

ARTIGO ORIGINAL

## Cultura de Segurança do Paciente em municípios sul-brasileiros

*Patient Safety Culture in Southern Brazilian Municipalities*

*Cultura de seguridad del paciente en municipios del sur de Brasil*

**Erick da Rosa Lerner<sup>1</sup>**

[orcid.org/0000-0003-0326-2543](https://orcid.org/0000-0003-0326-2543)  
[lernerenf@gmail.com](mailto:lernerenf@gmail.com)

**Janete de Souza**

**Urbanetto<sup>1</sup>**

[orcid.org/0000-0002-4697-1641](https://orcid.org/0000-0002-4697-1641)  
[jurbanetto@puccrs.br](mailto:jurbanetto@puccrs.br)

**Recebido em:** 4 dez. 2025.

**Aprovado em:** 16 mar. 2026.

**Publicado em:** 22 jun. 2026.

**Resumo:** O envelhecimento populacional e a transição demográfica impulsionam a demanda por serviços de saúde, aumentando o risco de eventos adversos nesses atendimentos. O estudo da Cultura de Segurança do Paciente aborda o cuidado centrado no indivíduo com estratégias para alcançar a assistência segura à saúde, incentivando políticas públicas interdisciplinares. O objetivo deste estudo é analisar a Cultura de Segurança do Paciente dentre a equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde no atendimento a adultos e pessoas idosas em municípios da região do Vale do Rio dos Sinos/Rio Grande do Sul, Brasil. Estudo quantitativo, transversal, com ferramenta *on-line*, formatada em escala do tipo Likert com 52 questões – Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC). Os resultados foram tratados com o *software* EpiInfo e SPSS. No decorrer de mais de 100 dias de coleta de dados, alcançou-se 07 municípios e 90 profissionais incluídos. A maioria eram mulheres, profissionais com apenas 01 vínculo empregatício, média de 09 anos atendendo na atenção primária e maior escolaridade de pós-graduação *lato sensu*. Os dados foram analisados de acordo com as 12 dimensões de cultura de segurança propostas pelo instrumento MOSPSC e a percepção geral em média dessas dimensões. Apenas as dimensões "Trabalho em equipe" e "Avaliação global" foram percebidas como cultura positiva. A média geral dentre as dimensões de Cultura de Segurança do Paciente avaliadas foi inferior a 50% de percepção positiva no Vale dos Sinos, demonstrando a necessidade por implementações na temática. Assim, com estes achados compartilhados com as municipalidades, reforça-se a urgência de trabalhar a seara do atendimento seguro na APS, sobretudo no que tange à população idosa. Esses dados compõem evidência para se trabalhar em qualificação profissional na região, contribuindo com políticas públicas regionais e nacionais, além do contexto de cuidado seguro na atenção primária.

**Palavras-chave:** segurança do paciente; atenção primária à saúde; idoso; equipe interdisciplinar de saúde; saúde do idoso.

**Abstract:** Population aging and demographic transition drive demand for health-care services, increasing the risk of adverse events in these settings. The Patient Safety Culture study addresses person-centred care with strategies to achieve safe healthcare, encouraging interdisciplinary public policies. The objective of this study is to analyze Patient Safety Culture among multidisciplinary Primary Health Care teams serving adults and older adults in municipalities in the Vale do Rio dos Sinos region of Rio Grande do Sul, Brazil. This study was conducted through a quantitative, cross-sectional study using an online tool formatted on a Likert scale with 52 questions—the Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC). The results were processed using EpiInfo and SPSS software. Over more than 100 days of data collection, seven municipalities were reached and 90 professionals were included. The majority were women, professionals with only one employment contract, an average of nine years working in primary care, and most of them a *lato sensu* postgraduate degree. The data were analyzed according to the 12 safety culture dimensions proposed by the MOSPSC instrument and the general perception on average of these dimensions. Only the "Teamwork" and



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença [CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite a cópia e redistribuição do material em qualquer formato e para qualquer finalidade, desde que a autoria original e os créditos de publicação sejam mantidos.

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

"Overall Assessment" dimensions were perceived as positive culture. The overall average among the Patient Safety Culture dimensions evaluated was less than 50% positive in Vale dos Sinos, demonstrating the need for implementation of this topic. Thus, sharing these findings with municipalities reinforces the urgency of working on safe care in PHC, especially regarding the elderly population. These data provide evidence for working on professional qualifications in the region, contributing to regional and national public policies beyond the context of safe care in primary care.

**Keywords:** patient safety; primary health care; multidisciplinary health team; aging health.

**Resumen:** El envejecimiento poblacional y la transición demográfica impulsan la demanda de servicios de salud, aumentando el riesgo de eventos adversos en estos entornos. El estudio Cultura de Seguridad del Paciente aborda la atención centrada en la persona con estrategias para lograr una atención médica segura, fomentando políticas públicas interdisciplinarias. El objetivo de este estudio es analizar la Cultura de Seguridad del Paciente entre equipos multidisciplinarios de Atención Primaria de Salud que atienden a adultos y adultos mayores en municipios de la región Vale do Rio dos Sinos de Rio Grande do Sul, Brasil. Este estudio se realizó a través de un estudio transversal cuantitativo utilizando una herramienta en línea formateada en una escala Likert con 52 preguntas: la Encuesta de Consultorios Médicos sobre Cultura de Seguridad del Paciente (MOSPSC). Los resultados se procesaron utilizando los software EpiInfo y SPSS. Durante más de 100 días de recolección de datos, se llegó a siete municipios y se incluyeron 90 profesionales. La mayoría eran mujeres, profesionales con un solo contrato laboral, un promedio de nueve años trabajando en atención primaria y la mayoría de ellos con un título de posgrado *lato sensu*. Los datos se analizaron de acuerdo con las 12 dimensiones de cultura de seguridad propuestas por el instrumento MOSPSC y la percepción general en promedio de estas dimensiones. Solo las dimensiones "Trabajo en equipo" y "Evaluación general" se percibieron como una cultura positiva. El promedio general de las dimensiones de Cultura de Seguridad del Paciente evaluadas fue inferior al 50% positivo en Vale dos Sinos, lo que demuestra la necesidad de implementar este tema. Por lo tanto, compartir estos hallazgos con los municipios refuerza la urgencia de trabajar en la atención segura en la APS, especialmente en la población adulta mayor. Estos datos proporcionan evidencia para trabajar en la cualificación profesional en la región, contribuyendo a las políticas públicas regionales y nacionales más allá del contexto de la atención segura en la atención primaria.

**Palabras clave:** seguridad del paciente; atención primaria de salud; equipo multidisciplinario de salud; salud del envejecimiento.

## INTRODUÇÃO

Mundialmente, a pauta de Segurança do Paciente é discutida há mais de duas décadas, com produção de diversos documentos, dentre eles alianças, pactuações internacionais, boas práticas e taxonomia específica da área (1).

Apesar disso, há carência de dados específicos do nível primário de atenção à saúde, que é responsável pela maior proporção de assistência e resolutividade em saúde pública. Dessa forma, é imensurável o número de indivíduos que sofrem prejuízo em decorrência da assistência insegura (2, 3).

Compreende-se que a Atenção Primária deve ser o nível de atenção em saúde que gerencia o cuidado da pessoa e que consegue realizar direcionamentos aos demais níveis de atenção nas medidas necessárias, promovendo o cuidado seguro sem intervenções desnecessárias (4-8). O atendimento e a compreensão das completas necessidades do indivíduo são um desafio para profissionais e gestores, o que está relacionado à fragmentação do cuidado e à assistência insegura nos atendimentos em saúde (9).

Assim, com as conquistas da sociedade no decorrer das décadas passadas, como a transição demográfica, o aumento da longevidade e das melhorias de acesso à saúde e ao profissional de saúde, o indivíduo tem maiores chances de se expor a riscos advindos da assistência em saúde. Dessa forma, o cuidado integral do indivíduo está em expansão bem como a complexidade dessa assistência. Experimentamos na contemporaneidade o aumento da expectativa de vida com significativo risco de desenvolvimento de patologias crônicas que desencadeiam a necessidade de atendimento com profissionais de saúde capacitados e engajados na oferta de um cuidado seguro (10-13).

A região 07 – Vale dos Sinos –, vinculada à 1ª Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, é constituída de 15 municípios, sendo eles: Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Novo Hamburgo, Portão, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São José do Hortêncio, São Leopoldo e Sapiranga. Tendo uma população de profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) estimada em 1.754 profissionais e mais de 770.000 habitantes (14, 15).

Portanto, assume-se que é necessário a compreensão da percepção dos profissionais da

atenção primária frente à Cultura de Segurança do Paciente para permitir melhorias institucionais na assistência pública de saúde, espaços de implementação de melhorias técnico-científicas nos serviços, de modo a priorizar a Cultura de Segurança do Paciente (10, 13). Assim, este estudo tem como objeto a Cultura de Segurança do Paciente dentre a equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde na região do Vale do Rio dos Sinos/Rio Grande do Sul, Brasil.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, empregando instrumento de coleta de dados estruturado com respostas fechadas com os profissionais que atuam nas unidades de Atenção Primária à Saúde dos municípios da região do Vale do Rio dos Sinos/Rio Grande do Sul, Brasil.

Dentre os 15 municípios, aceitaram participar da pesquisa: Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Nova Hartz, Novo Hamburgo e São Leopoldo, destes locais foram incluídos os profissionais de saúde: a) com idade mínima de 18 anos; b) que realizam atendimento a adultos e pessoas idosas; c) que estejam alocados em unidades da Atenção Primária à Saúde. Excluíram-se os profissionais que: a) não tinham acesso à rede de internet para preenchimento do questionário *on-line*; b) estavam atuando no cargo há menos de 12 meses; c) estavam de férias ou licença saúde no período de coleta.

Foi empregado o instrumento "Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária", validado e adaptado transculturalmente para uso no Brasil, com índice de validade de conteúdo geral de 0,85 e coeficiente alfa de Cronbach de 0,95 (16). Este instrumento é a versão adaptada transculturalmente do "Medical Office Survey on Patient Safety Culture", desenvolvido em 2007 pela Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde norte-americana (17). Amplamente empregada no contexto de atenção primária na Europa (18-20).

Esta versão, adaptada e validada para o uso no Brasil, tem as respostas formatadas em escala do tipo Likert (Discordo totalmente – Concordo

totalmente), sendo composta por nove seções, em que se avaliam 12 dimensões da segurança do paciente, totalizando 52 questões. Ainda, a seção "E" é destinada apenas para não gestores, já a seção "H" realiza a caracterização do respondente e a seção "I" é optativa (16).

Primariamente, os dados foram tratados em arquivo tipo tabela no *Microsoft Excel*<sup>®</sup>, com revisão das entradas de dados no documento. Trata-se de um estudo quantitativo submetido a análise estatística descritiva e testes estatísticos. Realizou-se análise descritiva das variáveis, com caracterização da amostra de estudo, resumindo as variáveis nominais por meio de frequências absolutas e porcentuais, e as numéricas por medidas de tendência central (média ou mediana), variabilidade (desvio-padrão, intervalo interquartilico e amplitude) de acordo com as análises de simetria (como Kolmogorov-Smirnov). Para análise estatística, os dados foram tratados com uso do *software* SPSS versão 26.

Conforme o documento norteador para análise dos dados da escala, foi realizado agrupamento das respostas em positivo/negativo ou, ainda, neutro, em que se consideraram positivas as respostas: "Várias vezes nos últimos 12 meses", "Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses" ou "Não aconteceu nos últimos 12 meses"; "Concordo totalmente" ou "Concordo"; "Quase sempre" ou "Sempre"; "Bom"; "Muito bom" e "Excelente". Já nas questões negativas/reversas (C3, C6, C8, C10, C12, C14, D4, D7, D10, E1, E2, E4, F3, F4 e F6), foram consideradas como respostas positivas para a Cultura de Segurança do Paciente (21) as opções de respostas: "Discordo totalmente" ou "Discordo".

Após categorizadas, as questões foram separadas em conformidade com as Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente, apresentando a proporção relativa de respostas positivas por dimensão, excluindo-se nesta análise as respostas: Não sei/Não se aplica (21). Considerou-se como positiva a Cultura de Segurança do Paciente quando ao menos 75% das respostas fossem positivas, já a Cultura de Segurança do Paciente negativa foi considerada se, ao menos,

50% da amostra identificar a pergunta como negativa na sua prática (21).

A amostragem se deu por autosseleção, em que os indivíduos elencados para o estudo voluntariamente acessam ao questionário digital e o preenchem, o que não permite generalização dos dados devido ao viés dos (não) respondentes em relação com a afinidade da área temática, apesar de que o uso de formulários *on-line* possibilita o preenchimento no momento

de escolha do entrevistado e maior alcance geográfico (22, 23).

Obteve-se a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), sob o CAAE 81474224.4.0000.5336.

O Quadro 1 apresenta a composição do instrumento utilizado e as dimensões da Cultura de Segurança do Paciente avaliadas.

**Quadro 1** – Composição dos itens por seção, valores atribuídos, significado, dimensão e número de questões avaliadas no instrumento "Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária"

Seção	Valor atribuído e significado	Dimensões	Questões
<b>A: Questões sobre segurança do paciente e qualidade</b>	1 - Diariamente 2 - Pelo menos 1x/semana 3 - Pelo menos 1x/mês 4 - Várias vezes nos últimos 12m 5 - 1 ou 2 vezes nos últimos 12m 6 - Não aconteceu nos últimos 12m 9 - Não se aplica/Não sei	Segurança do paciente e qualidade	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7 A8, A9, A10
<b>B: Troca de informações com outras instituições</b>	1 - Problemas diariamente 2 - Problemas pelo menos 1x/semana 3 - Problemas pelo menos 1x/mês 4 - Vários problemas nos últimos 12m 5 - 1 ou 2 problemas nos últimos 12m 6 - Nenhum problema nos últimos 12m 9 - Não se aplica/Não sei	Troca de informações com outras instituições	B1, B2, B3, B4, B5
<b>C: Trabalhando neste serviço de saúde</b>	1 - Discordo totalmente 2 - Discordo 3 - Não concordo nem discordo 4 - Concordo 5 - Concordo totalmente 9 - Não se aplica/Não sei	Trabalho em equipe Pressão no trabalho e ritmo Treinamento da equipe Padronização dos processos	C1, C2, C5, C13 C3R, C6R, C11, C14 C4, C7, C10R C8R, C9, C12R, C15
<b>D: Comunicação e acompanhamento</b>	1 - Discordo totalmente 2 - Discordo 3 - Não concordo nem discordo 4 - Concordo 5 - Concordo totalmente 9 - Não se aplica/Não sei	Comunicação aberta Comunicação sobre o erro Seguimento da assistência ao paciente	D1, D2, D4R, D10 D7R, D8, D11, D12 D3, D5, D6, D9
<b>E: Apoio de gestores/ administradores/ líderes</b>	1 - Discordo totalmente 2 - Discordo 3 - Não concordo nem discordo 4 - Concordo 5 - Concordo totalmente 9 - Não se aplica/Não sei	Apoio dos Gestores	E1R, E2R, E3, E4R

Seção	Valor atribuído e significado	Dimensões	Questões
<b>F: Seu serviço de saúde</b>	1 - Discordo totalmente 2 - Discordo 3 - Não concordo nem discordo 4 - Concordo 5 - Concordo totalmente 9 - Não se aplica/Não sei	Aprendizagem organizacional Percepção geral de segurança do paciente e qualidade	F1, F5, F7 F2, F3R, F4R, F6R
<b>G: Avaliação global</b>	1 - Ruim 2 - Razoável 3 - Bom 4 - Muito bom 5 - Excelente	N/A	G1a, G1b, G1c, G1d, G1e, G2
<b>H: Prática profissional</b>	N/A	N/A	Perfil profissional
<b>I: Comentários</b>	N/A	N/A	Comentários

Legenda: R = Questão negativa com necessidade de reversão. N/A = Não se aplica. 12m = 12 meses.

## RESULTADOS

Nos sete municípios participantes (Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Nova Hartz, Novo Hamburgo e São Leopoldo), a coleta de dados ocorreu dentre o período de 2 de outubro de 2024 a 10 de janeiro de 2025, perfazendo 101 dias de coletas de dados. Ao fim

do período obteve-se um total de 98 respostas, sendo oito excluídas, pois não se enquadravam nos termos de inclusão.

Dentre o perfil sociodemográfico dos respondentes (Tabela 1), a maioria eram mulheres (85,60%), trabalhadores de Campo Bom (34,40%) e aqueles com pós-graduação *lato sensu* (46,70%).

**Tabela 1** – Características sociodemográficas dos profissionais de APS da região do Vale do Rio dos Sinos/RS, Brasil. n=90

Características sociodemográficas	n	%
<b>Município</b>		
Campo Bom	31	34,4
Dois Irmãos	13	14,4
Estância Velha	3	3,3
Ivoti	7	7,8
Nova Hartz	6	6,7
Novo Hamburgo	9	10,0
São Leopoldo	15	16,7
Não identificado	6	6,7
<b>Sexo</b>		
Feminino	77	85,6
Masculino	13	14,4
<b>Idade (categorizada pela média)</b>		
24-42	45	50,0

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
43-62	45	50,0
<b>Situação conjugal</b>		
Casado(a) ou união estável	62	68,9
Solteiro(a)	16	17,8
Separado(a) ou divorciado(a)	12	13,3
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental/Médio incompleto	4	4,4
Ensino Médio completo	18	20,0
Graduação	23	25,6
Pós-graduação <i>lato sensu</i>	42	46,7
Pós-graduação <i>stricto sensu</i>	3	3,3
<b>Tempo de formado (categorizada pela mediana)</b>		
até 10 anos	45	50,0
11 a 34 anos	45	50,0

As variáveis numéricas "Idade", "Tempo neste serviço", "Tempo de APS" e "Tempo de formado" sofreram análise de distribuição além da análise descritiva, em que apenas a variável "Idade" teve distribuição normal com o uso do teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov ( $p=0,20$ ). A idade mínima dos participantes foi de 24 anos, já a máxima foi de 62 anos. No que tange às variáveis "Tempo de APS", "Tempo neste serviço" e "Tempo de formado", os participantes apresentaram um tempo mínimo de um ano, já o máximo foi de 30, 32 e 34 anos, respectivamente. A média de

idade foi 41,8 anos com desvio padrão de +/- 9,33 anos e mediana de 42 anos, "Tempo de APS" e "Tempo neste serviço" tiveram mediana de 8 anos, já "Tempo de formado" apresentou 10,5 anos de mediana.

Dentre as características laborais (Tabela 2), majoritariamente os respondentes tinham apenas um vínculo empregatício (78,9%), até oito anos de trabalho (56,6%), trabalhavam em ambos os turnos, manhã e tarde (77,80%), faziam de 33 a 40 horas semanais (71,1%) e atuavam em Estratégia de Saúde da Família (58,9%).

**Tabela 2** – Características laborais dos profissionais de APS da região do Vale do Rio dos Sinos/RS, Brasil. n=90

Características laborais	n	%
<b>Mais de um vínculo empregatício</b>		
Não	71	78,9
Sim	19	21,1
<b>Tempo de serviço (categorizada pela mediana)</b>		
Até 8 anos	51	56,7
9 a 30 anos	39	43,3
<b>Tempo de atuação na APS (categorizada pela mediana)</b>		
Até 8 anos	48	53,3
9 a 30 anos	42	46,7
<b>Turnos de serviço</b>		
Manhã	1	1,1
Noite	1	1,1
Intermediário Manhã e Tarde	4	4,4
Manhã e Tarde	70	77,9
Manhã, Tarde e Noite	3	3,3
Intermediário Tarde e Noite	1	1,1
Manhã, Tarde, Intermediário Tarde/Noite	10	11,1
<b>Horas por semana</b>		
5 a 16 horas por semana	4	4,4
17 a 24 horas por semana	3	3,3
25 a 32 horas por semana	1	1,1
33 a 40 horas por semana	64	71,2
41+ horas por semana	18	20,0
<b>Local de trabalho</b>		
Academia da Saúde	2	2,2
Estratégia de Saúde da Família	53	58,9
Unidade Básica de Saúde	32	35,6
Gestão	3	3,3
<b>Cargo</b>		
Agente Comunitário de Saúde	11	12,2
Educador físico	2	2,2
Enfermeiro	33	36,8
Administrativo	1	1,1
Fonoaudióloga	1	1,1
Gerência	9	10,0
Médico	7	7,8
Nutricionista	1	1,1
Odontólogo	3	3,3
Psicólogo	1	1,1
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	20	22,2
Técnico/Auxiliar em Saúde Bucal	1	1,1

A seguir, na Tabela 3, apresenta-se a proporção de respostas positivas, negativas e neutras para cada pergunta do instrumento "Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária".

**Tabela 3** – Composição de respostas negativas, neutras e positivas pelas seções e dimensões do instrumento "Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária" pelos profissionais de APS da região do Vale do Rio dos Sinos/RS, Brasil. n=90

Pesquisa sobre cultura de segurança do paciente para atenção primária		Negativo		Neutro		Positivo		Positivo cumulativo	Não se aplica
		1	2	3	4	5	6		
									9
<b>Composição da Seção</b>									
<b>A:</b> Questões sobre a segurança do paciente e qualidade									
<b>Dimensão:</b> Segurança do paciente e qualidade									
A1. Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48h para um problema sério/agudo	n (%)	3 (3,3)	12 (13,3)	13 (14,4)	5 (5,6)	12 (13,3)	34 (37,9)	51 (56,7)	11 (12,2)
A2. No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente	n (%)	3 (3,3)	2 (2,2)	4 (4,4)	2 (2,2)	35 (39,0)	26 (28,9)	62 (70,0)	18 (20,0)
A3. O prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário	n (%)	1 (1,1)	1 (1,1)	8 (9,0)	11 (12,2)	20 (22,2)	30 (33,3)	61 (67,7)	19 (21,1)
A4. Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente	n (%)	3 (3,3)	1 (1,1)	5 (5,6)	1 (1,1)	30 (33,3)	35 (38,9)	66 (73,3)	15 (16,7)
A5. Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição	n (%)	1 (1,1)	6 (6,7)	8 (9,0)	22 (24,3)	33 (36,6)	14 (15,6)	69 (76,7)	6 (6,7)
A6. O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição	n (%)	1 (1,1)	7 (7,8)	16 (17,8)	18 (20,0)	23 (25,6)	11 (12,2)	52 (57,8)	14 (15,5)
A7. Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta	n (%)	3 (3,3)	4 (4,4)	5 (5,6)	8 (9,0)	14 (15,6)	27 (30,0)	49 (54,6)	29 (32,1)

Pesquisa sobre cultura de segurança do paciente para atenção primária		Negativo		Neutro		Positivo		Positivo cumulativo	Não se aplica
		1	2	3	4	5	6		
A8. Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário	n (%)	1 (1,1)	3 (3,3)	10 (11,1)	15 (16,7)	15 (16,7)	22 (24,4)	52 (57,8)	24 (26,7)
Ag. Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário	n (%)	1 (1,1)	5 (5,6)	13 (14,4)	18 (20,0)	17 (18,9)	15 (16,7)	50 (55,6)	21 (23,3)
A10. Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil	n (%)	-	1 (1,1)	7 (7,8)	7 (7,8)	19 (21,1)	29 (32,2)	55 (61,1)	27 (30,0)
<b>Composição da Seção B:</b> Troca de informações com outra instituição									
<b>Dimensão:</b> (problemas para) Troca de informações com outras instituições									
B1. Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde?	n (%)	2 (2,2)	2 (2,2)	17 (18,9)	11 (12,2)	23 (25,6)	20 (22,2)	54 (60,0)	15 (16,7)
B2. Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde?	n (%)	3 (3,3)	5 (5,6)	12 (13,3)	16 (17,8)	22 (24,4)	14 (15,6)	52 (57,8)	18 (20,0)
B3. Farmácias?	n (%)	-	4 (4,4)	7 (7,8)	10 (11,1)	27 (30,1)	22 (24,4)	59 (65,5)	20 (22,2)
B4. Hospitais?	n (%)	9 (10,0)	5 (5,6)	2 (2,2)	26 (28,9)	19 (21,1)	6 (6,7)	51 (56,7)	23 (25,5)
<b>Composição da Seção C:</b> Trabalhando neste serviço de saúde									
<b>Dimensão:</b> Trabalho em equipe									
C1. Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam	n (%)	-	4 (4,4)	9 (10,0)	41 (45,6)	35 (38,9)	-	76 (84,5)	1 (1,1)

Pesquisa sobre cultura de segurança do paciente para atenção primária		Negativo		Neutro		Positivo		Positivo cumulativo	Não se aplica
		1	2	3	4	5	6		
C2. Há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais	n (%)	2 (2,2)	4 (4,4)	7 (7,8)	39 (43,4)	36 (40,0)	-	75 (83,32)	2 (2,2)
C5. Neste serviço, tratamos uns aos outros com respeito	n (%)	-	6 (6,7)	7 (7,8)	38 (42,2)	38 (42,2)	-	76 (84,4)	1 (1,1)
C13. Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes	n (%)	1 (1,1)	9 (10,0)	13 (14,4)	42 (46,7)	24 (26,7)	-	66 (73,4)	1 (1,1)

Pesquisa sobre cultura de segurança do paciente para atenção primária		Negativo		Neutro		Positivo		Positivo cumulativo	Não se aplica
		1	2	3	4	5	-		
C3R. Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente	n (%)	13 (14,4)	38 (42,3)	15 (16,7)	20 (22,2)	2 (2,2)	22 (24,4)	2 (2,2)	
C6R. A quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis	n (%)	24 (26,7)	33 (36,7)	13 (14,4)	16 (17,8)	3 (3,3)	19 (21,1)	1 (1,1)	
C11. A quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes	n (%)	10 (11,1)	28 (31,1)	13 (14,4)	35 (39,0)	3 (3,3)	38 (42,2)	1 (1,1)	
C14. Há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los eficientemente	n (%)	5 (5,6)	26 (28,9)	13 (14,4)	25 (27,8)	18 (20,0)	43 (47,8)	3 (3,3)	
<b>Composição da Seção C:</b>									
Trabalhando neste serviço de saúde									
<b>Dimensão:</b> Treinamento da equipe									
C4. Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados	n (%)	2 (2,2)	15 (16,7)	19 (21,1)	39 (43,3)	12 (13,3)	51 (56,6)	3 (3,3)	
C7. Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento	n (%)	7 (7,8)	48 (53,3)	18 (20,0)	14 (15,6)	1 (1,1)	15 (16,7)	2 (2,2)	

Pesquisa sobre cultura de segurança do paciente para atenção primária		Negativo		Neutro		Positivo		Positivo cumulativo	Não se aplica
		1	2	3	4	5	-	9	
C10R. Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados	n (%)	2 (2,2)	20 (22,2)	14 (15,6)	39 (43,4)	12 (13,3)	51 (56,6)	3 (3,3)	
<b>Composição da Seção C:</b>									
Trabalhando neste serviço de saúde									
<b>Dimensão:</b> Padronização dos processos									
C8R. Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável	n (%)	1 (1,1)	9 (10,0)	9 (10,0)	46 (51,1)	23 (25,6)	69 (76,7)	2 (2,2)	
C9. Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente	n (%)	8 (8,9)	20 (22,2)	12 (13,3)	31 (34,5)	6 (6,7)	37 (41,1)	13 (14,4)	
C12R. Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho	n (%)	4 (4,4)	25 (27,8)	15 (16,7)	36 (40,0)	7 (7,8)	43 (47,8)	3 (3,3)	
C15. A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades	n (%)	1 (1,1)	8 (8,9)	16 (17,8)	50 (55,6)	13 (14,4)	63 (70,0)	2 (2,2)	
<b>Composição da Seção D:</b>									
<b>D:</b> Comunicação e acompanhamento									
<b>Dimensão:</b> Comunicação aberta									
D1. Os médicos estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho	n (%)	-	3 (3,3)	17 (18,9)	33 (36,7)	33 (36,7)	66 (73,4)	4 (4,4)	
D2. A equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista	n (%)	2 (2,2)	12 (13,3)	18 (20,0)	17 (18,9)	41 (45,6)	58 (64,5)	-	
D4R. A equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto	n (%)	3 (3,3)	1 (1,1)	26 (28,9)	36 (40,0)	19 (21,1)	55 (61,1)	5 (5,6)	
D10. É difícil expressar opiniões diferentes	n (%)	1 (1,1)	22 (24,4)	26 (28,9)	16 (17,8)	2 (2,2)	18 (20,0)	23 (25,6)	
<b>Composição da Seção D:</b>									
<b>D:</b> Comunicação e acompanhamento									
<b>Dimensão:</b> Comunicação sobre o erro									

Pesquisa sobre cultura de segurança do paciente para atenção primária		Negativo		Neutro	Positivo		Positivo cumulativo	Não se aplica
		1	2	3	4	5	-	9
D7R. A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si	n (%)	20 (22,2)	10 (11,1)	9 (10,0)	21 (23,3)	6 (6,7)	27 (30,0)	24 (26,7)
D8. A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço	n (%)	-	5 (5,6)	20 (22,2)	36 (40,0)	26 (28,9)	62 (68,9)	3 (3,3)
D11. Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente	n (%)	1 (1,1)	4 (4,4)	16 (17,8)	23 (25,6)	44 (48,9)	67 (74,5)	2 (2,2)
D12. Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço	n (%)	2 (2,2)	6 (6,7)	20 (22,2)	30 (33,3)	31 (34,5)	61 (67,7)	1 (1,1)
<b>Composição da Seção</b>								
<b>D:</b> Comunicação e acompanhamento								
<b>Dimensão:</b> Seguimento da assistência ao paciente								
D3. Os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina	n (%)	-	5 (5,6)	14 (15,6)	23 (25,5)	43 (47,7)	66 (73,4)	5 (5,6)
D5. Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento	n (%)	2 (2,2)	7 (7,8)	10 (11,1)	28 (31,1)	35 (38,9)	63 (70,0)	8 (8,9)
D6. Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço	n (%)	2 (2,2)	11 (12,2)	17 (18,9)	23 (25,5)	23 (25,5)	46 (51,2)	14 (15,7)
D9. Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento	n (%)	1 (1,1)	1 (1,1)	10 (11,1)	33 (36,7)	37 (41,1)	70 (77,8)	8 (8,9)
<b>Composição da Seção E:</b> Apoio dos gestores (obs.: Seção E. Apenas não gestores (n=79))								
<b>Dimensão:</b> Apoio dos gestores								
E1R. Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço	n (%)	11 (12,2)	24 (26,7)	15 (16,7)	15 (16,7)	3 (3,3)	18 (20,0)	22 (24,4)
E2R. Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes	n (%)	5 (5,6)	20 (22,2)	16 (17,8)	27 (30,0)	5 (5,6)	32 (35,6)	6 (6,7)

Pesquisa sobre cultura de segurança do paciente para atenção primária		Negativo		Neutro		Positivo		Positivo cumulativo	Não se aplica
		1	2	3	4	5	-	9	
E3. Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes	n (%)	4 (4,4)	14 (15,6)	23 (25,6)	28 (31,1)	5 (5,6)	33 (36,7)	5 (5,6)	
E4R. Frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes	n (%)	4 (4,4)	25 (27,8)	25 (27,8)	17 (18,9)	1 (1,1)	18 (20,0)	7 (7,8)	
<b>Composição da Seção F:</b> Seu serviço de Saúde									
<b>Dimensão:</b> Aprendizagem organizacional									
F1. Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas.	n (%)	1 (1,1)	3 (3,3)	4 (4,4)	57 (63,3)	23 (25,6)	80 (90,9)	2 (2,2)	
F5. Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam	n (%)	1 (1,1)	13 (14,4)	13 (14,4)	45 (50,0)	14 (15,6)	59 (68,6)	4 (4,4)	
F7. Após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam	n (%)	2 (2,2)	11 (12,2)	6 (6,7)	49 (54,4)	14 (15,6)	63 (70)	8 (8,9)	
<b>Composição da Seção F:</b> Seu serviço de Saúde									
<b>Dimensão:</b> Percepção geral de segurança do paciente e qualidade									
F2. Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes	n (%)	3 (3,3)	2 (2,2)	12 (13,3)	55 (61,2)	15 (16,7)	70 (77,8)	3 (3,3)	
F3. Acontecem erros com mais frequência do que deveria	n (%)	3 (3,3)	8 (8,9)	8 (8,9)	49 (54,4)	18 (20,1)	67 (74,4)	4 (4,4)	
F4R. É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes	n (%)	-	7 (7,8)	9 (10,0)	41 (45,6)	26 (28,9)	67 (74,4)	7 (7,8)	
F6R. A quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado	n (%)	5 (5,6)	19 (21,2)	13 (14,4)	37 (41,1)	12 (13,3)	49 (54,4)	4 (4,4)	
<b>Composição da Seção G:</b>									
Avaliação global									
<b>Dimensão:</b> Avaliação global									

Pesquisa sobre cultura de segurança do paciente para atenção primária		Negativo		Neutro		Positivo		Positivo cumulativo	Não se aplica
		1	2	3	4	5	-	9	
G1a. Centrado no paciente – É sensível a preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes	n (%)	1 (1,1)	11 (12,2)	42 (46,7)	24 (26,7)	12 (13,3)	36 (40,0)	-	
G1b. Efetivo – É baseado no conhecimento científico	n (%)	2 (2,2)	6 (6,7)	33 (36,7)	37 (41,1)	12 (13,3)	49 (54,4)	-	
G1c. Pontual – Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais	n (%)	4 (4,4)	13 (14,4)	35 (38,9)	30 (33,4)	8 (8,9)	38 (42,2)	-	
G1d. Eficiente – Garante um cuidado de bom custo-benefício	n (%)	2 (2,2)	12 (13,3)	37 (41,2)	28 (31,1)	11 (12,2)	39 (43,3)	-	
G1e. Imparcial – Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos	n (%)	2 (2,2)	8 (8,9)	23 (25,6)	31 (34,4)	26 (28,9)	57 (63,3)	-	
G2. Avaliação geral em segurança do paciente	n (%)	1 (1,1)	11 (12,2)	36 (40,0)	32 (35,6)	10 (11,1)	42 (46,7)	-	

Na "Dimensão A" são avaliadas questões diretamente da segurança no atendimento ao paciente, em que se evidencia que em nenhuma das questões as respostas negativas acumulam mais de 18% da totalidade, o que reflete em mais respostas positivas e um positivo acumulado em torno de 55%, indicando que há espaço para melhorias. No quesito "Troca de informações", apenas três respondentes trouxeram que tiveram problemas diários com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, entretanto, dificuldade em comunicação com hospitais foram nove profissionais. Mesmo assim, a maioria respondeu não ter havido problemas com troca de informações ou apenas em alguns momentos dentro dos últimos 12 meses.

Já na dimensão "Trabalho em equipe", a maioria dos profissionais (85%) respondeu que os colegas se ajudam com as demandas quando há sobrecarga, da mesma forma o trabalho em equipe também foi percebido como mais positivo (74%). Quanto à percepção da "Pressão e Ritmo", a maioria dos profissionais respondentes não se sente apressada pelo fluxo de atendimento, em

contraponto percebe um número inadequado de pacientes por profissional para atendimento.

Quanto à qualificação dos profissionais no serviço, os profissionais referiram que recebem treinamento para novos fluxos, porém não identificam essas qualificações como suficientes para os atendimentos prestados e referem ser necessário que desempenhem atividades para as quais não foram treinados. Quanto à padronização dos processos, a maior parte percebe desorganização nos serviços e problemas com fluxos de trabalho mesmo com a existência de processos e medidas de validação se o processo/trabalho foi efetivo.

Dentro da "Comunicação e acompanhamento", as equipes identificam que são encorajadas a discutir novas percepções sobre processos e ocorridos, porém sentem-se desconfortáveis contrapondo ações/atividades que não parecem corretas, mas já são rotineiras. Quando abordado acerca da comunicação sobre o erro, majoritariamente as respostas trouxeram que, apesar do receio de ser penalizada pelos seus erros, a equipe discute sobre os problemas do

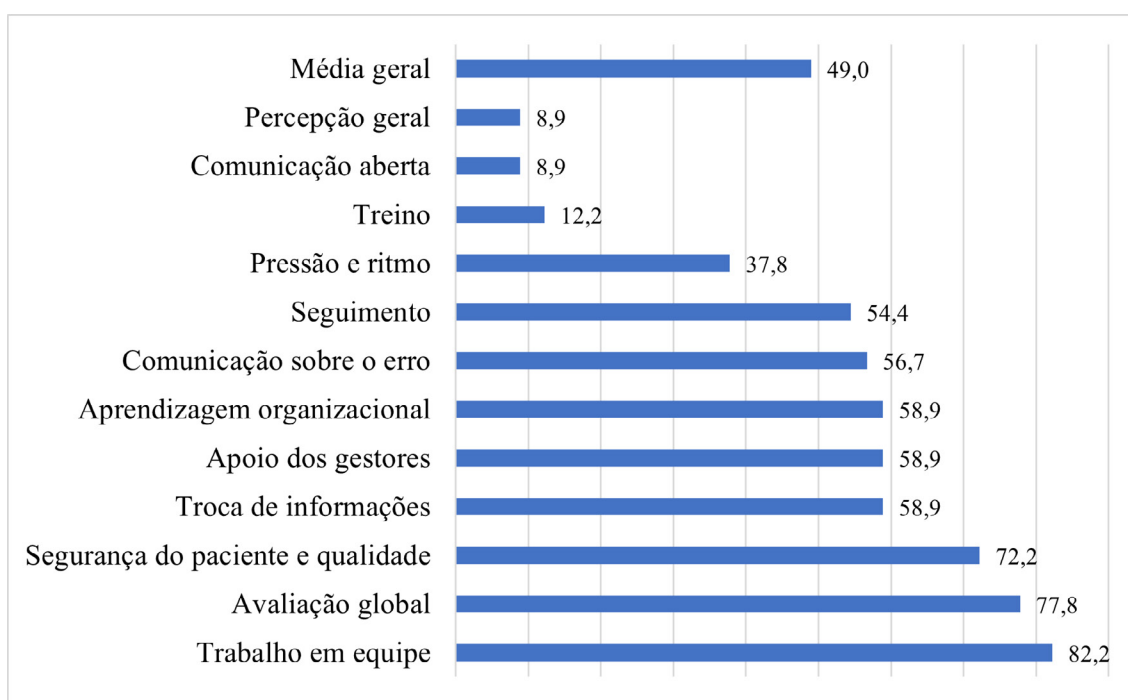
serviço e as melhorias a serem implementadas e tende a relatar os erros identificados.

Quanto ao "Seguimento da Assistência ao Paciente", 85% dos respondentes trazem que os pacientes são acompanhados de acordo com a cronicidade das suas demandas e tratamentos, mesmo assim, em torno de 60% percebem que não há acompanhamento específico quando o paciente não possui relatório ao retornar de outro serviço (leia-se outro nível de atenção à saúde).

Já na dimensão "Apoio dos gestores", apenas aqueles que não exerciam atividades de gerência responderam. Foi evidenciada a percepção de

que os investimentos e recursos estão adequados com a realidade dos serviços (38%) e priorizam-se processos de melhoria que impactam os pacientes. Mesmo assim, em torno de 31% responderam que não percebem a gerência buscando ferramentas para evitar os eventos adversos que acometem a população atendida.

Ainda, realizou-se análise das médias de respostas positivas para cada dimensão. Aquelas em que 75% ou mais dos participantes identificaram com respostas positivas são consideradas dimensões de cultura de segurança positivas/fortalezas.



**Gráfico 1** – Média de respostas positivas por dimensão de cultura de segurança do paciente pelos profissionais de APS da região do Vale do Rio dos Sinos/RS, Brasil. n=90

No que tange à avaliação separada por dimensões, a média geral foi inferior a 50% de respostas positivas, indicando que não há uma Cultura de Segurança do Paciente positiva, mas que as municipalidades se beneficiam de qualificações nessa área do conhecimento. Apenas as dimensões "Trabalho em equipe" e "Avaliação global" obtiveram mais de 75% de respostas positivas, refletindo na cultura positiva,

enquanto que "Percepção geral", "Comunicação aberta", "Treino" e "Pressão e ritmo" apresentaram menos de 40% de respostas positivas, o que representa uma fragilidade nessas áreas.

As dimensões "Seguimento", "Comunicação sobre o erro", "Aprendizagem organizacional", "Apoio dos gestores" e "Troca de informação" tiveram em torno de 50% de respostas positivas, demonstrando áreas com necessidade de

melhoria, mas que estão com direcionamento correto. Já a dimensão "segurança do paciente e qualidade" demonstrou tendência para a percepção positiva com 72%, reiterando as áreas em fortalecimento da APS.

## DISCUSSÃO

Uma vez que o envelhecimento populacional se dá de modo acelerado ao redor do mundo, compreende-se a necessidade de discussão do atendimento a essa população em todos os níveis de atenção à saúde (24). Sendo a APS o nível de atenção compreendido pela maior resolutividade, longitudinalidade do cuidado e por ser a porta de entrada do paciente no sistema de saúde, devemos enfatizar o cuidado em saúde dispendido por essa população nesse contexto (2, 5).

Considerando os fatores citados até o momento, a Atenção Primária à Saúde é o local propício para avaliação da pessoa idosa de modo integral e longitudinalmente, permitindo ações preventivas que imperam no cuidado seguro, como a prevenção quaternária, a avaliação da polifarmácia, as ações de prevenção de quedas ou a redução dos eventos adversos em saúde (10, 12, 13). Outrossim, a população idosa é beneficiada diretamente por uma atenção primária segura, uma vez que se percebe a grande demanda de atendimentos e resolutividade no primeiro nível de atenção (2). Realizando avaliações dos serviços e profissionais, estimula-se que gestores e atendentes dos serviços busquem estratégias que ampliem a segurança do paciente no contexto da APS, proporcionando um local seguro no contexto biopsicossocial da pessoa idosa atendida, providenciando assim que a porta de entrada do sistema de saúde atenda com uma Cultura de Segurança do Paciente fortalecida (7).

Assim, ao que tange os resultados desta pesquisa, encontramos que dentre os municípios da região do Vale do Rio dos Sinos/RS não foi possível alcançar o número de respondentes proposto no início do projeto, podendo estar relacionado à baixa receptividade dos profissionais a pesquisas *on-line*, a possibilidade

de não receberem o comunicado pelos gestores, o aumento das demandas no pós-enchente, a falta de sensibilidade com a temática de Cultura de Segurança do Paciente ou ainda o fator extensão do questionário, com mais de 50 itens a responder, sendo este último corroborado no estudo de Sousa (25) com menos de 80 respondentes na APS do Ceará/Brasil. Não se considerou pertinente a rotatividade profissional, uma vez que os serviços avaliados são de gestão municipal e, no contexto brasileiro, a maioria dos profissionais está sujeita ao vínculo estatutário municipal (26).

Assim como encontrado em outros estudos de segurança do paciente na APS, a maioria dos trabalhadores respondentes foram mulheres, enfatizando as áreas da saúde como campos de atuação mais femininos na historicidade (7, 19, 25, 27-30). Poucos abordaram o estado civil dos pesquisados, apenas o trabalho de Sousa e colaboradores (25), que apresentou mais divorciados, e os estudos brasileiros (7, 29), também com mais profissionais casados.

A maioria dos estudos retrata profissionais com apenas um vínculo empregatício, o que é compreensível no contexto da APS, dada a extensão usual de 40 horas semanais dos profissionais, sendo de oito horas diárias nos cinco dias úteis da semana (7, 25, 28, 31). Mesmo na atenção terciária, encontramos referência a jornadas em torno de 40 horas semanais (32). Já estudos desenvolvidos por países do Oriente Médio apresentaram a maioria dos profissionais trabalhando menos de 25 horas ou mais de 40 horas por semana, o que pode indicar fatores organizacionais da APS ou culturais que impactam nessa região (19, 30).

Apesar de usar cortes diferentes, diversos estudos demonstram que os profissionais buscam qualificação formal nas instituições de ensino, refletindo em respondentes com mais anos de estudo (7, 19, 30). A importância da qualificação profissional na APS se dá sobretudo pela gestão do cuidado continuado aos pacientes e a capacidade de resolutividade deste nível de atenção. O profissional capacitado na temática

de segurança do paciente e em uso dos atributos da atenção primária proporciona excelência no atendimento à população (idosa) adscrita e ampara a equipe em concomitante pelo cuidado multidisciplinar (33).

A variável idade também foi abordada com diferentes categorizações, mas demonstrando que a maioria dos trabalhadores eram mais jovens (7, 30, 31). Somente um estudo europeu tinha trabalhadores com mais idade, sendo 105 com mais de 60 anos (34). A presença dos mais jovens pode ter influenciado a sensibilidade em responder à pesquisa, uma vez que a temática vem sendo incluída nos currículos dos cursos (35-37).

Alguns estudos também tiveram mais profissionais da enfermagem respondentes (19, 25, 38), já outros tiveram mais participação de Agentes Comunitários de Saúde do que profissionais da enfermagem (7, 19, 27, 31). A disparidade entre categorias profissionais impacta diretamente nas respostas, visto a singularidade do atendimento de cada classe. Entretanto, como todos se complementam na APS, um número de respondentes homogêneo quanto ao cargo poderá apontar para uma compreensão melhor daquele contexto, mesmo sabendo que algumas categorias apresentam maior número de profissionais que outras no contexto da atenção primária brasileira (7, 27, 29, 31).

No que tange à segurança do paciente, retoma-se o conceito de que uma Atenção Primária à Saúde segura não é a ausência de erros ou riscos, mas sim o entendimento de que profissionais e gestores trabalham em sincronia pela segurança dos atendidos acima das métricas ou dos números absolutos, prioriza-se a atenção ao indivíduo acolhido. Dentre as bibliografias, o estudo desenvolvido na Polônia (34) apresentou a maior percepção geral de Cultura de Segurança do Paciente positiva, com 78% dos mais de 300 respondentes, além de nenhuma dimensão percebida como negativa, apenas as dimensões "Pressão e ritmo", "Seguimento" e "Comunicação sobre o erro", apresentando necessidade de intervenção (maioria das respostas neutras)

(34). Recente estudo desenvolvido na Eslovênia com mais de 1000 trabalhadores e os trabalhos realizados no Oriente Médio apresentaram uma Cultura de Segurança do Paciente em torno de 60%, identificando que em geral as dimensões avaliadas necessitam de implementações (19, 30, 38). Destes, apenas o trabalho realizado no Kuwait teve dimensões pontuadas como negativas, sendo "Pressão e ritmo" (30).

Ao que refere a percepção da "Aprendizagem organizacional", ou seja, os meios como os trabalhadores percebem as adaptações em cultura de atendimento, fluxos e gestão, todos os estudos internacionais e o estudo cearense apresentaram respostas positivas (19, 25, 30, 34, 38). A percepção com o negacionismo da adaptação de processos pode minar a cooperatividade da equipe de APS e dificultar que novos processos sejam implementados, o que pode trazer ambientes de insegurança no contexto de atendimento da população idosa, tanto dificultando avaliação qualificada quanto reduzindo intervenções inovadoras nessa parcela da população.

Encontraram-se quatro estudos conduzidos no Brasil (25, 27, 29, 39) utilizando a mesma ferramenta, sendo apenas um conduzido também na região Sul (29). Ainda, três destes estudos também apresentaram média geral de percepção positiva em torno de 50%, como o achado no presente trabalho (25, 29, 39). Já um dos trabalhos desenvolvidos na região nordeste teve 36% de percepção positiva e menos de 30 respondentes (27). A pesquisa paranaense, apesar de que nenhuma dimensão apresentou percepção positiva, conseguiu engajar mais de 4.300 respondentes, demonstrando a sensibilidade da região com a temática (29).

Todavia o trabalho desenvolvido no contexto do Distrito Federal teve amostra com mais de 200 profissionais e nenhuma dimensão com percepção positiva (39). Os trabalhos desenvolvidos no nordeste do Brasil apresentaram as menores amostragens identificadas e tiveram menos de 40% de percepção positiva das dimensões "Apoio dos gestores" e "Pressão e ritmo" (25, 27). Enquanto

o estudo de Sousa e colaboradores (25) teve como positivas as dimensões "Seguimento", "Trabalho em equipe", "Aprendizagem organizacional" e "Percepção geral da segurança do paciente".

Percebe-se, portanto, que o Brasil se encontra fragilizado no que tange à pesquisa em Cultura de Segurança do Paciente, com poucos estudos e baixa percepção de positividade quanto às dimensões de estudo. Dentre tantas searas de relevância, destaca-se a dimensão "Apoio dos gestores", em que apenas o estudo de Raczkiwicz (34) apresenta percepção positiva dentre os respondentes. Os gestores dos serviços, sobretudo dos públicos, como é o caso desta pesquisa, devem prover meios a fim de desenvolver o cuidado seguro, priorizando o engajamento dos profissionais aos atributos da Atenção Primária à Saúde. Percebeu-se ainda que os trabalhadores da APS estão engajados no cuidado multiprofissional, já que a dimensão mais prevalente dentre as positivas foi o "Trabalho em equipe", o que reflete na qualidade de cuidado prestado (2, 35, 40, 41).

Cabe ressaltar que cada profissão da saúde possui um conselho que a regulamenta e estabelece o seu código de ética de forma a assegurar sua autonomia, mas também penalizar aqueles que agem com imprudência, imperícia ou negligência, causando eventos adversos ao paciente (42-44)

## CONCLUSÃO

A percepção da Cultura de Segurança do Paciente na APS dos municípios do Vale dos Sinos/RS demonstrou fortalezas, como as dimensões "Trabalho em equipe" e "Avaliação global". Já a percepção geral foi em média inferior a 50%. Ainda, também são necessárias intervenções para que os profissionais engajem em estratégias de pesquisa na área da Cultura de Segurança do Paciente.

Majoritariamente, os respondentes foram da área da enfermagem, o que pode não corresponder à percepção de outras categorias profissionais. Dentre os pontos fortes do estudo destacamos ser uma avaliação de um

conglomerado de municípios acerca de uma temática ainda com documentação incipiente dada sua trajetória histórica e relevância. Como limitações do estudo temos o número reduzido de respondentes e a não avaliação de qualificação em segurança do paciente pelos respondentes, fator que impacta tanto na percepção quanto na adesão a pesquisas nesta área.

Com as evidências apontadas, inspira-se a formulação e implementação de políticas públicas e protocolos de Segurança do Paciente, além de trazer novas contribuições para o atendimento multidisciplinar à população idosa, sobretudo na atenção primária, seja preventivo, curativo ou reabilitador.

Sugere-se que novos estudos abordem a Cultura de Segurança na Atenção Primária à Saúde com maior quantitativo profissional, a fim de formular maiores medidas de melhoria e incentivos de políticas públicas que revertam em cuidado mais seguro. Incentiva-se que os municípios trabalhem questões como comunicação entre gestão e profissionais atendentes, regulação de referências e contrarreferência, além do gerenciamento da RAS priorizando os atributos da APS e a qualificação profissional no que tange à Cultura de Segurança do Paciente.

## REFERÊNCIAS

World Health Organization – WHO. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report [Internet]. 2009 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/70882>

Brasil. Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões "idoso" e "idosos" pelas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas", respectivamente. [Internet]. 2022 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2022/lei-14423-22-julho-2022-793034-publicacaooriginal-165796-pl.html>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Incidentes relacionados à assistência à saúde: resultados das notificações realizadas no Notivisa – Rio Grande do Sul, agosto de 2023 a julho de 2024 [Internet]. 2024 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/2024/rio-grande-do-sul/view>

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. 1990 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Internet]. 1990 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: [www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf)

Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC, Andolhe R, Kolkankiewicz ACB, Magnago TSBS. Patient safety culture in the Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2019 [citado 2026 Abr 4]; 72(1):27-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NcKsSHnLrQv4Wh-FgGDf5cKd/?lang=en>

Zanotti J, Wender MCO. Prevalência e fatores associados entre mulheres idosas da comunidade e institucionalizadas da região sul do Brasil. *PAJAR* [Internet]. 2021 [citado 2026 Abr 4]; 9(1):1-12. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/pajar/article/view/40032>

University College London – ULC. Why should we design age-friendly homes? [Internet]. 2022 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: [https://www.ucl.ac.uk/engineering/sites/engineering/files/design\\_for\\_age\\_friendly\\_homes\\_web.pdf](https://www.ucl.ac.uk/engineering/sites/engineering/files/design_for_age_friendly_homes_web.pdf)

Ellis G, Sevdalis N. Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. *Age and Ageing* [Internet]. 2019 [citado 2026 Abr 4]; 48(4):498-505. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/48/4/498/5374432>

Nascimento MV, Diógenes VDH. Transição demográfica no Brasil: um estudo sobre o impacto do envelhecimento populacional na previdência social. *Rev Evid Contab Finanças* [Internet]. 2020 [citado 2026 Abr 4]; 8(1):40-61. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/recfin/article/view/45463>

World Health Organization – WHO. WHO's work on the UN decade of healthy ageing (2021-2030) [Internet]. 2020 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

World Health Organization – WHO. Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030 [Internet]. 2021 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES [Internet]. 2023 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Rio Grande do Sul: panorama [Internet]. 2022 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>

Timm M, Rodrigues MCS. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a atenção primária. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2016 [citado 2026 Abr 4]; 29(1):26-37. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/NKwYbXLTmqq6mgzYKTVYMy/abstract/?lang=pt>

Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ. Surveys on Patient Safety Culture® (SOPS®) Medical Office Survey [Internet]. 2017 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/index.html>

Parker D, Wensing M, Esmail A, Valderas JM. Measurement tools and process indicators of patient safety-culture in primary care. A mixed methods study by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract*. [Internet]. 2015 [citado 2026 Abr 4]; 21(Suppl 1):26-30. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13814788.2015.1043732>

Webair HH, Al-Assani SS, Al-Haddad RH, Al-Shaheb WH, Selm MAB, Alyamani AS. Assessment of patient safety culture in primary care, Yemen. *BMC Fam Pract*. [Internet]. 2015 [citado 2026 Abr 4]; 16(136):1-9. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12875-015-0355-1>

Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández JA, Silvestre-Busto C. Validation of a questionnaire to assess patient safety culture in Spanish primary health care professionals. *Aten Primaria* [Internet]. 2013 [citado 2026 Abr 4]; 45(1):21-37. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22981282/>

Sorra J, Franklin M, Streagle S. Medical office survey on patient safety culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. 2008 [citado 2026 Abr 4]; 8(9):1-71. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/mosurveyguide.pdf>

Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre: Grupo A; 2019.

Anuniação L. Conceitos e análises estatísticas com R e JASP [Internet]. São Paulo: Nila Press; 2021 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: <https://anovabr.github.io/mqt/index.html>

World Health Organization – WHO. Medication without harm [Internet]. 2017 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf>

Sousa VTS, Dias HG, Sousa FP, Oliveira RM, Costa EC, Vasconcelos PF. Professional burnout and patient safety culture. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2023 [citado 2026 Abr 4]; 76(3):e20220311. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mQzh7DbHWygSrktnsQF-fqbF/?lang=pt>

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2016 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)

Bezerril MS, Costa MEG, Freire VAL, Andrade FB, Chivone FBT, Santos VEP. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente. *Enferm Glob*. [Internet]. 2022 [citado 2026 Abr 4]; 21(3):376-86. Disponível em: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412022000300376&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412022000300376&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)

Braga QP. Incidentes em unidades de atenção primária em saúde: percepção da equipe de enfermagem [Internet]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2018 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: <repositorio.bc.ufg.br/tede/items/04af7e0c-6fc6-4ffc-af60-15d8984e1233>

Raimondi DC, Bernal SCZ, Matsuda LM. Patient safety culture from the perspective of workers and primary health care teams. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2019 [citado 2026 Abr 4]; 53(42):1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/76xxKBzsnNhBkRrMzGDsqn-/?format=html&lang=en>

Alfadhalah T, Mudaf BA, Alghanim HA, Al Salem G, Ali D, Abdelwahab HM, Elamir H. Baseline assessment of patient safety culture in primary care centres in Kuwait: a national cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2021 [citado 2026 Abr 4]; 21(1):1-18. Disponível em: [file:///C:/Users/natal/Downloads/Baseline\\_assessment\\_of\\_patient\\_safety\\_culture\\_in\\_p.pdf](file:///C:/Users/natal/Downloads/Baseline_assessment_of_patient_safety_culture_in_p.pdf)

Galhardi NM, Roseira CE, Orlandi FS, Figueiredo RM. Assessment of patient safety culture in primary health care. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2018 [citado 2026 Abr 4]; 31(4):409-16. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/assessment-of-the-patient-safety-culture-in-primary-health-care/>

Prates CG, Caregnato RCA, Magalhães AMM, Dal Pai D, Urbanetto JS, Moura GMSS. Evaluation of patient safety culture in private hospital: a case study in Brazil. *Int J Health Care Qual Assur*. [Internet]. 2022 [citado 2026 Abr 4]; 34(2):110-21. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34100568/>

Fassi CF, Morajid Y, Azilagbetor DM, Sabri A, Charhboune M, Hilali A. Patient safety culture in Moroccan primary health care: a multicentric study. *BMC Nurs*. [Internet]. 2024 [citado 2026 Abr 4]; 23(189):3-9. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/956797617/Assesment-of-Patients-Safety-Culture-in-Moroccan>

Raczkiwicz D, Owoc J, Krakowiak J, Rzemek C, Owoc A, Bojar I. Patient safety culture in Polish primary healthcare centers. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2019 [citado 2026 Abr 4]; 31(8):G60-G66. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30753667/>

Organização Mundial da Saúde – OMS. Guia curricular de segurança do paciente [Internet]. 2016 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44641/9788555268502-por.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. 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) [Internet]. 2017 [citado

2026 Abr 4]. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

Tussardi IT, Benoni R, Moretti F, Tardivo S, Poli A, Wu AW, et al. Patient safety attitudes among aspiring professionals: a systematic review of their attitudes. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado 2026 Abr 4]; 18(14):7524. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34299975>

Araújo GL, Amorim FF, Miranda RCPS, Amorim FFP, Santana LA, Göttems LBD. Patient safety culture in primary health care: medical office survey on patient safety culture in a Brazilian family health strategy setting. *PLoS One* [Internet]. 2022 [citado 2026 Abr 4]; 17(7):e0271158. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/14/7524>

Mahmud IC, Kowalski CV, Lavagnini BT, Schutz KL, Stobaus CD, Terra NL. A multidisciplinaridade na visita domiciliar a idosos: o olhar da enfermagem, medicina e psicologia. *PAJAR* [Internet]. 2018 [citado 2026 Abr 4]; 6(2):72-84. Disponível em: <revistaseletronicas.pucrs.br/pajar/article/view/31630>

World Health Organization – WHO. Atenção primária à saúde [Internet]. 2023 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos profissionais de enfermagem [Internet]. 2017 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Resolução nº 424/2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da fisioterapia [Internet]. 2013 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: [https://www.coffito.gov.br/nsite/?page\\_id=2346](https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2346)

Conselho Federal de Medicina – CFM. Resolução CFM nº 22/2018. Código de Ética Médica [Internet]. 2018 [citado 2026 Abr 4]. Disponível em: <portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>

---

## Erick da Rosa Lerner

Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Especialista em Saúde Pública e Segurança do Paciente.

---

## Janete de Souza Urbanetto

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutora em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica (Escola de Medicina – PUCRS). Líder do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Segurança do Paciente (GIPESP).

## Endereço para correspondência

### **Erick da Rosa Lerner**

Av. Ipiranga, 6681  
Partenon 90619-900  
Porto Alegre, RS, Brasil

### **Janete de Souza Urbanetto**

Av. Ipiranga, 6681  
Partenon 90619-900  
Porto Alegre, RS, Brasil

## Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Brasil – Código de Financiamento 001

## Contribuições Individuais dos Autores

ERL e JSU conceberam a ideia apresentada, conduziram a pesquisa e contribuíram para a concepção, análise dos dados, interpretação e redação do artigo. JSU foi orientadora da pesquisa e contribuiu com revisão crítica e revisão da versão final.

## Como citar este artigo

da Rosa Lerner, E., & de Souza Urbanetto, J. Cultura de Segurança do Paciente em municípios sul-brasileiros. PAJAR - Pan-American Journal of Aging Research, e49233. <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2026.149233>

*Os textos deste artigo foram revisados pela Texto Certo Assessoria Linguística e submetidos para validação dos autores antes da publicação.*