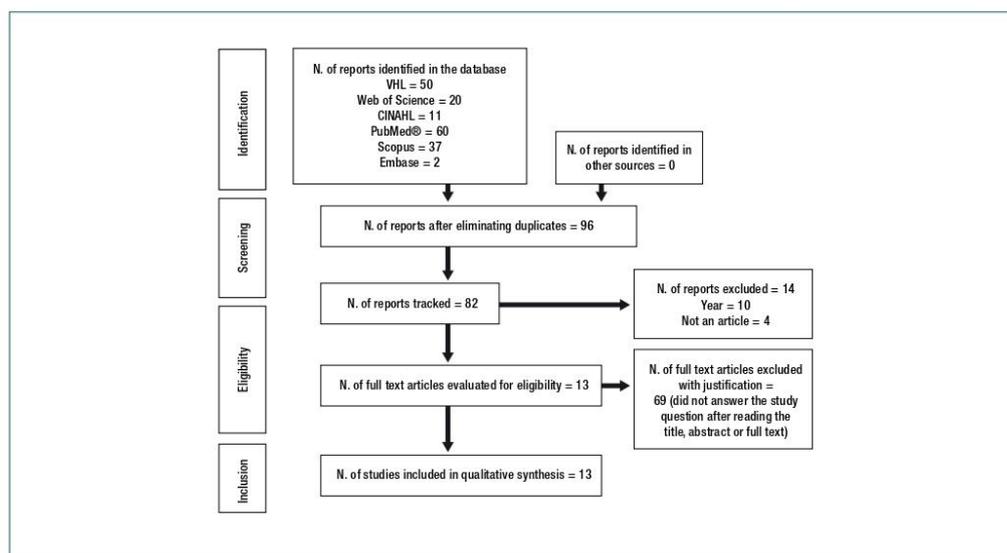
Results

Figure 1 shows the process that led to the selection of 13 articles for the integrative review. The characterization of selected studies according to variables of interest is shown in chart 1.

Chart 1. Characterization of selected studies according to variables of interest

Reference	Location	Sample
Flores-González et al. ⁽¹⁹⁾	Villahermosa	164 professionals
Astier-Peña et al. ⁽¹¹⁾	Spain	215 centers and 4,344 professionals
Webar et al. ⁽¹³⁾	Yemen	16 centers and 78 professionals
El Zoghbi et al. ⁽¹⁴⁾	Qatar	21 centers and 1,810 professionals in 2012 2,616 professionals in 2015
Raczkiewicz et al. ⁽¹⁵⁾	Poland	All health centers in Poland, 337 professionals
Hagopian et al. ⁽¹⁹⁾	Cleveland, United States	180 centers and 387 professionals
Mazurenko et al. ⁽²⁰⁾	United States	846 centers e 19,848 professionals
Hickner et al. ⁽²¹⁾	United States	-
Pohlman et al. ⁽²²⁾	United States	236 professionals
Romero et al. ⁽²²⁾	Galicia, Spain	182 professionals
Yansane et al. ⁽²⁴⁾	United States	4 dental institutions and 1,615 professionals
Macedo et al. ⁽²⁵⁾	Londrina, Brazil	513 professionals
Ramoni et al. ⁽²⁶⁾	United States	328 professionals

The recommendations of the original instrument⁽⁸⁾ for descriptive data analysis suggest the



VHL - Virtual Health Library; CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

Figure 1. Study selection flowchart

calculation of the frequency of responses for each item and the mean for each dimension as follows: classified as strong when 75% or more of participants respond “totally agree/agree” or “most of the time/always” for positively formulated questions; and “strongly disagree/disagree” or “never/rarely” for negatively formulated questions. In turn, they are classified as weak when 50% or more of participants respond negatively, choosing “totally disagree/disagree” or “never/rarely” for positively formulated questions, or using “strongly agree/agree”, “always/most of the time” for negatively formulated questions.

Six out of the 13 articles selected for review were based on AHRQ recommendations for data analysis and treatment, and for the calculation of positive percentages, the score for each dimension is calculated using the mean value of the percentage of responses for each item. Thus, it resulted in: El Zoghbi et al.⁽¹⁴⁾ (Qatar) with 80% as a parameter for “strength” and 60% for “weakness”; Webair et al.⁽¹³⁾ (Yemen) with 75% as a parameter for “strength” and 60% for “weakness”; Mazurenko et al.⁽²⁰⁾ (USA), Romero et al.⁽²³⁾ (Galicia), Macedo et

al.⁽²⁵⁾ (Brazil) and Flores-González et al.⁽¹⁰⁾ (Mexico) with 75% as a parameter for “strength” and 50% for “weakness”. Thus, in relation to Patient Safety, the overall positive assessment (very good and excellent), when evaluated, ranged between 32% and 83% among research participants (Table 1).

Table 1. Overall positive evaluation in the analyzed articles

Reference	%
Flores-González et al. ⁽¹⁰⁾	19 and 45*
Astier-Peña et al. ⁽¹¹⁾	34†
Webair et al. ⁽¹³⁾	46
El Zoghbi et al. ⁽¹⁴⁾	43 and 62‡
Rackiewicz et al. ⁽¹⁵⁾	61 and 39§
Hagopian et al. ⁽¹⁶⁾	67
Pohlman et al. ⁽²²⁾	83
Romero et al. ⁽²³⁾	72
Yansane et al. ⁽²⁴⁾	78
Macedo et al. ⁽²⁵⁾	35
Ramoni et al. ⁽²⁶⁾	65 e 48¶

*Respectively, values for “good” and “very good”; † overall mean – “very good” and “excellent”; ‡ respectively, values for years 2012 and 2015; § Respectively, values for “very good” and “excellent”; ¶ respectively, values for medical and dental staff.

Among the 11 studies that presented the mean overall assessment of Patient Safety, seven (one Qatari, one Polish, one Galician and four North Americans)^(14,15,19,22-24,26) presented percentages of

positive responses of 50% or more, demonstrating a positive Patient Safety culture in those environments. Mazurenko et al.⁽²⁰⁾ and Hickner et al.⁽²¹⁾ presented comparisons between different professional categories on the overall assessments of Patient Safety without presenting an overall mean value. The percentages of positive and negative scores for the MOSPSC items are shown in table 2.

Table 2. Positive and negative scores of items of the Medical Office Survey on Patient Safety Culture in the analyzed articles

Reference	Items		Negative score	
	Positive score	%		%
Flores-González et al. ⁽¹⁹⁾	Teamwork	65	Work pressure and pace	29
	Patient care tracking/followup	63	Communication and responsiveness	30
			Managing support for Patient Safety	30
Astier-Peria et al. ⁽¹⁷⁾	Patient safety and quality issues	-	Work pressure and pace	-
Webar et al. ⁽¹³⁾	Teamwork	96	Work pressure and pace	57
El Zoghbi et al. ^{(14)*}	Teamwork	87	Work pressure	-
Hagopian et al. ⁽¹⁸⁾	Patient care tracking/followup	80	Communication openness	-
Hickner et al. ⁽²¹⁾	Teamwork	-	Work pressure	-
Pohlman et al. ⁽²²⁾	Teamwork	90	-	-
Romero et al. ⁽²³⁾	Organizational learning	79	Aspects related to patient safety and quality	46
	Teamwork	75	Exchange of information with other care services	45
			Work pressure and pace	31
Yansane et al. ⁽²⁴⁾	Organizational learning	85	Work pressure and pace	-
	Teamwork	79	-	-
Macedo et al. ⁽²⁵⁾	-	-	Leadership support	47
Ramoni et al. ⁽²⁶⁾	Teamwork	72	-	-

*Best scores: data of the 2015 study as in 2012 there were no dimensions with percentages above 80%; worst scores: data from 2012 and 2015 studies were equal

The dimension “teamwork” was the best perceived and mentioned in nine out of the 13 studies evaluated,^(10,13,14,19,21-24,26) followed by the dimensions “organizational learning”^(13,14,23,24) and “tracking/monitoring of patient care”.^(10,14) On the other hand, the dimension “work pressure and pace” appeared in most studies^(10,11,13,14,19,21,23,24) and was identified as the one with the worst score in the assessment of Patient Safety. Some articles also highlighted the difference in the scores of professionals with managerial responsibilities, in which the perception is better compared to other professionals^(11,20,21,26) and leaders are 40% more likely to have a positive perception.⁽¹¹⁾ In addition, it is noteworthy that the “leadership support” parameter was indicated in three articles as one of the areas that received the worst score.^(20,22-24)

Discussion

For the treatment and analysis of the instrument data, the AHRQ recommends evaluating the percentage of positive responses regarding the Patient Safety culture. On average, the percentage of positive responses must reach 50% or more to indicate that the Patient Safety culture is positive in that environment. To calculate the positive percentages, the composite measures are evaluated in different ways, and the score for each dimension is calculated by the mean value of the percentage of responses for each item by dimension.⁽⁸⁾

Despite the relevance and the translations already performed into different languages, when seeking to assess the culture of Patient Safety in PHC, evidence of the application of the MOSPSC in Brazil are still scarce. Note that some studies in which the MOSPSC instrument was used were not found in the data search performed in databases. A study conducted in the city of Curitiba in 2017 with the aim to evaluate the Patient Safety culture from the perspective of PHC nurses pointed to a positive safety culture (73.9% “good” and 50% “very good”).⁽²⁷⁾ Another survey also conducted in the southern region of Brazil in the same year aimed at comparing the culture of Patient Safety among professional categories working in PHC. It showed an overall mean of positive responses among professional nurses (67.70%), nursing assistants/technicians (62.84%), oral health assistants/technicians (59.46%), dentists (58.06%) and physicians (51.79%). On the contrary, only Community Health Agents had an unfavorable Patient Safety culture (46.73% of positive responses).⁽²⁸⁾

Studies performed internationally, such as one from Turkey, in which a questionnaire on the culture of Patient Safety was used in the hospital context but applied to professionals working in Primary Care spaces, the positive culture of Patient Safety was identified in only 46% of professionals, a low and negative percentage.⁽²⁹⁾ In the Iranian study, a modified version of a hospital area questionnaire on Patient Safety culture was used with professionals from Basic care health centers, and a positive safety culture was identified in 57% of professionals.⁽³⁰⁾

The aim of a North American investigation was to assess the association between the safety culture and quality measures in care centers. They concluded that even though the safety theory predicts a positive association between safety culture and quality, no significant associations were found between the former and the currently accepted measures for clinical quality in Primary Care. Furthermore, safety culture is such a complex construct that measuring it accurately requires the use of qualitative methods/data such as individual interviews. Finally, it indicates that safety culture can be something so distant from the care process of actual results that the two entities are not related.⁽¹⁹⁾

The MOSPSC instrument also allows the identification of dimensions considered as “strengths” of the Patient Safety culture with a percentage of positive responses equal to or greater than 75%, and as “weaknesses” when the percentage of positive responses is lower than 50%. This way, it is possible to identify the areas that need improvement.⁽⁸⁾

As the dimension “work pressure and pace” was identified as the one with the worst score almost unanimously among the articles surveyed, we suggest working towards the reduction of this parameter by reviewing and improving processes in different areas and services.^(7,12,31)

The study from Yemen⁽¹³⁾ highlights that the lack of appropriate or sufficient technologies, inappropriate staff and providers to deal with the patient load and poor work pace are at the same time, justifications for the occurrence of errors and areas for improvement. A sufficient number of professionals is necessary for the proper service, demand and performance of functions. Therefore, the overload can be seen as a reflection of the lack of investments in Primary Health Care, generating reflections about important aspects for Patient Safety and workers’ health.^(7,28)

In the Spanish study,⁽¹¹⁾ “communication about error” was the dimension seen more negatively by physicians. A highlighted example was that communication failures can contribute to the occurrence of many adverse events that directly affect patient safety. This is corroborated by other studies, in which communication was pointed as the most common contributing factor to the occurrence of incidents in

Primary Health Care.^(5,27,32) Consequently, research to improve the performance of teams is one of the key future actions to be taken,⁽¹⁴⁾ and the ability of health centers to respond to patients’ individual preferences, needs and values is an area of concern for managers and health professionals.⁽¹⁰⁾

Establishing a safety environment is directly linked to the transformational leadership style of executive directors, in which conscientious leadership plays a fundamental role in the sustainability of any effort towards a safety culture.⁽²⁴⁾

The North American study⁽²¹⁾ suggests that the managers/administrators’ practice, in particular, needs to pay more attention to staff training needs, since this was the area with one of the greatest gaps in terms of positive perception. There is a statistically significant lack of agreement among team members, depending on their backgrounds and roles. Thus, both service managers and physicians must be more open to the ideas of the team in general, about how to improve care/embrace processes and encourage the team to question and express alternative points of view.^(10,20,21)

Consequently, knowledge and the use of incident notification systems are encouraged, as well as a critical and self-learning attitude.⁽²³⁾ Even so, it is possible to identify that the learning-from-error mode needs improvement, and the adoption of communication and educational practice as strategies to fill the knowledge gap improves the interaction between leaders and professionals and combats the institution of a culture of fear.⁽²⁾

In the study conducted in Qatar, the improvements observed in Patient Safety between 2012 and 2015 were attributed to the implementation of the accreditation program, as well as to numerous workshops, campaigns and training provided by the main health care provider in the country.⁽¹⁴⁾

A limitation of this integrative review was the lack of articles related to the use of a given instrument, which may make the topic very specific, in addition to the fact that only the perception of professionals was assessed, excluding the perception of users.

This study contributes to the development of new studies that seek to assess the culture of Patient

Safety in the view of professionals who use the MOSPSC, which will help to improve the instrument that may have new adaptations and be replicable in other Primary Health Care settings. This collaborates to improve the management of risks and incidents in primary care spaces, and contributes to disseminate knowledge on the subject, since data available in the literature are still scarce.

Four methodological studies of translation and cultural adaptation of the MOSPSC instrument were found during the search in the databases, of which two in Spain, one in Brazil and one in Portugal.^(3,12,33,34) However, the process of choosing an instrument developed in a language, context and culture different from those in which it is intended to be used is only the first step in a larger process to make it reliable, valid and effective for applicability in another reality, thereby allowing the construction of a measurement tool equivalent to the original version.⁽³⁵⁾

In addition to these notes, for future studies, we draw attention to the small sample size and small diversity of professional categories as possible limitations to the development of works on the subject.^(13,23,25) The AHRQ recommends the development of studies for administration to all providers and employees of establishments offering basic health care.⁽⁸⁾

Therefore, the availability of environment questionnaires about Patient Safety adapted to different languages allows for comparisons between different countries to know/recognize the different factors affecting the safety culture. Experiences of questionnaire validation, overall results obtained and measures taken to improve safety should be shared, and further research carried out.⁽¹²⁾

Conclusion

The articles selected and analyzed in this integrative literature review gather relevant evidence for the knowledge of the subject addressed. Thus, with the critical analysis of included studies, it is possible to recognize the scientific production and know the professionals' view of the Patient Safety culture in Primary Health Care. The results show that the Patient Safety culture presented a positive overall

evaluation (very good and excellent) among survey participants in the services of countries where the instrument was applied. The "teamwork" dimension was the best seen overall, and, conversely, the "work pressure and pace" dimension appeared mostly as the one with the worst score. These indicators, by pointing out areas that demand greater attention and appreciation according to the view of professionals, contribute to advances in understanding the multifaceted phenomenon of the Patient Safety culture in different primary care environments.

Collaborations

Inácio ALR and Rodrigues MCS contributed to the project design, analysis and interpretation of data, article writing, relevant critical review of the intellectual content and approval of the final version to be published.

References

1. Lisboa. Organização Mundial da Saúde (OMS). Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico. Lisboa: OMS; 2011 [citado 2021 Jan 7]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
2. Galhardi NM, Roseira CE, Orlandi FS, Figueiredo RM. Assessment of the patient safety culture in primary health care. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(4):409-16.
3. Eiras M, Escoval A, Silva C. Patient safety culture in Portuguese Primary Care: validation of the Portuguese Version of the Medical Office Survey. London: IntechOpen; 2018 [cited 2021 Jan 7]. Available from: <https://www.intechopen.com/books/vignettes-in-patient-safety-volume-4/patient-safety-culture-in-portuguese-primary-care-validation-of-the-portuguese-version-of-the-medica>
4. Silva AC, Silva JF, Santos LR, Avelino FV, Santos AM, Pereira AF. Patient safety in the hospital context: an integrative literature review. *Cogitare Enferm.* 2016;21(Esp):1-9.
5. Marchon SG, Mendes Júnior WV. Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cad Saude Publica.* 2014;30(9):1-21.
6. Omelas MD, Pais D, Sousa P. Patient safety culture in Portuguese Primary Healthcare. *Qual Prim Care.* 2016; 24(5):214-8.
7. Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC, Andolhe R, Kolankiewicz AC, Magnago TS. Patient safety culture in the Primary Health Care. *Rev Bras Enf.* 2019;72(1):32-9.
8. Sorra J, Gray L, Famolaro T, Yount N, Behm J. AHRQ medical office survey on patient safety culture: user's guide. Rockville (MD): AHRQ; 2018 [cited 2021 Jan 7]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/medical-office/medical-office-survey-userguide.pdf>

Application of the Medical Office Survey on Patient Safety Culture: integrative review

9. Sorra J, Franklin M, Streagle S. Medical office survey on patient safety culture. Rockville (MD): AHRQ; 2008 [cited 2021 Jan 11]. Available from: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.474.9525&rep=rep1&type=pdf>
10. Flores-González MT, Cruz-León A, Morales-Ramón F. Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2019;27(1):14-22.
11. Astier-Peña MP, Torrijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Silvestre-Busto C, Agra-Varela Y, Maderuelo-Fernández JA. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety? *Eur J Public Health.* 2015;25(5):781-7.
12. Timm M, Rodrigues MC. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. *Acta Paul Enferm.* 2016;29(1):6-37.
13. Webair HH, Al-assani SS, Al-haddad RH, Al-Shaheb WH, Bin Selm MA, Alyamani AS. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Fam Pract.* 2015;16:136.
14. El Zoghbi M, Farooq S, Abulaban A, Taha H, Ajanaz S, Aljasmí J, et al. Improvement of the Patient Safety Culture in the Primary Health Care Corporation - Qatar. *J Patient Saf.* 2018 Apr 17. doi: 10.1097/PTS.0000000000000489.
15. Raczkiwicz D, Owoc J, Krakowiak J, Rzemek C, Owoc A, Bojar I. Patient safety culture in Polish Primary Healthcare Centers. *Int J Qual Health Care.* 2019;31(8):G60-6.
16. Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews. Australia: Joanna Briggs Institute; 2015. [cited 2021 Mar 22]. Available from: <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
17. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol Serv Saúde.* 2014;23(1):183-4.
18. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009;6(7):e1000097.
19. Hagopian B, Singer ME, Curry-Smith AC, Nottingham K, Hickner J. Better medical office safety culture is not associated with better scores on quality measures. *J Patient Saf.* 2012;8:15-21.
20. Mazurenko O, Richter J, Kazley AS, Ford E. Examining medical office owners and clinicians perceptions on patient safety climate. *J Patient Saf.* 2018 Oct 10. doi: 10.1097/PTS.0000000000000540.
21. Hickner J, Smith SA, Yount N, Sorra J. Differing perceptions of safety culture across job roles in the ambulatory setting: analysis of the AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture. *BMJ Qual Saf.* 2014;25(8):588-94.
22. Pohlman KA, Carroll L, Hartling L, Tsuyuki R, Vohra S. Attitudes and opinions of doctors of chiropractic specializing in pediatric care toward patient safety: a cross-sectional survey. *J Manip Physiol Ther.* 2016;39(7):487-93.
23. Romero MP, González RB, Calvo MS. La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. *Aten Primaria.* 2017;49(6):343-50.
24. Yansane A, Lee JH, Hebballi N, Obadan-Udoh E, White J, Walji M, et al. Assessing the patient safety culture in dentistry. *JDR Clin Trans Res.* 2020;5(4):399-408.
25. Macedo LL, Silva AM, Silva JF, Haddad MC, Giroto E. A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. *Trab Educ Saúde.* 2020;18(1):e0023368.
26. Ramoni R, Walji MF, Tavares A, White J, Tokede O, Vaderhobli R, et al. Open wide: looking into the safety culture of dental school clinics. *J Dent Educ.* 2014;78(5):745-56.
27. Macedo SM, Barboza AR, Borges F, Figueiredo KC, Peres AM, Assis F. Cultura de segurança do paciente: avaliação dos enfermeiros na atenção primária à saúde. *Enferm Global.* 2019;56:376-86.
28. RaimondiaDC, BernalaSC, OliveiraJL, MatsudaLM. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(Esp):e20180133.
29. Bodur, A, Filiz AE. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health C.* 2009;21(5):348-55.
30. Tabrizchi N, Sedaghat M. The first study of patient safety culture in Iranian primary health centers. *Acta Med Iran.* 2012;50(7):505-10.
31. Paese F, Sasso GT. Patient safety culture in primary health care. *Texto Contexto Nursing.* 2013;22(2):302-10.
32. Marchon SG, Mendes Júnior WW, Pavão AL. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2015;31(1):2313-30.
33. Torrijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández JA, Silvestre-Busto C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Aten Primaria.* 2013;45(1):21-37.
34. Silvestre-Busto C, Torrijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández JA, Rubio-Aguado EA. Adaptación de la herramienta del cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC). *Rev Calid Asist.* 2015;30(1):24-30.
35. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delcós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública México.* 2013;55(1):57-66.

5.2. Resultados da análise do instrumento MOSPSC (versão em português)

Os resultados obtidos na pesquisa são apresentados em quatro etapas: caracterização dos profissionais; resultados descritivos advindos de nove sessões e 12 constructos da CSP; testes de correlações; e, análise fatorial do instrumento. A amostra representativa foi composta de 407 profissionais. Cabe destacar que, para todos os resultados obtidos, tanto os números absolutos quanto o cálculo das porcentagens foram feitos a partir das respostas consideradas válidas.

A caracterização da amostra dos profissionais participantes do estudo está de acordo com organização social, idade, sexo e grau de escolaridade (Tabela 2). Não houve diferença estatística entre as OS quanto ao número de profissionais participantes. Entretanto, houve maior proporção amostral dos intervalos de 30 a 39 anos (33,1%) e 40 a 49 anos (29,9%) (estatisticamente iguais), sexo feminino (94,8%), e nível médio concluído (47,9%).

Tabela 2. Caracterização da amostra dos profissionais participantes (n = 407) na pesquisa, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis	n	%	IC
Organização Social (OS)			
OS 1	196	48,2	43,2-53,1
OS 2	211	51,8	46,9-56,8
Idade em anos (n = 405*)			
18-29	72	17,8	14,2-21,9
30-39	134	33,1	28,5-37,9
40-49	121	29,9	25,5-34,6
50-59	72	17,8	14,2-21,9
>60	6	1,4	0,5-3,2
Sexo			
Feminino	386	94,8	92,2-96,8
Masculino	21	5,2	3,2-7,8
Escolaridade			
Ensino médio incompleto	19	4,7	2,8-7,2
Ensino médio concluído	195	47,9	43,0-52,9
Ensino superior incompleto	48	11,8	8,8-15,3
Ensino superior concluído	67	16,5	13,0-20,4
Especialização incompleta	13	3,2	1,7-5,4
Especialização concluída	54	13,3	10,1-16,9
Mestrado ou doutorado incompleto	5	1,2	0,4-2,8
Mestrado ou doutorado concluído	6	1,4	0,5-3,2

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996).

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

Sobre a prática profissional, a maioria está neste serviço em um período de 6 anos a menos de 11 anos (26,7%), com carga horária que varia de 33 a 40 horas semanais (73%),

sendo o agente comunitário de saúde a categoria com maior número de representantes na pesquisa (36,1%) (Tabela 3).

Tabela 3. Descritiva das variáveis da Seção H: Questões sobre a prática profissional, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

		n	%
Tempo de serviço	Há menos de 2 meses	0	0,0
	De 2 meses a menos de 1 ano	85	21,4
	De 1 ano a menos de 3 anos	78	19,6
	De 3 anos a menos de 6 anos	73	18,4
	De 6 anos a menos de 11 anos	106	26,7
	Há 11 ano ou mais	55	13,9
Horas semanais	1 a 4 horas por semana	0	0,0
	5 a 16 horas por semana	39	9,9
	17 a 24 horas por semana	9	2,3
	25 a 32 horas por semana	26	6,5
	33 a 40 horas por semana	290	73
	41 horas por semana ou mais	33	8,3
Categoria Profissional	Médico	19	4,1
	Equipe de enfermagem	75	16,4
	Gerência	6	1,3
	Equipe administrativa	62	13,5
	Agente comunitário de saúde	165	36,1
	Equipe de odontologia	35	7,6
	Equipe multiprofissional	34	7,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção.

Nas Tabelas 4 a 10 tem-se as proporções de respostas com os respectivos intervalos de confiança para cada nível da escala Likert adotada para cada pergunta do instrumento referente às Seções A a G. No final de cada tabela, tem-se uma média ou mediana acerca das respostas positivas, com respectivo intervalo de confiança e o p-valor do teste de Shapiro-Wilk para a normalidade.

Quanto à temática “Questões de segurança do paciente e qualidade” (Seção A), de dez itens avaliados, reconheceu-se uma cultura positiva para todas as perguntas (porcentagem maior que 50%). As perguntas 2A, 3A, 4A, 7A e 10A podem ser apontadas como pontos fortes (porcentagem maior que 75%). Não houve itens considerados pontos fracos, que precisariam de melhorias frente à CSP (porcentagem menor que 60%). A média de respostas

positivas foi de 75,8%, ou seja, há uma CSP positiva, sendo os itens da Seção A considerados um ponto forte (Tabela 4).

Tabela 4. Descritiva das variáveis da Seção A: Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis (n)		n	%	IC
1A. Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo (n = 280*)	1	20	7,2	4,4-10,8
	2	34	12,1	8,6-16,5
	3	32	11,4	7,9-15,7
Positiva	4 Cultura positiva	194	69,3	63,5-74,6
2A. Identificação do paciente - No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente (n = 261*)	1	12	4,6	2,4-7,9
	2	5	1,9	0,6-4,4
	3	11	4,2	2,1-7,4
Positiva – forte	4 Cultura positiva	233	89,3	84,9-92,7
3A. Prontuários/registros - O prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário. (n = 266*)	1	9	3,4	1,6-6,3
	2	10	3,8	1,8-6,8
	3	28	10,5	7,1-14,8
Positiva – forte	4 Cultura positiva	219	82,3	77,2-86,7
4A. Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente. (n = 239*)	1	7	2,9	1,2-5,9
	2	5	2,1	0,7-4,8
	3	9	3,8	1,7-7,0
Positiva – forte	4 Cultura positiva	218	91,2	86,9-94,5
5A. Equipamento - Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição. (n = 340*)	1	35	10,3	7,3-14,0
	2	30	8,8	6,0-12,4
	3	44	12,9	9,6-17,0
Positiva	4 Cultura positiva	231	68,0	62,7-72,9
6A. O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição. (n = 321*)	1	14	4,4	2,4-7,2
	2	35	10,9	7,7-14,8
	3	62	19,3	15,1-24,1
Positiva	4 Cultura positiva	210	65,4	60,0-70,6
7A. Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta. (n = 209*)	1	8	3,8	1,7-7,4
	2	5	2,4	0,8-5,5
	3	13	6,2	3,3-10,4
Positiva – Forte	4 Cultura positiva	183	87,6	82,3-91,7
8A. Diagnósticos e testes - Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário. (n = 275*)	1	39	14,2	10,3-18,9
	2	22	8,0	5,1-11,9
	3	31	11,3	7,8-15,6
Positiva	4 Cultura positiva	183	66,5	60,6-72,1
9A. Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário. (n = 279*)	1	31	11,1	7,7-15,4
	2	30	10,7	7,4-15,0
	3	27	9,7	6,5-13,8
Positiva	4 Cultura positiva	191	68,5	62,6-73,9
10A. Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil. (n = 232*)	1	8	3,5	1,5-6,7
	2	3	1,3	0,3-3,7
	3	20	8,6	5,3-13,0
Positiva – forte	4 Cultura positiva	201	86,6	81,6-90,7
Estimativa + Seção A				Md = 75,8% (66,5%-89,3%); p-valor = 0,03 ¹

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); Md: mediana; ¹p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, valor em negrito teste significativo à 5%, logo, não segue distribuição normal (assimétrica).

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

Para a Seção B, que avalia a troca de informações com outras instituições, dos cinco itens avaliados, todos apresentaram uma CSP positiva, além de serem apontados como pontos

fortes, o que evidencia uma boa comunicação entre a unidade de saúde, laboratórios, centros de imagens, serviços de farmácia e hospitais. A média de respostas positivas foi de 82,6%, destacando também a Seção B (troca de informações) como um ponto forte acerca da CSP (Tabela 5).

Tabela 5. Descritiva das variáveis da Seção B: Troca de informações com outras instituições, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis (n)		n	%	%
1B. Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde? (n = 227*)	1	18	7,9	4,8-12,2
	2	9	4,0	1,8-7,4
	3	23	10,1	6,5-14,8
	4 Cultura positiva	177	78,0	72,0-83,2
2B. Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde? (n = 232*)	1	10	4,3	2,1-7,8
	2	10	4,3	2,1-7,8
	3	20	8,6	5,3-13,0
	4 Cultura positiva	192	82,8	77,3-87,4
3B. Farmácias? (n = 213*)	1	15	7,1	4,0-11,3
	2	9	4,2	1,9-7,9
	3	13	6,1	3,3-10,2
	4 Cultura positiva	176	82,6	76,9-87,5
4B. Hospitais? (n = 194*)	1	15	7,7	4,4-12,4
	2	10	5,2	2,5-9,3
	3	9	4,6	2,1-8,6
	4 Cultura positiva	160	82,5	76,4-87,5
5B. Outros? Por favor, especifique (n = 124*)	1	7	5,6	2,3-11,3
	2	1	0,8	0,02-4,4
	3	8	6,5	2,8-12,3
	4 Cultura positiva	108	87,1	79,9-92,4
Estimativa + Seção B		$\bar{x} = 82,6\% [78,6\% - 86,6\%]; p\text{-valor} = 0,43^1$		

Fonte: Dados da pesquisa. 2021

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); \bar{x} : média amostral; ¹p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, teste não significativo à 5%, logo, segue distribuição normal (simétrica).

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

A Seção C avalia “Trabalhando nesse serviço de saúde”. Dos 15 itens avaliados, dez apontaram uma CSP positiva, sendo seis como ponto forte (perguntas 1C, 2C, 5C, 8C-R, 13 e 15) e o item 12C-R como ponto fraco, ou seja, cultura positiva, mas que precisa de melhorias (“Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho, 55,9%). Já como itens que apontaram uma CSP negativa (porcentagem abaixo de 50%), pode-se destacar os itens 3C-R (“Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente”, 35,1%), 6C-R

(“Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis”, 9,8%), 10C-R (“Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados”, 47,2%), 11C (“Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender ao número de pacientes”, 42,6%), e 14C-R (“Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente”, 20,6%). A média de respostas positivas foi de 71,9%, apresentando uma CSP positiva (Tabela 6).

Tabela 6. Descritiva das variáveis da Seção C: Trabalhando neste serviço de saúde, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

		(continua)		
Variáveis (n)		n	%	IC
1C. Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam. (n = 399*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	338	84,7	80,8-88,1
	3 Neutro	40	10,0	7,3-13,4
	1 Cultura negativa	21	5,3	3,3-7,9
2C. Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais (n = 401*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	345	86,0	82,2-89,3
	3 Neutro	44	11,0	8,1-14,4
	1 Cultura negativa	12	3,0	1,6-5,2
3C-R. Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente (n = 388*) Negativa	0 Cultura negativa	194	50,0	44,9-55,1
	3 Neutro	58	14,9	11,5-18,9
	1 Cultura positiva	136	35,1	30,3-40,0
4C. Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados. (n = 392*) Positiva	0 Cultura positiva	282	71,9	67,2-76,3
	3 Neutro	56	14,3	11,0-18,1
	1 Cultura negativa	54	13,8	10,5-17,6
5C. Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito (n = 401*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	335	83,6	79,5-87,0
	3 Neutro	53	13,2	10,1-16,9
	1 Cultura negativa	13	3,2	1,7-5,5
6C-R. Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis. (n = 386*) Negativa	0 Cultura negativa	303	78,5	74,1-82,5
	3 Neutro	45	11,7	8,6-15,3
	1 Cultura positiva	38	9,8	7,1-13,3
7C. Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento (n = 389*) Positiva	0 Cultura positiva	283	72,8	68,0-77,1
	3 Neutro	57	14,6	11,3-18,6
	1 Cultura negativa	49	12,6	9,5-16,3
8C-R. Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável. (n = 383*) Positiva – forte	0 Cultura negativa	23	6,0	3,8-8,9
	3 Neutro	50	13,1	9,8-16,8
	1 Cultura positiva	310	80,9	76,6-84,7
9C. Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente (n = 373*) Positiva	0 Cultura positiva	262	70,2	65,3-74,8
	3 Neutro	56	15,0	11,5-19,0
	1 Cultura negativa	55	14,8	11,3-18,8
10C-R. Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados (n = 375*) Negativa	0 Cultura negativa	147	39,2	34,2-44,3
	3 Neutro	51	13,6	10,3-17,5
	1 Cultura positiva	177	47,2	42,0-52,4

Tabela 6. Descritiva das variáveis da Seção C: Trabalhando neste serviço de saúde, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

		(conclusão)		
Variáveis (n)		n	%	IC
11C. Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes. (n = 385*) Negativa	0 Cultura positiva	164	42,6	37,6-47,7
	3 Neutro	54	14,0	10,7-17,9
	1 Cultura negativa	167	43,4	38,4-48,5
12C-R. Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho (n = 374*) Positiva – fraco	0 Cultura negativa	93	24,9	20,6-29,6
	3 Neutro	72	19,2	15,4-23,6
	1 Cultura positiva	209	55,9	50,7-61,0
13C. Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes (n = 391*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	297	76,0	71,4-80,1
	3 Neutro	55	14,0	10,8-17,9
	1 Cultura negativa	39	10,0	7,2-13,4
14C-R. Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente. (n = 378*) Negativa	0 Cultura negativa	242	64,0	59,0-68,9
	3 Neutro	58	15,4	11,9-19,4
	1 Cultura positiva	78	20,6	16,7-25,1
15C. A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades (n = 384*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	329	85,7	81,8-89,0
	3 Neutro	32	8,3	5,8-11,6
	1 Cultura negativa	23	6,0	3,8-8,8
Estimativa + Seção C		Md = 71,9% (47,2-83,6); p-valor = 0,04 ¹		

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); Md: mediana; ¹p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, teste significativo à 5%, logo, não segue distribuição normal (assimétrica).

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

A Seção D avalia “Comunicação e acompanhamento”. Possui 12 itens, dos quais apenas dois não apontaram uma CSP positiva. Cinco itens foram apontados como pontos fortes (3D, 5D, 6D, 9D, 11D). Apenas o item 4D-R apresentou uma cultura positiva, porém, considerada ponto fraco (“Neste serviço a equipe tem receita de fazer perguntas quando algo não parece correto”, 53,5%). Dois itens foram considerados negativos quanto à segurança do paciente: 7D-R “A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si” (19,5%) e 10D-R “Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes” (44,5%). A média de respostas positivas foi de 70,0%, apontando uma CSP positiva para a Seção D (Tabela 7).

Tabela 7. Descritiva das variáveis da Seção D: Comunicação e Acompanhamento, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.(continua)

Variáveis (n)		n	%	IC
1D. Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho (n = 369*) Positiva	0 Cultura positiva	274	74,2	69,5-78,6
	3 Neutro	67	18,2	14,3-22,5
	1 Cultura negativa	28	7,6	5,1-10,8
2D. Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista (n = 386*) Positiva	0 Cultura positiva	254	65,8	60,8-70,5
	3 Neutro	76	19,7	15,8-24,0
	1 Cultura negativa	56	14,5	11,1-18,4
3D. Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina (n = 384*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	359	93,5	90,5-95,7
	3 Neutro	14	3,6	2,0-6,0
	1 Cultura negativa	11	2,9	1,4-5,1
4D-R. Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto (n = 370*) Positiva – fraco	0 Cultura negativa	63	17,0	13,3-21,2
	3 Neutro	109	29,5	24,9-34,4
	1 Cultura positiva	198	53,5	48,3-58,7
5D. Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento. (n = 353*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	323	91,5	88,1-94,2
	3 Neutro	20	5,7	3,5-8,6
	1 Cultura negativa	10	2,8	1,4-5,1
6D. Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço. (n = 304*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	245	80,6	75,7-84,9
	3 Neutro	38	12,5	9,0-16,7
	1 Cultura negativa	21	6,9	4,3-10,4
7D-R. A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si. (n = 313*) Negativa	0 Cultura negativa	165	52,7	47,0-58,4
	3 Neutro	87	27,8	22,9-33,1
	1 Cultura positiva	61	19,5	15,2-24,3
8D. A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço. (n = 378*) Positiva	0 Cultura positiva	264	69,8	64,9-74,4
	3 Neutro	74	19,6	15,7-23,9
	1 Cultura negativa	40	10,6	7,7-14,1
9D. Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento. (n = 383*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	363	94,8	92,0-96,8
	3 Neutro	15	3,9	2,2-6,4
	1 Cultura negativa	5	1,3	0,4-3,0
10D-R. Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes. (n = 373*) Negativa	0 Cultura negativa	90	24,1	19,9-28,8
	3 Neutro	117	31,4	26,7-36,3
	1 Cultura positiva	166	44,5	39,4-49,7
11D. Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente. (n = 385*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	326	84,7	80,7-88,1
	3 Neutro	47	12,2	9,1-15,9
	1 Cultura negativa	12	3,1	1,6-5,4
12D. Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observem neste serviço (n = 364*) Positiva	0 Cultura positiva	246	67,6	62,5-72,4
	3 Neutro	83	22,8	18,6-27,5
	1 Cultura negativa	35	9,6	6,8-13,1
Estimativa + Seção D				Md = 70,0% (58,43% - 81,56%); p-valor = 0,249

Tabela 7. Descritiva das variáveis da Seção D: Comunicação e Acompanhamento, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis (n)	n	%	IC
---------------	---	---	----

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança 95% para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); \bar{x} : média; ¹p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, teste não significativo à 5%, logo, segue distribuição normal (simétrica).

*n apresentado quando a frequência absoluta não foi o total de participantes (n: 407).

Por sua vez, a Seção E, que pesquisa acerca do apoio de gestores, administradores e líderes, apontou que, dentre os quatro itens avaliados, apenas um não trouxe uma CSP positiva. O item 4E-R apresentou uma cultura positiva, porém considerada ponto fraco: “eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes” (54,5%), e o item 1E-R apresentou uma cultura negativa: “eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço” (36,3%). A média de respostas positivas para a Seção E foi de 58,2%, representando uma CSP positiva, porém considerada um ponto fraco (Tabela 8).

Tabela 8. Descritiva das variáveis da Seção E: Apoio de gestores/administradores/líderes, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis (n)	n	%	IC	
1E-R. Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço (n* = 330)	0 Cultura negativa	125	37,9	32,6-43,1
	3 Neutro	85	25,8	21,0-30,5
Negativa	1 Cultura positiva	120	36,3	31,2-41,5
2E-R. Eles ignoram erros que se repetem no cuidado ao paciente. (n* = 337)	0 Cultura negativa	30	8,9	5,9-11,9
	3 Neutro	69	20,5	16,2-24,8
Positiva	1 Cultura positiva	238	70,6	65,8-75,5
3E. Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes (n* = 342)	0 Cultura positiva	244	71,3	66,5-76,1
	3 Neutro	60	17,5	13,5-21,6
Positiva	1 Cultura negativa	38	11,1	7,8-14,4
4E-R. Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes (n* = 323)	0 Cultura negativa	58	17,9	13,8-22,1
	3 Neutro	89	27,6	22,7-32,4
Positiva – fraco	1 Cultura positiva	176	54,5	49,1-60,0
Estimativa + Seção E	$\bar{x} = 58,2\% [32,0\% - 84,4\%]; p\text{-valor} = 0,31^1$			

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança 95% para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); \bar{x} : média; ¹p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, teste não significativo à 5%, logo, segue distribuição normal (simétrica).

*n apresentado quando a frequência absoluta não foi o total de participantes (n = 407).

Por fim, a Seção F, ao avaliar “seu serviço de saúde”, trouxe sete itens, sendo todos com uma CSP positiva, sendo os itens 1F, 2F, 3F-R, 4F-R e 5F apontados como pontos fortes

e o item 6F-R, como ponto fraco: “neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a quantidade do cuidado prestado” (50%). A média de respostas positivas foi de 76,2% para a Seção F, o que aponta uma CSP positiva, e considerada um ponto forte (Tabela 9).

Tabela 9. Descritiva das variáveis da Seção F: Seu serviço de saúde, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis (n)		N	%	IC
1F. Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas. (n = 316*)	0 Cultura positiva	278	88	84,4-91,6
	3 Neutro	29	9,2	6,0-12,4
	1 Cultura negativa	9	2,8	1,0-4,7
Positiva – forte				
2F. Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes. (n = 313*)	0 Cultura positiva	239	76,4	71,6-81,1
	3 Neutro	54	17,2	13,1-21,4
	1 Cultura negativa	20	6,4	3,7-9,1
Positiva – forte				
3F-R. Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria. (n = 303*)	0 Cultura negativa	22	7,3	4,3-10,2
	3 Neutro	50	16,5	12,3-20,7
	1 Cultura positiva	231	76,2	71,4-81,0
Positiva – forte				
4F-R. É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes. (n = 281*)	0 Cultura negativa	33	11,7	8,0-15,5
	3 Neutro	34	12,1	8,3-15,9
	1 Cultura positiva	214	76,2	71,2-81,1
Positiva – forte				
5F. Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam. (n = 297*)	0 Cultura positiva	225	75,8	70,9-80,6
	3 Neutro	56	18,8	14,4-23,3
	1 Cultura negativa	16	5,4	2,8-7,9
Positiva – forte				
6F-R. Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado (n = 298*)	0 Cultura negativa	98	32,9	27,5-38,2
	3 Neutro	51	17,1	12,8-21,4
	1 Cultura positiva	149	50	44,3-55,7
Positiva – fraco				
7F. Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam. (n = 294*)	0 Cultura positiva	211	71,8	[66,6-76,9]
	3 Neutro	51	17,3	[13,0-21,7]
	1 Cultura negativa	32	10,9	[7,3-14,4]
Positiva				
Estimativa + Seção F		Md = 76,2(50,0%-88,0%); p-valor = 0,04 ¹		

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); \bar{x} : média amostral; ¹p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, teste não significativo à 5%, logo, segue distribuição normal (simétrica).

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

Finalmente, na Seção G, foi realizada uma avaliação global da qualidade do cuidado em saúde, com classificação do serviço de saúde quanto à cinco áreas distintas, sendo os questionamentos realizados:

1. Centrado no paciente: É sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes.

2. Efetivo: É baseado no conhecimento científico.
3. Pontual: Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais.
4. Eficiente: Garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços).
5. Imparcial: Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de sexo, etnia, status socioeconômico, idioma, etc.

Os participantes da pesquisa também foram questionados: No geral, como você classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham o potencial de afetar pacientes?

“Cuidado baseado em conhecimento científico” foi a área com melhor avaliação (efetivo, 88,3%), seguida das áreas relacionadas à imparcialidade (83,4%), eficiência (81,7%), cuidado centrado no paciente (80,5%) e pontualidade (74,7%). No geral, os profissionais classificaram os serviços de saúde como: excelente (12,2%), muito bom (34,4%), bom (40,0%), razoável (12,4%) e ruim (1,0%), entendendo-se como avaliação positiva em relação à segurança do paciente um valor de 86,6% das respostas (“bom”, “muito bom” e “excelente”) (Tabela 10).

Tabela 10. Descritiva das variáveis da Seção G: Avaliação global, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com apresentação da frequência da avaliação global e geral acerca da segurança do paciente por meio do instrumento MOSPSC. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis	Ruim		Razoável		Bom		Muito bom		Excelente	
	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Centrado no paciente	6	1,5	71	18,1	165	42,0	115	29,3	36	9,2
Efetivo	2	0,5	44	11,2	170	43,2	126	32,1	51	13
Pontual	10	2,6	89	22,7	160	40,8	102	26,0	31	7,9
Eficiente	7	1,8	65	16,5	158	40,2	112	28,5	51	13,0
Imparcial	15	3,8	50	12,7	105	26,7	114	29,0	109	27,7
Avaliação geral	4	1,0	49	12,4	15	40,0	136	34,4	48	12,2

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.
n = frequência absoluta; % = proporção.

Os resultados da CSP, em cada uma das seções avaliadas, evidenciam que todas as seis dimensões apontaram uma cultura de segurança positiva, sendo as Seções A, B e F consideradas pontos fortes. Apenas a Seção E, “Apoio de gestores/administradores/líderes”, pode ser apontada como um ponto fraco que precisa de melhorias e que representa uma fragilidade em relação à qualidade do cuidado (Tabela 11).

Tabela 11. Frequência da positividade das seções do instrumento MOSPSC, a partir das respostas dos profissionais participantes. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Seção	Tema	Positividade (%)	Classificação
Seção A	Segurança do paciente e qualidade	75,8	Positiva – forte
Seção B	Troca de informações com outras instituições	82,6	Positiva – forte
Seção C	Trabalhando neste serviço de saúde	71,9	Positiva
Seção D	Comunicação e acompanhamento	70,0	Positiva
Seção E	Apoio de gestores, administradores e líderes	58,2	Positiva – fraca
Seção F	Seu serviço de saúde	76,2	Positiva – forte

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

Assim como orienta o guia do instrumento, apresenta-se neste momento, os dados provenientes do agrupamento de itens no MOSPSC, configurando-se 12 constructos acerca da CSP.

Acerca do Constructo 1, “Comunicação aberta”, de quatro itens avaliados, três apontaram uma CSP positiva (itens 1D, 2D, 4D-R), sendo esse último, apontado como uma cultura positiva, porém considerado um ponto fraco (“Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto”, 53,5%). Contrariamente, o item 10D-R, “Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes” (24,1%), apresentou uma CSP negativa. A média de respostas positivas foi de 54,4%, o que evidencia uma CSP positiva, porém considerada uma área que precisa de melhorias (Tabela 12).

Tabela 12. Descritiva das variáveis do Constructo 1, “Comunicação aberta”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis (n)		N	%	IC
1D. Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho. (n = 369*)	0 Cultura positiva	274	74,2	69,5-78,6
	3 Neutro	67	18,2	14,3-22,5
	1 Cultura negativa	28	7,6	5,1-10,8
Positiva				
2D. Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista (n = 386*)	0 Cultura positiva	254	65,8	60,8-70,5
	3 Neutro	76	19,7	15,8-24,0
	1 Cultura negativa	56	14,5	11,1-18,4
Positiva				
4D-R. Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto. (n = 370*)	0 Cultura negativa	63	17,0	13,3-21,2
	3 Neutro	109	29,5	24,9-34,4
	1 Cultura positiva	198	53,5	48,3-58,7
Positiva – fraco				
10D-R. Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes (n = 373*)	0 Cultura negativa	166	44,5	39,4-49,7
	3 Neutro	117	31,4	26,7-36,3
	1 Cultura positiva	90	24,1	19,9-28,8
Negativa				
Estimativa + Constructo 1		$\bar{x} = 54,4\% [19,5-89,3]; p\text{-valor} = 0,56^1$		

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança 95% para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); \bar{x} : média; ¹p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, teste não significativo à 5%, logo, segue distribuição normal (simétrica).

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

Para o Constructo 2, “Comunicação sobre o erro”, dos quatro itens avaliados, apenas um não apresentou uma CSP positiva. O item 11D pode ser apontado como ponto forte, em contrapartida ao item 7D-R, considerado como uma CSP negativa (“A equipe deste serviço

acredita que seus erros possam ser usados contra si”, 19,5%). A média de respostas positivas foi de 60,4%, apontando uma CSP positiva (Tabela 13).

Tabela 13. Descritiva das variáveis do Constructo 2, “Comunicação sobre o erro”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis (n)		n	%	IC
7D-R. A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si. (n = 313*) Negativa	0 Cultura negativa	165	52,7	47,0-58,4
	3 Neutro	87	27,8	22,9-33,1
	1 Cultura positiva	61	19,5	15,2-24,3
8D. A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço (n = 378*) Positiva	0 Cultura positiva	264	69,8	64,9-74,4
	3 Neutro	74	19,6	15,7-23,9
	1 Cultura negativa	40	10,6	7,7-14,1
11D. Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente. (n = 385*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	326	84,7	80,7-88,1
	3 Neutro	47	12,2	9,1-15,9
	1 Cultura negativa	12	3,1	1,6-5,4
12D. Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço. (n = 364*) Positiva	0 Cultura positiva	246	67,6	62,5-72,4
	3 Neutro	83	22,8	18,6-27,5
	1 Cultura negativa	35	9,6	6,8-13,1
Estimativa + Constructo 2		$\bar{x} = 60,4\%$ [27,09% - 93,70%]; p-valor = 0,22 ¹		

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança 95% para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); \bar{x} : média; ¹p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, teste não significativo à 5%, logo, segue distribuição normal (simétrica).

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

O Constructo 3, “Troca de informações com outros setores”, foi o primeiro a apresentar CSP positiva, com todos os itens sendo considerados pontos fortes, com uma média de respostas positivas de 82,5% (Tabela 14).

Tabela 14. Descritiva das variáveis do Constructo 3, “Troca de informações com outros setores”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis		n	%	IC
1B. Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde? (n = 227*) Positiva – forte	1	18	7,9	4,8-12,2
	2	9	4,0	1,8-7,4
	3	23	10,1	6,5-14,8
	4 Cultura positiva	177	78,0	72,0-83,2
2B. Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde? (n = 232*) Positiva – forte	1	10	4,3	2,1-7,8
	2	10	4,3	2,1-7,8
	3	20	8,6	5,3-13,0
	4 Cultura positiva	192	82,8	77,3-87,4
3B. Farmácias? (n = 213*) Positiva – forte	1	15	7,1	4,0-11,3
	2	9	4,2	1,9-7,9
	3	13	6,1	3,3-10,2
	4 Cultura positiva	176	82,6	76,9-87,5
4B. Hospitais? (n = 194*) Positiva – forte	1	15	7,7	4,4-12,4
	2	10	5,2	2,5-9,3
	3	9	4,6	2,1-8,6
	4 Cultura positiva	160	82,5	76,4-87,5
Estimativa + Constructo 3		Md = 82,5%(78,0%-82,8%); p-valor < 0,01 ¹		

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); Md: mediana; ¹p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, teste significativo à 5%, logo, não segue distribuição normal (assimétrica).

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

O Constructo 4, “Processo de trabalho e padronização”, apontou uma cultura de segurança positiva para todos os itens avaliados, sendo os itens 8C-R e 15C considerados pontos fortes. Por sua vez, o item 12C-R (“Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho”, 55,9%) apontou uma cultura de segurança positiva, porém, ponto fraco. A média de respostas positivas foi de 73,2%, destacando uma CSP positiva (Tabela 15).

Tabela 15. Descritiva das variáveis do Constructo 4, “Processo de trabalho e padronização”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variável		n	%	IC
8C-R. Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável. (n = 383*) Positiva – forte	0 Cultura negativa	23	6,0	3,8-8,9
	3 Neutro	50	13,1	9,8-16,8
	1 Cultura positiva	310	80,9	76,6-84,7
9C. Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente. (n = 373*) Positiva	0 Cultura positiva	262	70,2	65,3-74,8
	3 Neutro	56	15,0	11,5-19,0
	1 Cultura negativa	55	14,8	11,3-18,8
12C-R. Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho. (n = 374*) Positiva – fraco	0 Cultura negativa	93	24,9	20,6-29,6
	3 Neutro	72	19,2	15,4-23,6
	1 Cultura positiva	209	55,9	50,7-61,0
15C. A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades. (n = 384*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	329	85,7	81,8-89,0
	3 Neutro	32	8,3	5,8-11,6
	1 Cultura negativa	23	6,0	3,8-8,8
Estimativa + constructo 4		$\bar{x} = 73,2\%$ [52,1%-94,2%]; p-valor = 0,69¹		

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança 95% para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); \bar{x} : média; ¹p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, teste não significativo à 5%, logo, segue distribuição normal (simétrica).

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

O Constructo 5, “Aprendizagem organizacional”, também foi um constructo que encontrou uma cultura positiva nos três itens avaliados, com 1F e 5F como pontos fortes. A média de respostas positivas foi de 78,5%, apontando o constructo como um ponto forte em relação a CSP (Tabela 16).

Tabela 16. Descritiva das variáveis do Constructo 5, “Aprendizagem organizacional”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis (n)		n	%	IC
1F. Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas. (n = 316*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	278	88,0	84,4-91,6
	3 Neutro	29	9,2	6,0-12,4
	1 Cultura negativa	9	2,8	1,0-4,7
5F. Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam. (n = 297*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	225	75,8	70,9-80,6
	3 Neutro	56	18,8	14,4-23,3
	1 Cultura negativa	16	5,4	2,8-7,9
7F. Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam. (n = 294*) Positiva	0 Cultura positiva	211	71,8	66,6-76,9
	3 Neutro	51	17,3	13,0-21,7
	1 Cultura negativa	32	10,9	7,3-14,4
Estimativa + Constructo 5		$\bar{x} = 78,5\%$ [57,6-99,5]; p-valor = 0,46¹		

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança 95% para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); \bar{x} : média; ¹p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, teste não significativo à 5%, logo, segue distribuição normal (simétrica).

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

Para o Constructo 6, “Percepção geral de segurança do paciente e qualidade”, dos quatro itens avaliados, todos apresentaram uma cultura de segurança positiva, sendo que apenas o item 6F-R (“Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado”, 50%) foi considerado ponto fraco, em contraste aos demais (pontos fortes). A média de respostas positivas foi de 76,2%, apresentando uma CSP positiva, e considerado um ponto forte (Tabela 17).

Tabela 17. Descritiva das variáveis do Constructo 6, “Percepção geral de segurança do paciente e qualidade”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis (n)		n	%	IC
2F. Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes (n = 313*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	239	76,4	71,6-81,1
	3 Neutro	54	17,2	13,1-21,4
	1 Cultura negativa	20	6,4	3,7-9,1
3F-R. Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria. (n = 303*) Positiva – forte	0 Cultura negativa	22	7,3	4,3-10,2
	3 Neutro	50	16,5	12,3-20,7
	1 Cultura positiva	231	76,2	71,4-81,0
4F-R. É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes. (n = 281*) Positiva – forte	0 Cultura negativa	33	11,7	8,0-15,5
	3 Neutro	34	12,1	8,3-15,9
	1 Cultura positiva	214	76,2	71,2-81,1
6F-R. Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado. (n = 298*) Positiva – fraco	0 Cultura negativa	98	32,9	27,5-38,2
	3 Neutro	51	17,1	12,8-21,4
	1 Cultura positiva	149	50,0	44,3-55,7
Estimativa + Constructo 6		Md = 76,2(50,0%-76,4%); p-valor < 0,01 ¹		

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); Md: mediana; 1p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, teste significativo à 5%, logo, não segue distribuição normal (assimétrica).

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

O Constructo 7, “Apoio dos gestores na segurança do paciente”, avalia as mesmas questões da Seção E. Assim, apontou que, dentre quatro itens avaliados, apenas um não trouxe uma CSP positiva, sendo que o item 4E-R apresentou uma cultura positiva, porém considerada ponto fraco (“Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes”, 54,5%), e o item 1E-R apresentou uma cultura negativa (“Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço”, 36,3%). A média de respostas positivas foi de 58,2%, representando uma CSP positiva, porém considerada um ponto fraco (Tabela 18).

Tabela 18. Descritiva das variáveis do Constructo 7, “Apoio dos gestores na segurança do paciente”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis (n)		n	%	IC
1E-R. Eles não estão investindo recursos suficientes (n = 330*) Negativa	0 Cultura negativa	125	37,9	32,6-43,1
	3 Neutro	85	25,8	21,0-30,5
	1 Cultura positiva	120	36,3	31,2-41,5
2E-R. Eles ignoram erros que se repetem nos cuidados aos pacientes (n = 337*) Positiva	0 Cultura negativa	30	8,9	5,9-11,9
	3 Neutro	69	20,5	16,2-24,8
	1 Cultura positiva	238	70,6	65,8-75,5
3E. Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes (n = 342*) Positiva	0 Cultura positiva	244	71,3	66,5-76,1
	3 Neutro	60	17,5	13,5-21,6
	1 Cultura negativa	38	11,1	7,8-14,4
4E-R. Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes (n = 323*) Positiva – fraco	0 Cultura negativa	58	17,9	13,8-22,1
	3 Neutro	89	27,6	22,7-32,4
	1 Cultura positiva	176	54,5	49,1-60,0
Estimativa + Seção E		$\bar{x} = 58,2\%$ [32,0%-84,4%]; p-valor = 0,31 ¹		

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança 95% para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); \bar{x} : média; ¹p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, teste não significativo à 5%, logo, segue distribuição normal (simétrica).

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

Por sua vez, o Constructo 8, “Seguimento da assistência ao paciente”, assim como o Constructo 3, apresentou uma CSP positiva, com todos os itens sendo considerados pontos fortes, e uma média de respostas positivas de 90,1% (Tabela 19).

Tabela 19. Descritiva das variáveis do Constructo 8, “Seguimento da assistência ao paciente”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis (n)		n	%	IC
3D. Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina. (n = 384*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	359	93,5	90,5-95,7
	3 Neutro	14	3,6	2,0-6,0
	1 Cultura negativa	11	2,9	1,4-5,1
5D. Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento. (n = 353*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	323	91,5	88,1-94,2
	3 Neutro	20	5,7	3,5-8,6
	1 Cultura negativa	10	2,8	1,4-5,1
6D. Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço. (n = 304*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	245	80,6	75,7-84,9
	3 Neutro	38	12,5	9,0-16,7
	1 Cultura negativa	21	6,9	4,3-10,4
9D. Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento. (n = 383*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	363	94,8	92,0-96,8
	3 Neutro	15	3,9	2,2-6,4
	1 Cultura negativa	5	1,3	0,4-3,0
Estimativa + Constructo8		$\bar{x} = 90,1\% [79,8\%-100\%]$; p-valor = 0,12 ¹		

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança 95% para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996);

\bar{x} : média; ¹p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, teste não significativo à 5%, logo, segue distribuição normal (simétrica).

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

O Constructo 9 “Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade” avaliou os mesmos itens presentes na Seção A, encontrando uma cultura positiva em todas as perguntas. Os itens 2A, 3A, 4A, 7A e 10A podem ser apontados como pontos fortes, e não houve itens considerados pontos fracos, mantendo uma média de respostas positivas de 75,8%, portanto um constructo considerado ponto forte em relação à CSP (Tabela 20).

Tabela 20. Descritiva das variáveis do Constructo 9, “Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis (n)		n	%	IC
1A. Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo (n = 280*) Positiva	1	20	7,2	4,4-10,8
	2	34	12,1	8,6-16,5
	3	32	11,4	7,9-15,7
	4 Cultura positiva	194	69,3	63,5-74,6
2A. No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registo de outro paciente (n = 261*) Positiva – forte	1	12	4,6	2,4-7,9
	2	5	1,9	0,6-4,4
	3	11	4,2	2,1-7,4
	4 Cultura positiva	233	89,3	84,9-92,7
3A. O prontuário/registo de um paciente não estava disponível quando necessário (n = 266*)	1	9	3,4	1,6-6,3

(continua)

Tabela 20. Descritiva das variáveis do Constructo 9, “Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis (n)		n	%	IC (conclusão)
Positiva – forte	2	10	3,8	1,8-6,8
	3	28	10,5	7,1-14,8
	4 Cultura positiva	219	82,3	77,2-86,7
4A. Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas o prontuário/registo de outro paciente. (n = 239*)	1	7	2,9	1,2-5,9
	2	5	2,1	0,7-4,8
	3	9	3,8	1,7-7,0
Positiva – forte	4 Cultura positiva	218	91,2	86,9-94,5
5A. Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição. (n = 340*)	1	35	10,3	7,3-14,0
	2	30	8,8	6,0-12,4
	3	44	12,9	9,6-17,0
Positiva	4 Cultura positiva	231	68,0	62,7-72,9
6A. O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição. (n = 321*)	1	14	4,4	2,4-7,2
	2	35	10,9	7,7-14,8
	3	62	19,3	15,1-24,1
Positiva	4 Cultura positiva	210	65,4	60,0-70,6
7A. Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta. (n = 209*)	1	8	3,8	1,7-7,4
	2	5	2,4	0,8-5,5
	3	13	6,2	3,3-10,4
Positiva – forte	4 Cultura positiva	183	87,6	82,3-91,7
8A. Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário (n = 275*)	1	39	14,2	10,3-18,9
	2	22	8,0	5,1-11,9
	3	31	11,3	7,8-15,6
Positiva	4 Cultura positiva	183	66,5	60,6-72,1
9A. Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessários. (n = 279*)	1	31	11,1	7,7-15,4
	2	30	10,7	7,4-15,0
	3	27	9,7	6,5-13,8
Positiva	4 Cultura positiva	191	68,5	62,6-73,9
10A. Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil. (n = 232*)	1	8	3,5	1,5-6,7
	2	3	1,3	0,3-3,7
	3	20	8,6	5,3-13,0
Positiva – forte	4 Cultura positiva	201	86,6	81,6-90,7
Estimativa + Constructo 9		Md = 75,8%(66,5%-89,3%); p-valor = 0,03 ¹		

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996);Md: mediana; ¹p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, teste significativo à 5%, logo, não segue distribuição normal (assimétrica).

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

O Constructo 10, “Treinamento da equipe”, apresentou dois itens com uma cultura positiva (4C e 7C) e um item com uma cultura de segurança negativa, 10C-R (“Os

profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não forma treinados”, 47,2%). Ainda assim, a média de respostas positivas foi de 64%, apontando uma CSP positiva (Tabela 21).

Tabela 21. Descritiva das variáveis do Constructo 10, “Treinamento da equipe”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis (n)		n	%	IC
4C. Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados. (n = 392*) Positiva	0 Cultura positiva	282	71,9	67,2-76,3
	3 Neutro	56	14,3	11,0-18,1
	1 Cultura negativa	54	13,8	10,5-17,6
7C. Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento. (n = 389*) Positiva	0 Cultura positiva	283	72,8	68,0-77,1
	3 Neutro	57	14,6	11,3-18,6
	1 Cultura negativa	49	12,6	9,5-16,3
10C-R. Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados (n = 375*) Negativa	0 Cultura negativa	147	39,2	34,2-44,3
	3 Neutro	51	13,6	10,3-17,5
	1 Cultura positiva	177	47,2	42,0-52,4
Estimativa + Constructo 10		$\bar{x} = 64,0\%$ [27,9%-100%]; p-valor = 0,06 ¹		

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança 95% para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); \bar{x} : média; ¹p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, teste não significativo à 5%, logo, segue distribuição normal (simétrica).

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

O Constructo 11, “Trabalho em equipe”, também alcançou uma boa avaliação da cultura de segurança, com todos os quatro itens apontando uma CSP positiva, considerados pontos fortes, com uma média de respostas positivas de 82,6% (Tabela 22).

Tabela 22. Descritiva das variáveis do Constructo 11, “Trabalho em equipe”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis (n)		n	%	IC%
1C. Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam. (n = 399*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	338	84,7	80,8-88,1
	3 Neutro	40	10,0	7,3-13,4
	1 Cultura negativa	21	5,3	3,3-7,9
2C. Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais. (n = 401*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	345	86,0	82,2-89,3
	3 Neutro	44	11,0	8,1-14,4
	1 Cultura negativa	12	3,0	1,6-5,2
5C. Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito. (n = 401*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	335	83,6	79,5-87,0
	3 Neutro	53	13,2	10,1-16,9
	1 Cultura negativa	13	3,2	1,7-5,5
13C. Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes. (n = 391*) Positiva – forte	0 Cultura positiva	297	76,0	71,4-80,1
	3 Neutro	55	14,0	10,8-17,9
	1 Cultura negativa	39	10,0	7,2-13,4
Estimativa + Constructo 11		$\bar{x} = 82,6\%$ [75,4%-89,7%]; p-valor = 0,15 ¹		

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança 95% para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); \bar{x} : média; ¹p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, teste não significativo à 5%, logo, segue distribuição normal (simétrica).

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

Por fim, quanto ao Constructo 12, “Pressão no trabalho e ritmo”, todos os itens avaliados apontaram uma cultura de segurança negativa, representando o único constructo com essa avaliação, ao apontar uma média de respostas positivas de apenas 27% (Tabela 23).

Tabela 23. Descritiva das variáveis do Constructo 12, “Pressão no trabalho e ritmo”, coletadas a partir das respostas dos profissionais participantes, com junção de níveis. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variáveis (n)		n	%	IC
3C-R. Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente. (n = 388*) Negativa	0 Cultura negativa	194	50,0	44,9-55,1
	3 Neutro	58	14,9	11,5-18,9
	1 Cultura positiva	136	35,1	30,3-40,0
6C-R. Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis. (n = 386*) Negativa	0 Cultura negativa	303	78,5	74,1-82,5
	3 Neutro	45	11,7	8,6-15,3
	1 Cultura positiva	38	9,8	7,1-13,3
11C. Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes. (n = 385*) Negativa	0 Cultura positiva	164	42,6	37,6-47,7
	3 Neutro	54	14,0	10,7-17,9
	1 Cultura negativa	167	43,4	38,4-48,5
14C-R. Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente. (n = 378*) Negativa	0 Cultura negativa	242	64,0	59,0-68,9
	3 Neutro	58	15,4	11,9-19,4
	1 Cultura positiva	78	20,6	16,7-25,1
Estimativa + Constructo 12		$\bar{x} = 27,0\%$ [9,76% - 44,28%]; p-valor = 0,80 ¹		

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança 95% para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); \bar{x} : média; ¹p-valor: teste de Shapiro-Wilk para normalidade, teste não significativo à 5%, logo, segue distribuição normal (simétrica).

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

Dessa forma, a média de respostas positivas para todos os constructos avaliados foi de 68,57%. Os três maiores constructos considerados pontos fortes da CSP, com o percentual de respostas positivas igual ou superior a 75,0% foram: “Seguimento da assistência ao paciente” (90,1%), “Trabalho em equipe” (82,6%) e “Troca de informações com outros setores” (82,5%), seguidos por “Aprendizagem organizacional” (78,5%), “Percepção geral de segurança do paciente e qualidade” (76,2%) e “Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade” (75,8%).

Como ponto fraco, nos casos em que os percentuais de respostas positivas foram inferiores a 60,0%, aponta-se os constructos “Apoio dos gestores na segurança do paciente” (58,2%) e “Comunicação aberta” (54,4%), identificando-se as áreas que necessitam de melhorias.

Os demais constructos: “Processo de trabalho e padronização (73,2%)”, “Treinamento da equipe” (64,0%) e “Comunicação sobre o erro” (60,4%) foram considerados com uma cultura de segurança positiva, porém sem destaque como ponto forte ou fraco.

Dentre os 12 constructos avaliados, apenas “Pressão no trabalho e ritmo” foi considerado negativo (27%), ou seja, pode-se identificar que a CSP não é positiva para esse quesito, pois não alcançou 50% (Tabela 24).

Tabela 24. Frequência da positividade dos 12 constructos do instrumento MOSPSC aplicado com profissionais da APS. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

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

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

Aos valores de proporções de respostas positivas, quando não atingiram 50% (não há uma cultura de segurança positiva) ou apresentaram valores menores que 60% (há uma CSP positiva, porém, é considerado um ponto fraco e necessita de reavaliação de processos), realizou-se um estudo das proporções dos níveis da questão com as variáveis OS, profissionais e tempo de trabalho, com o intuito de identificar possíveis formas de melhorar o atendimento aos pacientes. Os itens em análise são: 3C-R, 6C-R, 10C-R, 11C, 12C-R, 14C-R, 4D-R, 7D-R, 10D-R, 1E-R, 4E-R, 6F-R (Tabela 25).

Tabela 25. Frequência da positividade das questões do instrumento MOSPSC de 60%, ou menos, aplicado com profissionais da APS. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Item	Pergunta	Positividade (%)	Classificação
3C-R	Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente	35,1	Negativa
6C-R	Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis	9,8	Negativa
10C-R	Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não forma treinados	47,2	Negativa
11C	Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes	42,6	Negativa
12C-R	Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho	55,9	Positiva – fraco
14C-R	Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente	20,6	Negativa
4D-R	Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto	53,5	Positiva – fraco
7D-R	A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si	19,5	Negativa
10D-R	Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes	44,5	Negativa
1E-R	Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço	36,3	Negativa
4E-R	Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes	54,5	Positiva – fraco
6F-R	Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado	50,0	Positiva – fraco

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

Da Tabela 26 em diante, além das comparações entre os intervalos de confiança, tem-se também o teste de Qui-quadrado para independência. Para as perguntas “Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente” (3C-R), “Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho” (12C-R) e “Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço” (1E-R), houve maior número de respostas negativas na OS1 em relação à OS2 (Tabela 26).

Tabela 26. Relação entre as variáveis negativas ou positivas fracas e organizações sociais (OS), com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variável		OS1			OS2			p-valor ¹
		n	%	IC	n	%	IC	
3C-R	0 Cultura negativa	113	58,9	51,5-65,9	81	41,3	34,4-48,6	<0,01
(n = 192*)	3 Neutro	25	13,0	8,6-18,6	33	16,8	11,9-22,8	
(n = 196*)	1 Cultura positiva	54	28,1	21,8-34,5	82	41,9	34,9-48,7	
12C-R	0 Cultura negativa	56	30,6	24,1-37,8	37	19,4	13,8-24,0	0,02
(n = 183*)	3 Neutro	37	20,2	14,6-26,8	35	18,3	13,1-24,5	
(n = 191*)	1 Cultura positiva	90	49,2	41,9-56,4	119	62,3	55,4-69,2	
1E-R	0 Negativo	75	46,0	38,4-53,7	50	30,0	23,0-36,9	0,01
(n = 163*)	3 Neutro	37	22,7	16,3-29,1	48	28,7	21,9-35,6	
(n = 167*)	1 Positivo	51	31,3	24,2-38,4	69	41,3	33,8-48,8	

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); ¹p-valor teste de Qui-quadrado para independência, em negrito teste significativo à 5%, ou seja, não há independência, logo existe a dependência entre as variáveis.

*Número apresentado quando a frequência absoluta não foi igual ao total de participantes (n = 407).

Quanto à relação entre as variáveis consideradas negativas ou positivas fracas e tempo de trabalho, apenas para a questão 6E-R “Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado”, quanto maior o tempo naquele serviço, maiores foram as respostas negativas (Tabela 27).

Tabela 27. Relação entre as variáveis negativas ou positivas-fracas e tempo de trabalho, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variável	Tempo de trabalho	n	%	IC	p-valor ²	
6F-R (n = 1,56,64,59,74,42)	2	0 Negativo	7	12,3	3,8-20,8	0,02
		3 Neutro	12	21,0	10,5-31,6	
		1 Positivo	38	66,7	54,4-78,9	
	3	0 Negativo	20	31,2	20,0-42,6	
		3 Neutro	8	12,5	4,4-20,6	
		1 Positivo	36	56,3	44,1-68,4	
	4	0 Negativo	26	44,1	31,4-56,7	
		3 Neutro	10	16,9	7,4-26,5	
		1 Positivo	23	39,0	26,5-51,4	
	5	0 Negativo	27	36,5	25,5-47,4	
		3 Neutro	13	17,6	9,0-26,2	
		1 Positivo	34	45,9	34,6-57,3	
	6	0 Negativo	16	38,1	23,4-52,8	
		3 Neutro	8	19,0	7,2-30,9	

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); ¹p-valor teste de Qui-quadrado para independência, em negrito teste significativo à 5%, ou seja, não há independência, logo existe a dependência entre as variáveis.

Para classificação “categoria profissional”, decidiu-se pelas seguintes opções: 1. Medicina; 2. Enfermagem; 3. Gerência; 4. Administrativo; 5. Agente comunitário de saúde; 6. Odontologia; 7. Equipe multiprofissional (farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia, educação física, terapia ocupacional, assistente social).

Quanto à relação entre as variáveis negativas ou positivas fracas e categoria profissional, para a questão “Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente” (3C-R) houve diferença estatisticamente significativa entre a visão dos médicos e equipe administrativa e multiprofissional, sendo que os primeiros percebem esse quesito de forma mais negativa que os demais. Ainda, sobre avaliação das perguntas da Seção C, “Trabalhando neste serviço de saúde”, para a pergunta “Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados” (10C-r), a visão da equipe odontológica é mais positiva se comparada à visão dos agentes comunitários de saúde, os quais, por sua vez, possuem visão mais negativas em relação à equipe multiprofissional. E, por fim, para a questão “Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes” (11C), a visão da equipe de enfermagem é mais positiva que a visão dos médicos.

Para a Seção D, Comunicação e Acompanhamento, para a pergunta “A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si” (7D-R), as respostas foram consideradas estatisticamente diferentes entre equipe administrativa e agentes comunitários de saúde, a qual avalia de forma mais positiva que esses últimos, que, por sua vez, possui melhor avaliação se comparada a equipe de enfermagem. Para a pergunta “Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes” (10D-R), os agentes comunitários de saúde possuem visão mais positiva que equipe administrativa e médicos, sendo que esses últimos também possuem visão mais negativa que a equipe odontológica.

Por fim, em relação à Seção F, “Seu serviço de saúde”, para a pergunta “Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado” (6F-R), houve diferença estatística significativa entre a visão de agentes comunitários de saúde e equipe de enfermagem, com os primeiros tendo uma visão mais negativa (Tabela 28).

Tabela 28. Relação entre as variáveis negativas ou positivas por categoria profissional, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

(continua)

Variável	Categoria profissional	n	%	IC	p-valor ²	
3C-R (n = 19,74,6,59,152, 34,34)	Medicina	0 Negativo	16	84,2	60,4-96,6	0,04
		3 Neutro	1	5,3	0,1-26,0	
		1 Positivo	2	10,5	1,3-33,1	
	Enfermagem	0 Negativo	45	60,8	48,8-72,0	
		3 Neutro	9	12,2	5,7-21,8	
		1 Positivo	20	27,0	17,3-38,6	
	Gerência	0 Negativo	4	66,6	22,3-95,7	
		3 Neutro	1	16,7	0,4-64,1	
		1 Positivo	1	16,7	0,4-64,1	
	Administrativo	0 Negativo	26	44,1	31,1-57,6	
		3 Neutro	13	22,0	12,3-34,7	
		1 Positivo	20	33,9	22,1-47,4	
	Agentes comunitários de saúde	0 Negativo	70	46,0	37,9-54,3	
		3 Neutro	22	14,5	9,3-21,1	
		1 Positivo	60	39,5	31,6-47,7	
	Odontologia	0 Negativo	18	52,9	35,1-70,2	
		3 Neutro	6	17,7	6,8-34,5	
		1 Positivo	12	35,3	19,7-53,5	
	Equipe multiprofissional	0 Negativo	5	14,7	4,9-31,1	
		3 Neutro	17	50,0	32,4-67,6	
1 Positivo		10	29,4	15,1-47,5		

Tabela 28. Relação entre as variáveis negativas ou positivas por categoria profissional, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

(continuação)

Variável	Categoria profissional	n	%	IC	p-valor ²	
10C-R (n = 16,73,5,56,153, 32,31)	Medicina	0 Negativo	4	25,0	3,8-46,2	0,02
		3 Neutro	1	6,2	0,2-30,2	
		1 Positivo	11	68,8	41,3-89,0	
	Enfermagem	0 Negativo	26	35,6	24,7-47,7	
		3 Neutro	7	9,6	3,9-18,8	
		1 Positivo	40	54,8	42,7-66,5	
	Gerência	0 Negativo	2	40,0	5,3-85,3	
		3 Neutro	1	20,0	0,5-71,6	
		1 Positivo	2	40,0	5,3-85,3	
	Administrativo	0 Negativo	18	32,1	19,9-44,4	
		3 Neutro	11	19,7	10,2-32,4	
		1 Positivo	27	48,2	34,6-62,0	
		0 Negativo	77	50,3	42,4-58,2	
	Agentes comunitários de saúde	3 Neutro	20	13,1	8,2-19,5	
		1 Positivo	56	36,6	29,0-44,8	
		0 Negativo	7	21,9	9,3-40,0	
	Odontologia	3 Neutro	4	12,5	3,5-29,0	
		1 Positivo	21	65,6	46,8-81,4	
		0 Negativo	8	25,8	10,4-41,2	
	Equipe multiprofissional	3 Neutro	6	19,4	7,4-37,5	
1 Positivo		17	54,8	36,0-72,7		

Tabela 28. Relação entre as variáveis negativas ou positivas por categoria profissional, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

(continuação)

Variável	Categoria profissional	N	%	IC	p-valor ²	
11C (n = 18,74,5,57,159, 32,33)		0 Positivo	3	16,7	3,5-36,8	0,04
	Medicina	3 Neutro	8	44,4	21,5-69,2	
		1 Negativo	7	38,9	17,3-64,2	
		0 Positivo	37	50,0	38,6-61,4	
	Enfermagem	3 Neutro	10	13,5	5,7-21,3	
		1 Negativo	27	36,5	25,5-47,4	
		0 Positivo	2	40,0	5,3-85,3	
	Gerência	3 Neutro	2	40,0	5,3-85,3	
		1 Negativo	1	20,0	0,5-71,6	
	Administrativo	0 Positivo	23	40,3	27,6-53,1	
		3 Neutro	7	12,3	3,8-20,8	
		1 Negativo	27	47,4	34,4-60,3	
	Agentes comunitários de saúde	0 Positivo	68	42,8	35,1-50,5	
		3 Neutro	16	10,0	5,4-14,7	
		1 Negativo	75	47,2	39,4-54,9	
		0 Positivo	16	50,0	32,7-67,3	
	Odontologia	3 Neutro	6	18,7	5,2-32,3	
		1 Negativo	10	31,3	15,2-47,3	
	Equipe multiprofissional	0 Positivo	14	42,4	25,6-59,3	
		3 Neutro	5	15,2	2,9-27,4	

Tabela 28. Relação entre as variáveis negativas ou positivas por categoria profissional, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

(continuação)

Variável	Categoria profissional	n	%	IC	p-valor ²	
7D-R (n = 16,63,4,47,129, 22,25)	Medicina	1 Negativo	14	42,4	25,6-59,3	<0,01
		0 Positivo	6	37,6	15,2-64,6	
		3 Neutro	5	31,2	11,0-58,7	
	Enfermagem	1 Negativo	5	31,2	11,0-58,7	
		0 Positivo	29	46,0	33,7-58,3	
		3 Neutro	14	22,2	12,0-32,5	
	Gerência	1 Negativo	20	31,8	20,2-43,2	
		0 Positivo	3	75,0	19,4-99,4	
		3 Neutro	1	25,0	0,6-80,6	
	Administrativo	1 Negativo	0	0,0	0,0-60,2	
		0 Positivo	17	36,2	22,4-49,9	
		3 Neutro	18	38,3	24,4-52,2	
	Agentes comunitários de saúde	1 Negativo	12	25,5	13,1-38,0	
		0 Positivo	84	65,1	56,9-73,3	
		3 Neutro	31	24,0	16,7-31,4	
	Odontologia	1 Negativo	14	10,9	5,5-16,2	
		0 Positivo	10	45,5	24,4-67,8	
		3 Neutro	7	31,8	13,9-54,9	
	Equipe multiprofissional	1 Negativo	5	22,7	7,8-45,4	
0 Positivo		11	44,0	24,4-65,1		
3 Neutro		9	36,0	18,0-57,5		

Tabela 28. Relação entre as variáveis negativas ou positivas por categoria profissional, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variável	Categoria profissional	N	%	IC	(continuação)	
					p-valor ²	
10D-R (n = 18,72,5,55,153, 33,29)	Medicina	1 Negativo	5	20,0	6,8-40,7	<0,01
		0 Positivo	2	11,1	1,4-34,7	
		3 Neutro	3	16,7	3,6-41,4	
		1 Negativo	13	72,2	46,5-90,3	
	Enfermagem	0 Positivo	16	22,2	12,6-31,8	
		3 Neutro	17	23,6	13,8-33,4	
		1 Negativo	39	54,2	42,7-65,7	
	Gerência	0 Positivo	2	40,0	5,3-85,3	
		3 Neutro	0	0,0	0,0-52,2	
		1 Negativo	3	60,0	14,7-94,7	
		0 Positivo	5	9,1	1,5-16,8	
	Administrativo	3 Neutro	26	47,3	34,1-60,5	
		1 Negativo	24	43,6	30,5-56,7	
		0 Positivo	45	29,4	22,2-36,6	
	Agentes comunitários de saúde	3 Neutro	49	32,0	24,6-39,4	
		1 Negativo	59	38,6	30,8-46,3	
		0 Positivo	10	30,3	14,6-46,0	
	Odontologia	3 Neutro	13	39,4	22,7-56,1	
		1 Negativo	10	30,3	14,6-46,0	
		0 Positivo	7	24,1	10,3-43,5	
Equipe multiprofissional	3 Neutro	6	20,7	8,0-39,7		
	1 negativo	16	55,2	35,7-73,5		

Tabela 28. Relação entre as variáveis negativas ou positivas por categoria profissional, com seus respectivos intervalos de confiança. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Variável	Categoria profissional		n	%	IC	(conclusão)
						p-valor ²
6F-R (n = 15,63,5,47,112, 25,29)	Medicina	0 Negativo	5	33,3	11,8-61,6	0,05
		3 Neutro	1	6,7	0,2-31,9	
		1 Positivo	9	60,0	32,3-83,7	
	Enfermagem	0 Negativo	13	20,6	10,6-30,6	
		3 Neutro	17	27,0	16,0-37,9	
		1 Positivo	33	52,4	40,0-64,7	
	Gerência	0 Negativo	2	40,0	5,3-85,3	
		3 Neutro	0	0,0	0,0-52,2	
		1 Positivo	3	60,0	14,7-94,7	
	Administrativo	0 Negativo	10	21,3	9,6-33,0	
		3 Neutro	9	19,1	7,9-30,4	
		1 Positivo	28	59,6	45,5-73,6	
		0 Negativo	47	42,0	32,8-51,1	
	Agentes comunitários de saúde	3 Neutro	14	12,5	6,4-18,6	
		1 Positivo	51	45,5	36,3-54,8	
		0 Negativo	9	36,0	18,0-57,5	
	Odontologia	3 Neutro	7	28,0	12,1-49,4	
		1 Positivo	9	36,0	18,0-57,5	
		0 Negativo	10	34,5	17,9-54,3	
	Equipe multiprofissional	3 Neutro	3	10,3	2,2-27,3	
		1 Positivo	16	55,2	35,7-73,5	

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

n = frequência absoluta; % = proporção; IC = intervalo de confiança para proporção exato de Leemis e Trivedi (1996); ¹p-valor teste de Qui-quadrado para independência, em negrito teste significativo à 5%, ou seja, não há independência, logo existe a dependência entre as variáveis.

Como último objetivo da presente pesquisa, foi realizada a análise fatorial do instrumento. Apresenta-se o teste de scree (gráfico de cotovelo) (Figura 2), usado para identificar o número ótimo de fatores que podem ser extraídos antes que a quantidade de variância única comece a dominar a estrutura de variância comum (HAIR et. al., 2005). O princípio do gráfico consiste em determinar um ponto após o qual os autovalores restantes declinam de modo aproximadamente linear, restando somente aqueles componentes que estão acima do ponto. Os autovalores representam o quanto da variância é explicado pelo fator. Para determinar o número de componentes (fatores) leva-se em consideração a proporção da variação total dos dados que os fatores conseguem captar. Estabelece-se um limite e adota-se o número de autovalores necessários para o alcance desse limite. Em geral, fixa-se entre 60-70%. Neste estudo, os onze componentes extraídos explicam 60%.

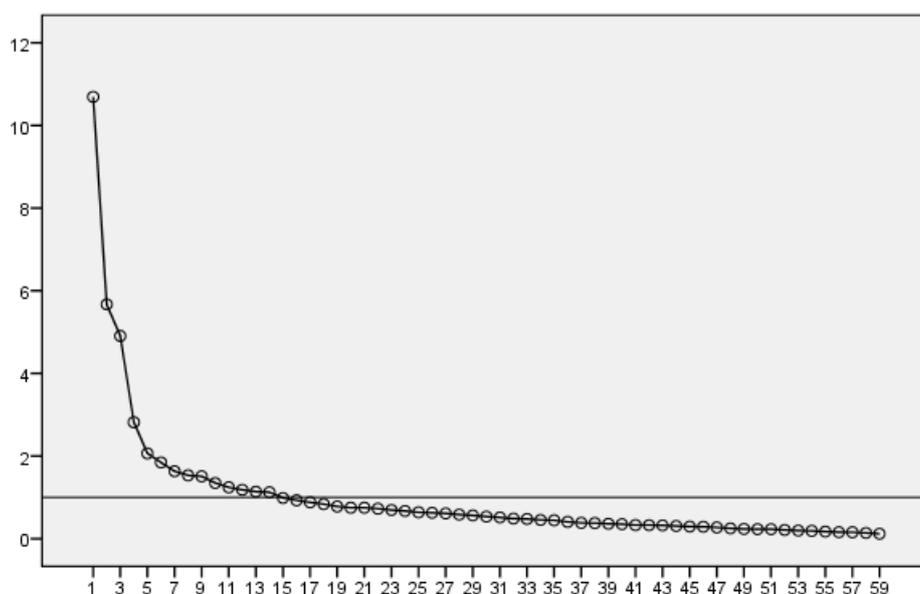


Figura 2. Estimativas dos autovalores em função do número de fatores, corte em $\lambda=1$.
Fonte: Dados da Pesquisa. 2021.

A composição dos fatores baseou-se na seleção de questões com cargas superiores ou iguais a 0,5 (Tabela 29). Para se chegar aos fatores, utilizou-se a rotação do tipo Varimax com extração pelo método das componentes principais (MALHOTRA, 2006).

Tabela 29. Análise fatorial para o instrumento com rotação Varimax.

Item/ indicador	(continuação)										
					Fator/ dimensão						
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11
1A: Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo.					0,50						
2A: No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registo de outro paciente.					0,71						
3A: O prontuário/registo de um paciente não estava disponível quando necessário.					0,68						
4A: Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registo de outro paciente.					0,71						
2C: Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.						0,78					
4C: Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.						0,58					
5C: Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.						0,61					
7C: Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.						0,53					
6A: O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.							0,55				
8A: Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.							0,81				
9A: Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.							0,79				
10A: Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil.							0,66				
1E: Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço.								0,73			
2E: Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes.								0,79			
3E: Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes.								0,69			
4E: Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes.								0,74			
8C: Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.									0,54		
12C: Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho.									0,55		
4D: Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.									0,57		
10D: Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes.									0,75		
6C: Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.										0,72	
14C: Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.										0,66	
15C: A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades.											0,63
Autovalores (eigenvalue)	10,70	5,70	4,91	2,82	2,10	1,85	1,63	1,53	1,51	1,35	1,20
% Variância explicada	18,20	9,60	8,30	4,80	3,50	3,10	2,80	2,60	2,60	2,30	2,00

Tabela 29. Análise fatorial para o instrumento com rotação Varimax.

(conclusão)

Item/ indicador	Fator/ dimensão										
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11
% Variância acumulada	18,20	27,80	36,10	40,90	44,40	47,50	50,30	50,30	52,90	55,20	57,20
Alfa de Cronbach	0,88	0,89	0,91	0,78	0,76	0,78	0,80	0,81	0,69	0,55	0,61

Fonte: Dados da pesquisa. 2021.

Uma inspeção nos autovalores mostra que o primeiro componente principal consegue captar uma quantidade significativa da variação dos dados: $\lambda_1 = 10,7$, explicando 18,2%, sendo, então, “Percepção geral da segurança do paciente e qualidade” o fator mais importante para explicar a escala. Ao final, tem-se que, até o 11º autovalor, a variância acumulada foi, aproximadamente, de 57% da variação total dos dados.

A avaliação da fidedignidade dos fatores foi verificada por meio do coeficiente de consistência interna chamado de Alpha de Cronbach, O limite inferior geralmente aceito para o alpha é de valores próximos de 0,7 para estudos confirmatórios, e de ser possível diminuir para valores próximos de 0,6 em pesquisas exploratórias (HAIR et al., 2005; LATTIN; CARROLL; GREEN, 2011; MALHOTRA, 2006;). Neste estudo, os coeficientes dos fatores situaram-se entre 0,55 e 0,91, apontando boa consistência interna para estudos de natureza exploratória.

Após análise fatorial, são apresentados os novos constructos da CSP e suas definições (Tabela 30), com sugestão de um novo instrumento formado por 48 questões, divididos em 11 constructos. As questões removidas foram: A5, A7, 3C-R, 9C, 10C-R, 11C, 6D, 7D-R, 11D, 12D.

Quadro 1. Extração de fatores do MOSPSC, com denominação e caracterização das seções. Município do Triângulo Mineiro, Brasil, 2021.

Fator	Dimensão	Questões	Interpretação
1	Percepção geral da segurança do paciente e qualidade	1F, 2F, 3F-R, 4F-R, 5F, 6F-R, 7F	Segurança do paciente e qualidade do serviço.
2	Avaliação global sobre qualidade e segurança	G1a, G1b, G1c, G1d, G2	Avaliação acerca de aspectos como: cuidado centrado no paciente, efetividade do cuidado, pontualidade, eficiência e imparcialidade.
3	Troca de informações com outros setores	1B, 2B, 3B, 4B, 5B	Qualidade da troca de informações completas, precisas e pontuais com outras instituições.
4	Comunicação entre equipe e pacientes acerca do cuidado	1D, 2D, 3D, 5D, 8D	Abertura para comunicação entre equipe e qualidade da comunicação sobre o paciente e com o paciente.
5	Acesso ao cuidado em saúde	1A, 2A, 3A, 4A	Acesso do paciente ao cuidado, com registro em prontuário de toda assistência prestada.
6	Trabalho em equipe e treinamento	2C, 4C, 5C, 7C	Existência de esforços coletivos para resolver um problema e manter a boa convivência em equipe, além de educação permanente dos profissionais.
7	Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade	6A, 8A, 9A, 10A	Acesso a prescrições médicas realizadas de forma correta, além da realização de exames e acesso aos resultados em tempo hábil, com continuidade do cuidado.
8	Apoio dos gestores na segurança do paciente	1E-R, 2E-R, 3E, 4E-R	Presença de gestores/administradores/líderes participativos, que saibam analisar, planejar, construir, conduzir e monitorar as tarefas realizadas, engajando a equipe em prol dos resultados esperados pela instituição, principalmente, por meio da comunicação aberta e efetiva entre esses e a equipe.
9	Fluxos de trabalho	8C-R, 12C-R, 4D-R, 10D-R	Foco na organização de fluxos de trabalho, a fim de otimizar e automatizar tarefas, minimizando a possibilidade de erros
10	Pressão e ritmo no trabalho	6C-R, 14C-R	Quantidade suficiente de recursos humanos e materiais para garantia de uma assistência de qualidade.
11	Padronização de processos	15C	Qualidade acerca do modo como os processos são realizados, de acordo com padrões pré-estabelecidos, com possibilidade de revisão para garantia de grau mínimo de organização, diminuindo obstáculos e falhas humanas.

Fonte: A autora. 2022.

6. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com a aplicação do questionário MOSPSC, em sua versão traduzida para o português do Brasil (Pesquisa sobre Cultura de Segurança do paciente para Atenção Primária), permitiram avaliar a visão da CSP entre profissionais que atuam na APS de um município localizado no Triângulo Mineiro, Brasil. Ressalta-se que a AHRQ recomenda que, quanto maior o número de participantes e categorias profissionais nas avaliações da cultura, mais adequada é a representação (FAMOLARO et al., 2016).

Na literatura brasileira, outros trabalhos que utilizaram o instrumento MOSPSC versão traduzida para avaliar a CSP foram encontrados. Porém, nenhuma pesquisa foi realizada na mesma proporção desta em relação a unidades e diversidade de categorias profissionais participantes: 240 profissionais de um município do interior do estado de São Paulo, dentre equipe de enfermagem, equipe de odontologia, agentes comunitários de saúde, equipe administrativa, equipe farmacêutica e equipe multiprofissional, composta por psicologia, assistência social, fisioterapia e fonoaudiologia (GALHARDI, 2017); 283 profissionais entre enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde do distrito de saúde sul do município de Manaus (MOISÉS, 2018); 98 profissionais de Currais Novos, RN, dentre equipe de enfermagem, equipe de odontologia, agentes comunitários de saúde, equipe administrativa e serviços gerais (FERNANDES, 2019); 144 profissionais de um município de médio porte da região Sul do Brasil, com a participação de enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (RAIMONDI et al., 2019); 188 profissionais, entre médicos, odontólogos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, auxiliares de consultório dentário, assistentes sociais, educadores físicos e atendentes administrativos de um município do Rio Grande do Sul (DAL PAI et al., 2019); 513 profissionais de Londrina, PR, com a participação de profissionais da equipe de enfermagem, administrativa, odontológica, e médicos (MACEDO et al., 2020); 51 profissionais de uma unidade de saúde do setor leste do Distrito Federal (BOHRER et al., 2021); 29 profissionais de uma capital do nordeste brasileiro, entre equipe de enfermagem, administrativos, odontologia e agentes comunitários de saúde (BEZERRIL et al., 2022); e, 246 profissionais de saúde da APS da região norte do Distrito Federal (ARAÚJO et al., 2022).

Dentre as pesquisas internacionais, Ornelas, Pais e Sousa (2016) descreveram os resultados preliminares de um projeto de avaliação da CSP utilizando o MOSPSC em Portugal, com tradução, adaptação e validação do instrumento pelos autores para a população

do estudo, sendo um dos projetos pilotos de aplicação do instrumento no país. Obteve-se a aplicação de 483 questionários válidos, com a participação de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos. Na Espanha, Romero, González e Calvo (2017) utilizaram uma versão do instrumento MOSPSC traduzida, validada e adaptada para o modelo espanhol de APS, com a participação de 182 médicos residentes e Astier-Peña et al. (2015) realizaram estudo em 215 centros com 4.344 profissionais.

Racziewicz et al. (2019) desenvolveram sua pesquisa na Polônia, com aplicação do instrumento em todos os centros de saúde do país, e obtiveram a participação de 337 profissionais. Na Grécia, Antonakos et al. (2021a) aplicaram o instrumento e contaram com a participação de 459 profissionais, entre médicos, enfermeiros e auxiliares do corpo clínico. Pesquisa realizada no Iêmen, utilizou uma versão árabe do MOSPSC e incluiu amostra abrangente de 16 centros, contando com a participação de 78 profissionais, entre médicos, enfermeiras e pessoal administrativo (WEBAIR et al., 2015).

O instrumento também foi aplicado em pesquisa mexicana, com a participação de 164 profissionais (FLORES-GONZÁLEZ; CRUZ-LEÓN; MORALES-RAMÓN, 2019) Enquanto no Catar, com o objetivo de avaliar o impacto da acreditação, treinamentos de melhoria de qualidade e segurança do paciente, uma pesquisa foi realizada utilizando o instrumento em dois momentos, com 1.810 profissionais em 2012 e com 2.616 profissionais em 2015, entre médicos, equipe de enfermagem, odontologia e administrativa (EL ZOGHBI et al., 2018).

Nos EUA, Hagopian et al. (2012) aplicaram o instrumento em 180 centros, com 387 profissionais. Ramoni et al. (2014) desenvolveram sua pesquisa em três escolas de odontologia do país, com a participação de 154 profissionais. Pohlman et al. (2016) realizaram seu estudo com a participação de 236 profissionais. Mazurenko et al. (2021) utilizaram os dados da AHRQ, com a participação de 846 centros e 19.848 profissionais. Por sua vez, Yansane et al. (2020) desenvolveram uma pesquisa administrada em quatro instituições odontológicas, a qual contou com a participação de 656 profissionais, entre dentistas, professores de clínicas odontológicas, higienistas dentais, estudantes de odontologia e equipe de clínica odontológica (assistentes dentais, enfermeiras, equipe administrativa).

Quanto à caracterização da amostra dos profissionais participantes do presente estudo, houve maior proporção amostral dos intervalos de 30 a 39 anos (33,1%) e 40 a 49 anos (29,9%) (estatisticamente iguais), sexo feminino (94,8%), nível médio concluído (47,9%).

Os dados podem ser corroborados por outros estudos que também buscavam avaliar a cultura de segurança do paciente com aplicação do MOSPSC. Quanto ao gênero, houve

amostra predominante feminina, sendo encontrado também por El Zoghbi et al. (2018), valores de 91,6% encontrado por Raimondi et al. (2019); cerca de 87,0% encontrado por Moisés (2018), Fernandes (2019) e Dal Pai et al. (2019); 84,6% encontrado por Romero, González e Calvo (2017); 83,2% evidenciado por Macedo et al. (2020); 80,4% apontado por Bohrer et al. (2021); 76,8% encontrado por Raczkiewicz et al. (2019); 74,7% apontado por Pohlman et al. (2016); 72% encontrado por Webair et al (2015) e Bezerril et al. (2022); 69,7% encontrado por Flores-González, Cruz-León, Morales-Ramón (2019); 67,6% dos participantes encontrado por Yansane et al. (2020); e 58,8% por Antonakos et al. (2021a).

Para os demais parâmetros sociodemográficos, dados semelhantes para média de idade na faixa dos 40 anos (ORNELAS; PAIS; SOUSA, 2016; MOISÉS, 2018; FERNANDES, 2019; DAL PAI et al., 2019; RAIMONDI et al., 2019; MACEDO et al., 2020; ANTONAKOS et al., 2021a; BOHRER et al., 2021; BEZERRIL et al., 2022); profissionais de nível médio (MOISÉS, 2018; FERNANDES, 2019, DAL PAI et al., 2019); e atuação média entre 1 a 5 anos no serviço atual, como apontado por El Zoghbi et al. (2018), Flores-González, Cruz-León, Morales-Ramón (2019), Raimondi et al. (2019), Yansane et al. (2020), Macedo et al. (2020) e Bezerril et al. (2022).

A participação na pesquisa envolveu diferentes categorias profissionais, assegurando que a avaliação da cultura de segurança atingisse a todos, dentre elas: equipe de enfermagem, medicina, odontologia, gerência, equipe administrativa e serviços gerais, agentes comunitários de saúde e equipe multiprofissional (farmácia, assistência social, fisioterapia, psicologia, educação física, nutrição e terapia ocupacional). Assim como na presente pesquisa, a categoria com maior número de participantes (36,1%) está representada pelos agentes comunitários de saúde, também apontado nos estudos de Moisés (2018) e Fernandes (2019).

A equipe de saúde avaliada, em geral, possuía percepção positiva em relação à CSP, uma vez que, a média de respostas positivas para todas as dimensões foi de 68,57%, corroborado nas pesquisas de Webair et al. (2015) de 67% e Galhardi (2017), que encontrou um valor de 70%. No relatório a AHRQ, de 2020, a média de medida dos constructos manteve-se em 74%, demonstrando uma cultura de segurança positiva (FAMOLARO et al., 2020).

Com relação à avaliação global da qualidade do cuidado em saúde, o valor de 86,6% de respostas (“bom”, “muito bom” e “excelente”) também aponta uma CSP positiva nos ambientes analisados. Pesquisas nacionais e internacionais que aplicaram o MOSPSC também encontraram percentuais de respostas positivas de 50% ou mais, demonstrando que a CSP é positiva, com média de 83% para “muito bom” ou “excelente”, apontado por Pohlman et al.

(2016). Avaliação geral como “excelente” ou “muito bom” de 62% em 2015 em comparação a 43% em 2012, foi encontrado na pesquisa desenvolvida por El Zoghbi et al. (2018). Valores 61% e 39% (“muito bom” e “excelente”, respectivamente) apontados por Raczkiewicz et al. (2019). Ademais, 19% e 45% (“bom” e “muito bom”, respectivamente) encontrados por Flores-González, Cruz-León, Morales-Ramón (2019). Finalmente, 80,4% dos profissionais considerando como “boa” ou “razoável” a avaliação geral em segurança no estudo de Bohrer et al. (2021).

Em resposta às solicitações de consultórios médicos interessados em comparar os resultados com os de outros consultórios, a AHRQ estabeleceu um banco de dados, com a produção de relatórios que apresentam estatísticas acerca dos constructos avaliados no instrumento. Dessa forma, no último relatório de 2020, a porcentagem positiva para “excelente” e “muito bom” foi de 68,8% (FAMOLARO et al., 2020).

Cuidado baseado em conhecimento científico foi a área com melhor avaliação (“efetivo”, 88,3%), seguida das áreas relacionadas a “imparcialidade” (83,4%), “eficiência” (81,7%), “cuidado centrado no paciente” (80,5%) e “pontualidade” (74,7%). O banco de dados da AHRQ de 2020 também apontou “pontualidade” como o de pior avaliação, com apenas 56% das respostas positivas, em contrapartida a “imparcialidade” com 84% (melhor avaliação) (FAMOLARO et al., 2020).

Para Bohrer et al. (2021), em todas essas categorias, a maioria das respostas consideraram a avaliação da qualidade como “razoável/bom”. Já na pesquisa de Antonakos et al. (2021a), as classificações de segurança e qualidade da saúde foram satisfatórias na maioria das áreas (mais de 70%), exceto para “pontualidade” e “eficiência”, que foram avaliados positivamente por 65% e 63% dos entrevistados, respectivamente.

Na pesquisa de Yansane et al. (2020), “imparcialidade” foi a categoria de mais alta pontuação média positiva (75%), enquanto as pontuações mais baixas foram encontradas na categoria “eficiência” (43%). Webair et al. (2015) e Araújo et al. (2022) também encontraram “imparcialidade” como a de classificação positiva mais alta (81,0% e 90,7%, respectivamente), contrariamente, “cuidado centrado no paciente” apresentou a classificação mais baixa (33%) para o primeiro estudo, e “pontualidade” para o segundo estudo, alcançando 60% de respostas positivas.

6.1. Avaliação cultura de segurança dos pacientes de acordo com os 12 constructos – dimensões com cultura positiva, consideradas pontos fortes

A presente pesquisa encontrou “Seguimento da assistência ao paciente” (90,1%), “Trabalho em equipe” (82,6%) e “Troca de informações com outros setores” (82,5%) como os três constructos de melhores avaliações, denotando uma CSP positiva e forte para essas categorias.

“Seguimento da assistência ao paciente” e “Trabalho em equipe” também foram apontados como os dois constructos de pontuação mais alta acerca da segurança do paciente no banco de dados da ARQH de 2020, com valores de 88% de respostas positivas para “Seguimento da assistência ao paciente” e 86% para “Trabalho em equipe” (FAMOLARO et al., 2020). Resultado similar foi encontrado nos estudos de Bohrer et al. (2021) e Romero, González e Calvo (2017) (os dois constructos de pontuação mais alta), para Antonakos et al. (2021a), com 82% em “Trabalho em equipe” e 80% em “Seguimento da assistência ao paciente” (constructos fortes e de maior pontuação), e Araújo et al. (2022).

Dados semelhantes também foram apontados por Moisés (2018): 84,5% para “Seguimento da assistência ao paciente” e 82,9% para “Trabalho em equipe”; por El Zoghbi et al. (2018): 87% e 80%, para “Trabalho em equipe” e “Seguimento da assistência ao paciente”, respectivamente; Flores-González, Cruz-León, Morales-Ramón (2019): 65% e 63%, para “Trabalho em equipe” e “Seguimento da assistência ao paciente”, respectivamente. Do mesmo modo, Galhardi (2017) apontou tais dimensões como pontos fortes para a CSP, atingindo a média de porcentagens de respostas positivas de 80% para “Seguimento da assistência ao paciente” e 79% para “Trabalho em equipe”.

Outros trabalhos igualmente apontaram “Trabalho em equipe” como um constructo forte, aparecendo na grande maioria como o de melhor avaliação, assim como no presente estudo. Para Ramoni et al. (2014), “Trabalho em equipe” foi a única categoria com pontuação positiva para a CSP (76%). Webair et al. (2015) encontraram um valor de 96% para a categoria; Raczkiewicz et al. (2019), 85%; Hagopian et al. (2012), 83%; Ornelas, Pais e Sousa (2016), 81%; Yansane et al. (2020), 79%. Hickner et al. (2014) também apontaram a categoria como a de melhor avaliação.

Para “Seguimento da assistência ao paciente”, o constructo foi considerado positivo, mas fraco, ao alcançar apenas 62% para Ornelas, Pais e Sousa (2016) e 52% para Webair et al. (2015). Raczkiewicz et al. (2019) apontou a categoria como a de pior avaliação (65%), acompanhada por “Pressão e ritmo de trabalho”. Pohlman et al. (2016) evidenciou “Trabalho em equipe” como uma das dimensões de melhor avaliação, porém, “Seguimento da assistência ao paciente” apareceu como uma das de piores, também acompanhada por “Pressão no trabalho e ritmo de trabalho”.

Quanto à “Trabalho em equipe”, Fernandes (2019) destaca os pontos positivos para segurança do paciente referente às questões “Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam”, com 88% de respostas positivas, “Há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais” e “Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes”, com 89% de respostas positivas. Dessa forma, essas pesquisas sugerem que o trabalho em equipe é reconhecido como um elemento forte para a cultura de segurança na busca por mudanças e melhorias na qualidade do cuidado.

“Trabalho em equipe”, como um constructo forte, expressa a existência de respeito mútuo e relações de trabalho estreitas entre profissionais e provedores (FAMOLARO et al., 2020). Na mesma direção, acompanhar o cuidado é colaborar para uma comunicação efetiva entre profissionais e pacientes, bem como contribuir para o processo de acompanhamento de quem necessita de monitoramento e documentação do quanto os cuidados são seguidos pelo paciente (FAMOLARO et al., 2016).

Em grande parte, “Seguimento da assistência ao paciente” como um constructo forte se deve ao fato de que os sistemas eletrônicos da atenção primária foram modernizados nos últimos anos (com inclusão de prontuários e prescrições eletrônicos); no entanto, ainda é necessário muito trabalho, principalmente na articulação dos setores de saúde primário e secundário (ANTONAKOS et al., 2021a). Nesse caso, o estímulo a ações de vigilância em segurança do paciente deve ser parte fixa da agenda de programação, como um compromisso das lideranças, com o objetivo de ampliar notificações de incidentes e qualificar as informações oferecidas (BOHRER et al., 2021).

Com relação a “Troca de informações com outros setores”, questões da Seção B e do Constructo 3, apresentaram uma CSP positiva, sendo considerada um ponto forte. Galhardi (2017) apresenta que todos os itens referentes a “Troca de informações com outros setores” obtiveram escore a cima de 75%, caracterizando que os problemas relacionados à troca de informações ocorrem com pouca frequência na percepção dos profissionais. Assim, importante para garantir o bom funcionamento do cuidado na APS, é fundamental que as informações trocadas sejam completas, precisas e pontuais.

O aumento da demanda por ações e serviços de saúde exige a formulação e gestão de fluxos de cuidado, podendo ser favorecida pelo uso de tecnologias digitais, como ferramentas de regulação e instrumentos de referência e contrarreferência, bem como o acesso às informações de saúde do paciente em diferentes serviços, contribuindo para a segurança do paciente ao oportunizar o acesso à saúde (BOHRER et al., 2021).

“Aprendizagem organizacional”, “Percepção geral de segurança do paciente e qualidade” e “Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade” também foram constructos que se apresentaram como pontos fortes da CSP na pesquisa. Os dados foram corroborados por outros estudos, como para Antonakos et al (2021a) com “Aprendizagem organizacional” (80%) e “Percepção geral da segurança do paciente e Qualidade” (78%); Bohrer et al. (2021) e Araújo et al. (2022) com “Aprendizagem organizacional” entre os três constructos de melhor avaliação.

Antonakos et al (2021a) apontam que bons valores de cultura de segurança encontrados para os constructos “Trabalho em equipe” e “Aprendizagem organizacional” relacionam-se ao fato de que a colaboração interdisciplinar ajuda os profissionais a entenderem papéis e responsabilidades contextuais compartilhados e, conseqüentemente, melhoram processos de execução de metas organizacionais, interação e troca de informações pertinentes, fornecendo um cuidado seguro e eficaz.

Porém, ainda que o Constructo 6 “Percepção geral de segurança do paciente e qualidade” tenha sido considerado um ponto forte quanto à CSP (76,2%), vale destacar que a pergunta 6F-R “Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado” foi avaliada como um ponto fraco, ao apontar apenas 50% de respostas positivas.

O trabalho em equipe representa a união de diferentes profissionais, com habilidades e talentos diversos, permitindo um olhar mais amplo e humanizado, como premissa do cuidado multiprofissional, garantindo uma melhor assistência em saúde como elemento diferenciador no processo. Isso envolve um conjunto de fatores individuais e coletivos para o alcance de conformidades e adequações que vão muito além de protocolos e fluxos, expressando a cultura organizacional e seu impacto para a busca por estratégias que assegurem a segurança do paciente.

Uma assistência à saúde segura e resolutiva é a base para a garantia da qualidade assistencial, destacando a relevância dos temas referentes a percepção da segurança do paciente e questões de qualidade. Daí a importância de se estruturar os processos de trabalho previamente definidos, mobilizando estratégias seguras, a fim de minimizar barreiras, como dificuldades de acesso, identificação do paciente e falhas nas condutas de cuidado (BEZERRIL et al., 2022).

6.2. Avaliação cultura de segurança dos pacientes de acordo com os 12 constructos – dimensões com cultura positiva, consideradas pontos fracos

“Apoio dos gestores na segurança do paciente” (58,2%) e “Comunicação aberta” (54,4%), foram apontadas como os dois constructos que necessitam de melhorias, ao denotarem uma segurança do paciente positiva, porém com fragilidades.

A Seção E apresenta a mesma temática em relação ao apoio de gestores/administradores/líderes, apontando também como um ponto fraco que necessita da revisão de processo de trabalho. Por sua vez, a Seção D “Comunicação e acompanhamento” apontou uma CSP positiva, sem destaque para ponto forte ou fraco (70%). Como a seção avalia a qualidade da comunicação, mas também a qualidade do seguimento do cuidado, a média de respostas positivas se manteve maior quando comparado apenas ao constructo “Comunicação aberta” (58,2%), considerado um ponto fraco.

Dal Pai et al. (2020b), ao buscarem identificar os fatores que interferem na CSP na APS por meio de uma revisão integrativa, concluíram que os fatores educação permanente, comunicação, condições de trabalho e liderança interferem diretamente na cultura de segurança do paciente, uma vez que intervêm nas ações diárias de cuidados. Alguns desses fatores mostram-se como pontos positivos, o que reforça ações que fortalecem a CSP. Outros fatores, porém, mostram-se negativos, manifestando a demanda pela busca de estratégias para superar os desafios frente a CSP na APS.

Heinrichs, Weihermann e Ascari (2021), ao mapearem o que a produção científica aborda sobre eventos adversos relacionados à assistência de enfermagem na APS, evidenciaram predomínio de eventos adversos envolvendo medicações e imunizações. A falta de comunicação, falhas na infraestrutura, no dimensionamento de pessoal e na execução da assistência foram apontados como os principais fatores causais, que, por sua vez, contribuem para a ocorrência de subnotificações. Assim, cabe à equipe gestora disponibilizar recursos e ferramentas adequadas, promovendo o incentivo à equipe na incorporação de boas práticas na assistência prestada.

Marcelino (2016) buscou caracterizar a cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários, por meio de uma adaptação do MOSPSC, encontrando que “Apoio dos gestores na segurança do paciente” atingiu uma porcentagem de apenas 28% e “Comunicação aberta”, 42%, ambas consideradas negativas acerca da CSP. Flores-González, Cruz-León, Morales-Ramón (2019) também apontaram o constructo acerca da comunicação como um dos que alcançaram piores avaliações, com apenas 30% de respostas positivas.

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

“Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes” (10D-R) com 44,5%, referentes a “Comunicação aberta”, e “Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço” (1E-R) com 36,3% e “Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes” (4E-R) com 54,5%, encontrados na presente pesquisa.

Os colaboradores, ao responderem perguntas acerca da comunicação entre equipe, interação com equipe médica e sobre oportunidades de expressar opiniões discordantes, identificaram na pesquisa de Moisés (2018) a “Comunicação aberta entre profissionais” como área de fragilidade, em que enfermeiros apresentaram melhor média com diferença estatística significativa, quando comparado com as médias dos técnicos de enfermagem. A “Dificuldade de expressar opiniões discordantes” também foi avaliada como uma pergunta frágil pelos dados apresentados no banco da AHRQ de 2020, com 61% de respostas positivas para a questão (FAMOLARO et al., 2020).

“Apoio dos gestores na segurança do paciente” estava entre as áreas de vulnerabilidade também na pesquisa portuguesa, sendo percebidas por 45% dos profissionais (ORNELAS; PAIS; SOUSA, 2016), assim como na pesquisa grega, com 62% de respostas positivas (ANTONAKOS et al., 2021a). Dados semelhantes encontrados por Galhardi (2017), 47%; Fernandes (2019), 38%; e Flores-González, Cruz-León, Morales-Ramón (2019), 30%, apontaram dessa forma pelos estudos como constructo negativo, sendo que no primeiro, essa foi a categoria de pior análise.

Os dados do banco da AHRQ de 2020 também destacaram fragilidade para a questão “Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do atendimento neste escritório”, com porcentagem de 49% de respostas positivas (FAMORALO et al., 2020). Da mesma, foram aqueles que não estão na gestão/liderança que sentiram que os líderes “Não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do atendimento em seus escritórios”, com apenas 22% de respostas positivas na pesquisa desenvolvida por Ramoni et al. (2014), 14% de respostas positivas na pesquisa de Flores-González, Cruz-León, Morales-Ramón (2019) e também apontado por Hickner et al. (2014).

Vale destacar que líderes têm 40% mais probabilidade de avaliar uma percepção positiva do que os demais (ASTIER-PEÑA et al., 2015), ou seja, indivíduos com uma posição de liderança com responsabilidade de tomada de decisões tendem a ter percepções relativamente mais positivas acerca do clima de segurança se comparado aos não proprietários que trabalham no mesmo ambiente (MAZURENKO et al., 2021)

Tal visão pode ser em razão de uma gestão não participativa, em que decisões são tomadas sem a participação dos profissionais, refletindo a insatisfação por parte dos trabalhadores (FERNANDES, 2019). Revela-se a fragilidade do suporte da liderança para a CSP, o que, por sua vez, pode influenciar atitudes e comportamentos relacionados ao assunto, enfatizando o papel de destaque que líderes têm na identificação de aspectos relevantes e implementação das ações, visando à segurança do paciente (GALHARDI, et al., 2018).

El Zoghbi et al. (2018) defendem que é preciso concentrar em melhorar as dimensões da abertura de comunicação e a comunicação sobre o erro, incluindo o relato de incidentes, colocando mais ênfase em motivar a equipe a relatar incidentes e aumentando dúvidas e preocupações quando algo não parece certo. Deve-se, inclusive, motivar os colaboradores a expressarem suas opiniões e ideias que podem levar a melhorias às instituições. Melhorias essas que, frente à dimensão suporte da liderança, são necessárias para que aspectos referentes à CSP aconteçam de modo efetivo, baseando-se em práticas educativas e não punitivas (GALHARDI et al., 2018).

Infelizmente, apresentam-se cenários em que os trabalhadores enfrentam a falta de investimento em recursos suficientes, em que gestores ignoram erros repetitivos, não dão prioridade aos processos de atendimento e tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não para os pacientes. Assim, a criação de um Núcleo de Segurança do Paciente em nível municipal torna-se um importante passo, na busca de melhorias e acompanhamento dos trabalhos realizados na APS (FERNANDES, 2019).

Um modelo de governança baseado na cultura justa defende o aprendizado com base nos erros, favorecendo e incentivando o relato de incidentes e falhas, entendendo-se que nem todos os erros são fruto de má intenção. Erros devem ser reconhecidos, entendidos em sua causa-raiz, corrigidos por meio de ações educacionais, servindo como parâmetros para o aperfeiçoamento dos processos pela gestão. Daí a relevância de uma gestão participativa, comunicativa, aberta à discussão, diminuindo assim, possível distanciamento hierárquico que prejudica a avaliação dos processos e da cultura organizacional presentes nos ambientes de saúde.

A tomada de decisão compartilhada e informada é a pedra angular da segurança do paciente. Portanto, as organizações e os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde devem investir tempo e esforços para tornada de decisão compartilhada como realidade institucional. Além disso, a filosofia de tomada de decisão compartilhada deve se tornar um elemento integrante da educação em saúde. A omissão de ação continuará a impedir seriamente a busca por maior segurança (SESHIA et al., 2018).

Priorizar os processos de educação continuada nos serviços torna-se uma das diretrizes que pode ser consolidada a partir do apoio das lideranças e gestores, além da busca por uma gestão comprometida e que direciona suas ações para a segurança do paciente (MOISÉS, 2018). Essa forma de liderança, que apoia ativamente a qualidade e a segurança do paciente, prioriza os processos de melhoria do atendimento, não negligenciando erros, bem como toma decisões baseadas no que é melhor para o paciente (FAMOLARO et. al, 2016).

6.3. Avaliação cultura de segurança dos pacientes de acordo com os 12 constructos – dimensões com cultura positiva, sem destaque para pontos fortes ou fracos

Apesar de “Treinamento da equipe” aparecer como um constructo positivo (64%), vale destacar a importância que esse assunto tem quando se discute a qualidade do cuidado, ao apresentar a pergunta “Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados” (10C-R), com apenas 47,2% de respostas positivas.

Reis et al. (2017), ao procurarem descrever o processo de implantação de segurança do paciente em hospitais, identificaram que o treinamento da equipe é parte essencial para a disseminação da CSP e consequente consolidação. Da mesma forma, Wegner et al. (2016) defendem que a educação permanente e a capacitação da equipe são reconhecidas como uma das principais ferramentas para a adoção de práticas seguras no atendimento em saúde.

“Nesta unidade o pessoal não sanitário é treinado quando novos procedimentos são estabelecidos”, com 63% de respostas positivas, em contraste a 46% referente ao item “Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados”, apontado por Flores-González, Cruz-León, Morales-Ramón (2019), também chama a atenção para a necessidade de melhorias na área de treinamento da equipe.

Fernandes (2019) também apontou que os profissionais não recebem atualizações e frequentemente são solicitados a realizarem tarefas sem treinamentos prévios, evidenciando a necessidade de se instituir um cronograma de treinamentos desses profissionais que atuam na atenção primária. Tal situação também foi identificada pelos profissionais de saúde pesquisados por Moisés (2018), ao avaliarem a dimensão da pesquisa relacionada a treinamento da equipe como uma área de fragilidade. Os profissionais não recebem treinamentos quanto à implantação de novos fluxos e rotinas, consequentemente, acabam realizando tarefas para as quais não foram treinados previamente. Com isso, o paciente pode ser exposto ao risco, decorrente de erros diretamente ligados à qualidade da assistência, ocasionando a descontinuidade do cuidado.

El Zoghbi et al. (2018) apontam que as melhorias observadas em relação à segurança do paciente entre os resultados das pesquisas realizadas em 2012 e 2015 com a aplicação do MOSPSC podem ser atribuídas à implementação do programa de acreditação, bem como pela realização de workshops, campanhas e treinamentos.

Ainda que a Seção C “Trabalhando neste serviço de saúde” (71,9%) e o Constructo 4 “Processo de trabalho e padronização” (73,2%) tenham sido bem avaliados quanto à CSP, vale destacar que a pergunta 12C-R “Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho” foi apontada como uma das que avaliou a cultura do paciente como positiva, porém considerada um ponto fraco que precisa de atenção (55,9%).

Assim, é fundamental propiciar-se um ambiente de aprendizagem organizacional, a fim de possibilitar a troca de conhecimentos referentes às boas práticas de segurança, aliado a processos de trabalho bem estabelecidos, por meio da padronização e de ações de acompanhamento para alavancar o cuidado primário seguro (BOHRER et al., 2021).

Quanto à “Comunicação sobre o erro”, recebeu destaque na pesquisa a pergunta “A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si” (7D-R) com 52,7% de respostas positivas acerca da segurança do paciente. Galhardi (2017) também apresentou a pergunta, com apenas 49% de respostas positivas pelos participantes, revelando que a cultura do medo relacionado ao erro ainda está presente nas organizações, identificando também que o modo aprendizagem a partir do erro necessita de melhorias.

Flores-González, Cruz-León, Morales-Ramón (2019) apontaram “Comunicação sobre o erro” como área que não alcançou a porcentagem mínima para ser considerada positiva em relação à segurança do paciente, com apenas 37% das respostas positivas.

A notificação de eventos adversos é algo permeado pelo medo, conseqüente da cultura punitiva. A implantação de protocolos clínicos, a existência do diálogo entre profissionais e pacientes, a implantação da educação permanente em saúde e qualificação profissional podem minimizar essa realidade, tornando possível o reconhecimento e a prevenção de eventos adversos (HEINRICHS; WEIHERMANN; ASCARI, 2021). Trabalhar e desmistificar o erro e a culpa surge como uma grande oportunidade de discussão e desenvolvimento do pensamento crítico acerca de ações frente ao erro pessoal ou do colega, como oportunidade de crescimento e aperfeiçoamento (FERNANDES, 2019).

Vale destacar que profissionais da saúde ainda são pouco instrumentalizados durante sua formação sobre como lidar com erros. Isso ocorre, em especial, porque tais situações são associadas a sentimentos de culpa, vergonha e medo de punições jurídicas, éticas e sociais. É fundamental para a educação em CSP o reconhecimento de que erro e falhas são possíveis,

podendo contribuir para a identificação precoce do erro e a tomada de decisão, com o estabelecimento de estratégias de prevenção e recorrências das falhas já identificadas (WEGNER et al., 2016; HEINRICHS; WEIHERMANN; ASCARI, 2021).

Assim, o grande desconhecimento sobre o assunto torna-se explícito quando o erro passa despercebido na assistência realizada na APS. Por não estarem familiarizados com a temática, os profissionais se reportaram apenas aos temas clássicos, como erros de medicação e quedas. Ressalta-se, portanto, a importância da comunicação, vínculo entre colegas e a confiança entre os profissionais na prevenção de riscos à segurança do paciente (SOUZA et al. 2019; BEZERRIL et al., 2022).

Diante da ocorrência dos erros, outro aspecto da cultura de segurança do paciente é a aprendizagem organizacional. Segundo Edwards (2017), há quatro modos de aprendizagem dentro das organizações: 1) aprender com as experiências dos outros; 2) aprender com o trabalho de identificação e análise de defeitos de processo; 3) aprender com o uso de medidas de processo e resultados para fornecer feedback e conduzir o sistema de gestão de desempenho da organização; e, 4) aprender com os resultados das respostas a ameaças inesperadas à qualidade e segurança.

Nesse cenário, não há culpabilização por erro humano, com responsabilidade pelo desempenho e gerenciamento do inesperado. Assim, maior atenção aos modos subdesenvolvidos de aprendizagem organizacional pode promover um progresso mais rápido quanto à segurança do paciente, aumentando as capacidades organizacionais, fortalecendo uma cultura de segurança e corrigindo mais problemas de processo que contribuem para o dano ao paciente (EDWARDS, 2017).

Uma equipe bem treinada, confiante e confortável em relação aos processos de comunicação entre serviços, com o usuário e a liderança, impacta diretamente na qualidade no atendimento, entendendo-se que não basta desenvolver apenas as competências técnicas, mas também o reconhecimento da centralidade do paciente aliado à humanização do cuidado. Tal visão deve fazer parte da rotina, para que práticas e processos assistenciais que visem a qualidade do cuidado estejam usualmente presentes no dia-a-dia laboral, expressando uma cultura institucional positiva de segurança do paciente.

6.4. Avaliação cultura de segurança dos pacientes de acordo com os 12 constructos – dimensões com cultura de segurança do paciente negativa

Dentre os 12 constructos avaliados, apenas “Pressão e ritmo de trabalho” foi considerado negativo (27%), ou seja, pode-se identificar que a CSP não é positiva para esse quesito (não alcançou 50%), o mesmo encontrado no banco de dados da ARQH de 2020 (49%) (FAMOLARO et al., 2020) e no estudo de Bohrer et al. (2021).

De modo igual, outros trabalhos apontaram o constructo como negativo e entre os de pior avaliação, como nas pesquisas de Hickner et al. (2014); Astier-Peña et al. (2015); Romero, González e Calvo (2017); El Zoghbi et al. (2018); Dal Pai et al. (2019); Flores-González, Cruz-León, Morales-Ramón (2019) com 29%. Hagopian et al. (2012) como o constructo de pior avaliação (37%); Moisés (2018) com 13,6%; Marcelino (2016), 20%; Ornelas, Pais e Sousa (2016), 25%; Araújo et al. (2022), 37,2%; Antonakos et al. (2021a), 46%; e Yansane et al. (2020), 49%. Bezerril et al. (2022) apontaram que “Pressão e ritmo de trabalho” quase atingiu 50% das respostas negativas.

Cabe destaque para as questões “Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes” (11C), com 42,6% de respostas positivas e “Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente” (3C-R) com 35,1%, “Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente” (14C-R), 20,6%, e “Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médico disponíveis” (6C-R), com apenas 9,8%, sendo a pergunta individual com pior porcentagem de respostas positivas.

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

Para Ornelas, Pais e Sousa (2016), apesar do bom trabalho em equipe e do respeito pelos colegas, apontou-se a existência de cargas de trabalho pesadas e problemas com equipamentos médicos. Moisés (2018) destaca que, semelhante ao encontrado pelo presente estudo, é preciso entender que essa forma de percepção pelo profissional acerca do ambiente de trabalho e ritmo a partir de uma visão de sobrecarga laboral poderia ser amenizada se a organização dispusesse do apoio de gestores, na garantia de aspectos referentes a recursos estruturais e humanos suficientes e adequados para as demandas.

A avaliação negativa acerca do construto “Pressão e ritmo de trabalho” pode ser vista como uma oportunidade para melhora, pois avalia aspectos como proporção entre o número de pacientes que são atendidos com o número de funcionários para tal tarefa, assim como o

tempo que eles têm para execução (FLORES-GONZÁLEZ, CRUZ-LEÓN, MORALES-RAMÓN, 2019).

Uma equipe desmotivada, com elevada carga de trabalho, que não reconhece na liderança a parceria necessária para melhoria de processos, representa um cenário negativo e propício à ocorrência de erros os profissionais, comprometendo a segurança do cuidado e com impacto diretamente na qualidade assistencial. Mais uma vez, cabe aos gestores desenvolver habilidades de reconhecimento dessas realidades para a criação de estratégias que melhorem as condições de trabalho e a comunicação como barreiras para a ocorrência de potenciais falhas.

6.5. Avaliação da cultura de segurança dos pacientes de acordo com os 12 constructos – perguntas com cultura de segurança do paciente negativa ou consideradas ponto fraco e sua comparação com organização social, tempo de serviço e categoria profissional

Ainda que a APS do município em questão seja gerenciada por duas OS, princípios básicos de funcionamento e gestão são gerais, uma vez que são criados e implementados em nível nacional. O fato de a OS1 ter apresentado maior número de respostas negativas, em relação a OS2, chama a atenção para a necessidade de diagnóstico local para o levantamento de possíveis causas-raiz que estejam relacionadas aos processos de trabalho e que impactam diretamente na qualidade da assistência e na segurança do cuidado.

Quanto à relação entre as variáveis consideradas negativas ou positivas, porém consideradas um ponto fraco, e tempo de trabalho, apenas para a questão 6E “Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado”, quanto maior o tempo naquele serviço, maiores foram as respostas negativas.

Galhardi (2017) observou que profissionais com menos tempo de trabalho na unidade obtiveram os escores positivos mais elevados para as dimensões “Aprendizagem organizacional” e “Suporte da liderança”. Para Raczkievicz et al. (2019), os entrevistados com maior antiguidade (mais de 10 anos) avaliaram significativamente pior os seguintes domínios: “Pressão e ritmo de trabalho”, “Abertura de comunicação” e “Avaliação geral da qualidade”. A qualidade geral da segurança do paciente foi mais bem avaliada por aqueles com menos de 10 anos de experiência no estudo grego (ANTONAKOS et al., 2021a).

Entretanto, Mazurenko et al. (2021) evidenciaram que equipes com mais de 11 anos tendiam a classificar a qualidade e a segurança melhor do que aquelas em vigor de 1 a 11

anos, assim como o estudo de Dal Pai et al. (2020a). Antonakos et al. (2021a) evidenciaram que entrevistados com mais de 10 anos de experiência forneceram uma avaliação melhor dos seguintes aspectos das dimensões da segurança do paciente: “Apoio dos gestores na segurança do paciente” e “Comunicação aberta”.

Com relação às variáveis negativas ou positivas fracas e categoria profissional, de maneira geral, os agentes comunitários de saúde foram a categoria que mais apresentaram diferença estatisticamente significativa se comparados aos demais profissionais. Para Raimondi et al. (2019), tal percepção pode ter relação com o fato de esses profissionais desenvolverem o trabalho de forma mais próxima da população, por sua vez, permanecendo menos tempo com a equipe de saúde na unidade. Vale destacar a escolaridade, a qual pode interferir na percepção da CSP, visto que 69,83% dos agentes comunitários de saúde que participaram da pesquisa em questão possuíam até o ensino médio completo, diferentemente dos outros profissionais. O mesmo foi encontrado por Paese e Sasso (2013), que evidenciaram uma cultura positiva de segurança entre os participantes, com exceção aos agentes comunitários de saúde, com percentuais menores que as outras categorias profissionais. No estudo de Araújo et al. (2022), apenas na dimensão “Pressão e ritmo de trabalho”, os agentes comunitários de saúde apresentaram escore significativamente menor que enfermeiros e técnicos de enfermagem/técnicos de saúde.

Dessa forma, uma cultura negativa de segurança do paciente evidenciada pelos agentes comunitários de saúde merece atenção e investigação, já que permanecem mais tempo além dos muros da unidade, podem representar a visão dos usuários em relação ao atendimento de saúde prestado, o que, por sua vez, pode sugerir falhas de comunicação e integração entre a equipe de saúde (RAIMONDI et al., 2019).

Vale destacar também que a categoria médica apresentou uma visão mais negativa quando questionada sobre quesitos de “Pressão e ritmo de trabalho”. Para Galhardi (2017), a variável categoria profissional mostrou diferença significativa quanto às dimensões “Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade” ($p = 0,008$) e “Trabalho em equipe” ($p = 0,001$), sendo o profissional médico aquele com o escore mais elevado.

É preciso instituir um planejamento conjunto de estratégias de assistência, para que não fique sob responsabilidade somente de alguns profissionais o objetivo de solucionar situações de saúde, sobrecarregando-os. Dessa forma, pretende-se dividir a responsabilidade, a fim de unir diferentes saberes, com apoio mútuo entre membros da equipe, fortalecendo vínculos interprofissionais para atingir o objetivo principal da assistência, que é a oferta de

um cuidado qualificado e humanizado, bem como a promoção da saúde da população (MACEDO et al., 2020).

Deve-se explorar as causas das disparidades entre os profissionais de saúde, além de estabelecer se há uma ligação entre a CSP, as experiências do paciente, a classificação geral de segurança e qualidade e a ocorrência de eventos adversos em serviços de APS. Por fim, ainda é aconselhado investigações que examinem os impactos de intervenções destinadas a melhorar a comunicação ou criar um ambiente mais seguro (ANTONAKOS et al., 2021b).

Más condições de trabalho (por exemplo, déficit de pessoal, fatores estruturais e financeiros), comunicação pouco efetiva entre serviços de saúde e desse com o usuário, o desalinhamento entre os valores do profissional e da gestão, sendo essa última ineficaz e não comprometida, fomentando o distanciamento hierárquico entre gerência e equipes de saúde, além de características específicas da APS, com destaque para a diversidade de condições de saúde e o maior grau de autonomia dos usuários quanto às decisões para diagnóstico e tratamento, podem ser apontados como desafios emergentes a serem superados para que de fato presencie-se uma cultura de segurança bem estabelecida.

Por outro lado, discussões acerca da temática, com a introdução do assunto na agenda de debates e como tema transversal na formação profissional, na organização de estratégias para fortalecimento da gestão de risco e ações de apoio a segurança do usuário, a promoção de condições dignas de trabalho, com uma gestão participativa e aberta a comunicação, parceira da educação permanente e incentivadora de pesquisas como base norteadora para efetivação da transformação cultural institucional, destacando-se assim o papel de centralidade da liderança no processo de cuidar, juntamente ao usuário de saúde, são estratégias para o incentivo e fortalecimento da CSP na APS.

Uma CSP bem estabelecida resulta em benefícios não só para o paciente, como a oferta de um cuidado de qualidade e seguro, mas também, para o profissional e organização de saúde, já que, diagnosticadas e corrigidas as falhas nos processos, condições melhores de trabalho podem ser disponibilizadas, resultando em maior satisfação profissional e na melhoria do clima organizacional.

A partir do diagnóstico situacional, pontos fortes devem ser valorizados para fortalecimento da CSP, servindo como base para a superação dos pontos frágeis. Esses últimos, devem receber atenção especial, conhecendo-se os principais aspectos envolvidos e possíveis causas, e posterior plano de ação para mudanças processuais e otimização de resultados, em busca da qualificação da assistência e fortalecimento da CSP.

A APS como porta de entrada para o sistema de saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora de fluxos, está no centro da assistência em saúde, impactando diretamente no bem-estar de usuários e comunidade, e no uso de recursos assistenciais. Cuidados primários inseguros podem aumentar a morbidade e a mortalidade evitável, além de prejuízos para a saúde financeira organizacional, e assim, qualificar APS quanto à segurança do cuidado é essencial para a efetivação de um serviço de qualidade.

6.6. Análise fatorial do instrumento

Após análise fatorial do instrumento MOSPSC, restaram 48 perguntas, distribuídas em 11 dimensões/sessões.

Dal Pai et al. (2019) igualmente realizaram o processo, com o objetivo de analisar a confiabilidade e validade das propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento. Os resultados mostraram evidências de que foi alcançada a estrutura pré-estabelecida para o referido instrumento, sendo os resultados considerados confiáveis, devido ao ajuste do modelo da análise fatorial exploratória, indicando que a utilização do instrumento com a totalidade dos itens da escala apresentou resultados que não geram prejuízos para a avaliação da cultura de segurança.

Já Torijano-Casalengua et al. (2013), ao realizaram a análise fatorial, evidenciaram que o número de fatores extraídos foi de 15 (no AHRQ original o número de dimensões é 12). Ainda assim, a estrutura fatorial do questionário original e do estudo se manteve muito semelhante. A atribuição de variáveis é idêntica ao questionário original em 7 das 12 dimensões.

Webair et al. (2015), entretanto, ao traduzirem o instrumento para o árabe, excluíram as duas últimas dimensões do MOSPSC (“Troca de informações com outros setores” e “Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade”) devido à alta taxa de não resposta e não aplicabilidade, mantendo primeiramente duas dimensões acerca da segurança geral do paciente e classificações gerais de qualidade e classificação geral sobre segurança do paciente (seis itens), e mais dez dimensões da cultura relacionada à segurança do paciente (38 itens).

No estudo grego de Antonakos et al. (2021b), após o processo de análise fatorial, com coeficientes alfa de Cronbach aceitáveis e boa validade de construto, um modelo de oito fatores com 34 itens teve um desempenho melhor que o original. “Treinamento da equipe” e “Processos de trabalho e padronização” permaneceram com as mesmas composições da

ferramenta original. Três dos oito fatores eram uma mistura de itens de diferentes composições da ferramenta original (“Comunicação aberta”, “Aprendizagem organizacional” e “Percepção geral de segurança do paciente e qualidade”). As três composições restantes foram: “Comunicação sobre o erro”, “Troca de informações com outros setores” e “Seguimento da assistência ao paciente”.

A partir da validação portuguesa da ferramenta, o instrumento permaneceu com 34 itens agrupados em nove composições, com eliminação de “Troca de informações com outros setores” e “Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade”, assim como o estudo árabe, e “Processos de trabalho e padronização”. Resultados semelhantes à pesquisa grega foram obtidos, em que alguns fatores se tornaram uma mistura de diferentes itens da ferramenta original (EIRAS; ESCOVAL; SILVA, 2018).

Ainda em um estudo português, a versão já traduzida foi adaptada para o atendimento odontológico, e após processo de análise fatorial do instrumento, sua estrutura foi modificada, diferindo do modelo original, pela união de dois pares de dimensões: “Comunicação sobre o erro” com “Comunicação aberta”, e “Processos de trabalho e padronização” com “Pressão e ritmo de trabalho” (FIGUEIRA et al., 2022).

Como críticas, pesquisas brasileira, espanhola e portuguesa que realizaram o processo de tradução, validação e adaptação do MOSPSC, apontaram que o elevado número de questões do instrumento pode interferir na aderência à pesquisa, sugerindo-se, assim, até a redução do número de itens (TORIJANO-CASALENGUA et al., 2013; SILVESTRE-BUSTO et al., 2015; TIMM; RODRIGUES, 2016; FIGUEIRA et al., 2022).

Com a análise fatorial reduz-se a complexidade de uma quantidade de variáveis correlacionadas a uma estrutura relativamente mais simples, gerando em um número menor de fatores. A simplificação do instrumento utilizado poderia resultar em melhor compreensão, maior adesão pelos participantes e menos instrumentos não respondidos em sua totalidade.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como um limite da presente pesquisa, pode-se apontar a não realização de um estudo utilizando métodos mistos, também destacado por Antonakos et al. (2021a) e Araújo et al. (2022). A complementação da pesquisa, com o uso do método qualitativo, permitiria abordar questões complexas não captadas pelo método quantitativo, entendendo o fenômeno em profundidade. Para Creswell e Plano Clark (2010), os dados quantitativos são analisados com auxílio da estatística e podem revelar informações úteis, rápidas e confiáveis a respeito de um grande número de observações. Já técnicas qualitativas, como entrevistas, fornecem informações sobre a própria fala/discurso dos entrevistados, demonstrando diferentes perspectivas sobre a temática de estudo e delineando os aspectos subjetivos do fenômeno. Ambos os tipos de estudo têm potencialidades e limitações, porém, a vantagem da integração consiste em retirar o melhor de cada um, a fim de responder uma questão específica, fornecendo melhores possibilidades analíticas.

Outro fator limitante da pesquisa foi a existência de instrumentos não respondidos na íntegra, em especial, quando referentes às dimensões de avaliação do apoio de gestores e líderes, o que pode estar relacionado a um receio por parte dos profissionais de serem prejudicados ao exporem suas opiniões, ainda que ressaltado o caráter sigiloso da pesquisa, como levantado também por Raimondi et al. (2019). Ainda assim, considerando a ausência de tradição no Brasil quanto à avaliação da cultura de segurança na APS, pode-se considerar satisfatória a taxa de respostas obtida de 58,22%, corroborado pelo encontrado por Galhardi (2017), com 52%.

A presença de instrumentos não respondidos na íntegra pode ser justificada também pelo tamanho do próprio instrumento de coleta de dados, sendo esse extenso e demandando em alguns casos da presença da pesquisadora para auxílio no preenchimento, apesar de poder ser aplicado as diversas categorias profissionais atuantes na APS. Críticas a extensão do instrumento apontam à possibilidade de interferência na aderência à pesquisa, sugerindo-se, assim, a redução do número de itens.

A pandemia da COVID-19 também se apresentou como um fator limitante para a realização da pesquisa, uma vez que, impactou diretamente no processo de coleta de dados, demandando atualizações no cronograma apresentado. Adaptações foram realizadas, como a solicitação de autorização para coleta de dados de forma on-line, ainda assim, como a permissão para a coleta de dados dependia de diferentes agentes, o processo foi interrompido em consequência da pandemia.

Do mesmo modo, destaca-se a necessidade de incorporar a avaliação dos usuários acerca da cultura de segurança, uma vez que o cuidado deve ser centrado no paciente, tendo esse como base para formulação de protocolos e rotinas quanto à segurança em geral, fator limitante também apontado por Bohrer et al. (2021).

Espera-se, portanto, que os resultados apontados no presente estudo instiguem a realização de outras pesquisas na área, em virtude da necessidade da produção de dados científicos acerca da CSP na APS para serem incorporados à agenda da política de saúde brasileira, buscando-se a garantia de um cuidado mais seguro.

CONCLUSÃO

A pesquisa ora desenvolvida propiciou a compreensão do panorama da CSP na APS em um município do Triângulo Mineiro, do Brasil, bem como em outros locais nacionais e internacionais, demonstrados na revisão de literatura, permitindo constatar a visão dos profissionais acerca da temática. Entender aspectos amplos na perspectiva dos diversos profissionais envolvidos nos cuidados primários contribui para a discussão e tomada de decisões sobre o manejo adequado da assistência e do gerenciamento de riscos.

A revisão integrativa da literatura apresentou os resultados de 13 trabalhos sobre a aplicação do instrumento MOSPSC. Em síntese, os artigos analisados mostram que a CSP apresentou uma avaliação geral positiva (“muito bom” e “excelente”), sendo que as dimensões “Trabalho em equipe” e “Pressão e ritmo de trabalho” foram apontadas como a de melhor e pior escore, respectivamente.

Os resultados da aplicação do instrumento Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária (versão traduzida do MOSPSC), em um município do Triângulo Mineiro do Brasil, evidenciam que, das seis sessões presentes no instrumento, a Seção A (“Segurança do paciente e qualidade”), a Seção B (“Troca de informações com outras instituições”) e a Seção F (“Seu serviço de saúde”) consideraram uma CSP positiva, como pontos fortes dos processos de trabalho. A Seção C (“Trabalhando neste serviço de saúde”) e a Seção D (“Comunicação e acompanhamento”) consideraram uma CSP positiva, porém sem destaque como ponto forte ou fraco. Apenas a Seção E (“Apoio de gestores, administradores e líderes”) apontou uma cultura positiva, considerada, entretanto, ponto fraco, ou seja, que precisa de melhorias. Para a Seção G, que realiza uma avaliação global da qualidade do cuidado em saúde, com classificação do serviço de saúde quanto à cinco áreas distintas (centrado no paciente, efetivo, pontual, eficiente e imparcial), no geral, 86,6% dos profissionais classificaram os serviços de saúde como respostas positivas em relação à segurança (“bom”, “muito bom” e “excelente”).

O guia do instrumento também orienta que itens do MOSPSC sejam agrupados de acordo com 12 constructos da cultura de segurança que eles devem medir. Para esses, a média de respostas positivas foi de 70,17%. “Seguimento da assistência ao paciente” (90,1%), “Trabalho em equipe” (82,6%) e “Troca de informações com outros setores” (82,5%) foram os três constructos de maior pontuação, apresentando uma CSP positiva, como ponto forte, seguidas por “Aprendizagem organizacional” (78,5%), “Percepção geral de segurança do paciente e qualidade” (76,2%) e “Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade”

(75,8%). Os constructos “Apoio dos gestores na segurança do paciente” (58,2%) e “Comunicação aberta” (54,4%) apresentaram uma cultura positiva, porém, como ponto fraco, identificando-se as áreas que necessitam de melhorias. “Processo de trabalho e padronização” (73,2%), “Treinamento da equipe” (64%) e “Comunicação sobre o erro” (60,4%), foram considerados com uma cultura de segurança positiva, sem destaque como ponto forte ou fraco. E, por fim, apenas “Pressão e ritmo de trabalho” (27%) considera a CSP negativa.

Nesta pesquisa, foi realizada análise fatorial do instrumento MOSPSC, resultando em um questionário composto de 48 perguntas, distribuídas em 11 dimensões/seções. Assim como na revisão de literatura, a aplicação do instrumento em um município do Triângulo Mineiro apontou uma avaliação geral positiva quanto à CSP na APS com a aplicação do instrumento Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária (versão traduzida do MOSPSC).

Sendo assim, avaliar a CSP a partir da visão dos profissionais da APS identifica os desafios e fortalezas da cultura de segurança e contribui para a promoção e tomada de ações mais seguras e de maior qualidade para o cuidado em saúde. Essa hipótese pode ser confirmada pelos achados da pesquisa, uma vez que, ao evidenciar as áreas que demandam maior atenção e valorização na visão dos profissionais, surge como alerta e base para o levantamento de estratégias e barreiras contra possíveis erros e eventos adversos.

Os resultados positivos da pesquisa demonstram que há um avanço quanto à CSP em APS. Porém, elucidam não só as falhas e lacunas que demandam mudanças nos processos de trabalho, mas também a possibilidade de essas deficiências nem serem notadas e valorizadas por profissionais e gestores, reforçando a sugestão de que mais pesquisas sejam realizadas, com o objetivo entender o processo em sua profundidade, confirmando as evidências apresentadas no estudo.

Ainda que diante de diferentes desafios, como condições de trabalho, falhas na comunicação, liderança não participativa e as próprias especificidades da APS, diversas estratégias podem ser vislumbradas para o incentivo e fortalecimento da CSP na APS, tal como, o desenvolvimentos de mais pesquisas e debates acerca da temática, gestão de risco efetiva, promoção de condições de trabalho satisfatórias, gestão participativa e comunicativa, e reconhecimento da centralidade da liderança e do usuário de saúde no processo de cuidar.

Os resultados da pesquisa são dados locais e temporais, com embasamento científico, que expressam o status quo acerca da CSP, servindo como diagnóstico e ponto de partida para desenvolvimento de estratégias pelos gestores da APS do município pesquisado que visem o fortalecer a CSP.

Uma cultura de segurança estruturada favorece o pensamento crítico na assistência à saúde. Ainda assim, torna-se um desafio a oferta de subsídios para a discussão das realidades locais, no impulso para a implantação e promoção de medidas de segurança por parte das instituições de saúde, bem como do comprometimento por parte de todos os profissionais.

Gestores e líderes se destacam no papel de fomento da CSP no ambiente da APS, levando em consideração a complexidade do processo devido ao recente debate sobre a temática e o reconhecimento de que processos de mudança demandam tempo e empenho. Essas mudanças, entretanto, aspiram benefícios para a instituição, para os profissionais e, principalmente, para os usuários do SUS.

Cabe salientar a importância da inserção pelas universidades de conteúdos programáticos referentes à temática da segurança do paciente. Assim, seriam qualificados de maneira sólida e segura, os profissionais de saúde em fase de formação, sendo esses capazes de intervir no processo saúde/doença, por meio do uso de ferramentas que garantam a qualidade do cuidado, além da promoção do aprendizado contínuo, organizacional e científico.

Como perspectivas futuras, anseia-se por pesquisas que proporcionem evidências científicas que auxiliem na implementação de estratégias bem-sucedidas para a CSP na APS e o planejamento para impulsionar tais práticas. Espera-se, ainda, que o presente estudo inspire a realização de outros na área, evidenciando novas perspectivas, estando a temática presente nas agendas das políticas de saúde pública brasileira, para a garantia de um cuidado seguro e de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ACÁSIO, M.S. et al. Cultura de segurança do paciente no Serviço de Atenção Domiciliar. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 11, n. 1, e51411125174. Jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25174>.
- AGUIAR, T.L. et al. Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. **Interface**, [S.l.], v. 24, e190622. Ago. 2020. Suplemento 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190622>.
- AL DOWERI, H.F. et al. Patient's Safety Culture: Principles and Applications: Review Article. **European Scientific Journal**, [S.l.], v. 11, n. 15, p. 83-94. May 2015.
- ALBANEZ, R.S. et al. Cultura de segurança do paciente percebida por profissionais de saúde que atuam em unidades de terapia intensiva (UTI). **ENCICLOPÉDIA BIOSFERA**, Centro Científico Conhecer, [S.l.], v. 19, n. 39, p. 74-89. Mar. 2022. DOI: https://doi.org/10.18677/EnciBio_2022A6.
- AMARO, M.A.C.; BOHOMOL, E. Notificação de eventos *near miss* na atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 11, n. 5, p. 172-178. Dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n5.4145>.
- ANDRADE, L.E.L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Natal. v. 23, n.1, p. 161-172. Jan. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>.
- ANTONAKOS, I. et al. Patient Safety Culture Assessment in Primary Care Settings in Greece. **Healthcare**, [S.l.], v. 9, 880. July 2021a. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare9070880>.
- ANTONAKOS, I. et al. Psychometric Properties of the Greek Version of the Medical Office on Patient Safety Culture in Primary Care Settings. **Medicines**, [S.l.], v. 8, 42. Jul. 2021b. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicines8080042>.
- ARAÚJO, G.L. et al. Patient safety culture in primary health care: Medical office survey on patient safety culture in a Brazilian family health strategy setting. **PLoS ONE**, [S.l.], v. 17, n. 7, e0271158. Jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271158>.
- ASTIER-PEÑA, M.P. et al. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety? **European Journal of Public Health**, [S.l.], v. 25, n. 5, p. 781-787. Oct. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv066>.
- BATISTA, M.A.S.; GONÇALVES, R.C.M. Cultura de segurança do paciente na atenção primária. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 87973-81. Nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-282>.
- BEZERRIL, M.S. et al. Assessment of patient safety culture in Primary Health Care. **Enfermería Global**, [S.l.], v. 21, n. 67, p. 398-408. Sep. 2022. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.503031>.

BLUMENTHAL, K.J.; CHIEN, A.T.; SINGER, S.J. Relationship among team dynamics, care coordination and perception of safety culture in primary care. **Family Practice**, [S.l.], v. 35, n. 6, p. 718-723, Dec. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmy029>.

BOHRER, J.K.L. et al. Patient safety culture in Primary Health Care. **Rev Rene**, [S.l.], v. 22, e70874. Aug. 2021. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212270874>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2017b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011b. 436 p. (CONASS Documenta, 23).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde: Brasília. 28 jun. 2011a. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Ministério da Saúde: Brasília. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde: Brasília. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.095, DE 24 DE SETEMBRO DE 2013. **Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde: Brasília. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Ministério da Saúde: Brasília. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 57 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_financiamento_aps.pdf>. Acesso em 18 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **E-SUS APS**. Ministério da Saúde: Brasília. 2022. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/>>. Acesso em: 25 julho. 2022.

BRASIL. Secretária de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de fortalecimento das práticas de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde 2019-2022**. 2019. 67p.

CAMPELO, C.L. et al. Patient safety culture among nursing professionals in the intensive care environment. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.l.], v. 55, e03754. Jul. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016403754>.

CARRILLO, I. et al. Eventos adversos evitables en atención primaria. Estudio retrospectivo de cohortes para determinar su frecuencia y gravedad. **Atención Primaria**, [S.l.], v. 52, n. 10, p. 705-711. Dec. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.008>.

CHANELIERE, M. et al. Factors contributing to patient safety incidents in primary care: a descriptive analysis of patient safety incidents in a French study using CADYA (categorization of errors in primary care). **BMC Family Practice**, [S.l.], v. 19, 121. July 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0803-9>.

COSTA, D.B. et al. Patient safety culture: evaluation by nursing professionals. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.l.], v. 27, n. 3, e2670016. Aug. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>.

CRESWELL, J.W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research**. 2nd. Los Angeles: SAGE Publications. 2010. 457 p.

DAL PAI, S. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S.l.], v. 34, e34849. Apr. 2020a. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34849>.

DAL PAI, S. et al. Fatores Intervenientes da Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. **Revista Contexto & Saúde**, [S.l.], v. 20, n. 41, Edição Extra, p. 144-157. Dez. 2020b. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2020.41.144-157>.

DAL PAI, S. et al. Validação psicométrica de instrumento que avalia a cultura de segurança na Atenção Primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n.6, p. 642-645. Dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900089>.

DALCIN, T.C.; DAUDT, C.G. Associação Hospitalar Moinhos de Vento. **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática**. Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre, 2020. 220 p.

DALLA NORA, C.R.; BEGHETTO, M.G. Patient safety challenges in primary health care: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 73, n. 5, e20190209. July 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0209>.

DE VASCONCELOS, P.F. et al. Safety attributes in primary care: understanding the needs of patients, health professionals, and managers. **Public Health**, [S.l.], v. 171, p. 31-40. Mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.021>.

EDWARDS, M. T. An Organizational Learning Framework for Patient Safety. **American Journal of Medical Quality**, [S.l.], v. 32, n 2, p. 148-155. July 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/1062860616632295>.

EIRAS, M.; ESCOVAL, A.; SILVA, C. Patient Safety Culture in Portuguese Primary Care: Validation of the Portuguese Version of the Medical Office Survey. In: Stawicki, S.P.; Firstenberg, M.S. (Eds.). **Vignettes in Patient Safety**. Vol. 4. London: IntechOpen, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5772/intechopen.80035>.

EL ZOGHBI, M. et al. Improvement of the Patient Safety Culture in the Primary Health Care Corporation – Qatar. **Journal Patient Safety**, [S.l.], v. 17, n. 8, p. e1376-e1382, Dec. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000489>.

FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A.S. Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives. **Saúde em debate**, [S.l.], v. 42, n. 1 esp., p. 208-222. Sept. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>.

FAMOLARO, T. et al. **Medical Office Survey on Patient Safety Culture: 2016 User Comparative Database Report**. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2016. AHRQ Publication No. 16-0028-EF. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/2016/mosurvey2016pt1.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

FAMOLARO, T. et al. **Surveys on Patient Safety Culture (SOPSTM) Medical Office Survey: 2020 User Database Report**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2020. AHRQ Publication No. 20-0034 March 2020. 51 p.

FERNANDES, A.L.M. **Avaliação da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde**: identificando oportunidades de melhorias. 2019. 62 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina) - Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Natal, 2019.

FIGUEIRA C. et al. Patient safety culture in Portuguese dentistry: Instrument validity and reliability. **Revista Portuguesa de Estomatologia Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, [S.l.], v. 63, n. 2, p. 68-75. Jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.06.872>.

FLORES-GONZÁLEZ, M.T.; CRUZ-LEÓN A, MORALES-RAMÓN F. Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México. **Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social**, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 14-22. Marzo 2019.

FONTELLES, M.J. et al. Metodologia da Pesquisa Científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. 2009. **Revista Paraense de Medicina**, [S.l.], v. 23, n. 3. Ago. 2009.

GALHARDI, N.M. **Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde**. 2017. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos. 2017.

GALHARDI, N.M. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.l.], v. 31, n. 4, p. 409-416. Jul./Aug. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800057>.

HAGOPIAN, B. et al. Better medical office safety culture is not associated with better scores on quality measures. **Journal of Patient Safety**, [S.l.], v. 8, p. 15-21. Mar. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e31823d047a>.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 1ª ed. Porto Alegre: Bookman. 2005. 594p.

HEINRICHS, M.C.; WEIHERMANN, A.M.C.; ASCARI, R.A. Eventos adversos e o cuidado seguro de enfermagem na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S.l.], v. 95, n. 34, e-021048. Abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.961>.

HETTMANSPERGER, T.P.; SHEATHER, S.J. Confidence Interval Based on Interpolated Order Statistics. **Statistics & Probability Letters**, v. 4, 75-79. 1986. DOI: [https://doi.org/10.1016/0167-7152\(86\)90021-0](https://doi.org/10.1016/0167-7152(86)90021-0).

HICKNER, J. et al. Differing perceptions of safety culture across job roles in the ambulatory setting: analysis of the AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture. **BMJ Quality & Safety**, [S.l.], v. 25, n. 8, p. 588-94. Aug. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003914>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde 2019**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>>. Acesso em: 25 julho. 2022.

JUNGES, R. et al. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: uma revisão de escopo. **Recisatec - Revista Científica Saúde e Tecnologia**, ISSN 2763-8405. [S.l.], v. 2, n. 5, e25124, 2022. DOI: <https://doi.org/10.53612/recisatec.v2i5.124>.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S., editors. Committee on Quality of Health Care; Institute of Medicine. **To Err is Human**: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press; 2000. DOI: <https://doi.org/10.17226/9728>.

LATTIN, J.M.; CARROLL, J.D.; GREEN, P.E. **Análise de dados multivariados**. Tradução: Harue Avritscher. São Paulo: Cengage Learning. 2011.

LEEMIS, L.M.; TRIVEDI, K.S. A comparison of approximate interval estimators for the bernoulli parameter. **The American Statistician**, [S.l.], v. 50, n. 1, p. 63-68. Oct. 1996. DOI: <https://doi.org/10.2307/2685046>.

LIMA, I.S. et al. Contribuição da atenção primária à saúde para a segurança do paciente: revisão sistemática e metanálise. **Enfermagem Brasil**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 58-74. Oct. 2022. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v21i1.4865>.

MACEDO, L.L. et al. A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n.1, e0023368. nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00233>.

MACEDO, L.L. et al. Patient safety culture: evaluation of nurses in primary health care. **Enfermería Global**, n. 56, p. 387-397. Oct. 2019. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.352261>.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1 esp., p. 18-37. Set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.

MALHOTRA, N.K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 4 ed. Porto Alegre: Bookman. 2006. 720p.

MARCELINO, L.M.M.M.S. **Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários**. 2016. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) - Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Portugal, 2016.

MARCHON, S.G.; MENDES JUNIOR, W.V.; PAVÃO, A.L.B. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2313-30. Nov. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194214>.

MAZURENKO, O. et al. Examining medical office owners and clinicians perceptions on patient safety climate. **Journal Patient Safety**, [S.l.], v. 17, n. 8, p. e1514-e1521, Dec. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000540>.

MESQUITA, K.O. **Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: Estudo descritivo exploratório**. 2017. 114f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Curso de Medicina, Campus de Sobral, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2017.

MESQUITA, K.O. et al. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 2, p. 01-08. Abr./jun. 2016.

MOISÉS, M.S. **Cultura de segurança do paciente em um distrito de saúde na estratégia saúde da família no município de Manaus**. 2018. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Amazonas. 2018.

MORETTIN, L. G. **Estatística Básica**: probabilidade e inferência. 1ª ed. volume único. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2009. 376p.

OKUYAMA, J.H.H.; GALVAO, T.F.; SILVA, M.T. Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. **The Scientific World Journal**, [S.l.], v. 2018, p. 1-11. Jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Version 1.1. Tradução: realizada pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2011. (Relatório Técnico Lisboa, 2011). Disponível: <<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>>. Acesso: 4 dez. 2018.

ORNELAS, M.D.; PAIS, D.; SOUSA, P. Patient Safety Culture in Portuguese Primary Healthcare. **Quality in Primary Care**, v. 24, n. 5, p. 214-218. 2016.

PAESE, F.; SASSO, G.T.M.D. Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310. Abr./jun 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>.

PANESAR, S.S. et al. How safe is primary care? A systematic review. **BMJ Qual Saf.**, v. 25, n. 7, p. 544-53. 2016.

PEGORARO ALVES-ZARPELON, S.; PIVA KLEIN, L.; BUENO, D. Metas internacionais de segurança do paciente na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista de Ofil-Ilaphar**, (*first online*). mar. 2021. Disponível em: <<https://www.ilaphar.org/wp-content/uploads/2021/05/REV-Metas-internacionais-de-seguranca.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2022.

POHLMAN, K.A. et al. Attitudes and opinions of doctors of chiropractic specializing in pediatric care toward patient safety: a cross-sectional survey. **Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics**, [S.l.], v. 39, n. 7, p. 487-93. Sep. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2016.06.003>.

R CORE TEAM. **R DEVELOPMENT CORE TEAM. R: a language and environment for statistical computing**. Vienna, Áustria: Foundation for Statistical Computing. 2015. Disponível em: <<http://www.R-project.org>>. Acesso em: junho 2018.

RACZKIEWICZ, D. et al. Patient safety culture in Polish Primary Healthcare Centers. **International Journal for Quality in Health Care**, [S.l.], v. 31, n. 8, p. G60-G66. Oct. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz004>.

RAIMONDI, D.C. et al. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.l.], v. 40, n. esp., e20180133. Jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180133>.

RAMONI, R. et al. Open wide: looking into the safety culture of dental school clinics. **Journal of Dental Education**, [S.l.], v. 78, n. 5, p. 745-756. May 2014. DOI: <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2014.78.5.tb05726.x>.

RANZI, D.V.M. et al. Laboratory for innovation in Primary Health Care: implementation and results. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 26, n. 6, p. 1999-2011. Jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.02922021>.

REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**,

[S.l.], v. 18, n. 7, p. 2029-2036. Jul. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000700018>.

REIS, G.A.X. et al. Nurse manager perceptions of patient safety strategy implementation. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.l.], v. 26, n. 2, e00340016. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000340016>.

ROCHA, M.P.; VIANA, I.S.; VIEIRA, I.F. Segurança do paciente na atenção primária em saúde de um município brasileiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, e310420, dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310420>.

ROMERO, M.P.; GONZÁLEZ, R.B.; CALVO, M.S. La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. **Atención Primaria**, [S.l.], v. 49, n. 6, p. 343-350. June/July 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.009>.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, [S.l.], v. 21, n. 1, p.18-26. Feb. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>.

SESHIA, S.S. et al. Gating the holes in the Swiss cheese (part I): Expanding professor Reason's model for patient safety. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 187-197. Nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/jep.12847>.

SIEGEL, S.; CASTELLAN, N.J. **Nonparametric statistics for the behavioral sciences**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, Inc. 1988.

SILVA, A.C.A. et al. Patient safety in the hospital context: an integrative literature review. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, esp., p. 01-09. 2016. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v21i5.37763>.

SILVA, A.P.F. et al. Segurança do paciente na atenção básica em saúde. **Disciplinarum Scientia**, Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 18, n. 3, p. 563-573. 2017.

SILVA, C.R.O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa**: guia prático. Fortaleza: Editora da UFC, 2004.

SILVA, E.A. et al. Enfermagem na segurança do paciente na Atenção Primária. **Global Academic Nursing Journal**, [S.l.], v. 3, n. 1 e223. Abr. 2022b. DOI: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200223>.

SILVA, L.L.T. et al. Patient safety in Primary Health Care: Perception of the nursing team. **Escola Anna Nery**, [S.l.], v. 26, n. e20210130, nov. 2022a. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0130>.

SILVESTRE-BUSTO C. et al. Adaptación de la herramienta del cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC). **Revista de Calidad Asistencial**, [S.l.], v. 30, n. 1, p. 24-30. Enero, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2014.12.006>.

SORRA, J. et al. **AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide**. (Prepared by Westat, under Contract No. HHS290201300003C). AHRQ Publication No. 18-0037-EF (Replaces 08(09)-0059, 15(16)-0051-EF). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; July 2018. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/medical-office/Medical-Office-Users-Guide-2021.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SOUZA, M.M. et al. Patient safety culture in the Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 72, n. 1, p. 32-39. Jan./feb. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília; UNESCO, Ministério da Saúde. 2002. 726 p.

TASCA, R. et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Pan American Journal of Public Health**, [S.l.], v. 44, e4. Jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews**. Australia: The Joanna Briggs Institute, 2015. Disponível em: <<https://nursing.lsuhs.edu/jbi/docs/reviewersmanuals/scoping-.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

TIMM, M; RODRIGUES, M.C.S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.l.], v. 29, n. 1, p. 26-37. Jan./Feb. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600005>.

TORIJANO-CASALENGUA, M. L. et al. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. **Atención Primaria**, [S.l.], v. 45, n. 1, p. 21-37. Jan. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.07.003>.

VASCONCELOS, P.F. et al. Clima de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: análise de causa-raiz. **Revista Mineira de Enfermagem**, [S.l.], v. 25, e-1371. Abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762-20210019>.

VICARI, T.; LAGO, L.M.; BULGARELLI, A.F. Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional. **Saúde debate**, [S.l.], v. 46, n 132, p. 135-147. Jan./mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213209>.

VINCENTI, C.; AMALBERTI, R. **Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado**. Rio de Janeiro: Proqualis, 2016. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro%20-%20PDF.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2021.

WEBAIR, H.H. et al. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. **BMC family practice**, [S.l.], v. 16, n. 1, 136. Oct. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0355-1>.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, [S.l.], v. 20, n. 3. Jul./set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Safer Primary Care. Patient safety**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/. Acesso em: 26 out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Safer Health Care**. Geneva: WHO, 2004. Disponível: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf. Acesso: 4 dez. 2019.

YANSANE, A. et al. Assessing the patient safety culture in dentistry. **JDR Clinical & Translational Research**, [S.l.], v. 5. n. 4, Oct. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/2380084419897614>.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “*Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde em um município do Triângulo Mineiro, Brasil*”, sob a responsabilidade do pesquisador *Ana Luiza Rodrigues Inácio*. Trata-se de projeto para tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade de Brasília (Unb).

O objetivo desta pesquisa é identificar a visão dos profissionais da Atenção Primária acerca da cultura de segurança da paciente no município de Uberlândia/Minas Gerais, Brasil.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de preenchimento do instrumento “Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)”, versão português, bem como poderá ser convidado(a) a participação via entrevista, que ocorrerá com alguns servidores, e que será realizada de acordo com disponibilidade e interesse seu, em data e horários estabelecidos com antecedência a ocorrer na unidade de Saúde a qual pertence como servidor.

Não haverá riscos para você em consequência da pesquisa. Você não será exposto(a) a qualquer tipo de teste ou substâncias, drogas ou dispositivos para a saúde. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para benefícios coletivos, pois o estudo mostrará à comunidade, aos alunos e aos profissionais de Enfermagem as principais dificuldades e desafios frente a segurança do paciente na Atenção Primária, podendo contribuir diretamente na qualidade da assistência em saúde.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na *Universidade de Brasília* podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Ana Luiza Rodrigues Inácio, na Universidade de Brasília – UnB. Faculdade de Medicina Faculdade de Ciências de Saúde no telefone (64) 3107-1702, disponível inclusive para ligação a cobrar. Bem como pelo e-mail: analuizari@ufu.br.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Uberlândia, ____ de _____ de _____.

ANEXO A**Instrumento****Característica dos participantes**

1. Idade: _____ anos

1. Gênero:

Feminino

Masculino

3. Grau de instrução:

Ensino Médio Incompleto

Especialização Incompleta

Ensino Médio Concluído

Especialização Concluída

Ensino Superior Incompleto

Mestrado ou Doutorado Incompleto

Ensino Superior Concluído

Mestrado ou Doutorado Concluído

Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária

INSTRUÇÕES DA PESQUISA

Pense sobre a maneira como as coisas são feitas no serviço de saúde onde você trabalha e dê sua opinião sobre questões que afetam a segurança e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes.

Se uma questão não se aplica a você ou se você não sabe a resposta, por favor, marque “Não se aplica ou não sei”.

Se você trabalha em mais de um serviço de saúde, ao responder esta pesquisa, responda apenas sobre o local onde você a recebeu; não responda sobre sua prática de forma geral.

Se você trabalha em um local que possui outros serviços de saúde, responda somente em relação ao seu próprio local de trabalho.

SEÇÃO A: Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade

Os itens a seguir descrevem situações que podem ocorrer em serviços de saúde, afetando a segurança do paciente e a qualidade do cuidado. Pelos seus cálculos, com que frequência os fatos listados abaixo aconteceram em seu local de trabalho NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Acesso ao cuidado	Diariamente	Pelo menos uma vez na semana	Pelo menos uma vez ao mês	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não aconteceu nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
1. Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Identificação do paciente							
2. No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Prontuários/registros							
3. O prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
4. Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Equipamento							
5. Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO A: Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade (continuação)

Com que frequência os fatos listados abaixo aconteceram em seu local de trabalho NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Medicamento	Diariamente	Pelo menos uma vez na semana	Pelo menos uma vez ao mês	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não aconteceu nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
6. O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
7. Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Diagnósticos & testes							
8. Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
9. Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
10. Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO B: Troca de informações com outras instituições

Nos últimos 12 meses, com que frequência *este* serviço de saúde apresentou problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com:

	Problemas diariamente	Problema pelo menos uma vez na semana	Problema pelo menos uma vez ao mês	Vários problemas nos últimos 12 meses	Um ou dois problemas nos últimos 12 meses	Nenhum problema nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
1. Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
2. Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
3. Farmácias?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
4. Hospitais?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Outros? Por favor, especifique: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO C: Trabalhando neste serviço de saúde

Quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1. Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

4. Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
15. A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO D: Comunicação e Acompanhamento

Com que frequência os fatos a seguir ocorrem neste serviço?	Nunca	Raramente	As vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica ou não sei
1. Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Neste serviço a equipe tem recuo de fazer perguntas quando algo não parece correto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO E: Apoio de gestores/administradores/líderes

A. Você é gestor/administrador ou tem algum cargo de liderança com responsabilidade para tomar decisões financeiras pelo serviço?

1 Sim → *Vá para Seção F*

2 Não → *Continue abaixo*

Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre os gestores/líderes do seu serviço?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1. Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO F: Seu serviço de saúde

Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1. Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. E apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO G: Avaliação global

Avaliação global da qualidade

1. No geral, como você classificaria este serviço de saúde em cada uma das seguintes áreas de qualidade de cuidados de saúde?

		Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
a. Centrado no paciente:	É sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Seguro:	É baseado no conhecimento científico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Pontual:	Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Eficiente:	Garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Imparcial:	Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de sexo, etnia, status socioeconômico, idioma etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Avaliação geral em segurança do paciente

2. No geral, como você classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham o potencial de afetar pacientes?

Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO H: Questões sobre a prática profissional

1. Há quanto tempo você trabalha neste serviço?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. Há menos de 2 meses | <input type="checkbox"/> d. De 3 anos a menos de 6 anos |
| <input type="checkbox"/> b. De 2 meses a menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> e. De 6 anos a menos de 11 anos |
| <input type="checkbox"/> c. De 1 ano a menos de 3 anos | <input type="checkbox"/> f. Há 11 anos ou mais |

2. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste serviço?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. 1 a 4 horas por semana | <input type="checkbox"/> d. 25 a 32 horas por semana |
| <input type="checkbox"/> b. 5 a 16 horas por semana | <input type="checkbox"/> e. 33 a 40 horas por semana |
| <input type="checkbox"/> c. 17 a 24 horas por semana | <input type="checkbox"/> f. 41 horas por semana ou mais |

3. Qual é o seu cargo neste serviço? Marque UMA categoria que melhor se aplica ao seu trabalho.

- a. Médico
- b. Enfermeiro
- c. Gerência
- Administrador
Gerente de Enfermagem
Gerente de laboratório
Outro gerente: _____
- d. Equipe administrativa
- Registros médicos
Recepção
Recepção
Encarregado dos agendamentos (consultas, exames, cirurgia etc.),
Outro cargo administrativo: _____
- e. Técnico de Enfermagem
- f. Outro pessoal clínico:
- Técnico de Laboratório
Técnico em Saúde Bucal
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Odontólogo | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> Nutricionista |
| <input type="checkbox"/> Farmacêutico | <input type="checkbox"/> Psicólogo | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Assistente Social | <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde | |
| <input type="checkbox"/> Outra função. Por favor, especifique: _____ | | |

SEÇÃO I – Seus comentários

Por favor sinta-se à vontade para fazer os comentários que você queira sobre segurança e qualidade assistencial no serviço onde você trabalha.

OBRIGADO POR COMPLETAR ESTA PESQUISA.

ANEXO B

Autorização do uso do instrumento validado no Brasil



Universidade de Brasília - UnB
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Brasília – DF, 01 de fevereiro de 2019.

A/C Dra. Dr.^a Maria Cristina Soares Rodrigues e M.a. Ana Luíza Rodrigues
Inácio

Prezados,

Agradecemos o interesse pelo estudo *“Adaptação Transcultural do Questionário Medical Office Survey on Patient Culture sobre Segurança do Paciente para Atenção Primária”*.

A respeito de solicitação para o uso do instrumento adaptado e validado *“Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”* segue o consentimento formal.

Formulário de Autorização para uso do instrumento:

Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária

Autor responsável: Enfa. Ma. Márcia Timm

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues

Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Publicado por: Márcia Timm e Maria Cristina Soares Rodrigues

Especificações:

- 1- Nenhuma alteração, adição ou deleção é permitida.
- 2- A permissão só se aplica à pesquisa especificada nesta correspondência.
- 3- A fonte original deve ser citada: Timm M, Rodrigues MCS. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(1):26-37.

A permissão das autoras, concedida nos termos supramencionados, é representada por:


Márcia Timm
SES 1435/21-8
COORDEN - DF 20073



Universidade de Brasília - UnB
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

 Enfª Marcia Timm
SES 1435121-0
COREN - DF 83073

Marcia Timm

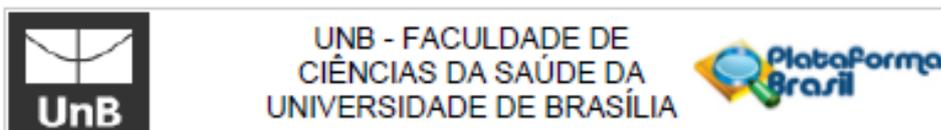
Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília.

Solicitante: M.a. Ana Luiza Rodrigues Inácio

Data: 01/02/2019

ANEXO C

Aprovação CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO TRIÂNGULO MINEIRO, BRASIL

Pesquisador: Ana Luiza Rodrigues Inácio

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12949219.3.0000.0030

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

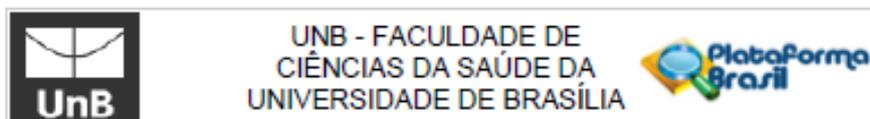
Número do Parecer: 3.498.447

Apresentação do Projeto:

Resumo: Introdução: Questões associadas à segurança do paciente apresentam-se como pauta de destaque nos debates atuais sobre saúde, pensando-se a temática como um problema de saúde pública, uma vez que riscos e ocorrências de eventos adversos que provocam danos ao paciente têm aumentado, e entendendo-se dessa forma, a segurança do paciente como dimensão fundamental para a qualidade da assistência em saúde. Tema mais comum de discussão no âmbito hospitalar, sabe-se, porém, que na Atenção Primária à Saúde os erros e consequentemente os eventos adversos também ocorrem e comprometem a segurança do paciente. Objetivos: Analisar a percepção dos profissionais da Atenção Primária em Saúde acerca da cultura de segurança do paciente no município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. Metodologia: Será realizado estudo descritivo, com pesquisa de campo e abordagem metodológica mista – quantitativa e qualitativa. Farão parte da pesquisa profissionais que integram as Equipes de Saúde da Família do município de Uberlândia – Minas Gerais (MG), por meio do preenchimento do Instrumento Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC), traduzido para o português brasileiro e validado como "Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária", e entrevista semiestruturada. Os dados quantitativos serão organizados e armazenados em planilhas do programa Microsoft

Excel®, utilizando-se para análise o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. Serão calculadas medidas de posição e dispersão, cálculo de porcentagem, como também, o uso

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.495.447

Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_COPARTICIPANTE_1.docx	23/07/2019 23:02:38	Ana Luiza Rodrigues Inácio	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	23/07/2019 23:02:01	Ana Luiza Rodrigues Inácio	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_RESPONSABILIDADE_COMPROMISSO_PESQUISADOR.pdf	02/05/2019 12:21:56	Ana Luiza Rodrigues Inácio	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_RESPONSABILIDADE_COMPROMISSO_PESQUISADOR.doc	02/05/2019 12:20:33	Ana Luiza Rodrigues Inácio	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	03/04/2019 11:48:33	Ana Luiza Rodrigues Inácio	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	29/03/2019 00:47:04	Ana Luiza Rodrigues Inácio	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 09 de Agosto de 2019

Assinado por:
Marie Togashi
 (Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfurb@gmail.com

ANEXO D

Transferência direitos autorais à revista científica



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Enfermagem
Acta Paulista de Enfermagem



**Autorização para publicação e transferência dos direitos
autorais à Acta Paulista de Enfermagem**

**Título do manuscrito: Aploação do Medial Office Survey on Patient Safety Culture:
revisão sistemática**

Os autores abaixo relacionados autorizam a publicação do manuscrito acima citado após ter sido aprovado no processo editorial da revista Acta Paulista de Enfermagem, e concordam que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Acta Paulista de Enfermagem, proibindo qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farão constar o competente agradecimento à Acta Paulista de Enfermagem.

Nome completo e Assinatura do(s) autor(es)

Data: 19 de maio de
2020.

1º Autor:

Ana Luiza Rodrigues Inácio

Ana Luiza Rodrigues Inácio

2º Autor:

Maria Cristina Soares Rodrigues

Maria Cristina Soares Rodrigues