

Aplicação do Primary Care Safety Questionnaire aos profissionais da atenção primária à saúde: estudo transversal



Application of the Primary Care Safety Questionnaire to primary health care professionals: cross-sectional study

Aplicación del Cuestionario de Seguridad en Atención Primaria a los profesionales de atención primaria: estudio transversal

Lilian Ceroni Vieira^a 
Edinêis de Brito Guirardello^a 

Como citar este artigo:

Vieira LC, Guirardello EB. Aplicação do Primary Care Safety Questionnaire aos profissionais da atenção primária à saúde: estudo transversal. Rev Gaúcha Enferm. 2023;44:e20220292. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220292.pt>

RESUMO

Objetivo: Avaliar a percepção do clima de segurança do paciente na atenção primária à saúde associada às categorias profissionais, centros de saúde e experiência prévia de participação no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Método: Estudo transversal com 119 profissionais de saúde em um município do interior do estado de São Paulo, entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020, com a versão brasileira do *Primary Care Safety Questionnaire*.

Resultados: O clima de segurança foi favorável, com melhor avaliação para comunicação e liderança e pior avaliação para carga de trabalho. Houve diferença entre centros de saúde quanto ao trabalho em equipe ($p=0,0010$), carga de trabalho ($p=0,0001$) e escore total ($p=0,0185$). Os profissionais com experiência prévia de participação no programa de melhoria possuem melhor percepção do clima.

Conclusão: A percepção do clima não diferiu entre as categorias profissionais, mas diferiu entre centros de saúde.

Descritores: Cultura organizacional. Segurança do paciente. Atenção primária à saúde. Estratégias de saúde nacionais. Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the perception of the patient safety climate in primary health care associated with professional categories, health centers, and previous experience of participation in the National Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care.

Method: Cross-sectional study with 119 health professionals in a city in the interior of the state of São Paulo, between August 2019 and February 2020, using the Brazilian version of the *Primary Care Safety Questionnaire*.

Results: The safety climate was favorable, with better evaluation for communication and leadership and worse evaluation for workload. There were differences among health centers regarding teamwork ($p=0.0010$), workload ($p=0.0001$) and total score ($p=0.0185$). Professionals with previous experience participating in the improvement program have a better perception of the climate.

Conclusion: The perception of climate did not differ between professional categories but differed between health centers.

Descriptors: Organizational culture. Patient safety. Primary health care. National health strategies. Patient care team.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la percepción del clima de seguridad del paciente en atención primaria asociada a las categorías profesionales, los centros sanitarios y la experiencia previa de participación en el Programa Nacional de Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria.

Método: Estudio transversal con 119 profesionales de la salud en un municipio del estado de São Paulo, entre agosto de 2019 y febrero de 2020, utilizando la versión brasileña del *Primary Care Safety Questionnaire*.

Resultados: El clima de seguridad fue favorable, con mejor valoración para comunicación y liderazgo y peor valoración para carga de trabajo. Hubo diferencias entre centros de salud en cuanto al trabajo en equipo ($p=0,0010$), la carga de trabajo ($p=0,0001$) y la puntuación total ($p=0,0185$). Los profesionales con experiencia previa de participación en el programa de mejora tienen una mejor percepción del clima.

Conclusión: La percepción del clima no difería entre categorías profesionales, pero sí entre centros sanitarios.

Descriptores: Cultura organizacional. Seguridad del paciente. Atención primaria de salud. Estrategias de salud nacionales. Grupo de atención al paciente.

^a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Enfermagem. Campinas, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

No Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030, a Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que, apesar desta temática ser comumente associada ao ambiente hospitalar, os cuidados inseguros são um problema de todo o sistema de saúde. Dentre os objetivos estratégicos deste plano, a OMS enfatiza que a segurança do paciente deve ser prioridade em todos os processos e cenários clínicos, e uma das ações sugeridas refere-se à promoção da cultura de segurança na atenção primária⁽¹⁾.

A cultura de segurança refere-se a todos os valores e ações de uma organização voltados para a segurança do paciente. A avaliação da cultura é realizada por meio do clima, o qual diz respeito à percepção do profissional sobre como a segurança é gerenciada na organização⁽²⁾. A medida do clima de segurança pode variar em um determinado momento quanto aos aspectos organizacionais, unidade de trabalho e relações interpessoais, sendo mais sensível às mudanças e melhorias realizadas em prol da segurança⁽²⁾.

Desde 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente chama a atenção para a expansão desta temática em todos os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS)⁽³⁾. Avaliar o clima de segurança no contexto da APS faz-se relevante por constituir-se como a principal porta de entrada ao sistema de saúde, quando indivíduo, família e comunidade buscam assistência e deparam-se com a diversidade de necessidades e problemas de diferentes complexidades⁽⁴⁾. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) ressalta que as ações e medidas relacionadas à segurança do paciente são de responsabilidade de todos os membros da equipe multiprofissional⁽⁴⁾.

Dentre as iniciativas na atenção primária, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o propósito de oferecer um padrão de qualidade e inovação na gestão e ampliar o acesso da população aos serviços de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽⁵⁾, foi recentemente reestruturado e denominado Programa Previne Brasil, considerado um novo modelo de financiamento da APS⁽⁶⁾. O PMAQ-AB se destacou como um dos maiores programas de pagamento por desempenho do mundo e alcançou resultados efetivos em melhorias de processo de trabalho e infraestrutura⁽⁷⁾, fortalecendo a cultura de avaliação na atenção primária⁽⁸⁾.

No ambiente de prática da APS, os tipos de incidentes mais comuns relacionados à segurança do paciente são erros de diagnóstico e de medicação, e entre os fatores contribuintes tem-se a falha de comunicação entre a equipe^(9,10).

Estudos internacionais voltados à atenção primária avaliaram o clima de segurança com a utilização do *Primary Care Safety Questionnaire* (PC-SafeQuest) e identificaram que o sistema de segurança e aprendizagem⁽¹¹⁾, o trabalho em equipe e a liderança foram fatores que influenciaram positivamente na percepção do clima de segurança⁽¹¹⁻¹³⁾. Por sua vez, a comunicação – apesar de avaliada positivamente – o fez em menor medida, e a carga de trabalho evidenciou-se como o fator pior avaliado⁽¹¹⁻¹³⁾. Além disso, estes estudos apontaram diferenças na percepção do clima entre profissionais com cargo de gestão e os que não ocupam cargo de gestão⁽¹¹⁻¹³⁾.

Estudos nacionais que avaliaram o clima de segurança na APS utilizando outro instrumento encontraram diferenças na percepção do clima em relação às categorias profissionais. Nestas pesquisas, médicos relataram uma percepção mais positiva do clima em relação aos demais membros da equipe⁽¹⁴⁾, enquanto os agentes comunitários de saúde (ACS) demonstraram percepção negativa da cultura de segurança em relação aos membros da equipe⁽¹⁵⁾. Diferenças na percepção do clima também foram identificadas entre membros da equipe de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB)⁽¹⁶⁾. Entretanto, cabe ressaltar a lacuna de estudos no Brasil que avaliaram o clima de segurança na APS, seja com o uso do PC-SafeQuest ou de outros instrumentos específicos.

A avaliação periódica do clima de segurança na percepção dos profissionais de saúde consiste em uma estratégia fundamental para embasar melhorias nos processos de trabalho, por meio da identificação e resolução de lacunas e fragilidades na equipe⁽¹⁷⁾. Implementar e fortalecer ações de segurança do usuário na APS constitui-se como desafios para a gestão, profissionais de saúde, usuários e famílias, de modo a convergir com o quarto objetivo estratégico do Plano de Ação Global da OMS⁽¹⁾.

Ao considerar o impacto da assistência prestada no contexto da APS para a saúde do indivíduo, família e comunidade, assim como os desafios enfrentados e a incipiência da cultura de segurança nesse cenário, iniciativas como a avaliação do clima devem ser valorizadas pelos gestores a fim de implementar ações que promovam a segurança do paciente, favorecendo o bem-estar do profissional e o cuidado seguro. Neste estudo estabeleceu-se a seguinte pergunta de pesquisa: “Os profissionais diferem quanto à percepção do clima de segurança entre os centros de saúde (CS)?”, com o objetivo de avaliar a percepção do clima de segurança do paciente na atenção primária à saúde associada às categorias profissionais, centros de saúde e experiência prévia de participação no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

■ MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo e transversal que seguiu as recomendações do *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology* (STROBE)⁽¹⁸⁾. O estudo foi realizado em um município de grande porte do interior do estado de São Paulo, considerando a existência de 66 CS divididos em cinco distritos de saúde e cujo dimensionamento aponta 1 CS para cada 20 mil habitantes. A gestão destes centros de saúde é municipal e as equipes são compostas nos modelos eSF, eAB e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

De acordo com a população cadastrada no território, o número de equipes para cada CS varia de duas a cinco equipes, de modo que cada eAB ou eSF responsabiliza-se por, no máximo, 4 mil pessoas. No município estudado, as unidades contam com profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por incluírem na equipe mínima outras categorias profissionais ou especialidades, como médicos ginecologistas/obstetras, pediatras, médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos⁽⁴⁾.

Os distritos de saúde do município apresentam população e quantidades diferentes de CS. Dentre os cinco distritos definiu-se como objeto de estudo aquele utilizado em atividades práticas de ensino na formação dos profissionais de saúde, composto por 12 CS e que apresenta a terceira maior população adstrita com cerca de 230.370 habitantes. Assim, foram selecionados os CS mais populosos, denominados aqui como: CS/A, CS/B e CS/C, sendo que estes três centros de saúde foram selecionados por também possuírem o maior quantitativo de profissionais, totalizando de 181 trabalhadores da saúde (CS/A=66, CS/B=60 e CS/C=55), dentre os quais se encontram médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, farmacêuticos, técnicos em farmácia, auxiliares e/ou técnicos de saúde bucal, cirurgiões-dentistas e ACS.

Os três centros de saúde localizam-se em área urbana, mas possuem em seu território bairros situados em áreas rurais. Quanto aos demais serviços da RAS, o CS/A possui em seu território uma unidade de Pronto-Atendimento e o CS/B encontra-se perto de um hospital público universitário de grande porte. O CS/C possui em territórios próximos um Centro de Atenção Psicossocial III e um hospital público municipal. Ainda, o CS/A encontra-se em território mais vulnerável em relação aos demais, enquanto os CS/B e CS/C possuem em seu território bairros mais privilegiados e com menos dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O cálculo amostral foi definido de acordo com a metodologia para estimar uma proporção em uma população de

tamanho finito⁽¹⁹⁾. Considerou-se uma proporção igual a 0,5, cujo valor representa a variabilidade máxima da distribuição binomial, um erro amostral de 5% e nível de significância de 5%, obtendo uma amostra mínima de 118 profissionais. A amostra foi dividida proporcionalmente de acordo com o quantitativo populacional de profissionais em cada um dos centros de saúde e categorias profissionais. Como critério de inclusão para participar do estudo foram considerados os profissionais que trabalhavam há, no mínimo, seis meses no CS e excluídos os ausentes por motivo de férias ou licenças.

A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020. Os profissionais que atendiam aos critérios de inclusão foram abordados em seus locais de trabalho, informados sobre o objetivo do estudo e tiveram suas dúvidas esclarecidas. Após concordarem em participar do estudo, procedeu-se com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, todos receberam o envelope com o instrumento que era preenchido individualmente em local privado, com a disponibilidade das pesquisadoras no CS caso houvesse dúvida.

Foram utilizados dados pessoais e profissionais, além da versão brasileira do *Primary Care Safety Questionnaire* (PC-SafeQuest)⁽²⁰⁾, todos no formato impresso e autopreenchíveis, e o tempo de preenchimento foi estimado em aproximadamente 40 minutos. As variáveis pessoais foram: idade, sexo e estado civil. As variáveis profissionais abarcaram: categoria profissional, tempo de trabalho na equipe atual e de experiência na APS, carga horária semanal e se possuía outro vínculo empregatício. Outras informações consideradas nesta ficha foram o tipo de equipe do profissional, se a equipe na qual se encontrava estava completa ou não e se havia experiência prévia de participação no PMAQ-AB.

O PC-SafeQuest foi desenvolvido⁽²¹⁾ e validado para a cultura brasileira⁽²⁰⁾ como objetivo de avaliar a percepção do clima de segurança especificamente na APS. Contém 28 itens distribuídos em cinco dimensões: comunicação, liderança, carga de trabalho, trabalho em equipe e sistema de segurança e aprendizagem.

As opções de respostas avaliadas numa escala Likert variam de um ponto (de modo algum) a sete pontos (completamente), e a análise pode ser realizada pelo cálculo da média da pontuação dos itens de cada uma das dimensões ou pela média da pontuação total do PC-SafeQuest⁽²¹⁾. Pontuações elevadas indicam a contribuição positiva de uma determinada dimensão para a percepção do clima de segurança⁽²¹⁾, indicando que a temática segurança do paciente está presente na gestão da instituição. Para este estudo, a confiabilidade resultou em um alfa de Cronbach de 0,60 para carga de trabalho, 0,87 para comunicação, 0,77

para liderança, 0,89 para trabalho em equipe e 0,91 para sistema de segurança e aprendizagem, o que indica uma boa confiabilidade⁽²²⁾.

A descrição das variáveis quantitativas foi realizada por meio do cálculo dos valores de média, desvio-padrão (DP), mediana e intervalo interquartil (IIQ) e, das variáveis categóricas por meio do cálculo de frequências e porcentagens. Para as comparações entre as dimensões do PC-SafeQuest e as variáveis de categorias profissionais e CS aplicou-se o modelo ANOVA, seguido do pós-teste de Tukey ou o teste de Kruskal-Wallis e pós-teste de Dunn, de acordo com a distribuição dos dados. As comparações em relação às variáveis equipe completa e participação no PMAQ-AB utilizaram-se dos testes t de Student não pareado ou de Mann-Whitney, também de acordo com a distribuição dos dados. Para as correlações entre as dimensões tempo de experiência na equipe atual e na APS aplicou-se o coeficiente de correlação de Spearman. As escolhas dos testes foram de acordo com a distribuição dos dados, avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk.

Nas análises das associações entre as variáveis de caracterização da amostra e os CS realizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson. Para todas as análises considerou-se um nível de significância de 5% e utilizaram-se os softwares estatísticos SAS versão 9.4 e SPSS versão 23.

O estudo seguiu todos os pressupostos éticos e legais estabelecidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi obtida a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição em 15 de julho de 2019, sob o parecer 3.454.133.

■ RESULTADOS

Dos 131 profissionais convidados para participarem do estudo obteve-se a participação efetiva de 119 profissionais, com uma taxa de resposta de 90,8%. A média de idade foi de 45,0 anos (DP= 10,8) e, quanto ao estado civil, 71 (59,7%) reportaram ser casados ou união estável; 36(30,2%) solteiros e 12 (10,1%) separados/viúvos. O tempo médio de experiência na APS foi de 14,1 anos (DP= 10,8) e, na equipe atual, de 9,7 anos (DP= 8,0). Relataram trabalhar em média 34,1 horas (DP= 5,8) por semana e 98 (82,4%) profissionais possuem

um único vínculo empregatício. Demais características estão apresentadas na Tabela 1.

Quanto ao tempo de trabalho na equipe atual verificou-se diferenças entre CS ($p=0,0053$, teste de Kruskal-Wallis). O pós-teste de Dunn indicou que os CS/A (Mediana = 15,0; IIQ= 6,0 – 19,0) e CS/B (Mediana = 4,4; IIQ = 2,5 – 8,8) diferem entre si. Com a finalidade de verificar se existem diferenças entre as categorias profissionais quanto ao tempo de trabalho na equipe atual e de experiência no contexto da APS, mostrou-se necessário realizar o agrupamento das categorias em médicos, profissionais de enfermagem, ACS e demais categorias, esta última sendo composta pelos profissionais: farmacêutico, técnico em farmácia, cirurgião-dentista e técnico/auxiliar de saúde bucal. Ao realizar o teste de Kruskal Wallis ($p=0,006$) verificaram-se diferenças estatísticas significantes por meio do pós-teste de Dunn quanto ao tempo de experiência na equipe atual entre os ACS (Mediana = 5,1; IIQ = 3,9 – 15,0) e demais categorias (Mediana = 7,4anos; IIQ = 7,0 – 19,5).

No que se refere à percepção do clima de segurança, o escore total médio e mediano do PC-SafeQuest foi de 5,0 (DP=1,0) e 5,0 (IIQ= 4,3 – 5,7), respectivamente (Tabela 2).

Ao comparar as dimensões do PC-SafeQuest com os agrupamentos das categorias profissionais, equipe completa e tipo de equipe, não foram identificadas diferenças significantes. A comparação da percepção do clima de segurança pelos profissionais entre os CS encontra-se na Tabela 3.

As análises de correlação entre as dimensões do PC-SafeQuest e a variável tempo de experiência na equipe atual e na APS não apresentaram correlações significantes. Para a análise de comparação entre a percepção do clima de segurança e experiência prévia de participação no PMAQ-AB foram considerados apenas os participantes com ou sem experiência prévia de participação no PMAQ-AB. Os profissionais com experiência prévia apresentaram uma percepção mais positiva do clima de segurança nos domínios carga de trabalho, trabalho em equipe e sistemas de segurança e no escore total (Tabela 4).

A variação do tamanho amostral nas análises ocorreu devido a alguns itens do PC-SafeQuest não terem sido respondidos por todos os participantes.

Tabela 1 – Caracterização pessoal e profissional dos participantes do estudo. São Paulo, Brasil, 2020

Variáveis	Total (n=119)	Centro Saúde A (n=37)	Centro Saúde B (n=44)	Centro Saúde C (n=38)	p-valor
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Sexo (n=119)					0,7439*
Feminino	89(74,8)	26(70,3)	34(77,3)	29(76,3)	
Masculino	30(25,2)	11(29,7)	10(22,7)	9(23,7)	
Categoria Profissional (n=119)					
Médico	25(21,0)	5(13,5)	12(27,3)	8(21,0)	
Enfermeiro	10(8,4)	4(10,8)	3(6,8)	3(7,9)	
Cirurgião Dentista	5(4,2)	1(2,7)	2(4,5)	2(5,3)	
Farmacêutico	2(1,7)	-	1(2,3)	1(2,6)	
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	38(32,0)	12(32,5)	13(29,6)	13(34,2)	
Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal	6(5,0)	2(5,4)	2(4,5)	2(5,3)	
Técnico em Farmácia	3(2,5)	2(5,4)	1(2,3)	-	
Agente Comunitário de Saúde	30(25,2)	11(29,7)	10(22,7)	9(23,7)	
Tipo de equipe (n=118)					0,0306*
Equipe de Saúde da Família	86(72,9)	32(88,9)	30(68,2)	24(63,2)	
eAB [†] + EACS [§]	32(27,1)	4(11,1)	14(31,8)	14(36,8)	
Equipe completa (n=117)					0,0483*
Sim	51(43,6)	11(29,7)	18(42,9)	22(57,9)	
Não	66(56,4)	26(70,3)	24(57,1)	16(42,1)	
Participação prévia no PMAQ-AB (n=112)					
Sim	61(54,5)	25(69,4)	8(20,0)	28(77,8)	
Não	38(33,9)	9(25,0)	25(62,5)	4(11,1)	
Desconhece o programa	13(11,6)	2(5,6)	7(17,5)	4(11,1)	

Fonte: Autoras, 2020.

Notas: *teste Qui-quadrado; [†]eAB = Equipe de Atenção Básica; [§]EACS = Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; ^{||}PMAQ-AB = Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; – Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Tabela 2 – Clima de segurança pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde. São Paulo, Brasil, 2020

Dimensões PC-SafeQuest	Média	Desvio Padrão	Mediana	IIQ*
Comunicação (n= 117)	5,2	1,3	5,6	4,2 – 6,2
Liderança (n= 113)	5,2	1,4	5,6	4,0 – 6,2
Trabalho em equipe (n= 114)	5,0	1,1	5,3	4,1 – 5,7
Sistema de segurança e aprendizagem (n= 118)	4,8	1,3	5,0	3,9 – 5,8
Carga de trabalho (n= 118)	4,3	1,3	4,3	3,3 – 5,0
Escore total (n= 108)	5,0	1,0	5,0	4,3 – 5,7

Fonte: Autoras, 2020.

Nota: *IIQ – Intervalo Interquartil

Tabela 3 – Comparação da percepção do clima de segurança pelos profissionais entre os centros de saúde da Atenção Primária à Saúde (n=119). São Paulo, Brasil, 2020

Dimensões PC-SafeQuest	Centro de Saúde A		Centro de Saúde B		Centro de Saúde C		p-valor
	Média/ Mediana	DP*/ IIQ†	Média/ Mediana	DP*/ IIQ†	Média/ Mediana	DP*/ IIQ†	
Carga de trabalho	4,1 [§]	1,2	3,9	1,3	5,0 [§]	1,1	0,0001 ‡
Comunicação	5,8	4,7-6,1	4,8	4,0-6,0	5,7	4,6-6,6	0,1540 [¶]
Liderança	5,9	4,2-6,8	5,4	4,0-6,0	5,4	3,8-6,6	0,1171 [¶]
Trabalho em equipe	5,4 ^{**}	4,7-5,9	4,6 ^{**††}	3,7-5,3	5,5 ^{††}	4,6-6,3	0,0010 [¶]
Sistema de segurança e aprendizagem	5,4	4,8-5,9	4,8	3,6-5,4	5,1	3,5-5,9	0,0583 [¶]
Escore total	5,5 ^{**}	4,8-5,8	4,8 ^{**}	3,9-5,4	5,1	4,3-6,0	0,0185 [¶]

Fonte: Autoras, 2020.

Notas: *DP = Desvio-Padrão; †IIQ = Intervalo interquartil; ‡teste ANOVA – comparações com base na média e desvio-padrão; Pós-teste de Tukey significante: [§]CS/A x CS/C; ^{||}CS/B x CS/C; [¶]teste de Kruskal-Wallis – comparações com base na mediana e IIQ; Pós-teste de Dunn significante: ^{**}CS/Ax CS/B; ^{††}CS/B x CS/C; ^{**}CS/Ax CS/B

Tabela 4 – Comparação entre percepção do clima de segurança dos profissionais e experiência prévia de participação no PMAQ-AB. São Paulo, Brasil, 2020

Dimensões PC-SafeQuest	Participação PMAQ-AB*	n	Média/Mediana	DP/ IIQ	p-valor
Carga de trabalho (n= 98)	Sim	60	4,6	1,3	0,0061[†]
	Não	38	3,9	1,1	
Comunicação (n= 97)	Sim	60	5,8	4,4-6,2	0,2503 [§]
	Não	37	5,0	4,2-6,2	
Liderança (n= 93)	Sim	58	5,5	4,0-6,6	0,4359 [§]
	Não	35	5,2	3,8-6,2	
Trabalho em equipe (n= 96)	Sim	58	5,6	4,4-6,0	0,0040[§]
	Não	38	4,6	3,7-5,3	
Sistema de segurança e aprendizagem (n= 98)	Sim	60	5,3	4,1-5,9	0,0079[§]
	Não	38	4,8	3,6-5,4	
Score total (n= 90)	Sim	55	5,2	1,0	0,0152[†]
	Não	35	4,6	0,9	

Fonte: Autoras, 2020.

Notas: *PMAQ-AB = Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; [†]teste t Student não pareado – comparações com base na média e desvio-padrão; [§]teste Mann-Whitney – comparações com base na mediana e IIQ.

DISCUSSÃO

O clima de segurança foi avaliado como positivo em todos os domínios do PC-SafeQuest, sendo a comunicação e a liderança as dimensões mais bem avaliadas, e a carga de trabalho a que foi avaliada em pior escala. A percepção dos trabalhadores não diferiu entre categorias profissionais, mas diferiu entre os CS quanto ao trabalho em equipe, carga de trabalho e o escore total.

A maioria dos profissionais trabalha em eSF e relatou que suas equipes estavam incompletas, aspectos estes que diferiram entre os CS. A eSF se destaca por apresentar resultados efetivos no cuidado à saúde da população quando comparado ao modelo tradicional da eAB⁽²³⁾. Entretanto, faz-se essencial que a composição da equipe multiprofissional quanto às categorias e ao dimensionamento esteja adequada, já que estes influenciam nas condições e sobrecarga de trabalho. Tais fatores são importantes e recomendados para

o aperfeiçoamento da cultura de segurança das equipes de saúde⁽²⁴⁾, repercutindo em um cuidado integral e seguro⁽³⁾.

O clima de segurança foi positivo para todos os domínios do PC-SafeQuest por apresentarem valores médios acima de 4,0 pontos, o que corresponde a 50% da pontuação total, assim como nos estudos internacionais que avaliaram o clima de segurança no contexto da APS com o uso deste instrumento⁽¹¹⁻¹³⁾. Destaca-se que esse resultado se assemelha aos encontrados por estudos nacionais realizados na APS que utilizaram outros instrumentos^(14,16), exceto por estudo em que a cultura de segurança foi avaliada como negativa⁽²⁴⁾. Conseqüentemente, se torna necessária a comparação com pesquisas que utilizaram outros instrumentos mas que apresentam similaridades nos aspectos relacionados ao clima de segurança⁽¹⁷⁾.

No presente estudo, a comunicação foi a dimensão mais bem avaliada. Nos estudos que utilizaram o PC-SafeQuest⁽¹¹⁻¹³⁾ esta dimensão também foi avaliada positivamente, porém

com pontuação intermediária em relação às demais, ao contrário de outros estudos que apontaram menores valores para esse fator^(24,25) a partir do uso de outros instrumentos. Uma das explicações para a contribuição da comunicação na percepção positiva do clima de segurança pode ser atribuída aos itens que compõem esta dimensão no PC-SafeQuest e que abordam questões de comunicação entre os membros da equipe e gestores.

A comunicação eficaz é um dos elementos primordiais que contribuem para a prática interprofissional⁽²⁶⁾. Nesse sentido, a comunicação aberta e não punitiva é indispensável para o cuidado efetivo e seguro⁽²⁷⁾, visto que falhas na comunicação configuram-se como um dos fatores contribuintes mais frequentes na ocorrência de incidentes no contexto da APS^(9,10). Na APS, espaços coletivos como as reuniões interdisciplinares e em equipe, intersetoriais e Conselhos de Saúde, favorecem a comunicação promovendo o Controle Social da Saúde, a incorporação de práticas de vigilância, clínica ampliada, matriciamento e readequação constante dos processos de trabalho⁽⁴⁾.

A dimensão liderança contribuiu para a boa avaliação do clima de segurança, ocupando a segunda maior pontuação. Salienta-se que esta dimensão foi a que obteve maior pontuação nos estudos realizados na Irlanda, Escócia e Inglaterra⁽¹¹⁻¹³⁾. Em contrapartida, estudos com profissionais da APS no Brasil, utilizando outras medidas de avaliação, identificaram que a dimensão apoio dos líderes e gestores é avaliada como fraca para a cultura de segurança^(14,16,28). Uma das justificativas para a contribuição positiva da liderança, por meio do PC-SafeQuest, pode ser atribuída pelo foco em uma liderança transparente, aberta e não punitiva. O fortalecimento de uma cultura de segurança do paciente em uma instituição de saúde depende de uma liderança qualificada, que garanta uma cultura justa e transparente para orientar e estimular a equipe nesse sentido⁽¹⁾.

Por sua vez, a carga de trabalho evidenciou-se como a dimensão com menor contribuição para a percepção positiva do clima de segurança, resultado similar ao obtido em Irlanda, Escócia, Inglaterra⁽¹¹⁻¹³⁾. A sobrecarga de trabalho é um dos fatores relacionados à insatisfação dos trabalhadores de saúde atuantes na ESF no Brasil⁽²⁹⁾, avaliada como aspecto necessário para a melhoria da cultura de segurança na APS⁽²⁴⁾.

A avaliação entre categorias profissionais não apresentou diferenças estatisticamente significantes. Entretanto, um estudo nacional identificou diferenças na percepção da cultura de segurança entre enfermeiros e ACS, no qual os enfermeiros possuem uma avaliação mais positiva da cultura de segurança em relação aos ACS⁽¹⁵⁾. Os ACS, médicos e dentistas apresentam menores médias de respostas positivas para a dimensão apoio dos gestores, diferindo-se dos auxiliares/

técnicos de saúde bucal e equipe de enfermagem. Por sua vez, outro estudo identificou que os médicos apresentaram melhores percepções do trabalho em equipe em relação às demais categorias profissionais da APS⁽¹⁴⁾.

Tanto o trabalho em equipe, como a carga de trabalho e o escore total diferiram entre os CS. Os profissionais do CS/C apresentaram uma melhor percepção do clima de segurança para as dimensões carga de trabalho e trabalho em equipe. Uma possível explicação para este resultado é a de que os profissionais desse CS também relataram que trabalharam com a equipe completa e possuem experiência prévia de participação no PMAQ-AB. Contudo, cabe ressaltar que essa relação não foi analisada estatisticamente no presente estudo. É interessante destacar que o trabalho em equipe ocorre por meio do incentivo ao apoio social, à comunicação e à aprendizagem colaborativa entre os membros⁽²⁷⁾, o que é reconhecido como trabalho interprofissional e que, no contexto da APS, possui como foco o usuário, a família e a comunidade⁽²⁶⁾.

O CS que apresentou a pior percepção do clima de segurança para o trabalho em equipe e carga de trabalho foi o CS/B. Esse CS também reportou trabalhar com a equipe incompleta, menor participação e maior desconhecimento do PMAQ-AB, além de menor tempo de trabalho na equipe atual, resultados esses que podem ser a possível explicação para a pior percepção para essas dimensões em relação aos demais. Os profissionais deste CS/B também apresentaram os piores resultados para as demais dimensões do PC-SafeQuest, o que explica a diferença entre o seu escore total e o do CS/A, que apresentou o melhor escore total dentre os três CS.

O tempo de experiência na equipe atual e na APS não resultou em correlações significantes com as dimensões do PC-SafeQuest. Entretanto, outro estudo encontrou que o maior tempo de trabalho na equipe atual estava associado a percepções mais negativas da carga de trabalho e do escore total do clima de segurança⁽¹²⁾. Um maior tempo de experiência na APS também foi relacionado com uma pior percepção de carga de trabalho⁽¹¹⁾, por outro lado, associou-se a uma melhor percepção de sistemas de segurança e aprendizagem⁽¹²⁾.

A dimensão sistema de segurança e aprendizagem contribuiu para a percepção positiva do clima de segurança, assim como em outros estudos, e não diferiu entre as categorias profissionais e CS⁽¹⁴⁾. Essa dimensão diz respeito ao modo como a instituição previne, analisa e aprende com os eventos significantes, se aproximando do conceito de aprendizagem organizacional. A aprendizagem organizacional é imprescindível para a melhoria contínua de processos, do nível organizacional ou trabalho individual, tendo como principais meios a prática colaborativa, a resposta não punitiva ao erro, a responsabilidade pelo desempenho e a atenção e preparo para lidar com adversidades⁽³⁰⁾.

Os profissionais que participaram do PMAQ-AB possuem uma percepção mais positiva do clima de segurança em relação aos profissionais sem experiência prévia nas dimensões carga de trabalho, trabalho em equipe, sistema de segurança e aprendizagem e o escore total. Esses resultados eram esperados por considerar que o PMAQ-AB possui dentre suas diretrizes o estímulo a um processo contínuo de melhorias que envolvam a gestão, os processos de trabalho e a resolutividade, além de uma cultura de planejamento, negociação e contratualização. Os elementos previstos para o desenvolvimento dessas diretrizes de forma transversal são a autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal⁽⁵⁾, que podem favorecer aspectos envolvidos nessas dimensões do clima.

Embora os resultados do PMAQ-AB não sejam uniformes em todas as localidades do país⁽⁷⁾, estudo demonstrou que os melhores resultados com a adoção desse programa foram alcançados em localidades com maior demanda por melhorias, como na região nordeste, contribuindo para a equidade⁽³¹⁾. Esses aspectos demonstram a necessidade de reforço e investimentos em políticas brasileiras que melhorem a qualidade do cuidado e, conseqüentemente, que promovam a segurança do usuário⁽¹⁾.

Como limitações desta pesquisa têm-se o estudo transversal e o cenário abordado, por ser restrito a um dos cinco distritos de saúde do município e, por isso, não possibilitar a generalização dos dados. Para pesquisas futuras recomenda-se a aplicação do PC-SafeQuest nos diferentes cenários de prática da APS em demais localidades de São Paulo e do Brasil.

Os resultados deste estudo trazem contribuições importantes para os gestores sobre os fatores que podem influenciar na percepção do clima de segurança. Munidos destas informações, a análise dos dados pode evidenciar como a avaliação do clima fornece ao gestor um diagnóstico dos pontos que necessitam de fortalecimento em relação à segurança do paciente em sua unidade. Além disso, o estudo apresentou a importância da participação em programas de melhoria por esses poderem influenciar positivamente no clima de segurança do paciente. Essa avaliação realizada pela percepção de toda a equipe multiprofissional da APS é um diferencial que pode trazer benefícios, favorecendo que todos os profissionais estejam comprometidos com essa temática na prática diária. Por fim, estes achados podem prover melhorias para a gestão em enfermagem e saúde, com o fortalecimento da cultura de segurança do usuário na APS.

■ CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou concluir que os profissionais possuem uma percepção positiva do clima de segurança em todas as dimensões do PC-SafeQuest, com as maiores

pontuações atribuídas às dimensões comunicação e liderança, e menor pontuação à carga de trabalho. Os profissionais diferiram na percepção do clima entre os CS para as dimensões carga de trabalho, trabalho em equipe e escore total, mas não diferiram entre categorias profissionais. A experiência prévia de participação no PMAQ-AB influenciou na percepção positiva do clima de segurança nas dimensões carga de trabalho, trabalho em equipe, sistema de segurança e aprendizagem e o escore total. A publicação destes resultados é fundamental para a pesquisa sobre a temática da segurança do paciente, por essa ser emergente e apresentar uma carência de estudos brasileiros.

■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2020 Sep 28]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
2. The Health Foundation. Evidence scan: measuring safety culture [Internet]. London: The Health Foundation; 2011 [cited 2020 Sep 28]. Available from: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringSafetyCulture.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2020 set 28]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). 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) Diário Oficial União. 2017 set 22 [citado 2020 set 28];154(183 Seção 1):68-76. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=120>
5. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial União. 2015 out 05 [citado 2020 set 08];152(190 Seção 1):668-9. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/10/2015&jornal=1&pagina=668&totalArquivos=908>
6. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial União. 2019 nov 13 [citado 2022 set 08];157(220 Seção 1):97-9. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/11/2019&jornal=515&pagina=97&totalArquivos=127>
7. Vieira-Meyer APGF, Machado MFAS, Gubert FA, Moraes 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. doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz040>
8. Feitosa RMM, Paulino AA, Lima Junior JOS, Oliveira KKD, Freitas RJM, Silva WF. Changes offered by the national program for improving access and quality of primary care. *Saude Soc*. 2016;25(3):821-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016151514>

9. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão ALB. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2015;31(11):2313-30. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194214>
10. Avery AJ, Sheehan C, Bell B, Armstrong S, Ashcroft DM, Boyd MJ, et al. Incidence, nature and causes of avoidable significant harm in primary care in England: retrospective case note review. *BMJ Qual Saf*. 2021;30:961-76. doi: <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011405>
11. Bell BG, Reeves D, Marsden K, Avery A. Safety climate in English general practices: workload pressures may compromise safety. *J Eval Clin Pract*. 2016;22(1):71-6. doi: <https://doi.org/10.1111/jep.12437>
12. Wet C, Johnson P, Mash R, McConnachie A, Bowie P. Measuring perceptions of safety climate in primary care: a cross-sectional study. *J Eval Clin Pract*. 2012;18(1):135-42. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01537.x>
13. Curran C, Lydon S, Kelly ME, Murphy AW, Madden C, O'Connor P. Perceived safety climate in Irish primary care settings – a comparison with Scotland and England. *Eur J Gen Pract*. 2018;24(1):252-7. doi: <https://doi.org/10.1080/13814788.2018.1524002>
14. 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. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800057>
15. Raimondi DC, Bernal SCZ, Oliveira JLC, Matsuda LM. Patient safety culture in primary health care: analysis by professional categories. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180133. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180133>
16. Raimondi DC, Bernal SCZ, Matsuda LM. Patient safety culture from the perspective of workers and primary health care teams. *Rev Saúde Pública*. 2019;53:42. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000788>
17. Lawati MHA, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):104. doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0793-7>
18. 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;335:806-8. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD>
19. Medronho R, Carvalho D, Bloch K. *Epidemiologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2008.
20. Rodrigues APB. Adaptação cultural e validação do Primary Care Safety Questionnaire para o cenário brasileiro [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2017. doi: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2017.1061173>
21. Wet C, Spence W, Mash R, Johnson P, Bowie P. The development and psychometric evaluation of a safety climate measure for primary care. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(6):578-84. doi: <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.031062>
22. Streiner DL. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess*. 2003;80(1):99-103. doi: https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18
23. Afonso MPD, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, Ramalho WM, Afonso T. Association between hospitalisation for ambulatory care-sensitive conditions and primary health care physician specialisation: a cross-sectional ecological study in Curitiba (Brazil). *BMJ Open*. 2017;7(12):e015322. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015322>
24. Souza MM, Dal Ongaro J, Lanes TC, Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnago TSBS. Patient safety culture in the Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(1):32-9. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>
25. Klemenc-Ketiš Z, Poplas Susič A. Safety culture at primary healthcare level: a cross-sectional study among employees with a leadership role. *Zdr Varst*. 2019;59(1):42-6. doi: <https://doi.org/10.2478/sjph-2020-0006>
26. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(Suppl 1):e0024678. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
27. O'Donovan R, Ward M, De Brún A, McAuliffe E. Safety culture in health care teams: a narrative review of the literature. *J Nurs Manag*. 2019;27(5):871-83. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.12740>
28. Macedo LL, Haddad MCFL, Silva AMR, Giroto E. Culture of patient safety in primary health care in a large municipality in the perception of workers. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20180410. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0410>
29. 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. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>
30. Edwards MT. An organizational learning framework for patient safety. *Am J Med Qual*. 2017;32(2):148-55. doi: <https://doi.org/10.1177/1062860616632295>
31. Kovacs R, Barreto JOM, Silva EN, Borghi J, Kristensen SR, Costa DRT, et al. Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. *Lancet Glob Health*. 2021;9(3):e331-e339. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30480-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30480-0)

■ **Agradecimentos:**

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Unicamp financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Em memória a Mariana Véio Nery Jesus, doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), pela coorientação e contribuição em toda as fases deste estudo. Infelizmente, ela faleceu antes do envio para publicação e divulgação deste estudo e gostaríamos de registrar o nosso eterno agradecimento e saudades.

■ **Contribuição de autoria:**

Análise formal: Lilian Ceroni Vieira, Edinêis de Brito Guirardello.
Conceituação: Lilian Ceroni Vieira, Edinêis de Brito Guirardello.
Curadoria de dados: Lilian Ceroni Vieira, Edinêis de Brito Guirardello.
Escrita – rascunho original: Lilian Ceroni Vieira, Edinêis de Brito Guirardello.
Escrita – revisão e edição: Lilian Ceroni Vieira, Edinêis de Brito Guirardello.
Investigação: Lilian Ceroni Vieira, Edinêis de Brito Guirardello.
Metodologia: Lilian Ceroni Vieira, Edinêis de Brito Guirardello.
Supervisão: Edinêis de Brito Guirardello.
Validação: Edinêis de Brito Guirardello.
Visualização: Lilian Ceroni Vieira, Edinêis de Brito Guirardello.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Edinêis de Brito Guirardello
E-mail: guirar@unicamp.br

Recebido: 09.11.2022
Aprovado: 19.04.2023

Editor associado:

Adriana Aparecida Paz

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira