

# Esgotamento profissional e cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde

*Professional burnout and patient safety culture in Primary Health Care*

*Agotamiento profesional y cultura de seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud*

**Vitória Talya dos Santos Sousa<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-5403-2820

**Hirlana Girão Dias<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-3550-1062

**Fernanda Pereira de Sousa<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-3863-8937

**Roberta Meneses Oliveira<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-5803-8605

**Edmara Chaves Costa<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0007-6681

**Patrícia Freire de Vasconcelos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6158-9221

<sup>I</sup>Universidade da Integração Internacional da Lusofonia  
Afro-Brasileira. Redenção, Ceará, Brasil.

<sup>II</sup>Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

## Como citar este artigo:

Sousa VTS, Dias HG, Sousa FP, Oliveira RM, Costa EC, Vasconcelos PF. Professional burnout and patient safety culture in Primary Health Care. Rev Bras Enferm. 2023;76(3):e20220311. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0311pt>

## Autor Correspondente:

Vitória Talya dos Santos Sousa  
E-mail: [vitoriatsantossousa@gmail.com](mailto:vitoriatsantossousa@gmail.com)



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Renata Karina Reis

**Submissão:** 27-06-2022

**Aprovação:** 30-01-2023

## RESUMO

**Objetivos:** analisar a associação entre risco de esgotamento profissional (*burnout*) e cultura de segurança na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** estudo transversal realizado em 18 Unidades Básicas de Saúde do Nordeste brasileiro. Foram utilizados três questionários: sociodemográfico, *Maslach Burnout Inventory* e *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** participaram 78 trabalhadores de saúde, dos quais 64,1% apresentaram risco reduzido de *burnout*; e 11,5%, elevado risco ( $p=0,000$ ). Foram identificadas como dimensões fragilizadas da cultura de segurança: Pressão no trabalho e ritmo; Apoio de gestores, administradores e líderes; Avaliação global da qualidade; e Avaliação global da segurança do paciente. **Conclusões:** constatou-se associação entre baixo risco de desenvolvimento da síndrome de *burnout* e avaliação positiva da cultura de segurança.

**Descritores:** Esgotamento Profissional; Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Pessoal de Saúde; Cultura Organizacional.

## ABSTRACT

**Objectives:** to analyze the association between the risk of occupational exhaustion (*burnout*) and safety culture in Primary Health Care. **Methods:** cross-sectional study conducted in 18 Primary Health Care Units in the Northeast of Brazil. Three questionnaires were used: sociodemographic, *Maslach Burnout Inventory*, and the *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** seventy-eight healthcare workers participated, of which 64.1% presented a reduced risk of *burnout*; and 11.5%, a high risk ( $p=0.000$ ). The following were identified as weakened dimensions of safety culture: Work pressure and pace; Owner, managing partners, leadership support; Overall ratings on quality; and Overall rating on patient safety. **Conclusions:** an association was found between low risk of developing *burnout* syndrome and positive evaluation of safety culture.

**Descriptors:** Occupational Burnout; Patient Safety; Primary Health Care; Health Personnel; Organizational Culture.

## RESUMEN

**Objetivos:** analizar la relación entre riesgo de agotamiento profesional (*burnout*) y cultura de seguridad en la Atención Primaria de Salud. **Métodos:** estudio transversal realizado en 18 Unidades Básicas de Salud del Noreste brasileño. Fueron utilizadas tres encuestas: sociodemográfica, *Maslach Burnout Inventory* y *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*. El estudio fue aprobado por Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** participaron 78 trabajadores de salud, de los cuales 64,1% presentaron riesgo reducido de *burnout*; y 11,5%, elevado riesgo ( $p=0,000$ ). Fueron identificadas como dimensiones de debilidades de la cultura de seguridad: Presión en el trabajo y ritmo; Apoyo de gestores, administradores y líderes; Evaluación global de la calidad; y Evaluación global de la seguridad del paciente. **Conclusiones:** constatada relación entre bajo riesgo de desarrollo del síndrome de *burnout* y evaluación positiva de la cultura de seguridad.

**Descriptores:** Agotamiento Profesional; Seguridad del Paciente; Atención Primaria de Salud; Personal de Salud; Cultura Organizacional.

## INTRODUÇÃO

Na Atenção Primária à Saúde (APS), ainda são insuficientes as ações voltadas para a segurança do paciente, bem como existe a necessidade de institucionalização da cultura de segurança nesse cenário de cuidado<sup>(1-2)</sup>. Além disso, problemas na comunicação, relações no trabalho e infraestrutura são relatados como possíveis preditores para falhas na APS<sup>(3-4)</sup>.

A APS é a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, além de mantenedora de vínculo com os usuários, proporcionando um cuidado integral e específico às necessidades da população. Nesse espectro, fatores como disposição de insumos, encaminhamento, ética profissional, procedimentos técnicos, entre tantos outros, se conduzidos de forma inadequada, podem impactar negativamente a qualidade dos cuidados prestados, levando a riscos ou danos evitáveis<sup>(5)</sup>.

Nessa questão, já é demonstrado que, mesmo que de forma leve, eventos adversos (EA) — incidentes decorrentes da assistência à saúde que causam dano ao paciente — têm sido identificados na APS de diversos países. Na Espanha, por exemplo, uma análise retrospectiva identificou 168 EAs em pacientes adultos e pediátricos, enquanto, na Inglaterra e País de Gales, 1.456 laudos de pacientes registraram incidentes no cuidado odontológico<sup>(6-7)</sup>.

Diante disso, cabe destacar a importância da cultura de segurança nas unidades de cuidado, ou seja, daquela na qual todos os trabalhadores assumem a responsabilidade pela segurança de pacientes e seus familiares, de seus colegas e a sua própria; e a cultura punitiva é substituída por análises processuais, dando espaço para aprendizados e melhorias com base nas falhas<sup>(8)</sup>.

Nesse sentido, sabe-se que os danos decorrentes da assistência à saúde geralmente estão presentes em instituições onde há sobrecarga de trabalho resultante da falta de profissionais e carência de capacitação<sup>(9)</sup>. Excessivos e prolongados níveis de estresse no trabalho podem dar início ao processo de desenvolvimento da síndrome de *burnout* ou esgotamento profissional. Características individuais associadas ao ambiente e ao trabalho propiciam o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome: exaustão emocional, distanciamento afetivo e baixa realização profissional<sup>(10)</sup>.

Isto posto, o esgotamento profissional é tido como um risco, visto que, ao se exaurirem durante a jornada de trabalho, os profissionais tendem a não prestar uma assistência efetiva, podendo gerar prejuízos a si, aos pacientes e aos serviços de saúde<sup>(11-12)</sup>.

## OBJETIVOS

Analisar a associação entre risco de esgotamento profissional (*burnout*) e cultura de segurança na Atenção Primária à Saúde.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

O estudo foi apreciado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa e seguiu todos os preceitos éticos por ele exigidos.

## Desenho, período e local do estudo

Estudo com abordagem quantitativa, do tipo transversal, desenvolvido em conformidade com as diretrizes da lista de verificação para estudos transversais *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)<sup>(13)</sup>.

Foi realizado em 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de municípios do estado do Ceará (CE), Brasil, entre outubro de 2019 e fevereiro de 2020.

## População e amostragem

A população foi composta por todos os trabalhadores de saúde vinculados às UBSs: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, médico, cirurgião dentista, técnico de saúde bucal, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, gerente e técnico de farmácia. Adotou-se a amostragem não probabilística, por conveniência. Foram incluídos, portanto, aqueles trabalhadores vinculados às UBSs e que estavam presentes no momento da visita dos pesquisadores. Ao mesmo tempo, excluíram-se aqueles que estavam de férias ou licença.

## Protocolo do estudo

A coleta dos dados aconteceu por adesão voluntária. Os trabalhadores de saúde presentes nas UBSs foram convidados a participar da pesquisa, e aqueles que aceitaram responderam aos instrumentos autopreenchíveis imediatamente ou agendaram a entrega para uma data posterior.

Inicialmente, foi feita a avaliação do perfil dos participantes da pesquisa por meio de um questionário de dados sociodemográficos e laborais, que incluía as seguintes variáveis: profissão e tempo de exercício, tempo de trabalho na unidade e em outros locais, carga horária semanal de trabalho, plantões noturnos e aos finais de semana.

Para avaliação do esgotamento emocional, foi aplicado o instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS), traduzido e validado no Brasil<sup>(14)</sup>. A escala apresenta 22 itens, sendo nove relacionados a esgotamento emocional (EE), que avalia as queixas sobre sentir-se no limite e exausto pelo trabalho; cinco, à despersonalização (DE), que mede respostas impessoais e a falta de empatia durante a atividade profissional; e oito relacionados à realização pessoal (RP), avaliando os sentimentos de competência e conquista de sucesso no trabalho. As respostas estavam distribuídas em escala tipo Likert de sete pontos: 0) nunca; 1) algumas vezes ao ano; 2) uma vez ao mês; 3) algumas vezes por mês; 4) uma vez por semana; 5) algumas vezes por semana; e 6) todos os dias<sup>(14)</sup>.

A avaliação do esgotamento profissional foi realizada de acordo com as três dimensões citadas (EE, DE e RP), classificadas nos níveis baixo, moderado e alto. Neste estudo, empregou-se o termo Ineficácia, como indicativo de uma baixa realização profissional. Cada subescala é avaliada separadamente, e cada uma possui pontos de corte: EE - alto  $\geq 27$ , moderado 17 a 26, baixo  $\leq 16$ ; DE - alto  $\geq 13$ , moderado 7 a 12, baixo  $\leq 6$ ; e Ineficácia - alto 0 a 31, moderado 32 a 38, baixo  $\geq 39$ <sup>(15)</sup>. Entretanto, os valores propostos pelo autor foram aplicados com inversão na

subescala Realização Profissional: alta  $\geq 39$ , moderada/média 32 a 38, e baixa 0 a 31. Isso foi necessário porque ainda não existe consenso na literatura sobre como deve ser realizada a classificação da síndrome de acordo com os resultados do MBI-HS, e aqui se propõe que isso seja feito segundo uma relação entre as subescalas, conforme recomendações de autores<sup>(16)</sup>.

Um índice alto em exaustão emocional ou despersonalização, ou baixo em realização profissional, constitui um indicativo de risco de ocorrência da síndrome, gerando um ponto no escore de risco. Diante disso, têm-se que: trabalhadores com três pontos apresentam *burnout*; com dois pontos, alto risco; com um ponto, médio risco; e com médio/baixo EE ou DE e médio/alto RP demonstram baixo risco.

Para a avaliação da cultura de segurança, foi utilizado o Questionário *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* – (MOSPSC), desenvolvido em 2007 pela Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), traduzido e validado no Brasil<sup>(17)</sup>. O instrumento de avaliação é constituído de 51 perguntas que medem 12 dimensões do construto da segurança do paciente, nas quais a interpretação dos resultados se baseou. São consideradas com pontos fortes (fortalecidas) aquelas com 75% de respostas positivas; que podem melhorar (potencialidades), com respostas positivas menores que 75% e maiores que 50%; e, por fim, aquelas em que as respostas positivas foram menores que 50% foram consideradas mais frágeis (fragilizadas)<sup>(18)</sup>.

Além disso, cada dimensão foi analisada separadamente, calculando-se o percentual de positividade em cada uma. Para tanto, foi utilizado o seguinte cálculo: [número de respostas positivas aos itens da dimensão / número total de respostas válidas aos itens da dimensão (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes e respostas “não se aplica” ou “não sei”)]  $\times 100$ <sup>(18)</sup>.

### Análise dos resultados e estatística

Nas variáveis categóricas (sexo, profissão, tempo de exercício na profissão e na unidade, carga horária de trabalho na instituição e total, exercício de atividade profissional em outro local, plantão noturno e trabalho em outros locais), foram usadas frequências absolutas e relativas; e as numéricas (idade em anos, escores médios das dimensões dos questionários MBI-HSS e MOSPSC) foram descritas como média, desvio-padrão, mediana, valor mínimo, valor máximo e intervalo de confiança para 95% (IC95%), quando pertinente.

Para o teste de hipóteses, considerando as variáveis categóricas, foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson e teste Exato de Fisher. O nível de significância foi de 5%; e empregou-se, no processamento estatístico, o software de domínio público Epi Info, versão 7.2.1.0 (CDC, Atlanta, EUA).

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 78 trabalhadores de saúde, dos quais: 64 (82%) mulheres, 42 (53,8%) solteiros ou divorciados e 36 (46,2%) casados. Quanto à categoria profissional, eram 21 técnicos de enfermagem (26,9%), 19 enfermeiros (24,3%), 11 médicos (14,1%), 11 dentistas (14,1%), 4 auxiliares de saúde bucal (5,1%), 3 auxiliares de enfermagem (3,8%), 2 fisioterapeutas (2,6%), 2 gestores (2,6%), 2 técnicos em farmácia (2,6%), 1 fonoaudiólogo

(1,3%), 1 educador físico (1,3%) e 1 técnico em saúde bucal (1,3%). A média de idade foi 34 anos.

Grande parcela dos entrevistados tinha tempo de profissão entre um e cinco anos (32%), mesmo período durante o qual a maioria trabalhava na Unidade em que foram entrevistados (53,8%). No que se refere à carga horária de trabalho na UBS, 63 (80,8%) trabalhavam 40 horas semanalmente. Ao serem indagados se exerciam atividades laborais em outros locais, pouco mais da metade (59%) respondeu que não; isso interfere diretamente no questionamento seguinte, sobre carga horária de trabalho total (considerando-se todos os locais de serviço), a qual é de 40 horas semanais para a maioria (64,1%).

Na Tabela 1, são apresentados os percentuais obtidos em cada um dos itens do MBI-HSS. Inicialmente, analisando-se a subescala Exaustão Emocional (EE), chamam atenção os itens “Eu me sinto emocionalmente sugado pelo meu trabalho” e “Eu me sinto consumido no fim de um dia de trabalho”, em que, ao somar-se os três últimos pontos da escala, tem-se que 51,3% e 56,4%, respectivamente, sentem-se dessa forma ao menos algumas vezes por mês.

Tratando-se da subescala Despersonalização (DP), em todos os itens, a maior parte dos trabalhadores (67,4%) afirmou nunca passar pelas situações descritas. Entretanto, merece destaque o fato de 15,4% dos entrevistados afirmarem que todos os dias têm a sensação de que “[...] este emprego esteja me endurecendo emocionalmente”. Por fim, no que tange à terceira subescala, Realização Pessoal (RP), neste caso, com resultados considerados positivos conforme maior frequência das situações relatadas, a maioria (74%) respondeu que as percebe algumas vezes na semana ou todos os dias. Porém, no item “No meu trabalho, eu lido com problemas emocionais muito tranquilamente”, 20,5% dos entrevistados informaram acontecer apenas algumas vezes por mês.

As subescalas do MBI-HSS também foram analisadas de acordo com a distribuição de frequências e conforme o nível de risco de *burnout*. De forma geral, a maior parte dos trabalhadores apresentou baixo nível de EE (59%) e DP (66,7%); e alto nível de RP (56,4%). Entretanto, chama a atenção que 20,5% dos profissionais tenham demonstrado nível alto de exaustão, ao mesmo tempo que 19,2%, nível baixo de realização. Tratando-se do risco de *burnout*, é positivo que 64,1% dos profissionais mostrem reduzido risco. Porém, cabe ressaltar a presença de nove profissionais com elevado risco. Todos os valores são demonstrados na Tabela 2.

Partindo para o MOSPSC, quando analisadas as médias das dimensões da cultura de segurança do paciente, foram identificadas como fragilizadas: Pressão no trabalho e ritmo (28,2%); Apoio de gestores, administradores e líderes (39,2%); Avaliação global da qualidade (47,6%); e Avaliação global da segurança do paciente (44,9%). A classificação das demais dimensões está descrita na Tabela 3.

Diante do exposto, considerou-se pertinente analisar a relação entre o risco de síndrome de *burnout* e a cultura de segurança do paciente. Para tanto, as variáveis foram dicotomizadas, no sentido da aplicação do teste de Fisher para validação da análise. A Tabela 4 demonstra a relação com a Avaliação global da qualidade, e a maioria dos participantes considerou a dimensão como “potencialidade” ou “fragilizada” (67,9%). Porém, ressalta-se, entre os que a consideraram positiva, que a maioria (24) tem risco reduzido ou moderado para a síndrome.

**Tabela 1** – Percentual da frequência relativa de cada item do *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS), dentro da correspondente dimensão, para profissionais de saúde da Atenção Primária (N = 78), Redenção, Ceará, Brasil, 2020

Subescalas e Itens	Escore de Intensidade - %						
	0	1	2	3	4	5	6
<b>Exaustão Emocional</b>							
<i>Eu me sinto emocionalmente sugado pelo meu trabalho</i>	23,1	19,2	6,4	24,4	2,6	15,4	8,9
<i>Eu me sinto consumido no fim de um dia de trabalho</i>	16,7	14,1	12,8	20,5	9,0	15,4	11,5
<i>Eu me sinto fatigado quando levanto pela manhã e tenho que encarar outro dia neste emprego</i>	37,2	12,8	10,3	17,9	6,4	6,4	9,0
<i>Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente uma grande tensão para mim</i>	46,1	16,7	9,0	10,3	7,7	5,1	5,1
<i>Eu me sinto esgotado pelo meu trabalho</i>	30,8	24,4	10,3	14,1	6,4	8,9	5,1
<i>Eu me sinto frustrado pelo meu emprego</i>	56,4	25,6	5,1	3,9	1,3	3,9	3,9
<i>Eu sinto que eu estou trabalhando duro demais no meu emprego</i>	38,5	20,5	5,1	12,8	2,6	15,4	5,1
<i>Trabalhar diretamente com pessoas coloca muito estresse em mim</i>	33,3	11,5	20,5	15,4	2,6	9,0	7,7
<i>Eu sinto como se estivesse no fim da linha</i>	76,9	15,4	1,3	3,8	-	-	2,6
Média Percentual dos Escores – Exaustão Emocional	39,9	16,8	9,0	13,7	4,3	8,8	6,5
<b>Despersonalização</b>							
<i>Eu sinto que eu trato alguns pacientes como se eles fossem objetos</i>	80,8	7,7	3,9	2,5	2,5	1,3	1,3
<i>Eu fiquei mais insensível em relação às pessoas desde que eu peguei esse emprego</i>	62,8	7,7	9,0	5,1	3,9	5,1	6,4
<i>Eu me preocupo que este emprego esteja me endurecendo emocionalmente</i>	56,4	11,5	3,9	9,0	3,8	-	15,4
<i>Eu realmente não me preocupo com o que acontece com alguns pacientes</i>	78,3	6,5	3,8	3,8	3,8	-	3,8
<i>Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns de seus problemas</i>	58,9	14,1	6,4	2,6	5,1	10,3	2,6
Média Percentual dos Escores – Despersonalização	67,4	9,5	5,4	4,6	3,8	3,4	5,9
<b>Realização Profissional</b>							
<i>Eu consigo compreender facilmente como meus pacientes se sentem a respeito das coisas</i>	-	2,6	5,1	7,7	2,6	19,2	62,8
<i>Eu lido de forma efetiva com os problemas dos meus beneficiários</i>	3,8	3,8	5,1	10,3	5,1	18,0	53,9
<i>Eu sinto que eu influencio de forma positiva as outras pessoas através do meu trabalho</i>	2,6	1,3	-	1,3	12,8	26,9	55,1
<i>Eu me sinto muito disposto</i>	10,3	5,1	5,1	6,4	6,4	30,8	35,9
<i>Eu posso facilmente criar um clima descontraído com meus pacientes</i>	2,6	2,6	1,3	10,3	8,9	28,2	46,1
<i>Eu me sinto animado depois de trabalhar bem próximo aos meus pacientes</i>	-	3,9	2,6	12,8	6,4	28,2	46,1
<i>Eu tenho realizado muitas coisas que valem à pena neste emprego</i>	3,8	-	1,3	9,0	6,4	29,5	50,0
<i>No meu trabalho, eu lido com problemas emocionais muito tranquilamente</i>	3,9	5,1	3,9	20,5	5,1	19,2	42,3
Média Percentual dos Escores – Realização Profissional	3,4	3,0	3,0	9,8	6,8	25,0	49,0

0 – Nunca; 1 – Algumas vezes por ano; 2 – Uma vez por mês; 3 – Algumas vezes por mês; 4 – Uma vez por semana; 5 – Algumas vezes por semana; 6 – Todos os dias.

**Tabela 2** – Distribuição das frequências e medidas do nível de *burnout* (MBI-HSS), de acordo com as dimensões do MBI-HSS entre profissionais de saúde (N = 78), Redenção, Ceará, Brasil, 2020

Subescala		Alto	Níveis Médio	Baixo	Escore Médio (DP) Mín - Méd - Máx
Exaustão Emocional	n (%)	16 (20,5)	16 (20,5)	46 (59,0)	16,0 (11,4)
Valor de p	IC <sub>95%</sub>	[12,2 - 31,2]	[12,2 - 31,2]	[47,2 - 70,0]	0,0 - 13,5 - 46,0
Despersonalização	n (%)	08 (10,3)	18 (23,1)	52 (66,7)	5,1 (5,0)
Valor de p	IC <sub>95%</sub>	[4,5 - 19,2]	[14,3 - 34,0]	[55,1 - 76,9]	0,0 - 5,0 - 18,0
Realização Profissional	n (%)	44 (56,4)	19 (24,4)	15 (19,2)	38,8 (7,1)
Valor de p	IC <sub>95%</sub>	[44,7 - 67,6]	[15,4 - 35,4]	[11,2 - 29,7]	19,0 - 40,0 - 48,0
Elevado risco de <i>burnout</i>		09 (11,5) - IC <sub>95%</sub> [5,4 - 20,8]			Valor de p
Moderado risco de <i>burnout</i>		19 (24,4) - IC <sub>95%</sub> [15,4 - 35,4]			0,000
Reduzido risco de <i>burnout</i>		50 (64,1) - IC <sub>95%</sub> [52,4 - 74,7]			

n – valor absoluto; (%) valor relativo; IC<sub>95%</sub> – intervalo de confiança 95%; DP – desvio-padrão; Mín. – escore mínimo; Méd. – escore mediano; Máx. – escore máximo; Estatística: teste qui-quadrado de Pearson.

**Tabela 3** – Dimensões da cultura de segurança do paciente entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (N = 78) de acordo com o percentual médio de positividade das respostas, Redenção, Ceará, Brasil, 2020

Dimensões da Cultura de Segurança	Média*	DP	IC95%	Classificação das Dimensões
Seção A: Questões sobre segurança do paciente	69,1	12,3	(61,4-76,7)	Potencialidade
Seção B: Troca de informações com outras instituições	60,0	7,5	(53,4-66,6)	Potencialidade
Seção C: Trabalhando neste serviço de saúde				
Trabalho em equipe	77,3	2,7	(74,7-79,9)	Fortalecida
Pressão no trabalho e ritmo	28,2	12,0	(16,4-39,9)	Fragilizada
Treinamento da equipe	55,5	3,9	(51,1-59,9)	Potencialidade
Procedimentos estabelecidos na unidade	51,5	15,9	(35,9-67,0)	Potencialidade
Seção D: Comunicação e acompanhamento				
Comunicação aberta	63,2	14,1	(49,4-77,0)	Potencialidade
Comunicação sobre o erro	59,1	22,1	(37,4-80,8)	Potencialidade
Seguimento da assistência ao paciente	86,6	8,0	(78,7-94,4)	Fortalecida

Continua

Continuação da Tabela 3

Dimensões da Cultura de Segurança	Média*	DP	IC95%	Classificação das Dimensões
Seção E: Apoio de gestores, administradores e líderes	39,2	7,9	(31,4-47,0)	Fragilizada
Seção F: Seu serviço de saúde				
Aprendizagem organizacional	76,5	8,6	(66,7-86,3)	Fortalecida
Percepção geral de segurança do paciente e qualidade	76,6	2,3	(74,3-78,9)	Fortalecida
Seção G: Avaliação global da segurança do paciente e qualidade				
Avaliação global da qualidade	47,6	11,3	(37,7-57,6)	Fragilizada
Avaliação global da segurança do paciente	44,9	-	(33,6-56,6)	Fragilizada

\*Dados apresentados em média percentual de respostas positivas por dimensão do instrumento MOSPSC; DP – desvio-padrão; IC95% – intervalo de confiança 95%.

**Tabela 4** – Relação entre a classificação de risco de esgotamento profissional (síndrome de *burnout*) e a Avaliação global da qualidade – Seção G1 expressa por profissionais de saúde (N = 78), Redenção, Ceará, Brasil, 2020

Classificação de Risco	Avaliação Global da Qualidade		Valor de p
	Fortalecida	Potencialidade/ Fragilizada	
Elevado	01 (11,1)	08 (88,9)	0,152
Reduzido/Moderado	24 (34,8)	45 (65,2)	
Total	25 (32,1)	53 (67,9)	

\*Valores expressos como absolutos e relativos – n (%); \*\*Teste qui-quadrado de Pearson – uma célula (25,0%) com contagem esperada menor do que 5; Teste Exato de Fisher (p = 0,258).

**Tabela 5** – Relação entre a classificação de risco de esgotamento profissional (síndrome de *burnout*) e a Avaliação geral da segurança – Seção G2 expressa por profissionais de saúde (N = 78), Redenção, Ceará, Brasil, 2020

Classificação de Risco	Avaliação Geral da Segurança do Paciente		Valor de p
	Positivo	Negativo/Neutro	
Elevado	01 (11,1)	08 (88,9)	0,030
Reduzido/Moderado	34 (49,3)	35 (50,7)	
Total	35 (44,9)	43 (55,1)	

\*Valores expressos como absolutos e relativos – n (%); \*\*Teste qui-quadrado de Pearson – duas células (50,0%) com contagem esperada menor do que 5; Teste Exato de Fisher (p = 0,037).

Na Tabela 5, é possível observar resultados semelhantes, relacionados à Avaliação geral da segurança. Aqui, a maior parte considerou a dimensão negativa/neutra (55,1%). Da mesma forma, 34 dos 35 que a consideraram positiva foram classificados com reduzido ou moderado risco de desenvolver *burnout*.

## DISCUSSÃO

Quando analisada a relação entre os dados encontrados nos dois questionários, de forma geral, a qualidade do cuidado foi avaliada como fragilizada, ou seja, são necessárias ações mais efetivas para a mudança; ou como potencialidade, isto é, com potencial para tornar-se fortalecida. Entretanto, é perceptível a maior relação do elevado risco de *burnout* com a avaliação negativa dos participantes sobre essa dimensão. Ainda não existem evidências fortes na literatura entre a qualidade do cuidado e a síndrome<sup>(19)</sup>, porém, embora com efeitos moderados, o desgaste do profissional de saúde afetaria a satisfação do paciente<sup>(20)</sup>, demonstrando ineditismo da pesquisa e a importância da discussão sobre o tema.

A segurança do paciente obteve avaliações semelhantes entre os indivíduos com reduzido ou moderado risco de *burnout*. Porém, observa-se que a maioria dos participantes com elevado risco a avaliou como negativa ou neutra. Destaca-se aqui a

relação entre o estresse e incidentes envolvendo a segurança, bem como sua influência na insatisfação profissional e desejo de deixar o emprego<sup>(21)</sup>.

Outras questões como sobrecarga de trabalho, problemas com a gestão ou com os colegas de trabalho e com a estrutura disponibilizada também podem contribuir para insatisfação profissional, acrescida de decepção com o trabalho exercido e esgotamento após a jornada de trabalho<sup>(22)</sup>. Disso, podem decorrer algumas consequências, como a falta de realização profissional e, por sua vez, a diminuição da qualidade do cuidado prestado<sup>(23)</sup>.

Os aspectos relatados podem culminar no endurecimento dos profissionais, como identificado no presente estudo. O fator pode ser considerado preocupante, pois o trato mais duro com as pessoas pode gerar a quebra ou até mesmo a não formação de vínculo, ferindo princípios do trabalho na APS, como a longitudinalidade, que trata do acompanhamento dos usuários ao longo do tempo. Aqui, o paradoxo, pois é inerente aos trabalhadores da saúde o envolvimento, o cuidado e a interação para com os pacientes<sup>(24)</sup>.

Ao mesmo tempo, os baixos níveis de exaustão emocional e despersonalização, associados à alta realização profissional, caracterizam o nível reduzido de *burnout* na presente amostra. Esse achado diverge dos resultados de estudos com profissionais da APS em diferentes países, pois, nestes, foram evidenciados níveis aumentados de esgotamento profissional e despersonalização e, conseqüentemente, da síndrome de *burnout*.

No Chile, por exemplo, foram identificados indivíduos com alta exaustão emocional (29,7%) e despersonalização (28,9%); e baixos níveis de realização (25,5%)<sup>(22)</sup>. Em Omã, chama-se atenção para a escala de despersonalização, na qual 38,2% apresentavam nível elevado<sup>(25)</sup>. Ademais, na China, em estudo com 951 prestadores de cuidados primários e 48 médicos em instituições de saúde primárias, os resultados foram mais expressivos para exaustão emocional e despersonalização, com 33,12% e 41,43%, respectivamente<sup>(26)</sup>. Nos Estados Unidos, investigação com 1.273 profissionais de saúde de 154 unidades de cuidados primários identificou *burnout* em 31,6% dos médicos, 18,9% do pessoal de apoio clínico e 17,5% do pessoal administrativo<sup>(27)</sup>.

Em pesquisa, provedores que experimentaram níveis mais altos de ansiedade e retraimento foram três vezes mais propensos a relatar *burnout* em comparação com aqueles que experimentaram níveis baixos nesses domínios. Assim, compreender os comportamentos e atitudes individuais em relação à mudança pode ajudar líderes e formuladores de políticas a desenvolverem estratégias para reduzir o *burnout* entre os profissionais de saúde<sup>(27)</sup>.

Ao investigar os fatores que contribuem para o esgotamento e baixa realização profissional entre profissionais de Atenção Primária de Massachusetts (EUA), os participantes descreveram

suas cargas de trabalho como excessivamente pesadas, com cada vez mais trabalho de “escritório”, refletindo expectativas irracionais. Sentiam-se desmoralizados pelas condições de trabalho, desvalorizados pelas instituições locais e pelo sistema de saúde e conflitantes no cotidiano de trabalho. Ao compartilhar suas perspectivas sobre os fatores que contribuem para *burnout*, os entrevistados descreveram dissonância entre seus valores profissionais e as realidades da prática da Atenção Primária, uma incompatibilidade autoridade-responsabilidade e um sentimento de subvalorização<sup>(28)</sup>.

Ao avaliarem a prevalência de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização em amostra de 1.110 enfermeiros de Atenção Primária, pesquisadores encontraram alta prevalência de exaustão emocional (28%) (IC95% = 22%-34%), alta despersonalização (15%) (IC95% = 9%-23%) e baixa realização pessoal (31%) (IC95% = 6%-66%). Concluíram que os problemas como exaustão emocional e baixa realização pessoal são muito comuns entre enfermeiros da Atenção Primária, divergindo dos achados do presente estudo; enquanto a despersonalização é menos prevalente<sup>(29)</sup>.

Analisando as dimensões da cultura de segurança do paciente entre profissionais da Atenção Primária à Saúde, a maior parte foi classificada com potencial para melhoria. Entretanto, há destaque para aquelas classificadas como fortalecidas: Trabalho em equipe, Aprendizagem organizacional, Percepção global da segurança do paciente e qualidade e Seguimento da assistência ao paciente.

Os dois primeiros aspectos também foram considerados positivos em estudo realizado no Centro-Oeste brasileiro. Com uma amostra de 246 profissionais de saúde, foram avaliadas positivamente as dimensões Trabalho em equipe (73,1%) e Aprendizagem organizacional (62,9%)<sup>(30)</sup>. Em contrapartida, no Kwait, as respostas de 6.602 funcionários de Centros de Atenção Primária indicaram a necessidade de melhoria na dimensão Percepção global da segurança do paciente e qualidade<sup>(31)</sup>.

Os resultados apresentados podem ser influenciados por outros aspectos relacionados à cultura de segurança. No que concerne à fragilização na dimensão Pressão no trabalho e ritmo, o resultado pode ser fruto de diversos fatores, como carga horária de trabalho elevada, elemento identificado na maioria dos profissionais entrevistados, por meio do questionário de dados sociodemográficos. Ao mesmo tempo, a alta demanda de pacientes e, muitas vezes, o pequeno número de profissionais que compõe as equipes de saúde podem gerar pressão para realização das atividades<sup>(32)</sup>.

Ao mesmo tempo, é preocupante que a dimensão Apoio de gestores, administradores e líderes esteja fragilizada. Para a segurança adequada no cuidado prestado, é necessário o envolvimento de todos; e isso se inicia com uma liderança bem estruturada e que incentive as ações baseadas em aprendizados, o que requer acompanhamento e escuta dos profissionais diretamente inseridos na assistência, para melhoria contínua nesse aspecto<sup>(33-34)</sup>.

Outro ponto é o fato de as dimensões Avaliação global da qualidade e Avaliação global da segurança do paciente estarem fragilizadas. Assim, fortalecer a segurança do paciente e a qualidade do cuidado é importante, já que, quando há falhas, podem ser causados danos aos pacientes. Uma das formas de

fortalecimento é a qualificação profissional dos envolvidos, com treinamentos sobre o tema por meio de estratégias como a educação permanente ou continuada<sup>(35)</sup>. Gestores devem se concentrar, ainda, no fortalecimento do ambiente de trabalho para melhorar a capacidade organizacional de mudança e abordar os altos níveis de ansiedade e de *burnout* experimentados pelos profissionais da APS<sup>(27)</sup>.

É válido destacar também que as dimensões Comunicação aberta e Comunicação sobre o erro têm potencialidade para se tornarem fortalecidas. A comunicação é um dos aspectos mais relevantes da segurança do paciente dentro das instituições de saúde. Falhas no processo comunicativo podem representar uma barreira, pois impedem a checagem de informações ou esclarecimento de dúvidas. Ao mesmo tempo, se realizado de forma efetiva, torna-se um facilitador, porque o trabalho em conjunto, baseado em troca de experiências e colaboração, contribui positivamente para uma assistência de maior qualidade<sup>(36)</sup>.

Tido como um importante problema de saúde, que pode afetar diversas categorias profissionais, o esgotamento profissional necessita de intervenções individuais e de apoio institucional para a prevenção de evolução e/ou para resolução. Cabe refletir, portanto, se os resultados positivos encontrados têm relação com o investimento na APS do estado investigado, especialmente nos municípios de pequeno porte.

Iniciativas como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), implementado no Ceará entre 2012-2014, geraram resultados mais significativos nos municípios com 10 mil a 20 mil habitantes, dentre os quais se enquadram os investigados neste estudo<sup>(37)</sup>. Dessa maneira, pode-se inferir que a disponibilidade de recursos contribuiu para uma melhoria mais rápida na infraestrutura das UBSs, ao mesmo tempo que possibilitou, em médio prazo, transformações no processo de trabalho e cultura organizacional, impactando, assim, a qualidade dos serviços prestados<sup>(38)</sup>.

### Limitações do estudo

Este estudo teve como limitações a amostra menor que a esperada, em decorrência da dificuldade de abordagem e devolução dos questionários por parte dos profissionais de saúde. Além disso, houve relatos de cansaço ao respondê-los, por sua extensão e pela complexidade de alguns itens, o que pode ter influenciado a resolução das questões.

### Contribuições para a área da Saúde

Destaca-se como ponto forte a inovação da pesquisa, pois ainda não existem relatos de estudos deste tipo na APS. Diante disso, os resultados podem tornar-se subsídios para avanços na abordagem da temática com os profissionais desse nível de atenção. Ressalta-se que, nas equipes de Saúde da Família, os enfermeiros são líderes e podem abordar e focar suas ações nos preceitos da segurança do paciente na APS.

### CONCLUSÕES

Constatou-se associação entre baixo risco de desenvolvimento da síndrome de *burnout* e avaliação positiva da cultura

de segurança nas unidades de saúde. Considerando que a segurança do paciente é uma das dimensões da qualidade, as relações demonstradas indicam a necessidade de intervenções efetivas para evitar que os efeitos da síndrome prejudiquem o cuidado ao paciente. Sendo a APS a principal porta de entrada para o Sistema de Saúde e para o vínculo de seus usuários com os profissionais de saúde, a promoção de um atendimento de qualidade, que não gere prejuízo para os sujeitos envolvidos, deve ser priorizada.

## DISPONIBILIDADE DE DADOS E MATERIAL

<https://doi.org/10.48331/scielodata.OQO45G>

## FOMENTO

O estudo foi fomentado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## CONTRIBUIÇÕES

Sousa VTS e Vasconcelos PF contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Sousa VTS, Costa EC e Vasconcelos PF contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Sousa VTS, Dias HG, Sousa FP, Oliveira RM, Costa EC e Vasconcelos PF contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Rocha MP, Viana IS, Vieira IG. Patient Safety in Primary Health Care in a Brazilian municipality. *Physis*. 2021;31(4). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310420>
2. Vasconcelos PF, Carvalho REFL, Souza Neto PH, Dutra FCS, Sousa VTS, Oliveira SKP, et al. Patient safety atmosphere in primary health care: root cause analysis. *REME Rev Min Enferm*. 2021;25:e-1371. <https://doi.org/10.5935/1415-2762-20210019>
3. Gens-Barberà M, Hernández-Vidal N, Vidal-Esteve E, Mengibar-García Y, Hospital-Guardiola I, Oya-Girona EM, et al. Analysis of Patient Safety Incidents in Primary Care Reported in an Electronic Registry Application. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):8941. <https://doi.org/10.3390/ijerph18178941>
4. Lousada LM, Dutra FCS, Silva BV, Oliveira NLL, Bastos IB, Vasconcelos PF, et al. Patient safety culture in primary and home care services. *BMC Fam Pract*. 2020;21:188. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01263-1>
5. Nora CRD, Beghetto MG. Patient safety challenges in primary health care: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0209>
6. Carrillo I, Mira JJ, Astier-Peña MP, Pérez-Pérez P, Caro-Mendivelso J, Olivera G, et al. Eventos adversos evitables en atención primaria. Estudio retrospectivo de cohortes para determinar su frecuencia y gravedad. *Aten Primaria*. 2020;52(10):705-11. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.008>
7. Ensaldó-Carrasco E, Sheikh A, Cresswell K, Bedi R, Carson-Stevens A, Sheikh A. Patient Safety Incidents in Primary Care Dentistry in England and Wales: a mixed-methods study. *J Patient Saf*. 2021;17(8):e1383-e1393. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000530>
8. Baratto MAM, Seidel EJ, Morais BX, Munhoz OL, Silva SC, Zottele C, et al. Patient safety culture: perspective of health and support workers. *Acta Paul Enferm*. 2021;34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO001595>
9. Harbitz MB, Stensland PS, Gaski M. Rural general practice staff experiences of patient safety incidents and low quality of care in Norway: an interview study. *Fam Pract*. 2022;39(1):130-6. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab064>
10. Friganović A, Selić P, Ilić B, Sedić B. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. *Psychiatr Danub [Internet]*. 2019 [cited 2021 Dec 28];31(Suppl 1):21-31. Available from: [www.psychiatria-danubina.com/UserDocImages/pdf/dnb\\_vol31\\_noSuppl%201/dnb\\_vol31\\_noSuppl%201\\_21.pdf](http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocImages/pdf/dnb_vol31_noSuppl%201/dnb_vol31_noSuppl%201_21.pdf)
11. Pérez-Francisco DH, Duarte-Clíments G, Del Rosario-Melián JM, Gómez-Salgado J, Romero-Martín M, Sánchez-Gómez MB. Influence of Workload on Primary Care Nurses' Health and Burnout, Patients' Safety, and Quality of Care: Integrative Review. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(1):12. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010012>
12. García CL, Abreu LC, Ramos JLS, Castro CFD, Smiderle FRN, Santos JA, et al. Influence of Burnout on Patient Safety: systematic review and meta-analysis. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(9):553. <https://doi.org/10.3390/medicina55090553>
13. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*. 2007;335:806. <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD>
14. Trigo TR. Validade fatorial do Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) em uma amostra Brasileira de auxiliares de enfermagem em um hospital universitário: influência da depressão [Dissertation]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.
15. Barros DS, Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Neves FS, Bitencourt AGV, Almeida AM, et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(3):235-40. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000300005>
16. Ebisui CTN. Trabalho docente do enfermeiro e a Síndrome de Burnout: desafios e perspectivas [Thesis]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.

17. Timm M, Rodrigues MCS. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. *Acta Paul Enferm.* 2016;29(1):26-37. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600005>
18. Macedo LL, Silva AMR, Silva JFM, Haddad MCFL, Giroto E. [The culture regarding the safety of the patient in primary health care: distinctions among professional categories]. *Trab Educ Saúde.* 2020;18(1). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00233> Portuguese.
19. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open.* 2017;7(6):e015141. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015141>
20. Salyers MP, Bonfils KA, Luther L, Firmin RL, White DA, Adams EL, et al. The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: a meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2017;32(4):475-82. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3886-9>
21. Chen Y-C, Guo Y-LL, Chin W-S, Cheng N-Y, Ho J-J, Shiao JS-C. Patient–Nurse Ratio is Related to Nurses’ Intention to Leave Their Job through Mediating Factors of Burnout and Job Dissatisfaction. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(23):4801. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234801>
22. Burgos ALV, Paris APD, Salcedo AGS, Arriagada AA. [Psychological well-being and burnout in primary health care professionals in the region of Los Lagos, Chile]. *Acta Univ.* 2018;28(3):56-64. <https://doi.org/10.15174/au.2018.1895> Spanish.
23. Soratto J, Pires DEP, Trindade LL, Oliveira JSA, Forte ECN, Melo TP. Job dissatisfaction among health professionals working in the family health strategy. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(3):e2500016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>
24. Rabelo ALR, Lacerda RA, Rocha ESC, Gagno J, Fausto MCR, Gonçalves MJF. Care coordination and longitudinality in primary health care in the Brazilian Amazon. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0841>
25. Al-Hashemi T, Al-Huseini S, Al-Alawi M, Al-Balushi N, Al-Senawi H, Al-Balush M, et al. Burnout Syndrome Among Primary Care Physicians in Oman. *Oman Med J.* 2019;34(3):205-11. <https://doi.org/10.5001/omj.2019.40>
26. Li H, Yuan B, Meng Q, Kawachi I. Contextual Factors Associated with Burnout among Chinese Primary Care Providers: a multilevel analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(19):3555. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193555>
27. Goldberg DG, Soylu TG, Grady VM, Kitsantas P, Grady JD, Nichols KM. Indicators of workplace burnout among physicians, advanced practice clinicians, and staff in small to medium-sized primary care practices. *J Am Board Fam Med.* 2020;33(3):378-85. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.03.190260>
28. Agarwal SD, Pabo E, Rozenblum R, Sherritt KM. Professional dissonance and burnout in primary care: a qualitative study. *JAMA Intern Med.* 2020;180(3):395-401. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.6326>
29. Monsalve-Reyes CS, Luis-Costas CS, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Aguayo R, De la Fuente GAC. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract.* 2018;19(1):59. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0748-z>
30. Araújo GL, Amorim FF, Miranda RCPS, Amorim FFP, Santana LA, Göttems LBD. Patient safety culture in primary health care: Medical office survey on patient safety culture in a Brazilian family health strategy setting. *PLoS One.* 2022;17(7):e0271158. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271158>
31. ALFadhlah T, Al Mudaf B, Alghanim HA, Al Salem G, Ali D, Abdelwahab HM, et al. Baseline assessment of patient safety culture in primary care centres in Kuwait: a national cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1172. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07199-1>
32. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM. [Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management]. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(1):161-72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015> Portuguese.
33. Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF. The patient safety culture in the scope of nursing: theoretical reflection. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2018;8:e2600. <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>
34. Elmontsri M, Banarsee R, Majeed A. Improving patient safety in developing countries: moving towards an integrated approach. *JRSM Open.* 2018;9(11):2054270418786112. <https://doi.org/10.1177/2054270418786112>
35. Silva LLT, Dias FCS, Maforte NTP, Menezes AC. Patient safety in Primary Health Care: perception of the nursing team. *Esc Anna Nery.* 2022;26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0130>
36. Lima AOL, Marcos JM, Marquez AM, Vera MLAG, Hoces AM, Tamayo CB. Evidence for deprescription in primary care through an umbrella review. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):100. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01166-1>
37. Vieira-Meyer APGF, Machado MFAS, Gubert FA, Morais APP, Sampaio YP, Saintrain MVL, et al. Variation in primary health care services after implementation of quality improvement policy in Brazil. *Fam Pract.* 2020;37(1):69-80. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz040>
38. Vieira-Meyer APGF, Morais APP, Guimarães JMX, Campelo ILB, Vieira NFC, Machado MFAS, et al. Infrastructure and work process in primary health care: PMAQ in Ceará. *Rev Saúde Pública.* 2020;54. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001878>