UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ELLEN CAROLINE BARBOZA SANTANA
RENATA EMMANUELLE DÓRIA ALMEIDA

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

LAGARTO
2025

ELLEN CAROLINE BARBOZA SANTANA
RENATA EMMANUELLE DÓRIA ALMEIDA

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC 2) do Curso de Graduação em Enfermagem do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientadora: Prof.ª Drª Hertaline Menezes do Nascimento Rocha.

LAGARTO
2025

ELLEN CAROLINE BARBOZA SANTANA
RENATA EMMANUELLE DÓRIA ALMEIDA

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como requisito final à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Lagarto, 24 de novembro de 2025.

Banca examinadora:

Profª. Draª. Hertaline Menezes do Nascimento Rocha
Orientadora/Presidente
Departamento de Enfermagem/DENL
Universidade Federal de Sergipe

Profª. Draª. Anny Giselly Milhome da Costa Farre
1º Membro
Departamento de Enfermagem/DENL
Universidade Federal de Sergipe

Profª. Draª. Ana Waleska de Menezes Seixas Souza
2º Membro
Departamento de Enfermagem/DEN
Universidade Federal de Sergipe

Dedicamos este trabalho, primeiramente, a Deus, às nossas famílias, aos nossos amigos e colegas de curso, e a todos que acreditaram em nosso potencial e contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, à Nossa Senhora e à Santa Rita de Cássia, por sua presença constante em nossas vidas, por fortalecer a nossa fé, concederem serenidade nos momentos de incertezas e nos guiarem com sabedoria e luz ao longo desta jornada acadêmica.

Aos nossos pais, Eliana, Gilson, Fernanda e Edvaldo, pelo amor, paciência, incentivo e compreensão em cada etapa desta caminhada. Aos nossos irmãos, Luís Gustavo e Maria Clara, por serem nosso ombro amigo e por trazerem alegria, tornando assim a nossa jornada mais leve. Aos demais familiares, que foram nossa base, inspiração e motivação diária para não desistirmos, expressamos nosso mais profundo e sincero agradecimento.

Aos nossos amigos, Ana Carolina, Ana Raissa, Bruno, Íris, Daniel, Gabriella Cisneiros, Mykaella, Thelly e Renisson que, ao longo desses anos, compartilharam conosco momentos de trocas, lágrimas, sorrisos e nos apoiaram incondicionalmente, seremos eternamente gratas. Vocês tornaram essa trajetória mais leve, significativa e inesquecível.

À meu namorado, Iuri Fabrício, obrigada por todo apoio, atenção, paciência e companheirismo ao longo desta caminhada. Por estar presente nos momentos de cansaço, incentivar nos dias difíceis e celebrar comigo cada pequena conquista. Seu amor e compreensão foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

À nossa orientadora, Hertaline Menezes, que nos acompanha desde o segundo ciclo, expressamos nossos sinceros agradecimentos por todo acolhimento, dedicação, atenção e paciência no desenvolvimento deste trabalho. Sua ética, profissionalismo e sensibilidade foram fontes de inspiração, e os conhecimentos compartilhados contribuíram de forma essencial para a realização desta etapa significativa da nossa formação.

À nossa banca examinadora, Anny Giselly, Ana Waleska e Gleyce Brasileiro, agradecemos pelas valiosas sugestões, correções, orientações, incentivo e críticas construtivas, que contribuíram significativamente para o aprimoramento deste trabalho.

Ao grupo GESP-UFSlag, agradecemos a disponibilidade, persistência e valiosa contribuição durante as coletas de dados, que foram essenciais para a construção deste TCC.

À Universidade Federal de Sergipe, nossa segunda casa, por ser a base da nossa formação profissional e humanista, pelas oportunidades e por toda contribuição significativa para o nosso crescimento pessoal/profissional e aprendizado desde o ano de 2021.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence os obstáculos, no mínimo, fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

RESUMO

SANTANA, E. C. B.; ALMEIDA, R. E. D. **Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária**. Dissertação (Trabalho de Conclusão de Curso). Lagarto. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe, 2025.

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do SUS, é fundamental para coordenar cuidados e promover segurança. Apesar das políticas nacionais, erros e eventos adversos ainda ocorrem, exigindo cultura de segurança baseada em prevenção, comunicação aberta e aprendizado com incidentes. Inspirada em Florence Nightingale e consolidada globalmente por estudos como *To Err is Human*, a segurança do paciente ainda avança lentamente na APS. Avaliar essa cultura, por meio de instrumentos como o MOSPSC, permite identificar fragilidades e fortalecer práticas seguras. **Objetivo**: Este estudo objetivou analisar a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde e identificar fatores de risco na assistência sob a perspectiva dos profissionais. **Metodologia**: Estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado nas Unidades de Saúde da Família do município de São Cristóvão/SE, com participação de 30 profissionais de saúde de nível superior, selecionados por conveniência. Os dados foram coletados por questionário on-line baseado no instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*, adaptado para APS no Brasil, contendo dimensões como trabalho em equipe, comunicação aberta e apoio da gestão. A análise estatística realizada neste estudo foi baseada em uma variedade de medidas descritivas. As medidas descritivas tal como média, mediana, desvio padrão, intervalo interquartil, frequência absoluta e percentuais, foram utilizadas para descrever as características das variáveis e fornecer informações resumidas sobre os dados coletados. No presente estudo, todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o ambiente de programação R (versão 4.3.2). **Resultados e Discussão**: O estudo na Atenção Primária de São Cristóvão incluiu 33 profissionais, predominantes mulheres (76%), idade média de 37 anos, com ensino superior (45%) e experiência média de 8,4 anos. A cultura de segurança do paciente apresentou maior escore em "Seguimento da Assistência" (média = 86) e "Comunicação sobre Erros" (média = 76), enquanto "Troca de Informações" (média = 44) e "Percepção Geral da Segurança" (média = 42) evidenciaram fragilidades. Aspectos como acesso rápido a consultas, revisão medicamentosa e cooperação entre equipes foram bem avaliados, mas identificação de pacientes, disponibilidade de prontuários, acompanhamento de exames e sobrecarga de trabalho mostraram limitações. A comunicação intersetorial foi heterogênea, e o apoio da gestão foi moderado (média = 56). A avaliação global indicou percepção positiva sobre cuidado centrado no paciente, efetividade e imparcialidade, mas pontualidade, eficiência operacional e barreiras à segurança ainda necessitam de melhorias, reforçando a necessidade de protocolos, capacitação contínua e monitoramento da qualidade e segurança do serviço. **Conclusão**: Embora a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária, das unidades de saúde estudadas, apresente avanços, ainda há fragilidades relacionadas à comunicação e ao apoio institucional. Reforça-se a necessidade de fortalecer práticas colaborativas, investir em educação permanente e consolidar uma cultura voltada à prevenção e à melhoria contínua da qualidade assistencial.

Descritores: Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Cultura de Segurança; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC), the gateway to the Unified Health System (SUS), is essential for coordinating care and promoting safety. Despite national policies, errors and adverse events still occur, requiring a safety culture based on prevention, open communication, and learning from incidents. Inspired by Florence Nightingale and consolidated globally by studies such as To Err is Human, patient safety is still slow to advance in PHC. Assessing this culture through instruments such as the MOSPSC allows for the identification of weaknesses and the strengthening of safe practices. **Objective**: This study aimed to analyze the patient safety culture in Primary Health Care and identify risk factors in care from the perspective of professionals. **Methodology**: A cross-sectional study with a quantitative approach was conducted in Family Health Units in the municipality of São Cristóvão, Sergipe, with the participation of 30 higher-educated health professionals selected by convenience. Data were collected through an online questionnaire based on the Medical Office Survey on Patient Safety Culture, adapted for PHC in Brazil, covering dimensions such as teamwork, open communication, and management support. The statistical analysis performed in this study was based on a variety of descriptive measures. Descriptive measures such as mean, median, standard deviation, interquartile range, absolute frequency, and percentages were used to describe the characteristics of the variables and provide summary information about the collected data. In this study, all statistical analyses were performed using the R programming environment (version 4.3.2). **Results and Discussion**: The study in the Primary Care of São Cristóvão included 33 professionals, predominantly women (76%), with a mean age of 37 years, higher education (45%), and an average experience of 8.4 years. Patient safety culture presented the highest scores in "Follow-up of Care" (mean = 86) and "Communication about Errors" (mean = 76), while "Exchange of Information" (mean = 44) and "Overall Perception of Safety" (mean = 42) revealed weaknesses. Aspects such as rapid access to appointments, medication review, and team cooperation were well-evaluated, but patient identification, record availability, test follow-up, and workload showed limitations. Intersectoral communication was heterogeneous, and management support was moderate (mean = 56). The overall assessment indicated a positive perception of patient-centered care, effectiveness, and impartiality, but punctuality, operational efficiency, and safety barriers still require improvement, reinforcing the need for protocols, ongoing training, and monitoring of service quality and safety. **Conclusion**: It is concluded that, although the patient safety culture in Primary Care and scientific health units presents advances, there are still weaknesses related to communication and institutional support. The need to strengthen collaborative practices, invest in continuing education and consolidate a culture focused on prevention and continuous improvement in the quality of care is reinforced.

Descriptors: Patient Safety; Primary Health Care; Safety Culture; Patient Care Team.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **12**
2 OBJETIVOS **14**
2.1 Objetivo Geral **14**
2.2 Objetivos Específicos **14**
3 REVISÃO DE LITERATURA **15**
3.1 Segurança do Paciente **15**
3.2 Atenção Primária à Saúde **16**
3.3 Fortalezas e Fragilidades da Cultura de Segurança na Atenção Primária à Saúde **18**
4 MATERIAIS E MÉTODO **22**
4.1 Tipo de Pesquisa **22**
4.2 Local da Pesquisa **22**
4.3 Amostragem e Recrutamento **23**
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão **23**
4.5 Instrumento de Coleta de Dados **24**
4.6 Análise dos Dados **25**
4.7 Aspectos Éticos **26**
5 RESULTADOS **27**
5.1 Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes **27**
5.2 Cultura de Segurança do Paciente (dimensões avaliadas) **32**
5.3 Percepção dos profissionais sobre Segurança do Paciente **34**
5.4 Comunicação intersetorial **35**
5.5 Ambiente de trabalho e organização do serviço **37**
5.6 Comunicação aberta e cultura de aprendizado **39**
5.7 Apoio da gestão e investimento em segurança **41**
5.8 Capacidade de mudança e prevenção de erros **43**
5.9 Avaliação global da qualidade e segurança **45**
6 DISCUSSÃO **48**
6.1 Caracterização dos participantes e implicações no cuidado em saúde **48**
6.2 Cultura de Segurança do Paciente: Fortalezas e Fragilidades **49**
6.3 Percepção dos profissionais sobre Segurança do Paciente e Qualidade **49**
6.4 Comunicação intersetorial e fragmentação da rede **50**
6.5 Ambiente de trabalho, carga e organização **51**

6.6 Comunicação aberta e barreiras à expressão **52**
6.7 Apoio institucional e prioridade da gestão **53**
6.8 Capacidade de aprendizagem e resiliência organizacional **54**
6.9 Avaliação global da qualidade e segurança **55**
7 CONCLUSÃO **57**
REFERÊNCIAS **58**
APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) **63**
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS **66**
ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS **68**
ANEXO B – PARECER DO CEP **76**

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecida como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), exerce papel fundamental na coordenação do cuidado e na organização das ações e serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Sua atuação é indispensável para a promoção de estratégias voltadas à integralidade, continuidade e qualidade da assistência, consolidando-se como eixo estruturante para a segurança do paciente e para o fortalecimento do sistema de saúde como um todo (Nora; Beghetto, 2019).

Apesar de sua relevância ainda existem desafios para a consolidação de uma cultura de segurança do paciente nesse nível assistencial. A Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituída pela Portaria nº 529/2013, prevê a promoção de uma cultura voltada à segurança, e, em 2017, essa temática foi incorporada à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O objetivo foi estimular a implementação de práticas seguras na APS, de modo que os profissionais possam instituir ações que reduzam riscos e eventos adversos (EA) (Sandoval *et al*, 2022).

Considerando, que a APS representa o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde e que oferece uma assistência continuada, centrada no indivíduo de forma longitudinal, há maior probabilidade de ocorrência de erros e EA, especialmente relacionados à gestão do cuidado, prescrição e administração de medicamento, tratamento e diagnóstico (Bohrer *et al*, 2021).

Embora, muitos profissionais percebam a APS como um ambiente seguro em razão do acolhimento e da proximidade com o paciente, estudos apontam que a alta demanda de atendimentos e o manejo de casos complexos favorecem a ocorrência de eventos adversos (Cacciari, 2022). Esses achados reforçam a necessidade de fortalecer ações que promovam a segurança em todos os níveis de atenção.

A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) envolve a adoção de práticas que previnem riscos e danos durante o cuidado, garantindo um atendimento seguro e de qualidade. Nesse nível de atenção, a proximidade com o usuário favorece a identificação precoce de falhas e a implementação de melhorias nos processos de trabalho (Resende *et al*, 2024).

Nesse contexto, a construção de uma cultura de segurança requer a criação de um ambiente favorável, baseado na gestão de riscos e na valorização da segurança, em que os valores e práticas sejam compartilhados sem medo de julgamentos, com apoio e incentivo das lideranças e gestores (Rocha, 2021). Para que essa cultura se fortaleça, é imprescindível que exista o comprometimento institucional, o incentivo à educação permanente e o estímulo à reflexão sobre as práticas cotidianas (Cacciari, 2022).

Assim, consolidou-se a compreensão de que a cultura de segurança é um conjunto de valores e competências que determinam o comprometimento com a gestão de saúde e segurança. Embora tenha se consolidado uma cultura de SP no contexto hospitalar, é fundamental que a APS avance nesse quesito, uma vez que é responsável pelo acompanhamento contínuo e integral dos usuários (Bezerril *et al*, 2022).

Parte-se da hipótese de que a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde apresenta fragilidades, sobretudo relacionadas à comunicação entre profissionais, ao apoio da gestão, à notificação de eventos adversos e à educação permanente, associadas à elevada demanda de atendimentos, à sobrecarga de trabalho e à limitada institucionalização de práticas sistemáticas de segurança do paciente.

Diante disso, o referido trabalho tem como justificativa analisar a cultura de segurança na Atenção Primária à Saúde, a fim de identificar fortalezas e fragilidades institucionais que influenciam a qualidade do cuidado. Essa análise possibilita o desenvolvimento de estratégias de melhoria contínua, com a participação de profissionais de saúde, gestores e usuários, além de contribuir para o fortalecimento da produção científica ao complementar a literatura existente e suprir lacunas ainda presentes sobre a temática.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a cultura de segurança na atenção primária à saúde de um município na região metropolitana de Aracaju.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a cultura de segurança do paciente na atenção primária na perspectiva dos profissionais de saúde.
- Identificar fatores que ofereçam risco aos pacientes durante a assistência de saúde na atenção primária à saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Segurança do Paciente

A Segurança do Paciente (SP) tem se destacado mundialmente nas últimas décadas como um tema central nas discussões sobre qualidade assistencial. Trata-se de um componente essencial para o aprimoramento do cuidado em saúde, sendo fundamental para os profissionais que almejam oferecer uma assistência segura, eficiente e livre de danos evitáveis (Souza *et al*, 2019).

Nesse sentido, a segurança do paciente compreende um conjunto de ações organizadas que envolvem culturas, processos, comportamentos, tecnologias e ambientes de assistência, com o objetivo de reduzir os riscos assistenciais, minimizar a ocorrência de eventos adversos e atenuar seus impactos tanto para o paciente quanto para o profissional e as organizações de saúde (Bohrer *et al*, 2021).

A relevância da temática foi evidenciada a partir da publicação do relatório *Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*, elaborado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos. O documento analisou 30.121 internações hospitalares e constatou que 3,7% delas resultaram em prejuízos iatrogênicos, dos quais 6,5% provocaram disfunções permanentes e 13,6% culminaram no óbito do paciente (Oliveira *et al*, 2014).

Estimou-se, assim, que aproximadamente 180 mil mortes anuais no país estavam relacionadas a erros assistenciais. Após a divulgação desses dados, o debate sobre segurança do paciente tornou-se mais intenso e prioritário em nível global (Oliveira *et al*, 2014). Com base na magnitude do problema, a Organização Mundial de Saúde (OMS) implantou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a fim estabelecer prioridades e orientar estratégias voltadas para a redução de riscos (Reis *et al*, 2013).

Diversas instituições passaram a desempenhar papel relevante na segurança do paciente e exercem importante papel em busca da melhoria na qualidade dos serviços, entre elas a *Agency for Health Care Research and Quality, a Joint Commission, o Institute of Medicine e o Institute for Healthcare Improvement*, este fundado em 1991 e sediado em Cambridge, Massachusetts nos Estados Unidos da América (Timm, 2015).

No Brasil, o Ministério da Saúde, em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Centro Colaborador para Qualidade e Segurança do Paciente

(PROQUALIS), criado em 2009 e vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, tem assumido papel estratégico na consolidação das políticas e práticas voltadas à segurança do paciente (Timm, 2015).

Um dos principais marcos da SP no Brasil foi a criação da Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituída pela portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, a qual reafirma a importância de desenvolver ações, produtos e estratégias direcionadas aos gestores, profissionais e usuários. Essa política tem como finalidade a redução da ocorrência de evento adverso e a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (Brasil, 2013).

Além disso, a Resolução RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013, complementou a PNSP ao estabelecer a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde. Esse núcleo é responsável por coordenar, implementar e monitorar as estratégias previstas na política, assumindo papel central no desenvolvimento e na efetivação do Plano de Segurança do Paciente (Brasil, 2013).

Apesar dos avanços e das políticas implementadas, práticas inseguras ainda persistem em todos os níveis de atenção à saúde, representando desafios constantes para a gestão e para a equipe multiprofissional. Nesse contexto, o fortalecimento da cultura de segurança tem sido reconhecido como elemento fundamental para melhorar a qualidade da assistência, reduzir a ocorrência de incidentes e promover um ambiente de trabalho mais confiável e colaborativo (Dal Pai *et al*, 2020).

3.2 Atenção Primária à Saúde

A concepção de APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, publicado em 1920 pelo governo inglês. O relatório estruturava a atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais, delineando um modelo de cuidado articulado entre diferentes níveis de atenção (Dalcin *et al*, 2020).

Em 1978, ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, Cazaquistão, sob a condução da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), na qual foi elaborada a Declaração de Alma-Ata (Dalcin *et al*, 2020). Essa declaração convocava os governos a formular políticas nacionais,

estratégias e planos de ação para implementar a APS como parte de um sistema nacional de saúde integral, considerando os determinantes sociais e mobilizando recursos e políticas públicas (Giovanella *et al*, 2019).

A mudança do perfil demográfico da população global, associada a contextos econômicos restritivos, aumento dos custos com tecnologias de alto valor, ineficiência dos serviços e às mudanças no papel do Estado, impulsionaram reformas nos sistemas de saúde em diversos países das Américas e da União Europeia. O objetivo dessas reformas foi otimizar os custos em saúde, fortalecer os serviços de APS e aprimorar a qualidade e eficiência (Almeida *et al*, 2018).

No Brasil, as primeiras experiências de APS remontam à primeira metade do século XX. A partir da Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como direito de cidadania e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), buscou-se implementar os princípios e diretrizes da reforma sanitária. Nesse período, o esforço de construção de um novo modelo assistencial baseado na APS se materializou (Melo *et al*, 2018).

Em 2007, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS lançaram as bases de um movimento de renovação da APS nas Américas, buscando estimular reflexões sobre políticas coerentes com os princípios de Alma-Ata. O movimento também visava promover reformas voltadas ao fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, incluindo o brasileiro (Almeida *et al*, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instrumento regulatório da APS no Brasil, passou por diversas reformulações, sendo a última em 2017, com o objetivo de acompanhar as mudanças das necessidades de saúde dos indivíduos, bem como as regulamentações políticas que surgiam. Sendo assim, a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica (AB), no SUS (Brasil, 2017).

Atualmente, a APS é a principal forma de acesso ao SUS, e o primeiro ponto de contato dos pacientes com os serviços de saúde (Souza *et al*, 2018). Além disso, prioriza a saúde da família como estratégia central para a expansão e consolidação da atenção básica no país, promovendo coordenação dos cuidados, integração entre diferentes níveis de atenção e redução das barreiras de acesso (Almeida *et al*, 2018; Brasil, 2017).

As ações voltadas para a segurança do paciente, inicialmente, voltavam-se para a atenção hospitalar. Posteriormente, o Relatório Mundial da Saúde publicado pela OMS com a temática “Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca”, além de apontar para a importância da APS nos sistemas de saúde, apontou a falta de segurança do paciente neste nível de atenção como uma limitação para a prestação de cuidados (Dalcin *et al*, 2020).

As principais falhas na APS incluem: erros no tratamento medicamentoso (principalmente na prescrição), falha no diagnóstico, demora na realização de exames e interpretação de resultados, dificuldades em reconhecer a urgência da doença ou suas complicações, déficit de conhecimento ou experiência profissional. Soma-se a isso, a falta de comunicação entre os prestadores de cuidados, identificadas como uma das principais causas de eventos adversos (EA) (Timm, 2015).

Uma APS acessível e segura é essencial para alcançar a cobertura universal de saúde. Cuidados primários inseguros podem gerar danos evitáveis, internações desnecessárias, incapacidade e até óbito. Nesse contexto, a segurança do paciente na APS se justifica como uma estratégia capaz de gerir riscos de forma a maximizar benefícios e minimizar danos, devendo ser aplicada por todos os profissionais que atuam na APS, superando barreiras e encontrando soluções diante dos desafios cotidianos (Dalcin *et al*, 2020).

3.3 Fortalezas e Fragilidades da Cultura de Segurança na Atenção Primária à Saúde

A Segurança do Paciente (SP) constitui um elemento essencial para a oferta de uma assistência de saúde de qualidade, a fim de prevenir danos ou eventos adversos (EA) aos pacientes, além de proporcionar um ambiente de trabalho seguro para os profissionais de saúde (Guirardello *et al*, 2024). Um EA é qualquer ocorrência indesejada relacionada ao cuidado em saúde que resulta em dano ao paciente, podendo decorrer de erros humanos, falhas em processos ou fatores externos.

A ocorrência de dados está frequentemente relacionada a erros no diagnóstico, na prescrição de medicamentos, encaminhamentos tardios, falhas na comunicação, na gestão ou em registros incompletos. Considerando que a APS representa o primeiro ponto de contato com o paciente e concentra o maior número de atendimento espontâneos, torna-se urgente a consolidação de uma cultura de segurança para evitar os EA (Timm, 2015).

A cultura de segurança do paciente APS é influenciada por diversos fatores que podem atuar como fragilidades e fortalezas no cuidado prestado. Para consolidar essa cultura, é necessário criar um clima de segurança organizacional, o que está diretamente relacionado ao estilo de liderança transformacional dos diretores executivos (Inácio *et al,* 2022).

É fundamental incentivar mudanças comportamentais na equipe multiprofissional, promovendo uma postura crítica e de autoaprendizado. Um indicador indireto da cultura de SP através do clima de segurança é analisar a percepção dos profissionais sobre a importância das políticas e práticas de SP na empresa (Guirardello *et al*, 2024).

Nesse sentido, será possível utilizar de um método eficiente para diagnóstico dos aspectos de SP que fortalece a gestão no que tange a medidas e planejamento de ações nessa direção. Diferente do ambiente hospitalar, a APS apresenta características que influenciam diretamente a percepção e implementação das práticas de segurança como diversidade do serviço, longitudinalidade do cuidado e atuação em diferentes territórios (Bezerril *et al,* 2022).

Identificar as causas para implementar estratégias ou barreiras para prevenir ou minimizar os eventos adversos por meio da percepção, acerca da cultura de segurança, dos profissionais de saúde como também a sua participação no planejamento e nas ações são fundamentais para consolidar a cultura de SP na APS (Bohrer *et al,* 2021). Para isso é importante a criação de um vínculo e comunicação eficiente entre o profissional e o usuário, profissional e gestor, lideranças e paciente, estrutura do serviço e processo de trabalho, com aspecto dinâmico e multifatorial.

Entre as principais fortalezas da cultura de segurança do paciente na APS, destaca-se o trabalho em equipe multiprofissional, que favorece a troca de informações entre diferentes categorias profissionais, promovendo uma abordagem mais completa e segura no diagnóstico e tratamento, com continuidade da assistência prestada ao paciente (Dal Pai *et al*, 2020).

O vínculo entre profissional e paciente, construído por meio de uma escuta qualificada e acolhedora, contribui para a comunicação efetiva e a identificação precoce de riscos. Além disso, a característica preventiva e promotora da saúde, inerente à APS, reduz a incidência de EA evitáveis, permitindo a implementação de ações voltadas à qualidade e à segurança da assistência (Bohrer *et al*, 2021). Outras fortalezas são citadas no quadro 1.

Quadro 1- Fortalezas da APS

Clima organizacional mais afeito	Bom gerenciamento de conflitos
Apoio da gestão	Comunicação aberta
Troca de informações entre setores	Liderança eficaz
Continuidade do cuidado	Satisfação profissional
Trabalho em equipe	

Autor: Almeida; Santana, 2025.

Apesar dessas potencialidades, a APS apresenta diversos desafios para a consolidação de uma cultura de segurança, especialmente devido à escassez de recursos humanos, com número insuficiente de profissionais para atender à alta demanda, o que acarreta sobrecarga física e psicológica, comprometendo a qualidade e segurança da assistência prestada. Além disso, a alta rotatividade de profissionais prejudica a continuidade do cuidado e dificulta a adesão aos protocolos de segurança estabelecidos (Nora *et al*, 2019).

Os problemas de comunicação entre membros da equipe e usuários podem gerar interpretações equivocadas, dificultando a adesão ao diagnóstico e ao tratamento, o que representa risco à segurança do paciente e eleva a probabilidade de erros assistenciais. Essa falha comunicacional não apenas diminui a efetividade do tratamento, mas também contribui para o aumento da ocorrência de eventos adversos evitáveis, como erros de medicação, duplicidade de procedimentos e condutas inadequadas (Timm, 2015).

Entre outras fragilidades, destaca-se a subnotificação de eventos adversos, muitas vezes motivada pelo medo de culpa e punição. Essa postura reflete uma cultura de culpabilização e percepção de fracasso, o que impede o aprendizado organizacional e favorece a reincidência de erros evitáveis, dificultando a implementação de medidas corretivas e preventivas (Paese *et al*, 2013). Outras fragilidades são citadas no quadro 2.

Quadro 2 - Fragilidades da APS

Falta de recursos humanos	Ausência de capacitação
Pressão e ritmo de trabalho	Competências e habilidades
Comunicação deficiente	Erros relacionados ao processo de trabalho da equipe

Falta de notificação do erro	Precária estrutura física
Mais de um emprego	Carência de insumos
Desmotivação de trabalhar	Interpretação incorreta de receitas
Troca de identidade do usuário	Falta de comunicação interprofissionais
Registro deficiente em prontuário	Falta de apoio da gestão
Erro no diagnóstico	Respostas punitivas

Autor: Almeida; Santana, 2025.

Para fortalecer a cultura de segurança do paciente na APS, é indispensável o investimento em educação permanente, com oferta de cursos, oficinas, reuniões periódicas e workshops voltados à conscientização sobre práticas seguras e protocolos assistenciais (Nora *et al*, 2019). A implementação de diretrizes padronizadas para a prevenção de eventos adversos e a criação de um ambiente não punitivo são estratégias essenciais para estimular a notificação de incidentes e transformar falhas em oportunidades de aprendizado (Dal Pai *et al*, 2020).

Além disso, o incentivo ao desenvolvimento de novas habilidades e a valorização profissional por parte das lideranças contribuem para a melhoria do clima organizacional e para a consolidação de uma cultura de segurança (Bohrer *et al*, 2021). Por fim, o investimento em infraestrutura e recursos materiais é imprescindível para garantir condições seguras de trabalho e de atendimento ao paciente.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa.

A pesquisa de natureza quantitativa caracteriza-se pela mensuração objetiva e pela quantificação dos resultados, permitindo a generalização dos dados coletados a partir de uma amostra representativa de determinada população. Essa abordagem busca traduzir em números opiniões, comportamentos e informações, a fim de analisá-los por meio de técnicas estatísticas.

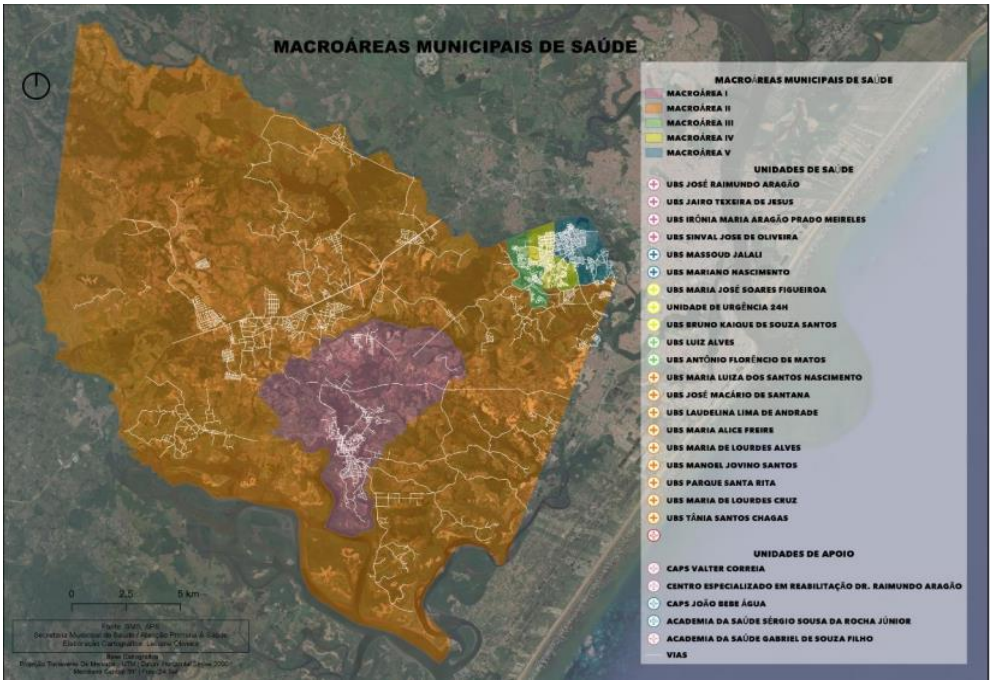
O delineamento transversal refere-se à coleta de dados realizada em um único momento, sem necessidade de acompanhamento longitudinal do fenômeno estudado. Esse tipo de delineamento é apropriado para identificar a prevalência de determinadas condições ou percepções em um grupo específico, oferecendo uma visão instantânea do contexto pesquisado (Iwai, 2014).

4.2 Local da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família do Município de São Cristóvão, localizado no estado de Sergipe. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui uma população estimada de 95.612 habitantes, distribuídos em 438.037 Km^2 (IBGE, 2022).

No que se refere à estrutura do setor de saúde, o município conta com serviços que abrangem todos os níveis de complexidade. Na rede pública, encontram-se 30 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) distribuídas em 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS)**,** responsáveis pelo atendimento da população adscrita. A rede assistencial é ainda composta por uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) **e** dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que complementam os serviços de Atenção Primária (São Cristóvão, 2021).

Figura 1 - Mapa do município de São Cristóvão, com identificação das unidades da APS



Fonte: Plano Municipal de Saúde de São Cristóvão (SE), 2021.

4.3 Amostragem e Recrutamento

Participaram do estudo todos os profissionais de saúde de nível superior alocados nas Unidades de Saúde da Família do município de São Cristóvão/SE, que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Para composição da amostra, estimou-se a participação de 30 profissionais, conforme disponibilidade e aceite dos mesmos. A amostra utilizada foi não probabilística por conveniência, sendo selecionado os 30 primeiros profissionais de nível superior que aceitarem participar do estudo. Essa estratégia foi adotada em razão da dificuldade de obtenção de respostas, priorizando-se a adesão voluntária dos participantes.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos neste estudo os profissionais de saúde de curso superior, os quais exerciam atividades assistenciais na unidade de pesquisa há, no mínimo, 6 meses; profissionais que estavam presente em um dos turnos de trabalho durante o período da coleta de dados e os que manifestaram consentimentos mediante assinatura do TCLE.

Foram excluídos os profissionais que se encontravam em férias ou licença no período da coleta, bem como aqueles que não devolveram o formulário dentro do no prazo de 48 horas após o recebimento, mesmo após duas tentativas de contato eletrônico realizado pelos pesquisadores.

4.5 Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário online, elaborado e disponibilizado pelos organizadores através da plataforma *Google Forms*. Após aceitarem participar da pesquisa, os profissionais receberam um link de acesso ao formulário, que foi inicialmente encaminhado aos gestores, e, posteriormente, compartilhado com os participantes por meio de grupos de Whatsapp (https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScemKtCSXXHogsjKYb1AqRQexhNhhfIurBzEiUoBzs8-poatA/viewform?usp=sf_link).

Ao clicar no link, o participante era direcionado para as seguintes seções: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), instruções para o preenchimento do questionário de coleta de dados. O tempo médio estimado para o preenchimento foi de 20 minutos.

Além disso, os pesquisadores realizaram oito visitas *in loco* para reforçar o convite à participação na pesquisa e aplicar questionários físicos aos profissionais que não aderiram à coleta de dados em meio digital.

Para a estruturação do questionário, utilizou-se o instrumento de pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária, versão traduzida e adaptada para o contexto brasileiro do *Medical Office Survey on Patient Culture (MOSPSC)* (ANEXO A) (Timn; Rodrigues, 2016).

O MOSPSC é um instrumento autoaplicável, composto por nove seções. Além disso, foram acrescentadas 14 questões adicionais destinadas à caracterização sociodemográficas e profissionais (APÊNDICE B).

Dentre essas seções, sete seções contemplam 56 questões estruturadas em escala do tipo Likert: A - Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade; B - Troca de informações com outras instituições; C - Trabalhando neste serviço de saúde; D - Comunicação e acompanhamento; E - Apoio de gestores/administradores/líderes; F - Seu serviço de saúde; G - Avaliação global.

Dentre esses itens, 38 são agrupados e formam 10 dimensões da cultura de segurança do paciente: Ritmo e pressão no trabalho; Trabalho em equipe; Treinamento da equipe; Processo de trabalho e padronização; Comunicação aberta; Comunicação sobre o erro; Seguimento da assistência ao paciente; Aprendizagem organizacional; Apoio dos gestores na segurança do paciente; Percepção geral da segurança do paciente e qualidade.

Os demais itens contemplam perguntas sobre problemas de troca de informações com outros serviços, acesso aos cuidados de saúde, avaliação sobre cinco áreas de qualidade dos cuidados de saúde (centrado no paciente, eficaz, oportuno, eficiente e equitativo) e avaliação geral da segurança do paciente. A Seção H contém perguntas de múltipla escolha sobre o perfil profissional, e a Seção I é composta de questão não obrigatória, dissertativa, sobre segurança do paciente e qualidade assistencial.

4.6 Análise dos Dados

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados eletrônicos, elaborado no *software Microsoft Office Excel® 2013*, a partir das variáveis incluídas no formulário de pesquisa.

As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa (%), enquanto as variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil**,** conforme a distribuição dos dados.

As análises de associação foram realizadas considerando como desfecho a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Para o tratamento estatístico e análise inferencial, utilizou-se o software de Programação R, versão 4.3.2.

4.7 Aspectos Éticos

A pesquisa atendeu integralmente às normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta estudos envolvendo seres humanos no Brasil.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe (UFS) **e** aprovado sob o Parecer nº 6.189.619, vinculado ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 68815023.1.0000.0217 (ANEXO B).

Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, e a participação foi formalizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo voluntariedade, anonimato e confidencialidade das informações prestadas.

5 RESULTADOS

Este estudo foi realizado na APS do município de São Cristóvão, por meio da aplicação do questionário *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), traduzido e adaptado para o contexto brasileiro por Márcia Timm, voltado à avaliação da Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária. A amostra foi composta por 33 profissionais de saúde atuantes no município**.**

5.1 Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes

Entre os 33 participantes, predominou o vínculo com a APS n=27 (82%), seguido pela Atenção Especializada n=5 (15%) e Unidade de Pronto Atendimento n=1 (3%). Observou-se o predomínio do sexo feminino n=25 (76%), com idade média de 37 anos (DP=10), mediana de 35 anos e amplitude interquartil (AIQ) entre 28 e 44 anos.

No que se refere à profissão, houve distribuição variada entre categorias, destacando-se enfermeiros n=7 (21%), auxiliares administrativos n=4 (12%) e agentes comunitários de saúde n=3 (9,1%). Quanto ao nível educacional, prevaleceu o ensino superior na área de atuação n=15 (45%), seguido por especialização n=9 (27%) e formação técnica n=7 (21%).

Em relação à função desempenhada, a maioria n=29 (88%) exerceu atividades assistenciais, enquanto n=4 (12%) atuaram em funções de gestão. Sobre o vínculo institucional, observou que 18 (55%) eram contratados e n=5 (45%) servidores efetivos. Aproximadamente nove participantes (27%) possuíam mais de um vínculo empregatício, dos quais a maioria exercia suas atividades principais na unidade avaliada n=30 (89%) e atuava predominantemente em regime de 40 horas semanais n=29 (88%).

O turno de trabalho mais frequente foi o matutino n=26 (79%), seguido pelo vespertino n=6 (18%) e noturno n=1 (3%). O tempo médio experiência no cargo ou função atual foi de 8,4 anos (DP = 7,1), com mediana de 5 anos (AIQ: 2,2 a 16 anos), e o tempo médio de atuação no serviço foi de 61 meses (DP = 75), com mediana de 24 meses (AIQ: 11 a 84 meses).

Verificou-se que 11 profissionais (33%) trabalhavam no serviço há 11 anos ou mais, enquanto n=10 (30%) possuíam entre 1 e 3 anos de atuação. Quanto à carga horária semanal, 22 participantes (67%) trabalhavam entre 33 e 40 horas por semana. Entre os cargos mais representativos estavam os enfermeiros n=6 (18%), técnicos de enfermagem n=5 (15%) e

agentes comunitários de saúde n=4 (12%), com distribuição dispersa entre outras categorias de apoio e assistência.

De modo geral, os resultados permitem compreender a percepção dos profissionais diante das condições de trabalho e delineiam um perfil majoritariamente feminino, formado por profissionais da Atenção Primária, com nível educacional elevado e forte dedicação ao serviço avaliado, evidenciado tanto pelo tempo de experiência quanto pela carga horária semanal.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e laborais dos participantes

Características	N = 33
Nome da unidade/setor onde você trabalha**:** n / N (%)	
Atenção especializada	5 / 33 (15%)
Atenção Primária	27 / 33 (82%)
Unidade de Pronto Atendimento	1 / 33 (3,0%)
Sexo**?** n / N (%)	
Feminino	25 / 33 (76%)
Masculino	8 / 33 (24%)
Idade?	
Média (DP)	37 (10)
Mediana [AIQ]	35 [28, 44]
Profissão**?** n / N (%)	
ACS	3 / 33 (9,1%)
Agente de limpeza	2 / 33 (6,1%)
Auxiliar administrativo	4 / 33 (12%)
Auxiliar de Enfermagem	1 / 33 (3,0%)
Dentista	2 / 33 (6,1%)
Enfermeiro	7 / 33 (21%)
Farmacêutico	2 / 33 (6,1%)
Fisioterapeuta	2 / 33 (6,1%)

Características	N = 33
Fonoaudiólogo	1 / 33 (3,0%)
Gestão em Rh	1 / 33 (3,0%)
Médico	3 / 33 (9,1%)
Nutricionista	2 / 33 (6,1%)
Psicólogo	1 / 33 (3,0%)
Técnica em enfermagem	2 / 33 (6,1%)
Nível educacional mais elevado**?** n / N (%)	
Especialização na área de atuação	9 / 33 (27%)
Mestrado na área de atuação	1 / 33 (3,0%)
Nível superior na área de atuação	15 / 33 (45%)
Residência na área de atuação	1 / 33 (3,0%)
Técnico	7 / 33 (21%)
Função desempenhada no serviço? n / N (%)	
Assistencial	29 / 33 (88%)
Gestão	4 / 33 (12%)
Seu vínculo nesta instituição é? n / N (%)	
Contrato	18 / 33 (55%)
Servidor	15 / 33 (45%)
Mantém mais de um vínculo empregatício**?** n / N (%)	
Não	24 / 33 (73%)
Sim	9 / 33 (27%)
Se a resposta anterior foi sim, responda., n / N (%)	
Privado	4 / 9 (44%)
Público	5 / 9 (56%)
Se possui mais de um vínculo empregatício, passa a maior parte do trabalho nesta unidade/setor**?** n / N (%)	

Características	N = 33
Não	1 / 9 (11%)
Sim	8 / 9 (89%)
Se possui mais de um vínculo empregatício, qual número de horas geralmente trabalhadas por semana nesta unidade/setor? n / N (%)	
36	1 / 8 (13%)
40	7 / 8 (88%)
Em qual turno você trabalha com mais frequência aqui na UBS (marque a alternativa que mais lhe descreve)?, n / N (%)	
Manhã	26 / 33 (79%)
Noite	1 / 33 (3,0%)
Tarde	6 / 33 (18%)
Tempo de experiência (anos) em seu cargo/função?	
Média (DP)	8,4 (7,1)
Mediana [AIQ]	5,0 [2,2, 16,0]
Tempo de experiência (meses) em seu cargo/função?	
Média (DP)	61 (75)
Mediana [AIQ]	24 [11, 84]
Há quanto tempo você trabalha neste **serviço?** n / N (%)	
Há menos de 2 meses	4 / 33 (12%)
De 2 meses a menos de 1 ano	3 / 33 (9,1%)
De 1 ano a menos de 3 anos	10 / 33 (30%)
De 3 anos a menos de 6 anos	3 / 33 (9,1%)
De 6 anos a menos de 11 anos	2 / 33 (6,1%)
Há 11 anos ou mais	11 / 33 (33%)
Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste serviço? n / N (%)	
5 a 16 horas por semana	8 / 33 (24%)
17 a 24 horas por semana	1 / 33 (3,0%)
25 a 32 horas por semana	2 / 33 (6,1%)

Características	N = 33
33 a 40 horas por semana	22 / 33 (67%)
Qual é o seu cargo neste serviço? Marque uma categoria que melhor se aplica ao seu trabalho? n / N (%)	
Agente Comunitário de Saúde	4 / 33 (12%)
Assistente de limpeza	1 / 33 (3,0%)
Assistente Social	1 / 33 (3,0%)
Enfermeiro	6 / 33 (18%)
Equipe administrativa	1 / 33 (3,0%)
Farmacêutico	2 / 33 (6,1%)
Fisioterapeuta	1 / 33 (3,0%)
Fonoaudiólogo	1 / 33 (3,0%)
Gerência	1 / 33 (3,0%)
Médico	3 / 33 (9,1%)
Nutricionista	1 / 33 (3,0%)
Odontólogo	2 / 33 (6,1%)
Operador de máquina	1 / 33 (3,0%)
Psicólogo	1 / 33 (3,0%)
Recepção	1 / 33 (3,0%)
Recepcionista	1 / 33 (3,0%)
Técnico de Enfermagem	2 / 33 (15%)

Legenda: n – Frequência absoluta. N – Dados válidos. % – Percentual. DP – Desvio Padrão. AIQ - Amplitude Interquartil.

5.2 Cultura de Segurança do Paciente (dimensões avaliadas)

Ao analisar os escores das dimensões da Cultura de Segurança do Paciente, observou-se uma heterogeneidade entre os domínios avaliados**.** O domínio “Seguimento da Assistência” apresentou maior escore médio (86; DP = 19) e mediana de 94 (AIQ: 81–100), o que evidencia forte adesão às práticas de continuidade do cuidado.

Em seguida, destacaram-se os escores de “Comunicação sobre Erros” (média = 76; DP = 22) e “Trabalho em Equipe” (média = 74; DP = 16), com medianas de 75 (AIQ: 63–100) e 75 (AIQ: 69–81), respectivamente, sugerindo uma percepção positiva dos profissionais sobre cooperação e comunicação no ambiente de trabalho.

As dimensões relacionadas à aprendizagem organizacional (média = 72; DP = 13) e a comunicação aberta (média = 58; DP = 15) também apresentaram resultados satisfatórios, ainda que em níveis ligeiramente inferiores, sugerindo que a busca por melhorias contínuas e a liberdade para expressar opiniões estão presentes, mas podem ser fortalecidas.

Por outro lado, as dimensões “Troca de Informações” (média = 44; DP = 37) e “Percepção Geral da Segurança” (média = 42; DP = 12) apresentaram escores médios mais baixos, com medianas de 29 (AIQ: 22-75) e 38 (AIQ: 38-50), respectivamente, indicando áreas potenciais de fragilidade na percepção da cultura de segurança.

Outros domínios, como “Segurança e Qualidade” (média = 56; DP = 30), “Pressão e Ritmo de Trabalho” (média = 51; DP = 14) e “Processos de Padronização” (média = 49; DP = 12), situam-se em níveis intermediários, sugerindo variabilidade nas práticas de organização do trabalho e na percepção de sobrecarga.

O apoio dos gestores à cultura de segurança apresentou média de 56 (DP = 16), enquanto o treinamento e o desenvolvimento de equipes atingiram média de 57 (DP = 13), sinalizando reconhecimento moderado do suporte institucional e das oportunidades de qualificação.

Tabela 2 - Escores médios e distribuição das dimensões da Cultura de Segurança do Paciente

Características	N = 33
Escore Seguimento Assistência	
Média (DP)	86 (19)
Mediana [AIQ]	94 [81, 100]

Características	N = 33
Escore_**Comunicação**_Erro	
Média (DP)	76 (22)
Mediana [AIQ]	75 [63, 100]
Escore Trabalho Equipe	
Média (DP)	74 (16)
Mediana [AIQ]	75 [69, 81]
Escore Aprendizagem Organizacional	
Média (DP)	72 (13)
Mediana [AIQ]	75 [73, 75]
Escore Avaliação Global	
Média (DP)	61 (19)
Mediana [AIQ]	63 [50, 75]
Escore Comunicação Aberta	
Média (DP)	58 (15)
Mediana [AIQ]	53 [50, 63]
Escore Treinamento Equipe	
Média (DP)	57 (13)
Mediana [AIQ]	58 [50, 63]
Escore Segurança Qualidade	
Média (DP)	56 (30)
Mediana [AIQ]	61 [30, 78]
Escore Apoio Gestores	
Média (DP)	56 (16)
Mediana [AIQ]	58 [46, 67]
Escore Pressão Ritmo	
Média (DP)	51 (14)
Mediana [AIQ]	50 [44, 63]
Escore Processo Padronização	
Média (DP)	49 (12)
Mediana [AIQ]	50 [44, 56]
Escore Troca Informações	
Média (DP)	44 (37)
Mediana [AIQ]	29 [22, 75]
Escore Percepção Geral Segurança	
Média (DP)	42 (12)
Mediana [AIQ]	38 [38, 50]

Legenda: n – Frequência absoluta. N – Dados válidos. % – Percentual. DP – Desvio Padrão. AIQ - Amplitude Interquartil.

5.3 Percepção dos profissionais sobre Segurança do Paciente

A seção A do questionário MOSPSC, avaliou a percepção dos profissionais sobre eventos adversos relacionados à segurança do paciente no âmbito dos serviços de Atenção Primária à Saúde. No que se refere ao acesso ao cuidado (Item 1), 22 (64%) dos profissionais relataram discordar totalmente de que pacientes tiveram dificuldade para obter consulta em até 48 horas para problemas graves, indicando percepção positiva quanto à acessibilidade.

Por outro lado, em relação à identificação correta dos pacientes (Item 2) e à disponibilidade de prontuários (Item 3), as respostas dividiram-se entre concordância e discordância. Cerca de metade dos profissionais relataram ausência de ocorrências, enquanto 50% indicaram existência de episódios de troca de registros ou indisponibilidade de informações.

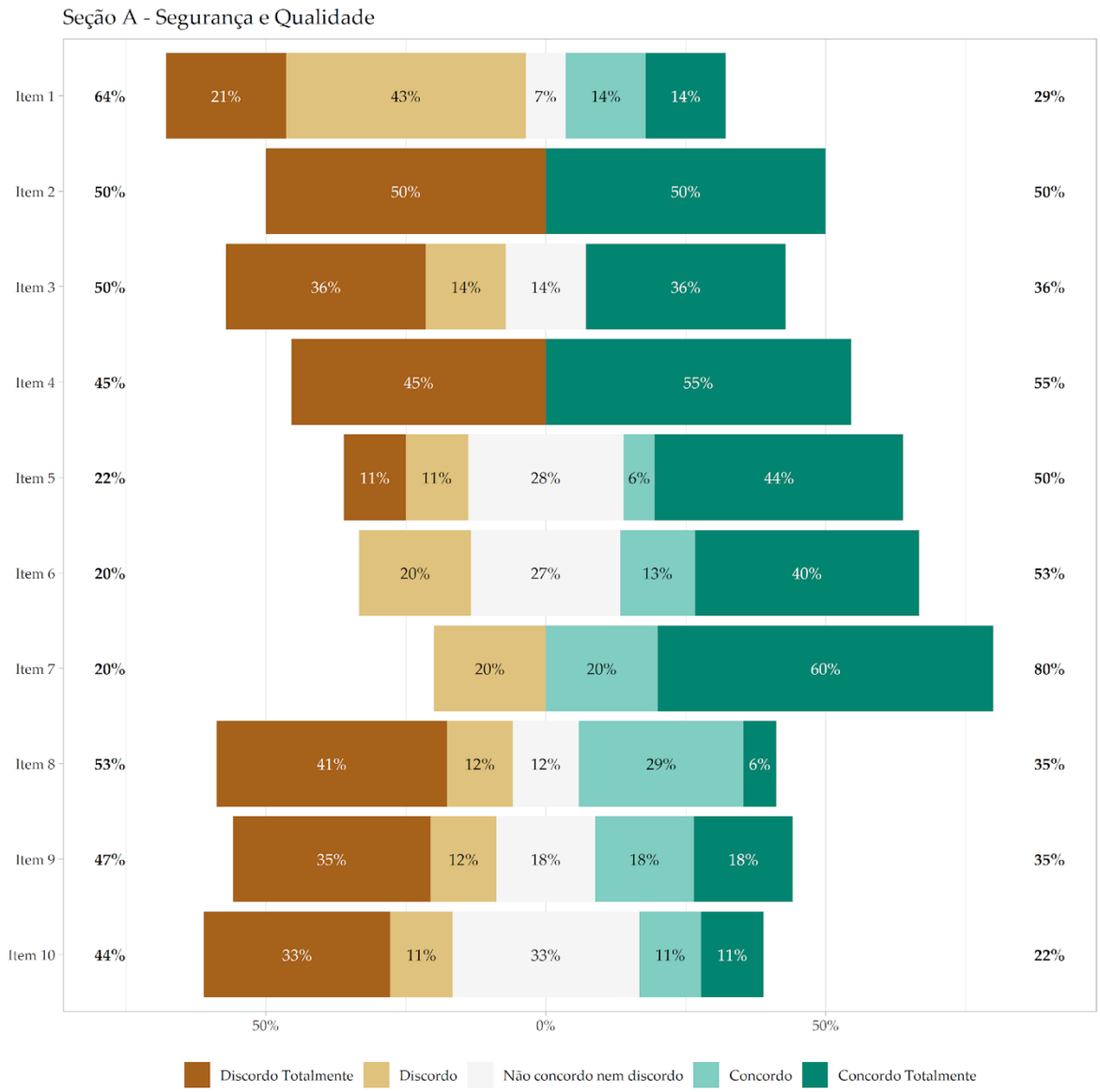
Situação semelhante foi observada quanto à falha no arquivamento correto de informações clínicas (Item 4). Embora 18 (55%) dos profissionais tenham discordado da ocorrência do problema, 15 (45%) reconheceram episódios relacionados. Quanto aos equipamentos necessários ao atendimento (Item 5), observou-se uma tendência positiva, com 15 (44%) de concordância total, ainda que 7 (22%) tenham discordado totalmente.

Nos itens relacionados a medicamentos (Itens 6 e 7), os percentuais de resposta se distribuíram mais uniformemente entre as opções, embora a maioria dos profissionais tenha apontado percepções favoráveis, principalmente no que tange à revisão medicamentosa durante as consultas (Item 7), com 60% (n=20) de concordância total.

Em relação aos aspectos ligados a diagnósticos e testes (Itens 8, 9 e 10) apresentaram os escores mais preocupantes. No item 8, referente à realização de exames laboratoriais e de imagem, apenas 12 (35%) dos respondentes indicaram concordância plena, enquanto 18 (53%) discordaram totalmente ou parcialmente, indicando dificuldades no acesso a exames.

A indisponibilidade de resultados (Item 9) também apresentou percentual elevado de discordância 47% (n=16), e no acompanhamento de exames alterados (Item 10), 15 (44%) dos profissionais relataram ausência de avaliação oportuna. De maneira geral, observou-se alta variabilidade nas respostas entre os diferentes itens.

Figura 2 - Distribuição das respostas referentes à seção A — Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade**.**



5.4 Comunicação intersetorial

A seção B avaliou a frequência da troca de informações entre a unidade de saúde e diferentes serviços da rede assistencial. De forma geral, observou-se que a comunicação é mais frequente em alguns serviços do que em outros, evidenciando heterogeneidade nos fluxos de informação.

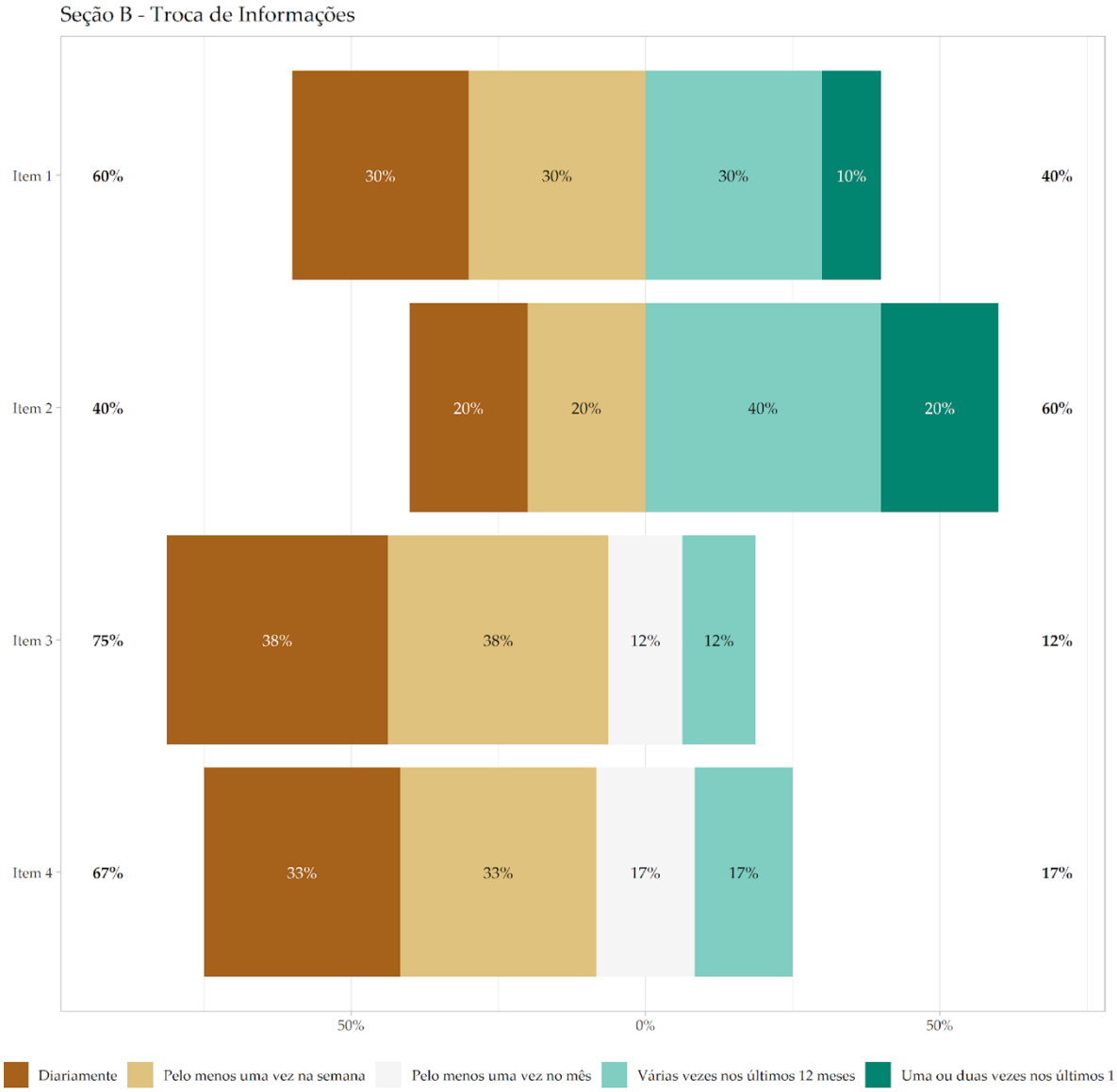
Em relação aos centros de imagem e laboratórios (Item 1), 20 (60%) dos profissionais, relataram a necessidade de troca de informações diariamente, enquanto 10 (30%) indicaram essa prática pelo menos uma vez por semana ou uma vez por mês, e apenas três (10%) referiram frequência inferior.

Para a comunicação com outros serviços de saúde ou médicos da rede (Item 2), a distribuição foi mais equilibrada: 13 (40%) reportaram comunicação diária e 20 (60%) indicaram frequências semanais ou mensais, mostrando que o contato com outros pontos da rede acontece, mas de forma menos intensa do que com serviços de apoio diagnóstico.

A troca de informações com farmácias (Item 3) revelou frequência consideravelmente mais baixa: apenas quatro (12%) dos profissionais relataram contato mais frequente (diário ou semanal), enquanto 25 (75%) referiram interações ocasionais ou raras, indicando que a comunicação com farmácias não é uma rotina consolidada no serviço avaliado.

A interação com hospitais (Item 4) apresentou um padrão intermediário, 22 (67%) dos profissionais relataram a necessidade de contato diário e 11 (33%) semanalmente ou mensalmente, sugerindo uma relação de comunicação mais ativa, porém, ainda sujeita a variações.

Figura 3 - Frequência da troca de informações com outros serviços de saúde – Seção B



5.5 Ambiente de trabalho e organização do serviço

A Seção C avaliou aspectos relacionados ao ambiente de trabalho, trabalho em equipe, processos de organização e ritmo de atendimento no serviço de saúde. Os itens relacionados ao trabalho em equipe apresentaram avaliações favoráveis. Dos profissionais avaliados, 28 (85%) concordam que, quando alguém está muito ocupado, outros colegas oferecem ajuda (Item 1) e que existe uma boa relação de trabalho entre médicos e demais profissionais com 88% (n=29) de concordância (Item 2).

De maneira semelhante, o respeito interpessoal foi bem avaliado (Item 5) obtendo 82% (n=27) de concordância e 26 (78%) profissionais reconheceram que o serviço

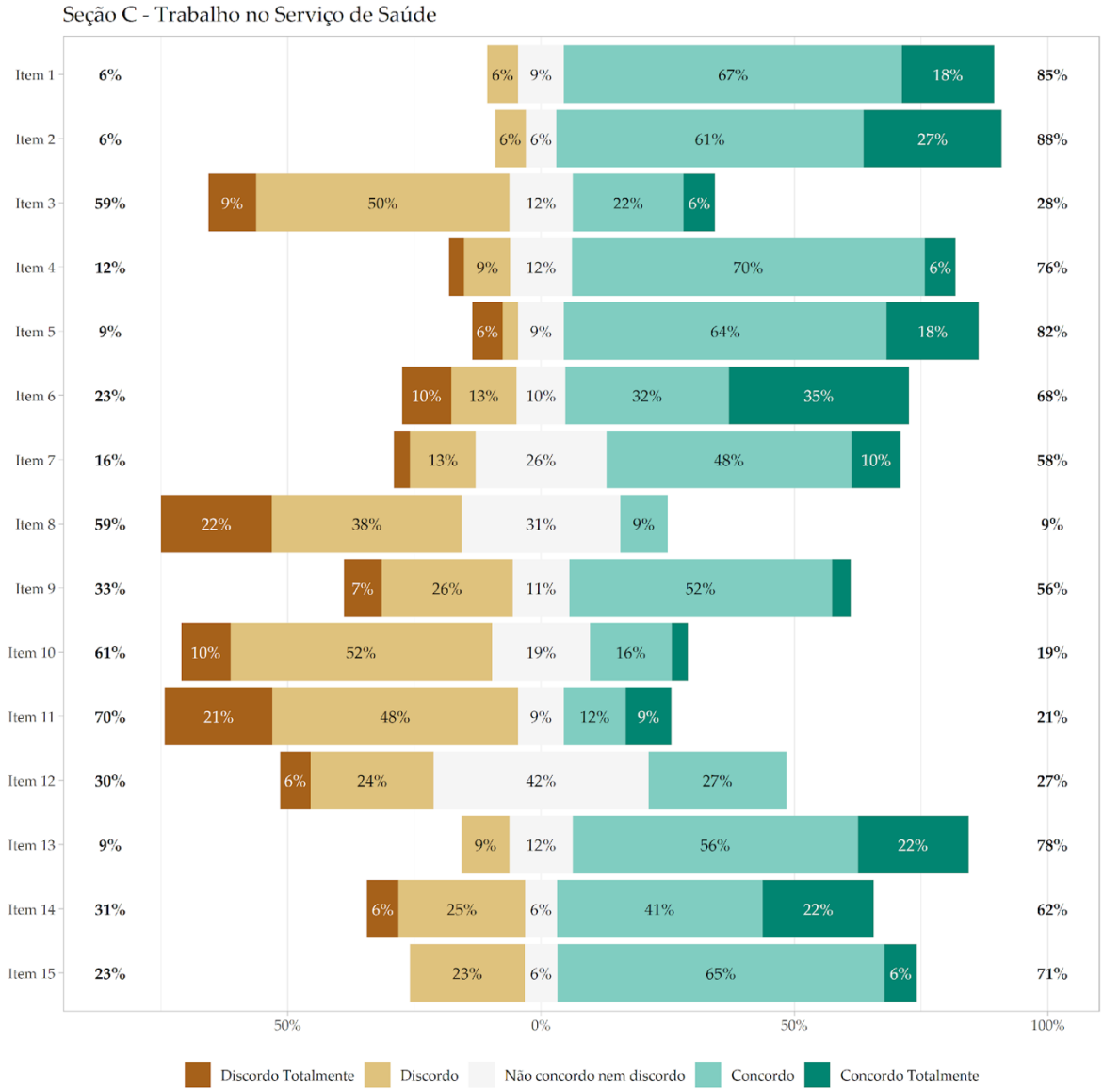
valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes (Item 13). Em contraste, itens que envolvem sobrecarga e desorganização revelaram percepções mais críticas.

Um percentual elevado de profissionais relatou que frequentemente se sentem apressados ao atender pacientes (Item 3) com apenas 28% (n=9) de concordância e 3 (9%) concordaram que a desorganização é maior que o aceitável (Item 8). A percepção sobre a suficiência de médicos para o número de pacientes também foi negativa, com apenas 21% (n=7) de concordância no Item 11.

Além disso, seis (19%) profissionais concordaram que são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados (Item 10), e 9 (27%) afirmaram que há problemas com o fluxo de trabalho. A avaliação dos processos organizacionais mostrou variabilidade. Houve percepção positiva quanto à existência de procedimentos para verificação do trabalho (Item 9) com 56% (n=18) de concordância e de padronização de atividades (Item 15) com 71% (n=23) de concordância.

Em relação a atualização da equipe quanto a novos processos foi vista de forma intermediária (Item 4), 76% (n=25) de concordância para treinamento em novos processos e 58% (19) para atualizações regulares no Item 7. De forma geral, os resultados apontam para percepções mistas, com áreas de bom desempenho convivendo com fragilidades importantes.

Figura 4 - Percepção dos profissionais sobre o trabalho no serviço de saúde – Seção C



5.6 Comunicação aberta e cultura de aprendizado

A seção D analisou aspectos relacionados à abertura da comunicação, expressão de pontos de vista, relato de erros e práticas de acompanhamento no serviço de saúde. De maneira geral, os resultados indicam um cenário favorável à comunicação aberta e à gestão do cuidado, ainda que persistam pontos de atenção.

A abertura dos médicos e da equipe para novas ideias foi avaliada de forma positiva: 23 (71%) dos profissionais indicaram que os médicos estão abertos a sugestões para melhoria dos processos (Item 1) e 20 (61%) afirmaram que a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista (Item 2).

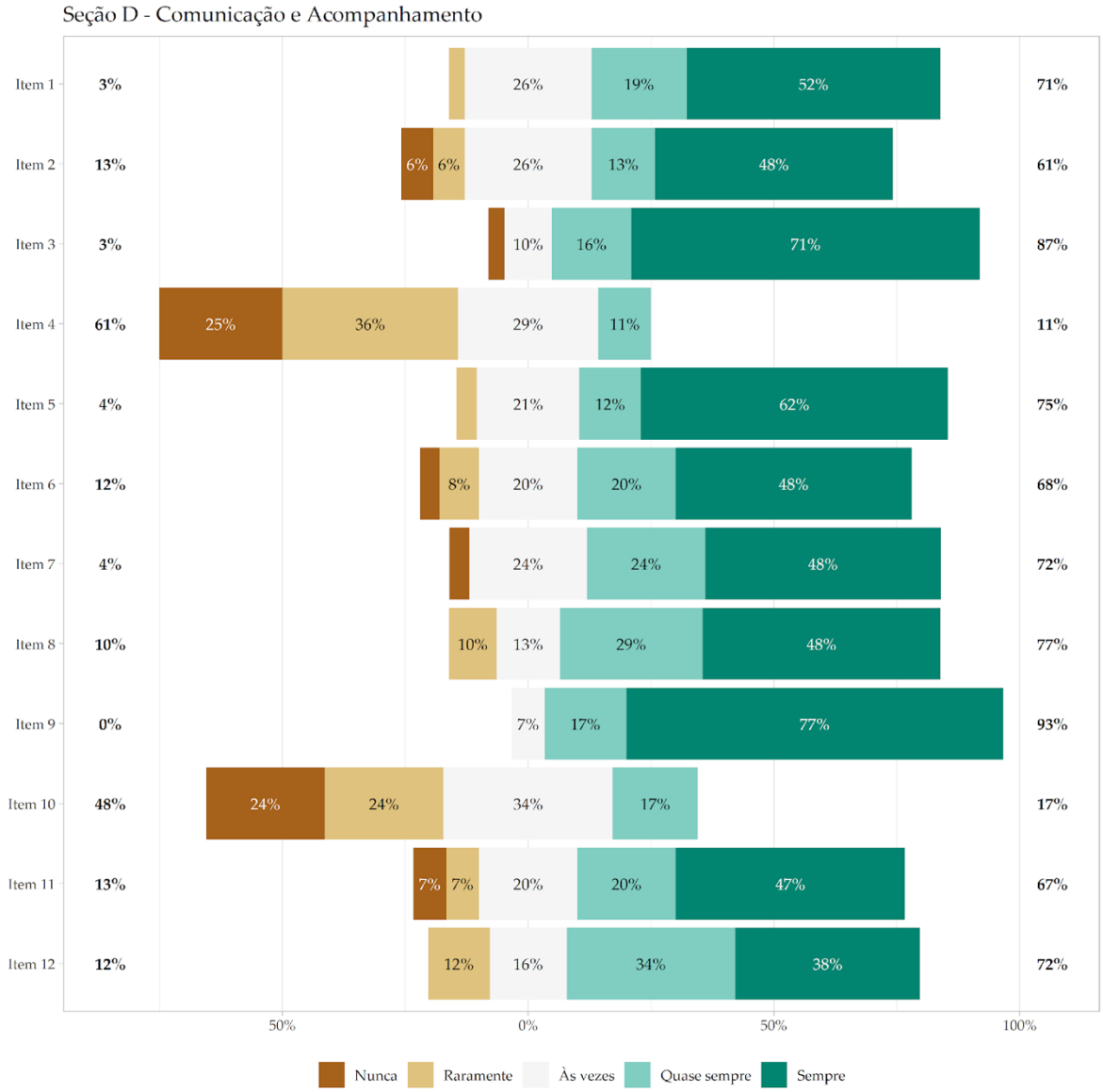
A comunicação ativa com os pacientes também mostrou resultados satisfatórios, com 29 (87%) dos profissionais relatando que os pacientes são avisados sobre consultas preventivas ou de rotina (Item 3). No entanto, a avaliação sobre o receio da equipe em fazer perguntas quando algo não parece correto (Item 4) foi preocupante: 20 (61%) relataram que o receio é frequente, sinalizando assim uma possível barreira à comunicação segura.

Em contrapartida, o registro do seguimento de pacientes crônicos (Item 5) e o acompanhamento de relatórios de outros serviços (Item 6) foram bem avaliados, com 25 (75%) e 22 (68%) de respostas positivas, respectivamente. Quanto à cultura de segurança, verificou-se que 24 (72%) dos profissionais consideram que a equipe fala abertamente sobre os problemas (Item 8) e 31 (93%) relataram que o serviço realiza acompanhamento adequado de pacientes que necessitam de monitoramento (Item 9).

Por outro lado, a expressão de opiniões divergentes ainda se mostrou um desafio: apenas seis dos respondentes (17%) relataram facilidade em expressar opiniões diferentes (Item 10), o que sugere resistência a críticas e limitações no espaço para o diálogo horizontal entre os membros da equipe

As práticas de aprendizagem a partir de erros mostraram avaliação intermediária. Cerca de 22 (67%) dos profissionais afirmaram que o serviço discute maneiras de evitar erros futuros (Item 11), e 24 (72%) indicaram disposição dos funcionários para relatar erros que observam (Item 12), embora exista espaço para o fortalecimento dessa cultura de aprendizado contínuo.

Figura 5 - Percepção dos profissionais sobre comunicação e acompanhamento no serviço de saúde – Seção D



5.7 Apoio da gestão e investimento em segurança

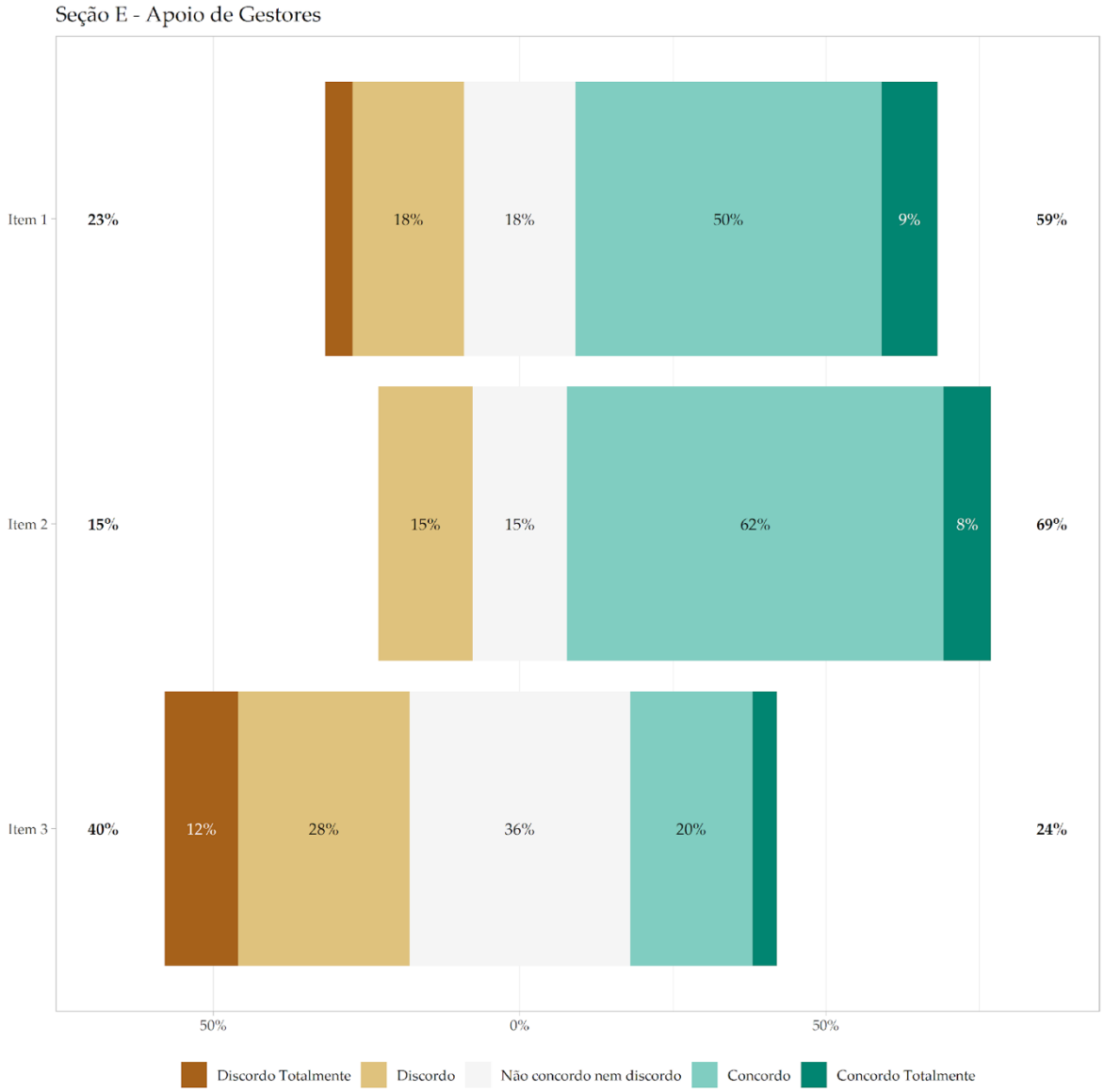
A seção E avaliou o suporte percebido por parte da gestão em relação à segurança do paciente e à qualidade do atendimento. No item 1, referente ao investimento de recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado, 13 (59%) dos profissionais expressaram concordância, sendo que 17 (50%) concordaram parcialmente e 3 (9%) concordaram totalmente. Apesar disso, 8 (23%) ainda discordaram totalmente, o que sugere que uma parcela considerável da equipe percebe investimentos ainda como insuficientes.

Quanto ao item 2, relacionado à priorização da melhoria dos processos de atendimento aos pacientes, o resultado foi mais positivo, 23 (69%) dos respondentes indicaram

concordância, majoritariamente na categoria "concordo", evidenciando reconhecimento do esforço de gestão para aprimorar os fluxos de cuidado. Por outro lado, a percepção de que decisões são tomadas pensando mais no serviço do que no paciente (Item 3) revelou uma visão crítica.

Apenas oito profissionais (24%) discordaram dessa afirmação (indicando que percebem foco no paciente), enquanto 13 (40%) concordaram totalmente que o serviço prioriza seus próprios interesses em detrimento do paciente, e nove (28%) concordaram parcialmente. De forma geral, os resultados mostram avaliações mistas, com indícios de apoio institucional, mas também de limitações importantes e apontam para um desafio relevante na construção de uma cultura centrada no paciente.

Figura 6 - Percepção dos profissionais sobre o apoio dos gestores à segurança do paciente – Seção E



5.8 Capacidade de mudança e prevenção de erros

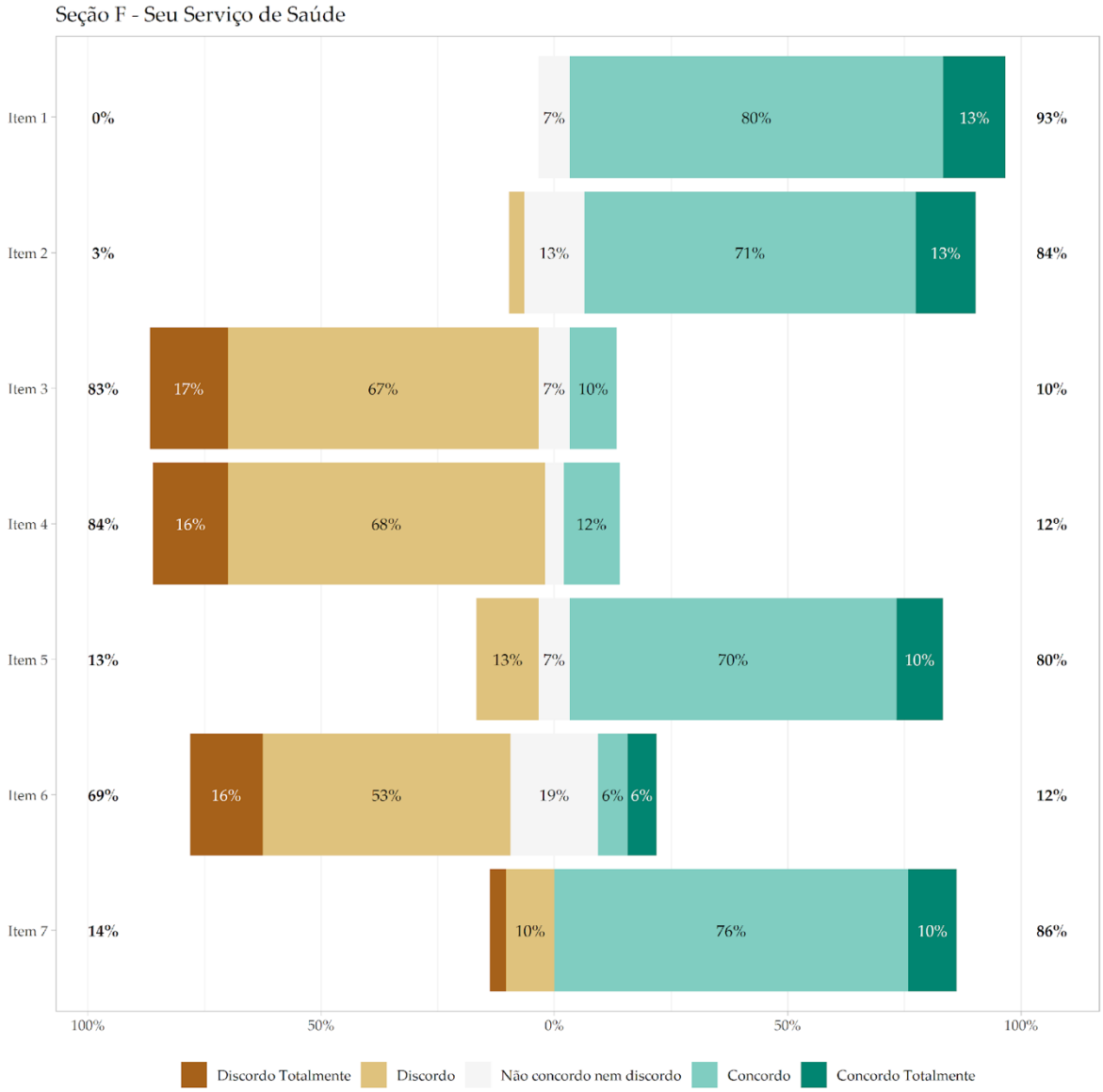
A seção F avaliou a percepção dos profissionais sobre a capacidade do serviço de saúde em promover mudanças, prevenir erros e equilibrar qualidade versus quantidade no cuidado prestado. Os resultados indicam percepções bastante contrastantes entre diferentes dimensões.

De maneira positiva, 31 (93%) dos profissionais relataram que, quando ocorre um problema no serviço, é avaliada a necessidade de mudar a maneira como as coisas são feitas (Item 1), e 28 (84%) afirmaram que os processo de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes (Item 2). Além disso, 29 (86%) relataram que após a implementação de mudanças, são feitas avaliações sobre sua efetividade (Item 7), demonstrando uma cultura favorável ao monitoramento e melhoria contínua dos processos.

No entanto, as percepções sobre a ocorrência de erros foram bastante críticas. Em relação a frequência de erros (Item 3) e a sensação de que o não cometimento de mais erros seria “por acaso” (Item 4), houve elevada discordância quanto a segurança percebida: apenas três (10%) e 4 (12%) concordaram que o serviço apresenta baixo índice de erros, enquanto 27 (83%) e 28 (84%) discordaram totalmente ou parcialmente, indicando grande preocupação com a segurança do paciente nesses aspectos.

A eficiência do serviço em modificar processos para prevenir problemas (Item 5) foi avaliada de forma mais favorável, com 80% (n=26) de concordância, sugerindo boa capacidade de resposta. Já o equilíbrio entre a quantidade e qualidade apresentou críticas importantes: apenas quatro (12%) dos profissionais discordaram da afirmação de que a quantidade de atividades é mais valorizada que a qualidade do cuidado (Item 6), indicando que ainda há forte percepção de priorização de volume sobre excelência assistencial.

Figura 7 - Percepção dos profissionais sobre o serviço de saúde — Seção F



5.9 Avaliação global da qualidade e segurança

A Seção G reuniu uma avaliação global do serviço de saúde, abordando dimensões fundamentais como centralidade no paciente, efetividade, pontualidade, eficiência, imparcialidade e segurança do paciente. O cuidado centrado no paciente foi avaliado de maneira moderadamente favorável, 12 (36%) dos profissionais classificaram a sensibilidade às preferências, necessidades e valores dos pacientes como "muito bom" ou "excelente" (Item 1), enquanto quase metade 48% (n=16) atribuiu conceito "bom", sugerindo espaço para avanços na personalização do atendimento.

Em relação à efetividade, ou seja, à prática baseada em conhecimento científico (Item 2), 17 (52%) dos respondentes avaliaram o serviço como "muito bom" ou "excelente", demonstrando reconhecimento da aplicação de práticas fundamentadas na literatura científica, embora 13 (39%) ainda tenham atribuído conceito intermediário "bom".

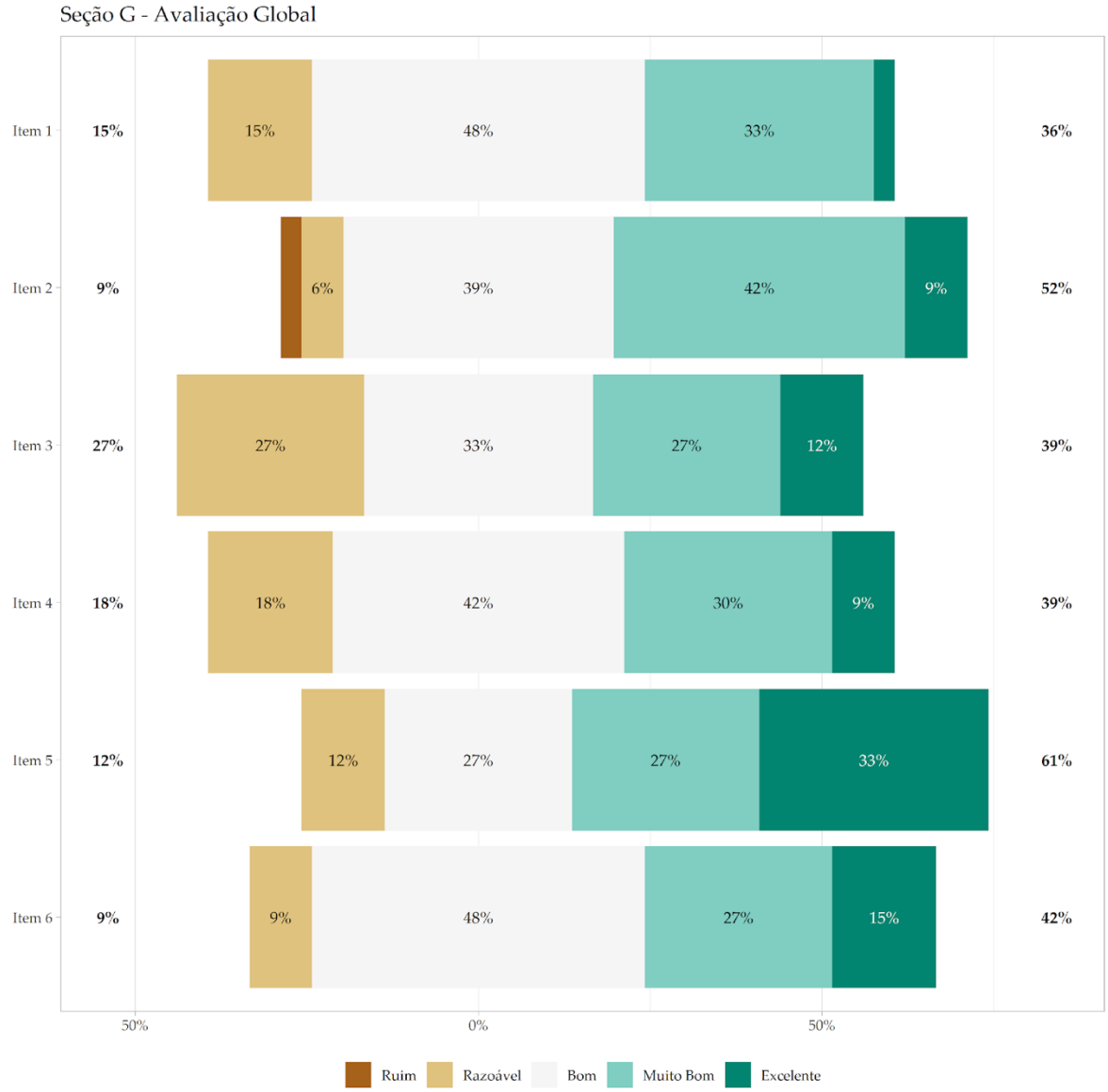
A pontualidade no atendimento (Item 3) apresentou avaliação mais crítica: apenas 13 (39%) dos profissionais atribuíram notas elevadas, enquanto 11 (33%) consideraram o serviço apenas "bom" e 18 (54%) classificaram como "razoável" ou "ruim", indicando que atrasos e esperas são percebidos como áreas frágeis.

A eficiência operacional do serviço (Item 4) apresentou resultados intermediários, com 39% (n=13) dos profissionais atribuindo avaliações elevadas e uma distribuição expressiva entre conceitos medianos. Esses achados sugerem a existência de possíveis desperdícios, ineficiências ou fragilidades no uso de recursos humanos e materiais, indicando necessidade de aperfeiçoamento na organização dos processos de trabalho e na gestão operacional do serviço.

Por outro lado, a imparcialidade do atendimento (Item 5) foi o aspecto mais bem avaliado, 20 (61%) dos profissionais classificaram a qualidade dos cuidados como "muito boa" ou "excelente" independentemente das características individuais dos pacientes, refletindo uma percepção positiva quanto à equidade no serviço.

No item 6, a avaliação geral da segurança do paciente também foi favorável: 42% (n=14) consideraram os sistemas e processos clínicos "muito bons" ou "excelentes" para prevenir, identificar e corrigir eventos adversos, embora 48% (n=16) tenham atribuído conceito "bom", indicando que, apesar dos avanços, ainda existe espaço para fortalecimento dos sistemas de segurança. Por fim, os resultados mostram uma percepção predominantemente positiva, embora com variações entre as dimensões analisadas.

Figura 8 - Avaliação global da qualidade e segurança do serviço de saúde – Seção G


Seção G - Avaliação Global
Item 1
15%
15%
48%
33%
36%
Item 2
9%
6%
39%
42%
9%
52%
Item 3
27%
27%
33%
27%
12%
39%
Item 4
18%
18%
42%
30%
9%
39%
Item 5
12%
12%
27%
27%
33%
61%
Item 6
9%
9%
48%
27%
15%
42%
50%
0%
50%
Ruim
Razoável
Bom
Muito Bom
Excelente

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos participantes e implicações no cuidado em saúde

O perfil sociodemográfico dos 33 profissionais de saúde participantes deste estudo evidenciou uma predominância feminina n=25 (76%), idade média de 37 anos e atuação majoritariamente na Atenção Primária à Saúde n=27 (82%). Esse resultado reforça a feminização dos profissionais em saúde, especialmente a categoria de enfermagem e nas funções do cuidado, o que reflete uma divisão social do trabalho que associa esse gênero às maiores responsabilidades (Vieira; Anido; Calife, 2022).

Esse cenário, embora evidencie uma maior participação das mulheres na sociedade, corrobora para sobrecarga feminina no trabalho em saúde ocasionando exaustão física e alta carga mental. Uma vez que, além do cuidado formal existe o informal, como o trabalho doméstico que é previsto como encargo feminino, assim, há acúmulo de horas trabalhadas com consequências para a segurança do paciente (Moura *et al*, 2018).

Outro ponto importante é a atuação predominantemente da Atenção Primária à Saúde (APS) dos participantes, isso mostra o papel estratégico desse nível de atenção na coordenação do cuidado, sendo o primeiro contato ou acesso dos usuários com o Sistema único de Saúde (SUS) (Silva *et al*, 2019). Os profissionais da APS são peças fundamentais no cuidado primário do indivíduo, uma vez que atuam próximo da comunidade, com vínculo contínuo.

Neste estudo identificou-se um alto nível educacional dos participantes, sendo 15 (45%) com ensino superior e 9 (27%) especialização, além de um tempo médio de experiência de 8,4 anos. Esse resultado é positivo, uma vez que essa formação avançada amplia o conhecimento técnico-científico, e favorece ao conhecimento da área adscrita, fortalecimento do vínculo, maior planejamento e organização colaborando para uma melhor cultura de segurança (Souza *et al*, 2018).

Essa caracterização dos participantes reflete tanto potencialidades quanto fragilidades para a cultura de segurança do paciente na atenção primária. Como potencialidade, a APS atua como uma coordenação do cuidado, na prevenção de agravos e na promoção de saúde possibilitando aos profissionais uma maior resolutividade. No entanto, há uma fragilidade relacionada à sobrecarga feminina e múltiplas funções laborais que comprometem a adesão pelas práticas seguras (Boeck *et al*, 2020).

6.2 Cultura de Segurança do Paciente: Fortalezas e Fragilidades

Ao analisar o padrão de respostas das dimensões avaliadas, percebe-se que o domínio “seguimento da assistência” obteve a maior média e mediana, evidenciando uma forte incorporação de um dos princípios mais relevantes da Atenção Primária à Saúde (APS), nas unidades de saúde avaliadas, a longitudinalidade (Kessler *et al,* 2019).

As demais dimensões: “comunicação sobre erros”, “trabalho em equipe” e “aprendizagem organizacional", também apresentaram médias e medianas satisfatórias, o que sugere uma boa percepção dos profissionais de saúde, nos seus locais de trabalho, a respeito destes itens. A partir disso, nota-se o comprometimento dos profissionais e das organizações na viabilização contínua de um cuidado efetivamente seguro e de qualidade (Bezerril *et al,* 2022).

Por outro lado, nota-se que os domínios avaliados “troca de informação” e “percepção geral da segurança” obtiveram resultados menos satisfatórios, o que representa uma fragilidade na percepção da cultura de segurança, merecendo assim os esforços da gestão e equipe para melhorar esses índices, uma vez que a segurança do paciente não constitui uma problemática individual, mas se trata de um processo que envolve uma transformação a nível institucional (Timm, 2015).

O desenvolvimento de ações como treinamentos, educação permanente, capacitações, cursos, seminários, pesquisas, promoção de reuniões periódicas para a equipe discutir, conseguir organizar o processo de trabalho e ter um feedback das atividades realizadas, são maneiras que podem ser implementadas na rotina dos serviços, como forma de aperfeiçoar a cultura de SP na APS e minimizar essas fragilidades apresentadas (Dal Pai *et al,* 2020)**.**

6.3 Percepção dos profissionais sobre Segurança do Paciente e Qualidade

A avaliação sobre a percepção dos profissionais sobre a Segurança do Paciente (SP) e qualidade revelaram respostas que indicam tanto áreas de fortalecimento quanto fragilidades no serviço de saúde. De maneira geral, os resultados revelam alta variabilidade nas percepções dos profissionais, mostrando que embora existam práticas consolidadas e percebidas como seguras, áreas críticas ainda necessitam de atenção.

Dentre os aspectos mais bem avaliados, destaca-se o acesso ao cuidado em que 21 profissionais reconhecem a acessibilidade para obter consulta em até 48 horas para problemas

graves com um aspecto positivo. Assim, sugerindo que o fluxo de atendimento é eficaz, o que alinha com a literatura que afirma que o acesso rápido contribui para satisfação do paciente e diminuição de riscos de eventos adversos (Bohrer *et al,* 2021).

Outros pontos são os aspectos relacionados a equipamento e medicações foram considerados moderados. A maioria dos profissionais apresentou percepção favorável no que tange à revisão medicamentosa durante as consultas, reforçando que práticas seguras de prescrição e administração são adotadas de forma consistente. No entanto, 7 profissionais sugeriram necessidade de manutenção ou substituição de determinados equipamentos (Zarpelon; Klein; Bueno, 2021).

Em contrapartida, a identificação do paciente, a disponibilidade de prontuários, o registro e o arquivamento de informações clínicas houve controvérsias. Metade dos profissionais perceberam ocorrência de troca de registro ou indisponibilidade, o que contribui para eventos adversos, continuidade do cuidado e segurança do paciente. Assim, evidencia-se a necessidade de protocolos rigorosos de identificação e controle documental (Galhardi *et al*, 2018).

Além disso, diagnósticos e testes foram uns dos aspectos mais avaliados negativamente. Dos 33 participantes, 17 apontaram dificuldades na realização adequada dos exames. A indisponibilidade de resultados e a ausência de avaliação oportuna de exames alterados indicam fragilidades no fluxo de informações e na gestão de diagnósticos, o que pode impactar negativamente a tomada de decisão clínica e a segurança do paciente (Metelski *et al*, 2023).

6.4 Comunicação intersetorial e fragmentação da rede

Ao analisar a frequência de respostas da seção B, observa-se que a comunicação entre os serviços ocorre de forma heterogênea, no sentido em que a troca de informações acontece de maneira frequente com alguns pontos de atenção do que em outros, como no caso das farmácias, a exemplo, em que se percebe, ao avaliar as respostas do questionário, que a troca de informação com esse ponto da rede revelou uma frequência relativamente mais baixa quando comparado a outros setores da atenção.

Esse cenário de heterogeneidade pode estar relacionado a fragmentação das ações e serviços de saúde, uma vez que, embora as Redes de Atenção à Saúde (RAS) surjam com a

finalidade de promover a integração sistêmica de ações e serviços, é evidente, que ainda existe uma certa dificuldade em superar essa quebra nesses arranjos organizativos e inter-relacionados, como também de qualificar a gestão do cuidado no contexto atual (Brasil, 2010).

Uma comunicação sólida entre os serviços que compõem a RAS possibilita aos usuários o direcionamento da assistência em tempo oportuno e o fornecimento de um cuidado adequado às necessidades individuais de cada um dos usuários. A coordenação adequada do cuidado depende diretamente dessa articulação intersetorial, favorecendo a continuidade do acompanhamento e a resolutividade das ações de saúde.

Quando ocorre uma fragilização na coordenação do cuidado, por meio de uma comunicação intersetorial insuficiente, ameaças podem surgir comprometendo o funcionamento adequado dos processos de referência e contrarreferência, como também a integralidade da atenção, o que contribui diretamente para a quebra da continuidade do cuidado, surgindo como consequências: o aumento das hospitalizações, sobrecarga em outros níveis da rede e aumento dos custos em saúde (Almeida *et al*, 2021).

Dentro desse contexto, a maior parte das fragilidades na comunicação dos serviços podem estar atreladas ao desconhecimento dos profissionais na coordenação de informações, ausência de comunicação entre os níveis de saúde, pouco conhecimento dos profissionais de outros níveis de atenção quanto ao papel da APS, barreiras no acesso aos especialistas, falhas no uso e preenchimento dos mecanismos de referência/contrarreferência, indefinição de papéis, entre outros (Araújo *et al*, 2021).

6.5 Ambiente de trabalho, carga e organização

Diante dos resultados obtidos, é possível perceber pontos negativos e positivos relacionados à organização do serviço, cooperação interprofissional e sobrecarga nas tarefas realizadas. Observou-se avaliação positiva em relação ao trabalho em equipe, onde os profissionais relataram que há apoio entre colegas em momentos de alta demanda, boa relação e respeito interprofissional.

Interpreta-se, assim, que, no local de estudo, há um clima organizacional favorável, evidenciado pela cooperação entre os profissionais, sendo uma potencialidade para a qualidade e segurança do cuidado. Uma vez que o respeito, a boa relação e o apoio interprofissional colaboram para um ambiente mais propício à adesão a protocolos de Segurança do Paciente

(SP), continuidade do cuidado e a integração multiprofissional para decisão clínica (Pereira *et al*, 2025).

No entanto, a avaliação negativa está relacionada à sobrecarga e à organização do serviço. De acordo com os resultados, 9 profissionais sentiram-se apressados no atendimento ao paciente, nove apontaram falhas no fluxo de trabalho e 6 afirmaram desempenhar tarefas pelas quais não foram treinados. Esses resultados acarretam esgotamento físico e emocional, causando o burnout, assim, constituindo um desafio para a qualidade do cuidado e saúde dos profissionais (Marinho *et al*, 2024).

Além disso, há um déficit de recursos humanos, evidenciado pelas respostas (n=26) que reconheceram a insuficiência de médicos frente à demanda existente, o que compromete diretamente a qualidade assistencial. Somado a esse cenário, a jornada intensa de trabalho, a pressão por produtividade e a atribuição de tarefas inadequadas configuram fatores que potencializam o risco de incidentes e eventos adversos (EA) (Boeck *et al*, 2020).

Outro ponto relevante identificado foi a padronização na execução de tarefas, como os protocolos institucionais e procedimentos de verificação do trabalho, evidenciando que a instituição tem mecanismos organizacionais estruturados. Contudo, a avaliação referente às atualizações regulares e aos treinamentos da equipe evidenciou fragilidades na educação permanente, o que pode comprometer a efetividade dos protocolos e, consequentemente, a qualidade e a segurança do serviço (Ferreira *et al*, 2019).

6.6 Comunicação aberta e barreiras à expressão

Ao avaliar aspectos relacionados à abertura da comunicação os resultados foram satisfatórios indicando que as unidades de saúde estudadas, promovem um cenário favorável para as trocas no ambiente em que estão inseridos. Em contrapartida, percebe-se que existe um certo receio de expressar-se livre e abertamente por parte da equipe de saúde.

Isso pode ser visto quando se analisa o paradoxo existente entre a abertura que os profissionais têm para sugestão de melhorias/expressão de ideias e o medo de se posicionar, no sentido de expressar opiniões divergentes e quando estes profissionais são abordados a respeito de situações que não parecem corretas.

Existem vários fatores que podem justificar esses comportamentos, sendo um deles a cultura do silêncio que é praticada nas instituições, já que existe o medo de represálias, julgamentos, por pensarem que suas vozes não serão ouvidas, de gerar um clima organizacional desconfortável e de causar insatisfações em outrem.

A problemática surge, pois, essa cultura pode acarretar situações que ferem princípios éticos que sustentam a prática profissional, como omissões, a exemplo, o que contribui consequentemente, para a perpetuação de erros, retrocessos e outras implicações para a segurança do paciente.

Para minimizar esse cenário, urge a necessidade de criar espaços que promovam ambientes para discussões que garantam a privacidade, uma vez que motiva o aprendizado organizacional com as experiências do outro, que possam romper com barreiras de comunicação e expressão, que encoraje e aproxime os profissionais, como também coloque em prática ações e atitudes que possam privilegiar o clima de confiança e a comunicação não punitiva (Cacciari, 2022).

6.7 Apoio institucional e prioridade da gestão

Em relação ao apoio institucional à segurança do paciente e à qualidade do cuidado, os resultados revelam percepções contraditórias. Dos participantes, oito profissionais sinalizaram a percepção de insuficiência no aporte oferecido pela gestão, configurando um cenário de apoio moderado. Isso indica que há investimentos, mas não suprem de forma adequada as demandas reais da equipe e do paciente.

Esse distanciamento, entre o que é oferecido e o que é necessário, compromete tanto a qualidade da assistência prestada quanto a satisfação dos profissionais. Isso, na prática, demonstra que não há uma gestão em saúde eficiente para planejar, organizar, liderar e controlar recursos garantindo a qualidade assistencial (Pires *et al*, 2019).

A priorização da melhoria dos processos de atendimento foi positiva, indicando que há mobilização para aperfeiçoar fluxos e rotinas. Em contrapartida, 22 profissionais têm a percepção que as decisões institucionais priorizam os interesses do serviço em detrimento do paciente, evidenciando, assim, tensão entre lógica gerencial e cuidado centrado na pessoa, o que compromete a SP.

Isso demonstra que não há uma governança clínica onde reforça a responsabilidade entre gestores e profissionais na garantia contínua de boas práticas nos serviços prestados. A governança clínica reforça a responsabilidade compartilhada entre gestores e profissionais na garantia de boas práticas, exigindo transparência, responsabilidade e mecanismos de accountability institucional (Machado, 2020).

6.8 Capacidade de aprendizagem e resiliência organizacional

As questões que avaliam a percepção dos profissionais sobre aprendizagem e resiliência organizacional, apresentaram resultados que indicam percepções positivas. Isso indica que existe uma abertura para a consolidação da cultura de mudança nas instituições estudadas. Esses achados indicam que os profissionais reconhecem a importância da reflexão crítica sobre suas práticas e se mostram abertos à reavaliação de seus processos de trabalho com vistas à melhoria contínua da assistência. (Paese, 2013; Dal Pai, 2020).

Em contrapartida, por mais que as instituições ofereçam essa abertura para promover mudanças e prevenir erros, observa-se uma alta percepção quanto à ocorrência de problemas no ambiente institucional de trabalho, o que pode representar, por outro lado, uma certa dificuldade em colocar em prática ações e ideias que possam modificar efetivamente processos que geram tais problemas (Sandoval *et al*, 2022).

Dessa maneira, isso pode ser compreendido como uma crescente preocupação com a proteção do paciente, o que acende um alerta para as instituições de saúde, já que os erros aumentam os riscos de incidentes, ainda que estes não aconteçam (Metelski *et al*, 2023). O uso de estratégias de educação permanente em saúde, torna-se de grande valia para transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho com base nessas necessidades e dificuldades que o sistema vem apresentando (Ferreira *et al*, 2019).

Ademais, outro ponto que chamou atenção é o alto índice de respostas relacionadas a priorização de quantidade de atividades, na maior parte das vezes para atingir indicadores/metas, sobre qualidade do cuidado, indicando que ainda há forte percepção de priorização de volume sobre excelência assistencial.

Qualidade e a quantidade, podem ser igualmente importantes, dependendo do cenário e do objetivo a ser alcançado. Contudo, no âmbito da saúde, se a qualidade da assistência é

ameaçada, haverá um aumento significativo da ocorrência de eventos adversos (EA), o que pode colocar o paciente em grande risco (Reis *et al*, 2013).

6.9 Avaliação global da qualidade e segurança

A avaliação global da qualidade e segurança avalia as preferências e valores do cliente, práticas baseadas em evidências, atrasos, ineficiência no uso de recursos, equidade e segurança do Paciente (SP). De modo geral, os participantes revelaram uma percepção positiva, com grandes avanços no cuidado centrado no paciente, na efetividade das práticas e na imparcialidade do atendimento. No entanto, apontam fragilidades quanto a pontualidade e eficiência operacional.

Dentre os aspectos mais bem avaliados, destaca-se a imparcialidade em que 20 profissionais consideram o cuidado independente das características individuais do paciente, o que garante uma assistência de saúde com equidade. Isso garante tanto a SP quanto aos princípios qualidade em saúde e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que preconizam o acesso universal e igualitário (Brasil, 2017).

Outro ponto positivo foi a efetividade, que está relacionado ao uso das práticas baseadas em conhecimentos científicos. Dos 33 participantes, 17 reconheceram a importância de aliar as condutas à literatura contribuindo para redução de variações indesejadas e eventos adversos. No entanto, outra parte dos profissionais possuem uma percepção de que ainda há espaço para consolidar uma cultura de educação permanente continuada e incorporação de novos protocolos assistências (Schneider; Pereira; Ferraz, 2018).

Em contrapartida, a pontualidade foi um dos pontos mais avaliados negativamente. Os atrasos e a espera podem gerar insatisfação ou desistência do atendimento e impactar na experiência e cuidado do paciente. Como também, a eficiência operacional foi um dos pontos mais criticados, o que releva a alocação de recursos desnecessários e na organização do fluxo do atendimento, o que causa uma cadeira de fragilidade para diversos eixos (Rocha; Viana; Vieira, 2021).

Além disso, a segurança do paciente foi avaliada de forma positiva consideradas como moderadas, embora quase metade das respostas tenha se concentrado em percepções intermediárias. Esse resultado reforça que, apesar dos avanços, persistem desafios no fortalecimento de barreiras de segurança. Assim, a consolidação de uma cultura de segurança

exige maior investimento em monitoramento contínuo, capacitação da equipe e implementação efetiva de protocolos que garantam práticas assistenciais mais seguras (Sandoval *et al*, 2022).

7 CONCLUSÃO

De modo geral, os resultados obtidos indicam uma percepção predominantemente positiva por parte dos profissionais de saúde quanto às diferentes dimensões da Cultura de Segurança do Paciente, evidenciando comprometimento institucional e engajamento da equipe na promoção de uma assistência de qualidade. Todavia, verificou-se que determinadas dimensões, especialmente aquelas relacionadas à comunicação interpessoal e ao suporte institucional, apresentaram desempenhos insatisfatórios, sugerindo que a cultura de segurança do paciente nas unidades de saúde ainda não se encontra plenamente consolidada. Tal lacuna pode propiciar a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos colocando em risco os usuários dos serviços de saúde. Nesse contexto, torna-se imprescindível que os gestores se envolvam ativamente nas práticas cotidianas, de modo a identificar fragilidades e limitações que dificultam o estabelecimento de uma cultura de segurança eficaz. A partir desse diagnóstico, é possível delinear objetivos factíveis, acompanhados de monitoramento contínuo de sua efetividade, com vistas ao aprimoramento da segurança do paciente em ambientes de atenção primária à saúde

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R. *et al*. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e180. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e180/pt. Acesso em: 27 de fevereiro de 2025.

ALMEIDA, Hylany Bezerra de *et al*. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 37, n. 2, p. 1-13, julho. 2021. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00022020. Disponível em: SciELO - Saúde Pública - Continuity of care: trust-based relationship and availability of personalized information in user experience Continuity of care: trust-based relationship and availability of personalized information in user experience. Acesso em: 08 de outubro de 2025.

ALMEIDA, P. F. de *et al*. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 244-260, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s116. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/. Acesso em: 27 de fevereiro de 2025.

ARAÚJO, Mireilly Cristiany Moura Hemetério; VANDERLEI, Lygia Carmen de Moraes; MENDES, Marina Ferreira de Medeiros; FRIAS, Paulo Germano de. O pensar e o agir de profissionais de saúde sobre a coordenação entre os níveis assistenciais da rede de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 8, p. 3359-3370, ago. 2021. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021268.04032020.

BEZERRIL, M.S. *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermaria**, nº67, 2022. DOI: https://doi.org/10.6018/eglobal.503031. Disponível em: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/503031. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

BOECK, K. H. *et al.* A segurança do paciente devido aos riscos da sobrecarga de trabalho dos enfermeiros. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde,** v. 16, n. 3. Belo Horizonte, 2020. DOI: https://doi.org/ 10.21450/rahis.v16i3.5993. Acesso em: 19 de setembro de 2025.

BOHRER, J. K. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. **Rev Rene**, [S.L.], v. 22, p. 1-9, 12 ago., 2021. Universidade Federal do Ceará (UFC). DOI: http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20212270874. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/70874. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010.** Brasília, 2010. Disponível em: Minist�rio da Sa�de. Acesso em: 08 de outubro de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 27 de fevereiro de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESOLUÇÃO - RDC Nº 36**, DE 25 DE JULHO DE 2013. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 27 de fevereiro de 2025.

CACCIARI, P.. **Avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito da atenção primária à saúde, 2022**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2022. DOI: https://doi.org/10.11606/T.7.2022.tde-18102024-144318. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-18102024-144318/pt-br.php. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2023. Available at: https://www.R-project.org/. Acesso em: 28 de abril de 2025.

DALCIN T. C. *et al.* **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria & Prática**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinho dos Ventos, 2020. 220p. Disponível em: https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf. Acesso em: 14 de janeiro de 2025.

DAL PAI, S. *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, 34:e34849, 2020. DOI: https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34849. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/34849. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate,** v.43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 29 de setembro de 2025.

Galhardi NM, Roseira CE, Orlandi FS, Figueiredo RM. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Acta Paulista Enfermagem**. 2018;31(4):409-16. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/19820194201800057. Acesso em: 13 de junho de 2025.

GIOVANELLA, L. *et al*. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 3, n. 35, p. 1-6, jan. 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/. Acesso em: 27 de fevereiro de 2025.

GUIRARDELLO, E. B. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre o clima de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2024;32;e4093. DOI:10.1590/1518-8345.6374.4093. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/QDWZqhWt7F5QtKnY6rwbdbJ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

IAWI, A. A. **Estudo Transversal, quantitativo e descritivo com dados coletados dos prontuários do PSO/COU/UEL**. Dissertação (Conclusão de Curso de Odontologia), Universidade Estadual de Londrina, 2014. Disponível em: https://www.uel.br/graduacao/odontologia/portal/pages/arquivos/TCC2014/ADRIELLE%20ARIOSI%20IWAI.pdf. Acesso em: 28 de fevereiro de 2025.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2021**. São Cristóvão: IBGE, 2021. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/se/sao-cristovao.html. Acesso em: 28 de fevereiro de 2025.

INÁCIO, A. L. R.; RODRIGUES, M. C. S. Aplicação do Medical Office Survey on Patient Safety Culture: revisão integrativa. **Acta Paulist Enfermagem**, 2022;35;ePEDO1222. DOI: http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR01223. Disponível em: https://acta-ape.org/article/aplicacao-do-medical-office-survey-on-patient-safety-culture-revisao-integrativa/. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

KESSLER, M.; LIMA, S.B.; WEILLER, T.H.; LOPES, L.P.; FERRAZ, L.; EBERHARDT, T.D. **Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários.** Acta Paul Enfer. 2019;32(2):186-93.

MACHADO, L. C. T. **Dimensões da Governança Clínica na Atenção Primária à Saúde: as contribuições do médico responsável técnico no município do Rio de Janeiro,** 2020. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/febecc6b-cb35-4de5-9d89-c58c99389732/content. Acesso em: 01 de outubro de 2025.

MARINHO, J. S. *et al*.. Esgotamento profissional (Burnout) entre profissionais da atenção primária à saúde: uma revisão sistemática. **Revista Contribuciones a Las Ciencias Sociales,** 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.2-334. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/ywm8MptqPks84XFSqVVVS8C/?lang=pt. Acesso em: 29 de setembro de 2025.

MELO, E. A. *et al*. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 38-51, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). DOI:http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s103. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/abstract/?lang=pt. Acesso em: 27 de fevereiro de 2025.

METELSKI, F. K. *et al.* A segurança do paciente e o erro sob a perspectiva do pensamento complexo: pesquisa documental. **Revista de Saúde Coletiva, v.33,** Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/physis/2023.v33/e33009/pt. Acesso em: 01 de outubro de 2025.

MOURA, F. S.; MOURA, E. I. M.; NOVAIS, M. A. P. A restrição da jornada de trabalho do médico e seu impacto na segurança do paciente: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho,** v. 16, n. 4, 2018. Disponível em: https://www.rbmt.org.br/details/388/pt-BR/a-restricao-da-jornada-de-trabalho-do-medico-e-seu-impacto-na-seguranca-do-paciente--uma-revisao-integrativa. DOI: 10.5327/Z1679443520180294. Acesso em: 19 de setembro de 2025.

NORA, C. R. D.; BEGHETTO, M. G. Desafios da segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão de escopo. **Revista Brasileira de Enfermagem**¸ 2020;73(5):e20190209, 2020. DOI: doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0209. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/MPr8vr6mc9zXWTyXbbmRWrG/?lang=en. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

OLIVEIRA, R. M. *et al*. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Fortaleza, v. 18, n. 1, p. 122-129, mar. 2014. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/ean/a/cgFQTChp95c35PvWrp3D4JL/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 27 de fevereiro de 2025.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M.. Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, 22 (2), 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/KTRQqp9NbgQCGy6PHQhhVmr/abstract/?lang=pt. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

Plano Municipal de Saúde de São Cristóvão (2022-2025). Prefeitura Municipal de São Cristóvão, Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Planejamento: São Cristóvão, 2021. Disponível em: https://anexos.saocristovao.se.gov.br/arquivos/portal/acesso_rapido/planos_municipais/plano_saude/PMS_2022-2025.pdf. Acesso em: 25 de fevereiro de 2025.

PEREIRA, F. A. F. *et al.*. Percepções do trabalho em equipe na Atenção Primária durante a pandemia da Covid-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde,** Minas Gerais, 2025. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/19958/10790. Acesso em: 28 de setembro de 2025.

PIRES, D. E. P. *et al.* Gestão em Saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. **Texto & Contexto Enfermagem,** v.28, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/tZPyYVKzYGjV6gdYqp68XNf/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 01 de outubro de 2025.

REIS, C. T. *et al*. 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. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000700018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/vHsXdrrnkn6qTnkLkGsFJbr/?lang=pt. Acesso em: 27 de fevereiro de 2025.

RESENDE, A. C. A. *et al*. Refinando o foco da segurança do paciente na atenção primária. **Revista Foco**, v. 17, n. 4, p. 1-18, Curitiba, 2024. DOI: 10.54751/revistafoco.v17n4-150. Acesso em: 28 de outubro de 2025.

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**, (04), 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310420. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/xPLNMgwpSbZc4fkYzQLDH7n/?lang=pt. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

SANDOVAL, L. G. *et al.* Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.25 n.3, 2022. DOI: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35471. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35471. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

SILVA, C. M. **Segurança do paciente: percepção dos profissionais de saúde atuantes na atenção primária.** 2019. Dissertação (mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) - Fundação Oswaldo Cruz, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Ceará, 2019. Disponível em: https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/celso_marcos_silva.pdf, Acesso em: 19 de setembro de 2025.

SOUZA, M. M. *et al*. Patient safety culture in the Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 72, n. 1, p. 27-34, fev. 2019. FapUNIFESP (SciELO). DOI:

http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/NcKsSHnLrQv4WhF9GDf5cKd/abstract/?lang=pt. Acesso em: 27 de fevereiro de 2025.

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Artigo original,** Rio de Janeiro, v.42, n.118, p.594-605, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KHx5qszj4VJwPcszsyJVWjw/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 01 de outubro de 2025.

TIMM, M. **Adaptação transcultural do instrumento Medical Office Survey on Patient Safety Culture sobre segurança do paciente para Atenção Primária à Saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2015. Disponível em: http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/18698/1/2015_MarciaTimm.pdf. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

TIMM, Márcia; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. 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, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600005.

VIEIRA, J.; ANIDO, I.; CALIFE, K. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? **Saúde Debate,** Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 47-62, jan.-mar., 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213203. Acesso em: 19 de setembro de 2025.

ZARPELON, S. P. A.; KLEIN, L. P.; BUENO, D. Metas internacionais de segurança do paciente na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista de la OFIL**, Rio Grande do Sul, 2021). Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/259141. Acesso em: 01 de outubro de 2025.

APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um projeto intitulado Avaliação das dimensões da qualidade na assistência à saúde em um município do interior de Sergipe.
Os objetivos desta pesquisa são: Analisar a cultura de segurança na instituição hospitalar de um município no interior de Sergipe; Analisar a cultura de segurança na Atenção Primária à Saúde de um município no interior de Sergipe; Analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a qualidade da comunicação nas passagens de plantão e na transição do cuidado; elaborar e validar uma ferramenta de passagem de plantão e de transição do cuidado; validar um cenário simulado para ensino e aprendizagem dos estudantes de enfermagem sobre segurança do paciente.
A pesquisa será conduzida pelas professoras Drª Hertaline Menezes do Nascimento Rocha e DrªAnny Giselly Milhome da Costa Farre, todos vinculados ao Departamento de Enfermagem, do Campus Professor Antônio Garcia Filho, da Universidade Federal de Sergipe.
Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a.
As informações serão obtidas através da sua participação no preenchimento de 02 questionários que avaliam as variáveis de interesse desse estudo: cultura de segurança e qualidade da comunicação. O *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), versão brasileira validada por Reis contém nove sessões com 48 questões se você for lotado na Unidade de Pronto Atendimento e o Medical Office Survey on Patient Safety Culture composto de nove seções, se você for lotado na Atenção Primária. Para avaliar a qualidade da comunicação você irá preencher o *Care Transitions Measure* (CTM-15 Brasil), se você for lotado na Unidade de Pronto Atendimento e *Self-assessment of communication skills and professionalism* se você for lotado na Atenção Primária. O tempo estimado de preenchimento dos 02 questionários é de 45 minutos e poderá ser feito no local e no tempo que achar mais apropriado.
Reconhecemos que toda pesquisa, envolvendo Seres Humanos, está passível de oferecer riscos aos participantes da mesma. A Resolução CNS nº 510 de 2016, em seu Artigo 2°, Inciso XXV, cita: "risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente". Sua participação envolve riscos mínimos. A pesquisa poderá provocar medo de que suas respostas sejam identificadas, constrangimento, estresse e cansaço para responder o instrumento de coleta de dados. Para minimizar o possível medo e evitar o possível constrangimento, os dados que podem identificar os participantes serão omitidos através da codificação por meio de letras no banco, de forma a garantir a anonimização dos dados. Para minimizar o possível estresse e cansaço ao responder o instrumento de coleta de dados, será disponibilizado o tempo que o(a) senhor(a) julgar necessário para responder o instrumento e o(a) senhor(a) poderá escolher o horário mais oportuno para responder o questionário. No entanto, a sua participação é de extrema importância para identificar as fortalezas e fragilidades na prestação de um cuidado

seguro e de qualidade e subsidiar aos gestores do município em questão dados importantes para planejamento e a gestão em saúde e isso retornará para sociedade em forma de qualidade na assistência.

Assim, você está sendo consultado sobre seu interesse e disponibilidade de participar dessa pesquisa. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará nenhuma penalidade.
Você não receberá pagamentos por ser participante. Se houver gastos com transporte ou alimentação, eles serão ressarcidos pelo pesquisador responsável. Todas as informações obtidas por meio de sua participação serão de uso exclusivo para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável.
Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, deixamos claro que o participante terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).
Os pesquisadores firmam compromisso de divulgar os resultados da pesquisa, assim que ela se encerrar, caso seja de interesse dos participantes. A divulgação deverá ser feita de forma acessível e clara para todos os participantes.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores Hertaline Menezes do Nascimento Rocha, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe no Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho no endereço Av. Governador Marcelo Déda Chagas, nº 13, São José, Lagarto, SE, Brasil. E-mail: hertaline@hotmail.com; Celular: (79) 988052939 e Anny Giselly Milhome da Costa Farre, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe no Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho no endereço Av. Governador Marcelo Déda Chagas, nº 13, São José, Lagarto, SE, Brasil. E-mail: annygiselly.enfermagem@gmail.com; Celular: (79) 91114584.
Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos e a segurança dos participantes de pesquisa. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe Lagarto/ Hospital Universitário de Lagarto (CEP UFS Lag/HUL), situado na Av. Governador Marcelo Déda, 13, Centro, Lagarto/SE, telefone (79) 3632-2189, de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00hs ou pelo e-mail: cephulag@ufs.br.
No caso de aceitar fazer parte como participante, você e o pesquisador devem rubricar todas as páginas e também assinar as duas vias desse documento. Uma via é sua. A outra via ficará com o(a) pesquisador(a).

Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, entendi como é a pesquisa, tirei dúvidas com o(a) pesquisador(a) e aceito participar, sabendo que posso desistir em qualquer momento, durante e depois de participar. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome do(a) participante:_____
Assinatura: _____
Local e data:_____

Declaração do pesquisador
Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.
Nome do Pesquisador:Hertaline Menezes do Nascimento Rocha
Assinatura:_____
Local/data:_____
Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha (Se houver): Anny Giselly Milhome da Costa Farre
Assinatura:_____
Local/data:_____

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

PESQUISA SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA

DADOS SOCIODEMOGÁFICOS E PROFISSIONAL

1. Nome da unidade/setor onde você trabalha:

( ) Atenção Primária (1)
( ) Unidade de Pronto Atendimento (2)
( ) Atenção especializada (3)

2. Sexo:

( ) Masculino (1)
( ) Feminino (2)

3. Idade? _____

4. Profissão:

( ) Enfermeiro (1)
( ) Médico (2)
( ) Fisioterapeuta (3)
( ) Psicólogo (4)
( ) Profissional de nível médio (5)
( ) Outro _____

5. Nível educacional mais elevado:

( ) Técnico (1)
( ) Nível superior na área de atuação (2)
( ) Especialização na área de atuação (3)
( ) Residência na área de atuação (4)
( ) Mestrado na área de atuação (5)
( ) Doutorado na área de atuação (6)

6. Função desempenhada no serviço

( ) Assistencial (1)
( ) Gestão (2)

7. Seu vínculo nesta instituição é:

( ) Servidor (1)
( ) Contrato (2)

8. Mantem mais de um vínculo empregatício?

( ) Sim (1)
( ) Não (2)
Se sim, ( ) Público (1) ( ) Privado (2)

9. Se sim, nome da unidade/setor onde você trabalha:

10. Se sim, passa a maior parte do tempo de trabalho nesta unidade/setor:

( ) Sim (1)
( ) Não (2)

11. Número de horas geralmente trabalhadas por semana nesta unidade/setor:

_____

12. Em qual turno você trabalha com mais frequência (marque a alternativa que mais lhe descreve):

( ) 06 horas-manhã (1)
( ) 06 horas-tarde (2)
( ) 06 horas-noite (3)
( ) 12 horas- manhã e tarde (4)
( ) 12 horas-noite (5)
( ) Rodízio entre 6 e 12 horas- diurno e noturno (6)
( ) 8 horas por dia

13. Tempo de experiência (anos) em seu cargo/função:

_____

14. Tempo de experiência (meses) em seu cargo/função:

_____

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

APÊNDICE 4

Versão final do instrumento traduzido e adaptado

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?

	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 ▼
Acesso ao cuidado							
1. Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6	☐9
Identificação do Paciente							
2. ***No atendimento de um paciente*** foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6	☐9
Prontuários/registros							
3. O prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6	☐9
4. Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6	☐9

Equipamento							
5. Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6	☐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.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6	☐9
7. Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6	☐9
Diagnósticos & Testes							
8. ***Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.***	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6	☐9
9. ***Os resultados de exames*** laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6	☐9
10. Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6	☐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?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6	☐9
2. Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6	☐9
3. Farmácias?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6	☐9
4. Hospitais?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6	☐9
Outros? Por favor, especifique: _____	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6	☐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.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
2. Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
3. Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
4. Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
5. Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
6. Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9

7. Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
8. Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
9. Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
10. Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
11. Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
12. Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
13. Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
14. Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
15. A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas *atividades*.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9

SEÇÃO D: Comunicação e Acompanhamento

Com que frequência os fatos a seguir ocorrem neste serviço?	Nunca ▼	Raramente ▼	Às 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.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
2. Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
3. Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
4. Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9

5. Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
6. Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório *esperado* de outro serviço.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
7. A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
8. A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
9. Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
10. Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
11. Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
12. Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐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.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
2. Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
3. Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
4. Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐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.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
2. Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
3. Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveriam.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
4. É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
5. Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
6. Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
7. Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐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.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
b. Efetivo:	É baseado no conhecimento científico.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
c. Pontual:	Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
d. Eficiente:	Garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços).	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
e. Imparcial:	Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de gênero, etnia, status socioeconômico, idioma, etc...	☐1	☐2	☐3	☐4	☐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 ▼
☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

SEÇÃO H: Questões sobre a prática profissional

1. Há quanto tempo você trabalha neste serviço?

☐a. Há menos de 2 meses
☐b. De 2 meses a menos de 1 ano
☐c. De 1 ano a menos de 3 anos
☐d. De 3 anos a menos de 6 anos
☐e. De 6 anos a menos de 11 anos
☐f. Há 11 anos ou mais

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

☐a. 1 a 4 horas por semana
☐b. 5 a 16 horas por semana
☐c. 17 a 24 horas por semana
☐d. 25 a 32 horas por semana
☐e. 33 a 40 horas por semana
☐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
Recepcionista
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
☐ Odontólogo
☐ Fisioterapeuta
☐ Nutricionista
☐ Farmacêutico
☐ Psicólogo
☐ Terapeuta Ocupacional
☐ Assistente Social
☐ Agente Comunitário de Saúde
☐ 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 – PARECER DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFSLAG/HUL

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação das dimensões da qualidade na assistência à saúde em um município do interior de Sergipe

Pesquisador: Hertaline Menezes do Nascimento Rocha

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 68815023.1.0000.0217

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto/Departamento de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.189.619

Apresentação do Projeto:

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (<PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2120150> postado em 15/06/2023).

Resumo:

Trata- se de um estudo que visa analisar as dimensões da qualidade na assistência a saúde em um município do interior de Sergipe. Serão analisadas as variáveis cultura de segurança e qualidade da comunicação por meio da percepção dos profissionais de saúde de nível superior; as variáveis comunicação, cuidado centrado e experiencia do paciente na visão do usuário dos serviços de atenção primária e hospitalar e dados epidemiológicos obtidos através dos sistemas de informação em saúde do município para estudar as variáveis motivo das entradas nas unidades de emergência, causas da longa permanência nas unidades de emergência e caracterização dos eventos adversos associados a assistência à saúde nos níveis hospitalar e de atenção primária.

Introdução:

A utilização de padrões de qualidade na saúde iniciou-se com a publicação dos Padrões Mínimos publicados pelo Colégio Americano de Cirurgiões em 1917, que definia requisitos mínimos para a realização de cirurgias, pois já naquela época acreditava-se que a obediência a padrões relevantes

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cephulag@ufs.br