

CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DE CAUSA-RAIZ

PATIENT SAFETY ATMOSPHERE IN PRIMARY HEALTH CARE: ROOT CAUSE ANALYSIS

CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: ANÁLISIS DE LA CAUSA RAÍZ

-  Patrícia Freire de Vasconcelos¹
-  Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho²
-  Pedro Holanda Souza Neto¹
-  Francisco Clécio da Silva Dutra²
-  Vitória Talya dos Santos Sousa¹
-  Sherida Karanini Paz de Oliveira²
-  Vanessa Emille Carvalho de Sousa Freire¹

¹Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB, Instituto de Ciências da Saúde. Redenção, CE - Brasil.

²Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza, CE - Brasil.

Autor Correspondente: Patrícia Freire de Vasconcelos

E-mail: patriciafreire@unilab.edu.br

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Vanessa E. C. S. Freire; **Coleta de Dados:** Pedro H. Souza Neto, Francisco C. S. Dutra; **Conceitualização:** Patrícia F. Vasconcelos, Rhanna E. F. L. Carvalho, Pedro H. Souza Neto, Francisco C. S. Dutra; **Metodologia:** Patrícia F. Vasconcelos, Rhanna E. F. L. Carvalho, Pedro H. Souza Neto, Francisco C. S. Dutra; **Redação - Preparação do Original:** Pedro H. Souza Neto, Francisco C. S. Dutra, Patrícia F. Vasconcelos, Vitória T. S. Sousa, Sherida K. P. Oliveira, Vanessa E. C. S. Freire; **Redação - Revisão e Edição:** Patrícia F. Vasconcelos, Vitória T. S. Sousa, Sherida K. P. Oliveira, Vanessa E. C. S. Freire; **Supervisão:** Patrícia F. Vasconcelos.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 20/05/2020

Aprovado em: 26/04/2021

Editores Responsáveis:

-  Bruna Figueiredo Manzo
-  Luciana Regina Ferreira da Mata

RESUMO

Objetivo: avaliar o clima de segurança na atenção primária à saúde e analisar as possíveis causas dos problemas identificados. **Método:** pesquisa-ação realizada em 2017, em um município do Nordeste do Brasil, dividida em três momentos: aproximação do campo, aplicação do *Safety Attitudes Questionary* e discussão com trabalhadores de saúde sobre causas de incidentes na atenção primária por meio de um diagrama de Ishikawa. Participaram 55 profissionais de sete equipes de saúde da família, presentes nas unidades básicas de saúde no momento da coleta de dados. Os dados quantitativos foram organizados no banco de dados do *Statistical Package for the Social Science* (SPSS). **Resultados:** na avaliação do clima de segurança, a satisfação no trabalho foi a que obteve o maior escore. O menor escore foi relacionado às condições de trabalho. Todos esses aspectos interferem diretamente na segurança do paciente. As causas identificadas pelos trabalhadores por meio do diagrama foram: ausência de recursos, falta de adesão ao tratamento dos pacientes e estresse dos profissionais. **Conclusão:** nota-se a necessidade de ações construídas coletivamente com gestores, usuários e trabalhadores da saúde para melhoria do clima de segurança. Tais ações podem proporcionar melhorias na qualidade do cuidado prestado.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Equipes de Assistência ao Paciente; Pessoal de Saúde; Satisfação no Emprego.

ABSTRACT

Objective: to assess the safety atmosphere in primary health care and to analyze the possible causes of the identified problems. **Method:** action research carried out in 2017, in a municipality in the Northeast of Brazil, divided into three moments: approaching the field, application of the *Safety Attitudes Questionary* and discussion with health workers about causes of incidents in primary care through a diagram of Ishikawa. Fifty-five professionals from seven family health teams, present in the basic health units at the time of data collection, participated. Quantitative data were organized in the *Statistical Package for Social Science* (SPSS) database. **Results:** in the assessment of the safety atmosphere, job satisfaction was the one that obtained the highest score. The lowest score was related to working conditions. All of these aspects directly interfere with patient safety. The causes identified by the workers through the diagram were: lack of resources, lack of adherence to the treatment of patients and stress of professionals. **Conclusion:** there is a need for actions collectively built with managers, users, and health workers to improve the safety atmosphere. Such actions can provide improvements in the quality of care provided.

Keywords: Patient Safety; Primary Health Care; Health Evaluation; Patient Care Team; Health Personnel; Job Satisfaction.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el clima de seguridad en la atención primaria de salud y analizar las posibles causas de los problemas identificados. **Método:** investigación acción realizada en 2017, en un municipio del Nordeste de Brasil, dividida en tres momentos: acercamiento al campo, aplicación del *Safety Attitudes Questionary* y discusión con los trabajadores de salud sobre las causas de los incidentes en la atención primaria a través de un diagrama de Ishikawa. Participaron 55 profesionales de siete equipos de salud de la familia, presentes en las unidades básicas de salud en el momento de la recolección de datos. Los datos cuantitativos se organizaron en la base de datos *Statistical Package for the Social Science* (SPSS). **Resultados:** en la evaluación del clima de seguridad, la satisfacción laboral fue la que obtuvo la mayor puntuación. La puntuación más baja se relacionó con las condiciones laborales. Todos estos aspectos interfieren directamente con la seguridad del paciente. Las causas identificadas por los trabajadores a través del diagrama fueron: falta de recursos, falta de adherencia al tratamiento de los pacientes y estrés de los profesionales. **Conclusión:** existe la necesidad de acciones construídas colectivamente con gerentes, usuarios y trabajadores de la salud para mejorar el clima de seguridad. Dichas acciones pueden proporcionar mejoras en la calidad de la atención brindada.

Palabras clave: Seguridad del Paciente; Atención Primaria de Salud; Grupo de Atención al Paciente; Personal de Salud; Satisfacción en el Trabajo.

Como citar este artigo:

Vasconcelos PF, Carvalho REFL, Sousa Neto PH, Dutra FCS, Sousa VTS, Oliveira SKP, Freire VECS. Clima de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: análise de causa-raiz. REME - Rev Min Enferm. 2021[citado em _____];25:e-1371. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762-20210019

INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade dos serviços de saúde vem sendo discutida amplamente devido aos índices alarmantes da ocorrência de eventos que causam danos às pessoas que usufruem do sistema de saúde, fato que vem provocando discussão mundial sobre a segurança do paciente, configurando-a como uma parte importante na qualidade dos cuidados prestados.¹

Apesar de haver ampla divulgação da temática no âmbito hospitalar, sabe-se da existência de lacunas no tocante à temática na atenção primária à saúde (APS), o que vem despertando inquietação, tanto mundialmente quanto em nível de Sistema Único de Saúde (SUS), fato remetido pelo aumento de pesquisas nesse cenário.²⁻⁴

Na APS, a cada 100 consultas ocorrem dois a três incidentes de segurança do paciente. No Brasil, estudo desenvolvido em Manaus identificou incidência de três incidentes de segurança por 1.000 atendimentos.⁵

Entretanto, há a percepção de que na APS os incidentes não apresentam consequências drásticas, porém seus efeitos podem ter mais magnitude, por expor maior número de pessoas. Dessa forma, avaliar a cultura de segurança é imprescindível para que ela seja aprimorada com redução de eventos adversos.³

Uma estratégia associada para a redução dos eventos adversos é um ambiente com cultura de segurança positiva.⁶ Em consonância, pode-se avaliar a cultura de segurança a partir do clima de segurança, a parte mensurável da cultura.⁷ Entre os instrumentos existentes para essa mensuração, o *Safety Attitudes Questionary* (SAQ) é o mais sensível para avaliar atitudes de segurança individuais.⁸

Estudos realizados com o SAQ na Holanda e Itália demonstraram que a avaliação da cultura de segurança por meio de questionário é um método eficiente para o desenvolvimento de políticas para fortalecer os serviços e melhorar a comunicação entre gestores e equipe de saúde.^{2,9} No Brasil, pesquisa evidenciou avaliação negativa da cultura de segurança na atenção primária. Contudo, para a melhoria da cultura de segurança, foi sugerida a elaboração de protocolos, planejamento de capacitações, melhorias na comunicação, no ambiente de trabalho e infraestrutura, redução da sobrecarga de trabalho, prevenção de erro e mais resolutividade.³

Logo, avaliar a cultura de segurança nas instituições de saúde, em especial nas unidades básicas de saúde, configura-se como uma ferramenta importante na análise da qualidade. Por meio das informações obtidas é possível obter indícios da necessidade de reconstruir o trabalho em saúde.

Dessa forma, o objetivo desta pesquisa foi avaliar o clima de segurança na atenção primária à saúde e analisar as possíveis causas dos problemas identificados.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa-ação. O estudo foi desenvolvido em um município da região Nordeste do Brasil e conta com sete equipes de saúde da família, nas zonas rural e urbana, promovendo cobertura de 100% da área. As UBS contam com serviços de atendimento médico e de Enfermagem, saúde bucal, farmácia, ambulatório e sala de vacina. Além disso, alguns serviços de especialidades médicas e exames específicos são ofertados periodicamente.

A população do estudo foi de 61 profissionais das sete equipes. A amostra utilizada foi intencional, não probabilística, composta de profissionais de saúde que atenderam aos critérios de inclusão do estudo: estar presente na unidade no momento da coleta e estar pelo menos há um mês trabalhando na unidade básica de saúde, totalizando 55 profissionais de saúde participantes.

O município foi escolhido devido à proximidade com a instituição à qual a pesquisa foi vinculada e visou beneficiar a comunidade no entorno, levando à discussão sobre segurança do paciente. A pesquisa-ação foi desenvolvida cumprindo um itinerário metodológico sugerido por Ramos *et al.*¹⁰ e acrescida de mais duas fases, por considerar-se necessário. Logo, dividiu-se em quatro fases: exploratória; de planejamento; de ação; e de avaliação.

A fase exploratória foi direcionada à aproximação de campo às unidades de atenção primária à saúde. Essa fase ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2017, quando houve a aplicação do questionário *Safety Attitudes Questionary* (SAQ) adaptado transculturalmente na versão português/Brasil.⁸

O questionário foi entregue aos profissionais, que tiveram 20 minutos para respondê-lo, sendo o tempo controlado por meio de um cronômetro digital. Após decorrida metade do tempo estipulado, era informado ao participante sobre o tempo restante. A estimativa do tempo de resposta para o questionário foi feita com base em pesquisas realizadas anteriormente, às quais concluíram que, em média, são necessários aproximadamente 10 minutos para o preenchimento do questionário.⁸ Contudo, as pesquisas também revelaram que profissionais de nível médio demandaram mais tempo. Desse modo, optou-se por oferecer 20 minutos como tempo para resposta.

Ainda sobre o questionário utilizado, é do tipo autoadministrado, composto de 41 questões que objetivam medir a percepção do clima de segurança, por meio de

cinco domínios: clima de trabalho em equipe; satisfação no trabalho; percepção da gestão da unidade e do hospital; condições de trabalho; e reconhecimento de estresse. As respostas a cada uma das questões seguem uma escala Likert: discordo totalmente (A) → Concordo totalmente e não se aplica (E).⁸

A análise dos dados organizou-se no banco de dados do *Statistical Package for the Social Science* (SPSS). Para tal, os itens do instrumento foram analisados por domínio/dimensão, considerando-se médias, medianas e desvio-padrão. Após a inversão dos itens reversos, aplicou-se a fórmula $(m-1) \times 25$ para cada item, sendo m a média dos itens do domínio em questão, variando de zero a 100. Consideraram-se cultura de segurança positiva escores ≥ 75 .⁸

Com os resultados analisados, iniciou-se a fase de planejamento. Essa fase foi destinada à elaboração da proposta da oficina para a construção do diagrama de Ishikawa, uma ferramenta metodológica utilizada para identificar as causas de um problema junto aos profissionais de saúde, tendo como base os dados consolidados após a aplicação do questionário.

A fase de avaliação compreendeu a execução da oficina para a discussão dos resultados do SAQ. A oficina ocorreu em um único dia no auditório da Secretaria Municipal de Saúde. Para essa fase, todos os participantes do estudo foram convidados. Entretanto, apenas os enfermeiros e gestores participaram. A oficina foi dividida em três etapas. Na primeira, foram apresentados os resultados do SAQ aos participantes, por meio de *slides*, e objetivou-se munir os profissionais de informações pertinentes à realidade dos serviços de saúde onde estavam inseridos. Em seguida, foi realizada a segunda etapa, a qual teve por objetivo discutir os resultados com os participantes. Essa discussão foi feita por meio de uma roda de conversa em que eles puderam expor suas impressões quanto aos resultados obtidos com a aplicação do questionário.

Por fim, foi realizada a terceira etapa, já na fase de ação, a qual consistiu na elaboração do diagrama de Ishikawa, de forma dinâmica mediante as falas dos participantes. Para isso, foi apresentada essa ferramenta aos participantes, que não a conheciam, a sua forma de aplicação e qual seu objetivo. A terceira etapa ocorreu em um único encontro. Desse modo, os dois encontros totalizaram quatro horas.

A construção do diagrama foi realizada mediante a apresentação dos dados obtidos após a aplicação do questionário SAQ em uma oficina com os profissionais participantes da pesquisa e conduzida por um dos integrantes da equipe. Em seguida, os participantes foram instigados a relatar, conforme suas experiências práticas, quais eram as possíveis causas do problema observado.

Entre as falas, aquelas que mais estavam presentes foram alocadas diretamente no diagrama de Ishikawa, no momento da reunião com os participantes. Para isso, as causas citadas foram divididas em grupos fatoriais, que foram os fatores: pessoais, organizacionais ou do serviço, externos, do paciente, do trabalho ou ambiente e outros.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa local, sob parecer nº 2.522.957, e atendeu aos princípios por ele exigidos. Todos os participantes aceitaram participar da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 55 trabalhadores de saúde que responderam ao questionário, 50 (90%) eram do sexo feminino e 47 (91,8%) tinham nível médio ou técnico. Destes, 23 (24%) eram agentes comunitários de saúde (ACS), seguidos pelos auxiliares/técnicos de Enfermagem e profissionais de suporte ambiental, com nove (9,4%) profissionais cada. Quanto ao tempo de trabalho, 20 (20,8%) estavam na faixa entre 11 e 20 anos.

Os escores dos domínios do SAQ variaram entre 44,7 e 74,8. A média final do questionário foi de 55,9, demonstrando que o escore não foi positivo. O domínio 3, relacionado à satisfação no trabalho, foi o que mais se aproximou do número de escore positivo, com média de 74,8. Constatou-se que o menor escore ocorreu nos domínios 6 e 5, que avaliam condições de trabalho (44,75) e percepção da gerência (44) (Tabela 1).

A partir dos resultados obtidos com o SAQ, foram discutidas com os profissionais as fragilidades que poderiam comprometer o clima de segurança do paciente. A partir disso, foi realizada a construção do diagrama de Ishikawa. As causas foram agrupadas em seis categorias, visando abranger todos os relatos (Figura 1).

Como fatores pessoais, que tratam do que seria intrínseco aos profissionais, os participantes mencionaram estresse devido à sobrecarga e a condições ruins de trabalho; medo de perder o emprego; cansaço devido a acúmulo de empregos, pois alguns também exercem plantões noturnos em hospitais; excesso de confiança, isto é, o profissional está tão habituado a determinadas condutas e ações na sua prática profissional que não reflète sobre o cuidado prestado; e falta de interesse em inovar e engajar-se para melhoria do serviço.

Ao mesmo tempo, como fatores organizacionais ou do serviço referentes à parte organizacional e física das unidades, foi citada como problema a ausência de recursos e de *feedback*. Foi relatado que não há gestor na

Tabela 1 - Média, mínimo, máximo e desvio-padrão por domínio do *Safety Attitudes Questionary* (SAQ), aplicado em unidades de atenção primária à saúde. Brasil, 2017

Domínios	Média	Máximo	Mínimo	Desvio-Padrão
1 Clima de trabalho em equipe	66,6	100	25	16,3
2 Clima de segurança	51,4	85,7	25	18,2
3 Satisfação no trabalho	74,8	95,8	33,3	13,5
4 Percepção do estresse	64,7	100	6,2	25,4
5 Percepção da gerência	45	95	00	21,4
6 Condições de trabalho	44,7	100	00	24,47
SAQ total	55,9	77,7	26,3	11,7

Fonte: autores.

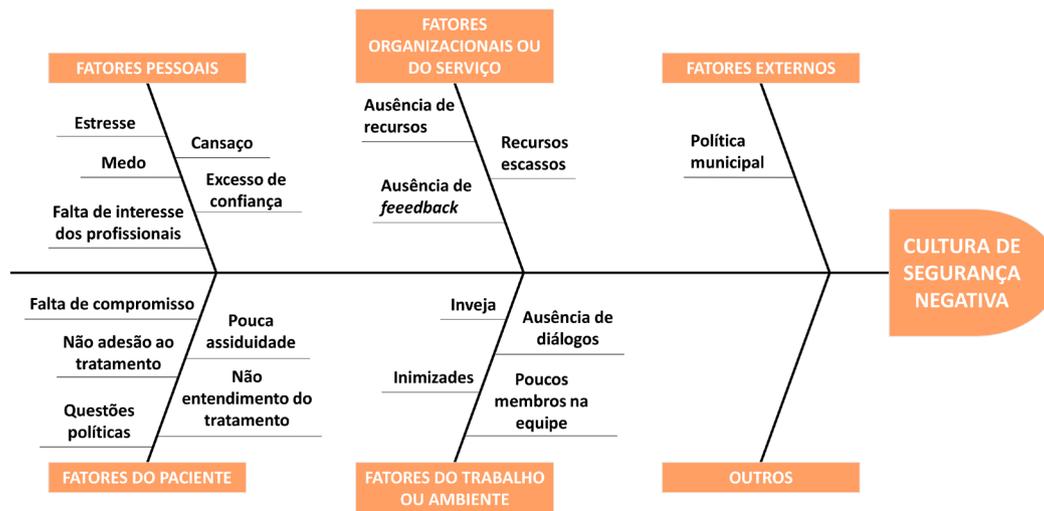


Figura 1 - Diagrama de Ishikawa construído em unidades de atenção primária à saúde. Brasil, 2017
Fonte: autores.

unidade que faça a provisão dos recursos necessários e há fragilidades no controle de insumos, o que gera falta desses materiais para uso pelos profissionais. Em geral, os enfermeiros das equipes de saúde assumem essa função, o que desencadeia sobrecarga de trabalho. Esse resultado reforça por que o domínio percepção da gerência e condições de trabalho foram os domínios com as menores pontuações.

Tratando-se dos fatores externos que têm relação com o serviço, mas têm origem em outros locais, foi citada como problema a política municipal. Os vínculos dos trabalhadores de saúde são frágeis, prevalecendo contratos temporários com baixa remuneração. Tal situação propicia a vulnerabilidade dos trabalhadores a situações desgastantes a fim de manterem seus empregos, o que desencadeia medo e angústia pela incerteza.

Os fatores do paciente relatados foram falta de compromisso em cuidar da saúde; pouca assiduidade; não

entendimento; e não adesão ao tratamento. Foi aludido também que, por questões políticas, os pacientes também eram influenciados e declararam-se descrentes no serviço de saúde.

Por fim, quanto aos fatores do trabalho ou do ambiente, que dizem respeito a questões mais subjetivas e relacionais, os relatos trataram de inveja entre os trabalhadores de saúde; ausência de diálogo entre os membros da equipe para gestão do cuidado dos pacientes; inimizades por desgastes diários por falta de engajamento por outros profissionais nos processos de trabalho; e poucos membros na equipe, isto é, há poucos agentes de saúde, e com isso grandes extensões do território descoberto. Não foram feitas alusões à categoria “outros fatores”.

Ressalta-se que os efeitos considerados para a construção do diagrama emergiram a partir dos resultados do SAQ. Logo, a discussão foi identificar o que causaria os problemas expostos anteriormente.

DISCUSSÃO

Diante do resultado obtido por meio da aplicação do SAQ, identificou-se uma cultura de segurança negativa no cenário estudado na atenção primária à saúde. A fase exploratória desta pesquisa-ação permitiu a inserção do pesquisador e embasou o diagnóstico situacional sobre o clima de segurança na atenção primária à saúde no território estudado. Os resultados apresentados demonstraram que os escores dos seis domínios do instrumento SAQ apresentaram valores inferiores a 75, menores do que os recomendados pela literatura, e três domínios tiveram valores inferiores a 60, o que indica a necessidade de ações para a implementação da cultura de segurança na instituição.⁸

A partir disso, emergiu a discussão com os trabalhadores de saúde e a construção do diagrama de Ishikawa, com o intuito de causa-raiz para esse fato. As causas foram agrupadas em seis categorias, consideradas importantes para o bom funcionamento do serviço.

O primeiro domínio, clima de trabalho em equipe, obteve escore médio de 66,59. Ao comparar com outros domínios avaliados, apresentou maior valor. Na APS, o trabalho em equipe é essencial para o alcance da integralidade do cuidado.¹¹ Já se sabe que o trabalho em equipe ineficaz pode piorar o clima de segurança na atenção primária à saúde.¹² Na discussão das causas possíveis que contribuíram para escore negativo e relatado pelos participantes da oficina, referiu-se a falta de profissionais médicos com equipes de saúde da família incompletas. A ausência de profissionais da equipe fragiliza o trabalho em equipe para o alcance dos indicadores locais.

O domínio 2, clima de segurança, tem como enfoque a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente.⁷ Esse domínio alcançou escore médio de 51,38, abaixo do recomendado pela literatura. Foi relatado pelos trabalhadores de saúde que há falta de protocolos clínicos assistenciais voltados para a realidade local de saúde. Dessa forma, eles percebem que não há discussão pela gestão com ênfase para a segurança do paciente. O foco é no quantitativo das ações e não na qualidade. Além disso, os registros são frágeis e não há avaliação frequente dos dados ali registrados, sendo o prontuário e os protocolos adequados para a realidade local uma ferramenta para a efetiva comunicação. Ressalta-se que a falha na comunicação é o fator contribuinte mais comum para a ocorrência de incidentes.¹³

Quanto ao domínio 3, satisfação no trabalho, foi o que obteve maior escore entre todos os seis domínios, 74,78. Esse domínio diz respeito à visão positiva do local

de trabalho. Os dados estão alinhados com outras experiências na aplicação do SAQ na atenção primária.^{2,14}

Sabe-se que bons resultados no domínio satisfação do trabalho têm relação positiva com o clima de segurança.¹⁴ Apesar de os resultados do presente estudo irem no caminho oposto, a adequada análise dos profissionais em relação a esse domínio é um fato visto como benéfico, posto que a satisfação do profissional com o trabalho está intrinsecamente ligada à qualidade do cuidado prestada.¹⁵

Interessante que, na discussão na construção do diagrama de Ishikawa, um dos fatores pontuados em relação ao trabalho que comprometiam a segurança do paciente foi a ausência de diálogo, inveja, inimizades e número insuficiente de profissionais na equipe. Descreveram também que a falta de comunicação dentro da equipe e entre as equipes contribuía para a falta de segurança para o paciente. Reforçaram a necessidade de mais interação e comprometimento entre os membros da equipe.

Já o domínio percepção do estresse teve valor médio de escore de 64,77. O estresse influencia negativamente o cuidado, visto que, além de ser causa de adoecimento, pode ser reflexo de cansaço, desmotivação e pode estar diretamente relacionado ao acontecimento de erros.³

No âmbito da APS, a percepção do estresse se torna ainda mais relevante, já que nesse cenário de atenção à saúde o profissional presta um cuidado que requer o contato direto com a comunidade. Ademais, profissionais das equipes de Saúde da Família têm maior acúmulo de serviços, baixa remuneração, entre outras condições produtoras de sofrimento psíquico e que causam prejuízo à qualidade de vida e à qualidade e abrangência de atenção à saúde da população atendida pela Estratégia Saúde da Família.¹⁶

Foi identificado pelos participantes, na categoria fatores pessoais, que as principais causas que comprometeram a segurança do paciente estão relacionadas ao estresse, cansaço, medo, excesso de confiança e falta de interesse dos profissionais. Esses fatores podem ser indicativos de falta de realização profissional, que pode interferir na qualidade do cuidado.¹⁶

Diante desse cenário de ameaça para a segurança do paciente, treinamentos voltados para habilidades não técnicas, ou *soft skills*, como comunicação, diplomacia, gerenciamento de conflito e *feedback*, podem ser utilizados para mais engajamento dos trabalhadores de saúde. Desenvolver inteligência emocional também é relevante nesse aspecto.¹⁷ Essas medidas refletirão positivamente na qualidade do serviço prestado, diante de um convívio mais amistoso e de um ambiente de prática positiva.¹⁸

O domínio 5, percepção da gerência da unidade, apresentou valor médio de escore de 45,2. Esse foi um

dos menores escores encontrados, o que diferencia dos resultados de uma pesquisa realizada em unidades básicas de saúde no Rio Grande do Sul, onde a resposta foi considerada positiva.³

Esses valores demonstram a necessidade de mais interação entre a gerência e os trabalhadores da assistência, elaborando, conjuntamente, ações voltadas para a melhoria do clima de segurança e pautadas nas necessidades reais do serviço. Isso traz melhora na qualidade dos serviços prestados, além de reprimir o surgimento de sentimentos negativos de ambas as partes, profissionais assistencialistas e gerentes dos serviços de saúde.

Esse resultado converge com o que foi relatado pelos profissionais, fatores organizacionais ou do serviço, ausência de recursos e de *feedback* e recursos escassos. Esse dado revela a insatisfação dos profissionais quanto às atitudes da gerência ou da administração da unidade relacionadas às ações voltadas para a segurança do paciente, o que acarreta clima de menos segurança nas unidades.

Ademais, os participantes salientaram, na terceira categoria, fatores externos, que a gestão estava subjugada a cumprir ordens, algumas vezes inadequadas, a fim de manter seu cargo por indicação política. Dessa forma, foi citado ainda a política municipal como principal causa contribuinte para a falta de clima de segurança. Essa influência político-partidária pode trazer prejuízos às unidades de saúde, visto que se torna difícil manter um trabalho isento dos interesses políticos. É possível exercer uma gestão continuada, mesmo com mudanças políticas, pois estava comprometida em oferecer condições adequadas aos trabalhadores de saúde.¹⁹

O menor escore entre os seis domínios foi encontrado no domínio 6, condições de trabalho, que se refere à percepção da qualidade do ambiente de trabalho, com escore médio 44,75. As condições de trabalho dizem respeito a diversos aspectos no dia a dia do profissional, desde qualidade de insumos, questões salariais e número de pessoal da equipe.¹

A falta de insumos e recursos escassos foram citados pelos profissionais de saúde nos fatores organizacionais. A falta de recursos pode influenciar a qualidade dos serviços prestados, visto que unidades bem estruturadas podem favorecer a satisfação do trabalho e boas práticas no atendimento. Estudo demonstrou que a ausência de insumos de estrutura física pode colaborar para a insatisfação dos profissionais que atuam nas unidades.²⁰ Nesse contexto, a realização de planos de ação que visem à utilização inteligente dos recursos existentes pode ser um instrumento capaz de fortalecer o clima de segurança para o paciente nas unidades.

Na categoria fatores do paciente, foi observada a falta de adesão dos usuários. Isso pode ser um problema quando se considera que o paciente é a última barreira que pode evitar danos a si. Uma maneira de agir em relação a isso é promover o envolvimento dos pacientes no cuidado, abordando emoções e expectativas negativas dos usuários, ao mesmo tempo em que se reforçam atributos motivacionais e direcionados a objetivos, o que pode melhorar a adesão ao tratamento.^{21,22}

Neste estudo os participantes conseguiram identificar os problemas que afetam a segurança do paciente, evidenciando avanços no que diz respeito à temática. Entretanto, o engajamento para a participação dos envolvidos só foi possível após um período de inserção e de integração prévio. Foi relatado, inclusive, por um profissional de saúde, que o cuidado que prestava era seguro e que não via necessidade de avaliá-lo, o que não condiz com os resultados deste estudo. Isso demonstra a necessidade de ampliar as pesquisas sobre segurança do paciente na atenção primária à saúde.

CONCLUSÕES

Em relação à avaliação do clima de segurança, todos os domínios apresentaram valores menores que os recomendados. Três mostraram indicativo de intervenções para melhoria do clima de segurança. Assim, concluiu-se que fatores como falta de comunicação, estresse e baixas condições de trabalho podem contribuir para atitudes não seguras.

No que se refere à causa-raiz, a gestão ineficaz e não comprometida é a principal causa para a falta de segurança e qualidade do cuidado. A gestão ineficaz desmotiva as equipes de saúde da família, por não prover os recursos necessários, além de não propiciar o clima para *feedback* e comunicação eficiente. Tal situação ocasiona sentimentos ruins, estresse e cansaço, que podem influenciar no manejo clínico do paciente.

As implicações desta pesquisa para a prática apresentam-se na avaliação da cultura de segurança de equipes de atenção básica, associada à discussão, por meio do diagrama de Ishikawa, sobre as fragilidades identificadas, o que fez com que emergissem dos próprios profissionais os possíveis fatores influenciadores da cultura de segurança negativa. Além disso, este estudo pode servir de base para outras pesquisas sobre o assunto, para que possam ir além da aplicação do questionário de avaliação da cultura de segurança.

Como fragilidades do estudo pode-se citar a avaliação transversal da cultura de um lugar específico, portanto, com limitação de generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Klemenc-Ketis Z, Makivić I, Poplas-Susić A. Safety culture in the primary health care settings based on workers with a leadership role: the psychometric properties of the Slovenian-language version of the safety attitudes questionnaire – short form. *BMC Health Serv Res*. 2018[citado em 2020 dez. 29];18:767. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3594-8>
2. Smits M, Keizer E, Giesen P, Deilckås ECT, Hofoss D, Bondevik GT. Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey. *Scand J Primary Health Care*. 2018[citado em 2020 dez. 30];36(1):66-47. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/02813432.2018.1426150?scroll=top&needAccess=true>
3. Souza MM, Dal Ongaro J, Lanes TC, Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnago TSBS. Patient safety culture in the Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2019[citado em 2020 dez. 29];72(1):32-9. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n1/pt_0034-7167-reben-72-01-0027.pdf
4. Al Lawati MH, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2018[citado em 2020 dez. 29];19:104. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29960590/>
5. Aguiar TL, Lima DS, Moreira MAB, Santos LF, Ferreira JMBB. Patient safety incidents in Primary Healthcare in Manaus, AM, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2020[citado em 2021 mar. 26];24(suppl.1):e190622. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v24s1/1807-5762-icse-24-s1-e190622.pdf>
6. Hessels AJ, Paliwal M, Weaver SH, Siddiqui D, Wurmser TA. Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *J Nurs Care Qual*. 2019[citado em 2020 maio 8];34(4):287-94. Disponível em: https://journals.lww.com/jncjournal/Fulltext/2019/10000/Impact_of_Patient_Safety_Culture_on_Missed_Nursing.2.aspx
7. Magalhães FHL, Pereira ICA, Luiza RB, Barbosa MH, Ferreira MBG. Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. *Rev Gaúch Enferm*. 2019[citado em 2020 dez. 29];40(esp):e20180272. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v40nspe/1983-1447-rgeenf-40-spe-e20180272.pdf>
8. Carvalho REFL. Adaptação transcultural do safety attitudes questionnaire para o Brasil - questionário de atitude de segurança [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2011.
9. Demurtas J, Marchetti P, Vaona A, Veronese N, Celotto S, Deilckås EC, *et al*. Patient safety culture in Italian out-of-hours primary care service: a national cross-sectional survey study. *BJGP Open*. 2020[citado em 2021 mar. 29];4(5). Disponível em: <https://bjgpopen.org/content/bjgpoa/4/5/bjgpopen20X101098.full.pdf>
10. Ramos CFV, Araruna RC, Lima CMF, Santana CLA, Tanaka LH. Práticas educativas: pesquisa-ação com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2018[citado em 2020 dez. 30];71(3):1144-51. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt_0034-7167-reben-71-03-1144.pdf
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2017[citado em 2021 mar. 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
12. Vasconcelos PF, Freitas CHA, Jorge MSB, Carvalho REF, Freire VECS, Araújo MFM, *et al*. Safety attributes in primary care: understanding the needs of patients, health professionals, and managers. *Public Health*. 2019[citado em 2020 maio 10];17:31-40. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033350619301027>
13. Marchon SG, Mendes Junior WV. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2015[citado em 2020 abr. 25];31(7):1395-402. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1395.pdf>
14. Samardzic MB, Wijngaarden JDV, Doorn CMD. Safety culture in long term care: a cross-sectional analysis of the Safety Attitudes Questionnaire in nursing and residential homes in the Netherlands. *BMJ Qual Saf*. 2016[citado em 2020 abr. 20];25(6):424-31. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/25/6/424.long>. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003397
15. Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Roca-Castelló MR, Morro-Martín MD, Martínez-Asensi A, Fikri-Benbrahim N. Relationship between job satisfaction and patient safety culture. *Gac Sanit*. 2018[citado em 2020 maio 07];32(4):352-61. Disponível em: <https://www.gacetasanitaria.org/es-linkresolver-relacion-entre-satisfaccion-laboral-cultura-S0213911117301024>
16. Bracarense CF, Costa NS, Duarte JMG, Ferreira MBG, Simões ALA. Qualidade de vida no trabalho: discurso dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2015[citado em 2020 maio 10];19(4):542-8. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000400542&script=sci_abstract&tlng=pt
17. Kirk VG, Kania-Richmond A, Chapat K. Executive Coaching for Leadership Development: experience of academic physician leaders. *Healthc Q*. 2019[citado em 2020 maio 10];22(1):54-9. Disponível em: <https://www.longwoods.com/content/25835>
18. Keyko K, Cummings GG, Yonge O, Wong CA. Work engagement in professional nursing practice: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2016[citado em 2020 maio 08];61:142-64. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748916300736?via%3Dihub>
19. Soratto J, Fernandes SC, Martins CF, Tomasi CD, Zanini MTB, Fertonani HP. Aspectos geradores de satisfação e insatisfação dos profissionais da estratégia saúde da família de um município de pequeno porte da região sul do Brasil. *Rev CEFAC*. 2018[citado em 2020 abr. 20];20(1):69-78. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462018000100069&script=sci_arttext&tlng=pt
20. Soratto J. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais da Estratégia Saúde da Família [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
21. Silva TO, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Teixeira CC. O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. *Rev Eletrônica Enferm*. 2016[citado em 2020 dez. 29];18:e1173. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/33340>
22. Nsamenang SA, Hirsch JK. Positive psychological determinants of treatment adherence among primary care patients. *Prim Health Care Res Dev*. 2015[citado em 2020 abr. 15];16(4):398-406. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1463423614000292/type/journal_article