

Percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente na atenção primária no contexto da saúde do idoso

Nurses' perception of patient safety culture in primary care in the context of elderly health

Ricardo Saraiva Aguiar¹, Henrique Salmazo da Silva², Suderlan Sabino Leandro³, Maria Liz Cunha de Oliveira⁴

RESUMO

Objetivo: Avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente na atenção primária no contexto da saúde do idoso. **Métodos:** Estudo descritivo-exploratório, quantitativo e de delineamento transversal realizado entre fevereiro e junho de 2020 com enfermeiros da atenção primária de duas regiões administrativas do Distrito Federal. **Resultados:** A percepção dos enfermeiros foi positiva (3,30), mas diversos domínios necessitam ser aperfeiçoados: pressão e ritmo de trabalho (1,89), troca de informações com outras instituições (2,86), treinamento da equipe (2,91) e apoio dos gestores na segurança do paciente (2,95). Identificou-se associação significativa entre as variáveis percepção geral da segurança do paciente e idade ($p = 0,001$) e ao tempo de formado na graduação ($p = 0,003$); na dimensão questões relacionadas a segurança e qualidade foi observado que quanto maior a idade ($p = 0,037$) e o tempo de trabalho no serviço ($p = 0,023$), pior é a cultura de segurança nesta dimensão. **Conclusão:** A avaliação da cultura de segurança do paciente no contexto da saúde do idoso faz-se necessária para que os serviços possam identificar domínios e variáveis que necessitam de atenção para que estratégias possam ser realizadas de modo a garantir um cuidado de qualidade e livre de riscos.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Atenção Primária à Saúde. Idoso. Saúde do Idoso. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To evaluate nurses' perception of the patient safety culture in primary care in the context of the elderly's health. **Methods:** Descriptive-exploratory, quantitative and cross-sectional study conducted between february and june 2020 with primary care nurses from two administrative regions of the Federal District. **Results:** The nurses' perception was positive (3,30), but several domains need to be improved: pressure and work pace (1,89), exchange of information with other institutions (2,86), team training (2,91) and support from managers in patient safety (2,95). A significant association was identified between the variables general perception of patient safety and age ($p = 0,001$) and the time since graduation ($p = 0,003$); in the dimension issues related to safety and quality, it was observed that the older the age ($p = 0,037$) and the time working in the service ($p = 0,023$), the worse the safety culture in this dimension. **Conclusion:** The evaluation of the patient safety culture in the context of the elderly's health is necessary so that the services can identify domains and variables that need attention so that strategies can be carried out in order to guarantee quality and free care.

Keywords: Patient Safety. Primary Health Care. Elderly. Health of Elderly. Nursing.

¹ Universidade Católica de Brasília (UCB), Escola de Saúde e Medicina, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Brasília-DF, Brasil.

E-mail:

saraivaaguiarricardo@gmail.com

² Universidade Católica de Brasília (UCB), Escola de Saúde e Medicina, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Brasília-DF, Brasil.

E-mail:

henriquesalmazo@gmail.com

³ Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS); e Centro Universitário UDF. Brasília-DF, Brasil.

E-mail:

suderlan.leandro@gmail.com

⁴ Universidade Católica de Brasília (UCB), Escola de Saúde e Medicina, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Brasília-DF, Brasil.

E-mail: lizcunhad@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A qualidade do cuidado está presente na agenda de saúde global, sendo a segurança do paciente um dos seus componentes (GAMA et al., 2020), pois compreende ações voltadas ao gerenciamento e à prevenção de risco e exposição durante a assistência à saúde prestada a pacientes em variados contextos e necessidades (RAIMONDI et al., 2019).

Para o alcance desse cuidado, dito como seguro, as instituições de saúde têm se esforçado em melhorar os processos de cuidado oferecidos aos usuários, reconhecendo em primeira instância a necessidade de se estabelecer a cultura de segurança do paciente como rotina do serviço de saúde (RAIMONDI et al., 2019). A compreensão desse cenário pela instituição a partir da análise da cultura de segurança torna-se, dessa forma, o ponto de partida para traçar ações em prol de mudanças para a redução dos incidentes e a garantia de cuidados de saúde seguros (SOUZA et al., 2019).

A cultura de segurança é conceituada como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, com vistas a substituir a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (SOUZA et al., 2019).

Desse modo, entende-se que devido à diversidade de situações de saúde que são solucionadas na Atenção Primária à Saúde (APS), há uma exigência dos enfermeiros para que tenham habilidade, conhecimento técnico e atitudes de empatia que envolvam a escuta qualificada e a personalização do atendimento (OLIVEIRA; AGUIAR, 2020; LIMA; AGUIAR, 2020). No entanto, a atuação profissional na assistência direta é passível de falhas, sejam elas técnicas, sejam provenientes da ausência de atitudes de empatia (MACEDO et al., 2020). Nesse sentido, avaliar a cultura de segurança do paciente na APS é fundamental, pois permite identificar aspectos que interferem diretamente no cuidado que é oferecido ao usuário (DAL PAI et al., 2019).

Pode-se pensar que a APS, por não atuar diretamente com procedimentos de alta tecnologia, seja um ambiente protegido e seguro, porém a ocorrência de eventos adversos também está presente nesse nível de atenção, fato identificado em estudo realizado no Brasil que mostrou a incidência de 82% de danos que atingiram os pacientes, muitos deles com gravidade muito alta – dano permanente (25%) ou óbito (7%). Entre os erros identificados que contribuíram com os eventos adversos, destacam-se: erros no atendimento administrativo, na investigação de exames, com tratamentos, de

comunicação, na gestão de recursos humanos, na execução de uma tarefa clínica e de diagnóstico (MARCHON, MENDES JÚNIOR, PAVÃO, 2015; MESQUITA et al., 2016).

Somado a esse aspecto, a elevada demanda de usuários acometidos por múltiplas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em associação com idade avançada, polifarmácia e vulnerabilidade social, aumentam o risco para a ocorrência dos eventos adversos, sejam estes com ou sem danos (ORNELAS, PAIS, SOUSA, 2016; AGUIAR, 2011; AGUIAR, 2013). Nesse contexto, os idosos tendem a ser um público suscetível a maior prevalência de eventos adversos relacionados a assistência à saúde (NASCIMENTO et al., 2008; PAIVA et al., 2010; VILANUEVA-EGAN, RODRÍQUEZ-SUÁREZ, LUCERO-MORALES, 2012; KSOURI et al., 2010) devido, principalmente, à multimorbidade, maior complexidade assistencial, elevado uso dos serviços de saúde e maior prevalência de hospitalizações (BOECKXSTAENS, DE GRAAF, 2011).

Acompanhando uma tendência demográfica mundial e nacional, a população idosa tem crescido no Distrito Federal. Em 2018, representou 10,5% da população (303.017 pessoas), sendo que para cada 100 pessoas entre 15 e 59 anos, há 15 idosos. Mais da metade dos idosos estão casados ou com união estável (55%), são mulheres (57,9%), têm idade entre 60 a 69 anos (59,7%), são chefes de família (61%), estão aposentados (56,1%) e possuem renda média de R\$ 3.938,00, mas essa renda chega a ser 252,4% maior em idosos residentes em regiões do Distrito Federal com maior renda e 67,1% menor que a média total naquelas regiões de menor renda (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Diante dessa realidade, o profissional enfermeiro enquanto membro integrante e indispensável na equipe multiprofissional na APS, precisa atuar de modo a garantir a melhoria na qualidade e na segurança do cuidado (FORTE et al., 2019). Sob essa perspectiva, destaca-se a questão que norteou a presente proposta investigativa: como está a cultura de segurança do paciente na APS no contexto da saúde do idoso pela perspectiva dos enfermeiros?

Portanto, este estudo tem o objetivo de avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente na atenção primária no contexto da saúde do idoso.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa e delineamento transversal realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região de saúde Leste do Distrito Federal, Brasil, no período de fevereiro a junho de 2020.

Os critérios de inclusão do estudo foram: ser enfermeiro atuante na área assistencial e/ou gerencial e/ou de apoio das UBS da região de saúde Leste do Distrito Federal, Brasil. Como critério de exclusão estabeleceu-se: estar de férias ou com outro tipo de afastamento legal durante a fase de coleta de dados.

Foi utilizado o questionário “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária à Saúde”, composto por 52 questões que avalia a cultura de segurança do paciente na APS (TIMM, RODRIGUES, 2016).

Ao questionário, foram acrescentadas questões complementares pelos pesquisadores com o objetivo de levantar o perfil sociodemográfico e laboral (idade, sexo, escolaridade, tempo de experiência na instituição e na unidade, formação específica em saúde do idoso e segurança do paciente e forma de contato com pessoas idosas).

Os dados foram consolidados de modo a obter o escore médio de todas as questões que compõem as 12 dimensões para se obter o Índice de Segurança Sintético do Paciente (ISSP). Em todos os casos, o intervalo foi de 1 a 5, sendo considerada como percepção positiva em uma dimensão ou no ISSP, se obteve pontuação >3; e como percepção claramente positiva quando o escore for ≥ 4 (ROMERO, GONZÁLEZ, CALVO, 2017).

Para realizar uma análise comparativa de todas as dimensões que compõem o questionário, a escala de resposta original para as seções A (segurança do paciente e problemas de qualidade) e B (troca de informações com outras instituições), que têm seis categorias de resposta, foi transformada em uma escala de classificação de 1 a 5, como o restante das seções e foi aplicada a fórmula de Pontuação Atribuída na Escala Original: $(PEO) \times (4/5) + 0,2$. Nesse processo, foi levado em consideração que o questionário utilizado contém questões colocadas positivamente e outras negativamente. As questões reversas do questionário referem-se aos itens C3, C6, C8, C10, C12, C14, D4, D7, D10, E1, E2, E4, F3, F4 e F6. Feitas essas transformações, calculou-se uma pontuação resumida específica de cada dimensão, por meio da média das pontuações atribuídas às questões que compõem a dimensão correspondente (DAL PAI et al., 2019).

Além disso, as frequências relativas de cada dimensão foram calculadas e os indicadores compostos foram medidos e classificados como fortes, quando 75% ou mais dos participantes responderam concordo totalmente/concordo ou frequentemente/sempre para as perguntas formuladas positivamente; e discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para as perguntas formuladas negativamente. Foram classificadas como fracas, quando 50% ou mais dos sujeitos responderam negativamente, optou-se por

discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para perguntas formuladas positivamente, ou se concordo totalmente/concordo, sempre/frequentemente para perguntas formuladas negativamente (SORRA et al., 2016).

Os dados foram organizados e armazenados em planilhas do programa *Microsoft Excel®*. Para o tratamento e a análise desses dados, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0.

Realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, que indicou ausência de normalidade dos dados. Desta forma, utilizou-se o Mann-Whitney para avaliação da comparação das pontuações nos domínios segundo “sexo”, “escolaridade”, “tempo de experiência na instituição e na unidade”, “formação específica em saúde do idoso e segurança do paciente” e “forma de contato com pessoas idosas”. Adicionalmente, realizaram-se correlações não paramétricas entre as médias nos domínios de segurança do paciente, idade, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho na UBS e tempo de formação na graduação. Para as análises adotou-se o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

- O projeto foi aprovado em 20 de fevereiro de 2020 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs), sob o protocolo n.º 3.850.735 e CAAE 28747920.0.0000.5553, obedecendo aos preceitos éticos vigentes de acordo com a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece parâmetros para pesquisas que envolvem seres humanos.

3. RESULTADOS

Houve adesão de 46% dos enfermeiros (19), sendo que predominaram – de acordo com a tabela 1 – profissionais do sexo feminino (78,9%), com um único vínculo empregatício (84,2%), idade entre 35 e 39 anos (52,6%) e formação em nível de especialização *Latu Sensu* (78,9%). Todos os profissionais cumpriam 40 horas semanais e eram de regime estatutário. Sobre o tempo de experiência, trabalhavam na instituição entre 10 a 14 anos (36,8%), mas na mesma UBS há menos de 5 anos (47,3%).

Tabela 1. Caracterização dos participantes do estudo. Brasília, Distrito Federal, 2020.

	N	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	4	21,1
Feminino	15	78,9
<i>Idade</i>		
30 a 34 anos	01	5,3
35 a 39 anos	10	52,6
40 a 44 anos	03	15,8
45 a 49 anos	01	5,3
50 a 54 anos	02	10,5
55 a 59 anos	02	10,5
<i>Escolaridade</i>		
Superior	01	5,3
Especialização <i>Latu Sensu</i>	15	78,9
Mestrado	03	15,8
<i>Tempo de graduação</i>		
5 a 9 anos	02	10,5
10 a 14 anos	08	42,1
15 a 19 anos	06	31,6
20 a 24 anos	0	0
25 a 39 anos	01	5,3
>30 anos	02	10,5
<i>Tempo de trabalho na instituição</i>		
<5 anos	05	26,3
5 a 9 anos	04	21
10 a 14 anos	07	36,8
15 a 19 anos	00	0
20 a 24 anos	01	5,3
25 a 39 anos	01	5,3
>30 anos	01	5,3
<i>Tempo de trabalho na UBS</i>		
<5 anos	09	47,3
5 a 9 anos	03	15,8
10 a 14 anos	06	31,6
15 a 19 anos	01	5,3
<i>Outro vínculo empregatício</i>		
Sim	03	15,8
Não	16	84,2

Elaboração: Aguiar RS, Silva HS, 2020.

Somente 15,8% dos profissionais (03) não tiveram durante a graduação disciplinas voltadas à saúde do idoso e um único profissional possuía formação específica em nível de especialização na área do envelhecimento (5,3%). Acrescenta-se que 89,5% dos enfermeiros (17) não tinham participado de cursos livres relacionados à saúde do idoso e à segurança do paciente, bem como 63,2% mantinham contato periódico com idosos fora do ambiente de trabalho, conforme demonstrado pela tabela 2.

Tabela 2. Caracterização sobre a formação dos participantes do estudo na saúde do idoso e na segurança do paciente. Brasília, Distrito Federal, 2020.

	N	%
<i>Formação na graduação em disciplinas voltadas à saúde do idoso</i>		
Sim	16	84,2
Não	03	15,8
<i>Formação específica após a graduação em saúde do idoso</i>		
Especialização	01	5,3
<i>Cursos livres voltados à saúde do idoso</i>		
Sim	02	10,5
Não	17	89,5
<i>Cursos livres voltados à segurança do paciente</i>		
Sim	02	10,5
Não	17	89,5
<i>Contato periódico com idosos fora do trabalho</i>		
Sim	12	63,2
Não	07	36,8

Elaboração: Aguiar RS, Silva HS, 2020.

Os enfermeiros, em geral, possuíam percepção positiva em relação à cultura de segurança do paciente (ISSP = 3,30), na maioria dos domínios, entre eles destacam-se: “trabalho em equipe” (4,23), “comunicação aberta” (3,88), “seguimento da assistência ao paciente” (3,84) e “aprendizagem organizacional” (3,83). Contudo, identificou-se uma percepção fraca nos domínios “pressão e ritmo de trabalho” (1,89), “troca de informações com outras instituições” (2,86), “treinamento da equipe” (2,91) e “apoio dos gestores na segurança do paciente” (2,95), conforme apresentado na tabela 3.

Ainda, identificou-se que o escore “avaliação geral em segurança do paciente” obteve valor médio de 2,89, sendo seu valor inferior ao das demais dimensões, com exceção das dimensões “pressão e ritmo de trabalho” e “troca de informações com outras instituições” (Tabela 3).

Tabela 3. Pontuação média do Índice de Segurança Sintético do Paciente (ISSP) nas dimensões do instrumento de pesquisa. Brasília, Distrito Federal, 2020.

Dimensões	Pontuação Média ISSP
D1. Comunicação aberta	3,88
D2. Comunicação sobre o erro	3,65
D3. Troca de informações com outras instituições	2,86
D4. Processo de trabalho e padronização	3,12
D5. Aprendizagem organizacional	3,83
D6. Percepção geral de segurança do paciente e qualidade	3,36
D7. Apoio dos gestores na segurança do paciente	2,95
D8. Seguimento da assistência ao paciente	3,84
D9. Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade	3,63
D10. Treinamento da equipe	2,91
D11. Trabalho em equipe	4,23
D12. Pressão e ritmo de trabalho	1,89
Avaliação Global da Qualidade (AGQ)	3,19
Avaliação Geral em Segurança do Paciente (AGSP)	2,89
Índice de Segurança Sintético do Paciente (ISSP)	3,30

Elaboração: Aguiar RS, Silva HS, 2020.

Na tabela 4, constam as porcentagens relacionadas às respostas positivas das dimensões analisadas. A média geral de respostas positivas das dimensões que compõe a cultura de segurança foi de 55% entre os enfermeiros, o que indica várias áreas com potencial de melhoria que devem ser aperfeiçoadas.

Dentre as dimensões, apenas a que se refere ao “trabalho em equipe” (88,2%) obteve uma porcentagem de respostas positivas $\geq 75\%$ e, dessa forma, foi a única considerada como área forte. Já as dimensões “pressão e ritmo de trabalho” (7,9%), “treinamento da equipe” (32%), “apoio dos gestores na segurança do paciente” (40,1%), “processo de trabalho e padronização” (44,2%) e “troca de informações com outras instituições” (45,1%) apresentaram-se negativamente, pois não atingiram 50% de respostas positivas, para as quais foram consideradas áreas com potencial de melhoria (Tabela 4).

Tabela 4. Média de porcentagem de respostas positivas nas dimensões do instrumento de pesquisa. Brasília, Distrito Federal, 2020.

Dimensões	Respostas positivas	
	N	%
D1. Comunicação aberta	52	69,9
D2. Comunicação sobre o erro	47	64,4
D3. Troca de informações com outras instituições	33	45,1
D4. Processo de trabalho e padronização	30	44,2
D5. Aprendizagem organizacional	41	72,9
D6. Percepção geral de segurança do paciente e qualidade	42	55,3
D7. Apoio dos gestores na segurança do paciente	27	40,1
D8. Seguimento da assistência ao paciente	51	67,8
D9. Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade	107	71,8
D10. Treinamento da equipe	18	32
D11. Trabalho em equipe	67	88,2
D12. Pressão e ritmo de trabalho	6	7,9
Média geral de respostas positivas	521	55

Elaboração: Aguiar RS, Silva HS, 2020.

Os resultados dos fatores que interferem na cultura de segurança do paciente, de acordo com as características sociodemográficas e laborais dos participantes, compõe as tabelas 5, 6 e 7.

Quanto à relação entre os domínios do instrumento “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária à Saúde” e o sexo, escolaridade, formação profissional e contato periódico com idosos presentes nas tabelas 5 e 6, não foi identificado nenhuma significância estatística nas correlações realizadas.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão “percepção geral da segurança do paciente” relacionadas à idade ($p = 0,001$) e ao tempo de formado na graduação ($p = 0,003$) na qual identificou-se que quanto maior o tempo de ambas as situações, melhor é a percepção geral da segurança do paciente e qualidade pelos enfermeiros. Contudo, na dimensão “questões relacionadas à segurança e qualidade” observou-se que quanto maior a idade ($p = 0,037$) e o tempo de trabalho na UBS ($p = 0,023$), pior é a cultura de segurança do paciente nessa dimensão

Tabela 5. Características relacionadas ao sexo e à escolaridade associada às dimensões do instrumento de pesquisa. Brasília, Distrito Federal, 2020.

	Variáveis					
	Sexo		p-valor	Escolaridade		
	Masculino	Feminino		Graduação / Especialização	Mestrado	p-valor
	Média (dp)	Média (dp)		Média (dp)	Média (dp)	
D1*	4,25 (0,50)	3,87 (0,52)	0,35 7	3,88 (0,50)	4,33 (0,58)	0,30 3
D2*	4,00 (0,82)	3,60 (0,74)	0,46 9	3,63 (0,81)	4,00 (0,00)	0,42 1
D3*	4,00 (0,82)	2,93 (1,10)	0,06 2	3,25 (1,18)	1,18 (0,58)	0,48 7
D4*	3,00 (0,00)	3,00 (0,76)	1,00 0	3,06 (0,68)	2,67 (0,58)	0,42 1
D5*	3,75 (0,50)	3,87 (0,64)	0,81 0	3,81 (0,66)	4,00 (0,00)	0,63 4
D6*	3,25 (0,50)	3,40 (0,63)	0,66 5	3,38 (0,62)	3,33 (0,58)	0,87 5
D7*	3,25 (0,96)	2,85 (0,90)	0,47 7	2,86 (0,86)	3,33 (1,15)	0,50 9
D8*	3,75 (1,26)	4,00 (0,38)	1,00 0	3,94 (0,68)	4,00 (0,00)	1,00 0
D9*	4,00 (0,00)	3,60 (0,74)	0,35 7	3,69 (0,70)	3,67 (0,58)	0,95 8
D10*	3,50 (0,58)	2,73 (0,80)	0,12 4	2,94 (0,85)	2,67 (0,58)	0,71 2
D11*	4,50 (0,58)	4,13 (0,35)	0,30 7	4,19 (0,40)	4,33 (0,58)	0,71 2
D12*	1,75 (0,50)	2,00 (0,65)	0,59 6	1,94 (0,68)	2,00 (0,00)	0,87 5
AGQ**	3,30 (1,04)	3,17 (0,75)	0,547	3,19 (0,80)	3,27 (0,90)	1,00 0
AGSP* **	3,00 (1,41)	2,87 (0,64)	0,578	2,81 (0,83)	3,33 (0,83)	0,35 9

Elaboração: Aguiar RS, Silva HS, 2020.

*Dimensão

**Avaliação Global da Qualidade

**Avaliação Geral em Segurança do Paciente

Tabela 6. Características relacionadas à formação profissional e ao contato periódico com idosos associada às dimensões do instrumento de pesquisa. Brasília, Distrito Federal, 2020.

	Variáveis					
	Disciplina na graduação sobre saúde do idoso			Contato periódico com idosos fora do trabalho		
	Sim Média (dp)	Não Média (dp)	<i>p</i> - valor	Sim Média (dp)	Não Média (dp)	<i>p</i> -valor
D1*	4,00 (0,52)	3,67 (0,58)	0,487	3,83 (0,58)	4,14 (0,38)	0,340
D2*	3,69 (0,79)	3,67 (0,58)	0,958	3,67 (0,78)	3,71 (0,76)	0,967
D3*	3,25 (1,18)	2,67 (0,58)	0,487	3,25 (1,29)	3,00 (0,82)	0,902
D4*	3,06 (0,57)	2,67 (1,15)	0,421	3,00 (0,74)	3,00 (0,58)	1,000
D5*	3,81 (0,54)	4,00 (1,00)	0,793	3,92 (0,67)	3,71 (0,49)	0,592
D6*	3,38 (0,62)	3,33 (0,58)	0,875	3,42 (0,51)	3,29 (0,76)	0,837
D7*	3,07 (0,88)	2,00 (0,00)	0,176	3,10 (0,99)	2,71 (0,76)	0,475
D8*	3,94 (0,68)	4,00 (0,00)	1,000	3,83 (0,72)	4,14 (0,38)	0,482
D9*	3,69 (0,70)	3,67 (0,58)	0,958	3,75 (0,62)	3,57 (0,79)	0,837
D10*	3,00 (0,82)	2,33 (0,58)	0,254	2,92 (0,79)	2,86 (0,90)	0,902
D11*	4,25 (0,45)	4,00 (0,00)	0,559	4,17 (0,39)	4,29 (0,49)	0,711
D12*	1,94 (0,68)	2,00 (0,00)	0,875	1,83 (0,72)	2,14 (0,38)	0,384
AGQ**	3,27 (0,90)	3,24 (0,84)	0,574	3,07 (0,88)	3,40 (0,63)	0,425
AGSP**	2,94 (2,94)	2,67 (0,58)	0,654	2,75 (0,75)	3,14 (0,90)	0,348

Elaboração: Aguiar RS, Silva HS, 2020.

*Dimensão

**Avaliação Global da Qualidade

**Avaliação Geral em Segurança do Paciente

Tabela 7. Características relacionadas à idade e aos aspectos profissionais associada às dimensões do instrumento de pesquisa. Brasília, Distrito Federal, 2020.

	Variáveis			
	Idade	Tempo de trabalho na instituição	Tempo de trabalho na UBS	Tempo de formado na graduação
	p-valor	p-valor	p-valor	p-valor
D1*	0,698	0,662	0,568	0,099
D2*	0,103	0,924	0,601	0,085
D3*	0,841	0,887	0,582	0,912
D4*	0,446	0,375	0,503	0,064
D5*	0,223	0,822	0,632	0,069
D6*	0,001****	0,081	0,700	0,003****
D7*	0,839	0,557	0,338	0,074
D8*	0,598	0,253	0,313	0,455
D9*	0,037****	0,099	0,023****	0,128
D10*	0,353	0,717	0,314	0,098
D11*	0,595	0,380	0,467	0,496
D12*	0,091	0,149	0,928	0,230
AGQ**	0,314	0,126	0,883	0,129
AGSP*	0,139	0,666	0,232	0,123
**				

Elaboração: Aguiar RS, Silva HS, 2020.

*Dimensão

**Avaliação Global da Qualidade

***Avaliação Geral em Segurança do Paciente

****p≤0,05

*****p≤0,001

4. DISCUSSÃO

Medir a cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde, particularmente na APS, é uma maneira eficiente de mapear os desafios culturais relevantes para o estabelecimento da segurança do paciente, de forma a delinear ações de planejamento, educação e de gestão voltadas para a melhoria dos processos de produção da saúde (REE, WIIG, 2019).

Diante disso, destaca-se a realização deste estudo para a promoção de uma cultura de segurança positiva, sendo que a taxa de resposta dos profissionais foi semelhante à de outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento na coleta de dados (NASCIMENTO et al., 2008; ROMERO, GONZÁLEZ, CALVO, 2017).

Devido à escassez de publicações referentes à abordagem da cultura de segurança do paciente voltada à pessoa idosa, as comparações desta investigação foram baseadas em publicações relacionadas ao contexto geral acerca do tema, que de um certo modo deve-se aplicar a todos os usuários atendidos na APS, e acaba expondo a necessidade de realização de mais estudos sobre a abordagem relacionada à saúde do idoso e

segurança do paciente de modo a garantir meios para que a velhice seja bem assistida e cuidada.

Assim como nesta pesquisa, a dimensão “pressão e ritmo de trabalho” foi identificada como fraca nos estudos realizados em países como Espanha (ASTIER-PENA et al., 2015), Iêmen (WEBAIR et al., 2015), Qatar (ZOGHBI et al., 2018), Polônia (RACZKIEWICZ et al., 2019), México (FLORES-GONZÁLEZ, CRUZ-LEÓN, MORALES-RAMÓN, 2019) e com médicos residentes espanhóis (ROMERO, GONZÁLEZ, CALVO, 2017). Embora o formato de APS seja muito diverso no mundo, a pressão e o ritmo de trabalho destacaram-se como a dimensão mais fragilizada.

No contexto brasileiro, identifica-se a partir de dados secundários oriundos da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), algumas questões que possam justificar essa avaliação fraca da dimensão “pressão e ritmo de trabalho”. O enfermeiro na APS acaba sendo responsável por: ser a autoridade cognitiva na passagem de informações a respeito dos processos de organização do trabalho, coordenar as atividades da Enfermagem, supervisionar o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) e fazer a gestão das atividades de manutenção e controle dos serviços disponíveis na UBS (GALAVOTE et al., 2016). Ademais, as suas cargas de trabalho são intensificadas pelos déficits, ainda existentes, na estrutura física e nos recursos humanos e materiais, e pela alta demanda de trabalho exigida, o que pode gerar insatisfação, desgaste e até adoecimento nesses profissionais (BIFF et al., 2020).

Por outro lado, a dimensão “trabalho em equipe” foi avaliada como forte para a cultura de segurança do paciente, atingindo um ISSP de 4,23 e uma média de respostas positivas de 88,2%. Outras investigações, que avaliaram o trabalho em equipe nas UBS, também obtiveram escores positivos elevados (ROMERO, GONZÁLEZ, CALVO, 2017; WEBAIR et al., 2015; ZOGHBI et al., 2018; RACZKIEWICZ et al., 2019; FLORES-GONZÁLEZ, CRUZ-LEÓN, MORALES-RAMÓN, 2019; GALHARDI et al., 2018; BODUR, FILIZ, 2009; PAESE, SASSO, 2013; RODRÍGUEZ-COGOLLOA et al., 2014).

Entre as outras dimensões avaliadas, o trabalho em equipe consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se contrapõe ao modo independente e isolado com que os profissionais de saúde desenvolvem seu trabalho usualmente (NAVARRO, GUIMARÃES, GARANHANI, 2013). É considerado essencial para o funcionamento adequado do processo de trabalho na APS, na qual o diálogo deve propiciar a

aproximação entre os diferentes atores, tendo-se a clareza de que todo o conhecimento parcial só ganha significado quando compartilhado no coletivo (SANTOS et al., 2016).

Esses resultados satisfatórios sugerem que o trabalho em equipe é reconhecido como um elemento forte para a cultura de segurança, na busca das mudanças e melhorias na qualidade (GALHARDI et al., 2018). Diante disso, os enfermeiros abrigam-se à luz do trabalho em equipe, no gostar do que fazem, no apoio por parte das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e nos bons relacionamentos com os usuários e colegas de trabalho para se motivarem ao exercício de suas funções cotidianas, com vistas à continuidade e qualidade do cuidado (BIFF et al., 2020).

Outro aspecto importante para a garantia de um bom funcionamento dos serviços da APS e, conseqüentemente, de um cuidado mais resolutivo é a “troca de informações entre as instituições” de maneira completa, precisa e pontual. Neste estudo, essa foi considerada como uma dimensão com potencial de melhoria, semelhante a outros estudos realizados (RAIMONDI et al., 2019; ROMERO, GONZÁLEZ, CALVO, 2017; FLORES-GONZÁLEZ, CRUZ-LEÓN, MORALES-RAMÓN, 2019; RODRÍGUEZ-COGOLLOA et al., 2014; GHOBASHI et al., 2014; RAIMONDI, BERNAL, MATSUDA, 2019). Assim, reforça-se que as falhas na troca de informações entre equipes, gestores e a rede de atenção à saúde, pode resultar em uma assistência insegura, com ocorrência de erros no cuidado ao usuário (RAIMONDI, BERNAL, MATSUDA, 2019). Nesse sentido, necessita-se da implementação de intervenções que melhore a troca de informações de modo a garantir a segurança do paciente e a coordenação do cuidado.

Quanto à dimensão “treinamento da equipe”, os estudos disponíveis não corroboram com os achados da presente pesquisa, pois essa dimensão é avaliada como forte em todos eles (ASTIER-PENA et al., 2015; ZOGHBI et al., 2018; RACZKIEWICS et al., 2019). Desse modo, levando em consideração a diversidade de ações e o conhecimento técnico específico que compete ao enfermeiro ao atuar na APS, torna-se fundamental que os serviços desenvolvam programas de educação permanente e continuada para todos os profissionais (FERREIRA, PÉRICO, DIAS, 2018). Salienta-se que diversas estratégias têm sido incentivadas pelo Ministério da Saúde para promover a capacitação profissional e qualificar a atenção à saúde, como a Política de Educação Permanente e a Universidade Aberta da SUS (UNA-SUS).

Mas, apesar desses esforços de qualificação, estas não tem sido suficiente ou não são aplicadas de forma abrangente aos profissionais da assistência direta. Diante disso,

tem-se a necessidade de manter processos educativos permanentes nos serviços capazes de despertar os profissionais para a mudança de atitude por meio da reflexão sobre seu processo de trabalho, tendo em vista o desenvolvimento do cuidado seguro (NORA, BEGHETTO, 2020).

Em relação ao apoio dos gestores, assim como este estudo, outros apresentaram baixas percepções sobre cultura positiva de segurança do paciente entre os profissionais (RAIMONDI et al., 2019; MACEDO et al., 2020; FLORES-GONZÁLEZ, CRUZ-LEÓN, MORALES-RAMÓN, 2019; RAIMONDI, BERNAL, MATSUDA, 2019). Desse modo, observa-se a necessidade de envolvimento e construção de uma boa relação dos gestores com as equipes profissionais para que possa ser refletido na assistência prestada e na segurança da instituição, reforçando a ideia de que os gestores devem apoiar e empoderar os trabalhadores para o desenvolvimento de cuidados seguros e para a promoção da cultura de segurança organizacional (RAIMONDI, BERNAL, MATSUDA, 2019), pois a liderança na APS é tida como uma competência fundamental para o desenvolvimento das mudanças, considerando seu potencial para direcionar o processo de trabalho em equipe (GALHARDI et al., 2018).

Dessa forma, o resultado encontrado neste estudo revela a fragilidade do suporte da liderança para a cultura de segurança do paciente, o que pode levar à reflexão de que isso pode influenciar atitudes e comportamentos relacionadas ao assunto, demonstrando a importância que os líderes têm em identificar os aspectos apontados e implementar ações, visando à segurança do paciente (GALHARDI et al., 2018).

Por outro lado, estudo polonês mostrou que quanto maior é o tempo de trabalho no serviço, menores são os escores nos domínios “pressão e ritmo de trabalho”, “comunicação aberta” e “classificação global da qualidade” (RACZKIEWICZ et al., 2019). Contudo, nesse estudo a relação de significância negativa se deu somente na dimensão “questões relacionadas à segurança e qualidade” ($p = 0,023$).

Profissionais que trabalham por mais de 11 anos em um serviço de APS reduziram em 37% a percepção positiva da segurança do paciente em comparação com o grupo de profissionais que trabalhou por menos de um ano na APS (ASTIER-PENA et al., 2015). Ademais, as dimensões “questões relacionadas à segurança e qualidade” (RACZKIEWICZ et al., 2019), “aprendizagem organizacional” e “suporte da liderança” (GALHARDI et al., 2018) foram avaliadas significativamente mais altas pelos entrevistados com menos tempo de trabalho no serviço.

Sobre a relação idade e as respostas positivas, profissionais com mais de 55 anos obtiveram melhores pontuações no ISSP (ASTIER-PENA et al., 2015). Contudo, identificou-se neste estudo que quanto maior a idade, melhor é a “percepção geral da segurança do paciente” ($p = 0,001$), mas piores são as “questões relacionadas à segurança e qualidade” ($p = 0,037$). Em estudo americano não foi encontrado relações entre envelhecimento e senilidade com as respostas referentes à segurança do paciente (FAMOLATO et al., 2016). Diante disso, identificou-se que a percepção positiva sobre segurança do paciente existe entre os profissionais, mas na prática as ações ainda acontecem com falhas entre os mais velhos.

Em síntese, cabe destacar que o envolvimento dos profissionais para a segurança do paciente contribui para o trabalho em equipe efetivo e gera corresponsabilidade entre os envolvidos. Para se obter tal relação de forma consolidada, faz-se necessária a aproximação de todas as áreas profissionais que atuam na UBS, principalmente das lideranças, para promover condições de trabalho que motivem parcerias e práticas para a manutenção de uma cultura de segurança no serviço de saúde. Essa mudança organizacional pode ser considerada como desafiadora, contudo, é extremamente significativa para o avanço da qualidade e segurança da assistência (REIS et al., 2019; ALVES, AGUIAR, 2020; SILVA, AGUIAR, 2020).

Como limitações deste estudo, destacam-se o desenho transversal e a abordagem voltada somente aos enfermeiros, pois limitou a generalização dos achados e uma amostra maior permitiria a análise de subgrupos capaz de permitir identificar a percepção de outros grupos de profissionais acerca da cultura de segurança do paciente no contexto da saúde do idoso na APS. Além disso, a pandemia da Covid-19 dificultou a coleta de dados devido ao absenteísmo e recusas profissionais devido a sobrecarga de trabalho. Mas, apesar disso, acredita-se que os resultados deste estudo possam incentivar novas pesquisas na área da segurança do paciente voltada à pessoa idosa no âmbito da APS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo, conclui-se que houve associação significativa de forma positiva entre as variáveis percepção geral da segurança do paciente relacionadas à idade e ao tempo de formado na graduação. Contudo, na dimensão questões relacionadas à segurança e qualidade foi observado que quanto maior a idade e o tempo de trabalho na UBS, pior é a cultura de segurança do paciente nessa dimensão.

Os enfermeiros possuem uma percepção positiva em relação à cultura de segurança do paciente, mas apresentam diversos domínios que precisam ser aperfeiçoados, como pressão e ritmo de trabalho, troca de informações com outras instituições, treinamento da equipe e apoio dos gestores na segurança do paciente. Destacou-se ainda a avaliação forte para o domínio trabalho em equipe e que não houve nenhuma associação significativa das dimensões com as variáveis relacionadas à formação profissional e ao contato periódico com idosos.

Com isso, salienta-se que, embora incipiente, a avaliação da percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente na APS voltada à saúde do idoso faz-se necessária para que os serviços possam identificar domínios e variáveis que necessitem de atenção, mediante um diagnóstico situacional individualizado para que estratégias possam ser realizadas visando a oferta de uma assistência à pessoa idosa de qualidade e livre de riscos. Ademais, é válido salientar o ineditismo deste estudo, visto que, até o momento, esta é uma das primeiras pesquisas sobre cultura de segurança do paciente na APS voltada à saúde do idoso.

Portanto, os resultados deste estudo podem subsidiar discussões entre gestores e profissionais de saúde a fim de identificar as necessidades e limitações para o fomento de uma cultura de segurança voltada à pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

ASTIER-PEÑA, M. P. et al. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety? **Eur J Public Health**, v. 25, n. 5, p. 781-87, 2015.

ALVES, A. S.; AGUIAR, R.; S. Segurança do paciente no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 3, e181932799, 2020.

AGUIAR, R. S. O enfermeiro na promoção da qualidade de vida dos idosos. **Rev. Amaz. Geriat. Geront.**, v. 1, p. 46-52, 2013.

AGUIAR, R. S. O idoso com déficit de autocuidado em domicílio e as implicações para o cuidador familiar. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 5, n. 10, p. 2545-51, 2011.

BOECKXSTAENS, P.; DE GRAAF, P. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. **Qual Prim Care**, v. 19, n. 6, p. 369-89, 2011. Disponível em: <http://primarycare.imedpub.com/primary-care-and-care-for-older-persons-position-paper-of-the-european-forum-for-primary-care.pdf>

BIFF, D. et al. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Cien. Saude Colet.**, v. 25, n. 1, p. 147-58, 2020.

BODUR, S.; FILIZ, E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. **Int J Qual Health Care**, v. 21, n. 5, p. 348-55, 2009.

DAL PAI, S. et al. Psychometric validation of a tool that assesses safety culture in primary care. **Acta Paul. Enferm.**, v. 32, n. 6, p. 642-50, 2019.

DISTRITO FEDERAL. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Retratos sociais 2018: a população idosa no Distrito Federal**. Brasília: Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2018. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/sumario_executivo_idosos.pdf

FORTE, E. C. N. et al. Works process: a basis for understanding nursing erros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 53, e03489, 2019.

FAMOLARO, T. et al. **Medical Office Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 1, p. 784-9, 2018.

FLORES-GONZÁLEZ, M. T.; CRUZ-LEÓN, A.; MORALES-RAMÓN, F. Cultura de seguridad del paciente: percepción de una unidad de medicina familiar em Tabasco, México. **Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc**, v. 27, p. 1, p. 14-22, 2019. Disponível em: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/694/996

GAMA, Z. A. S. et al. Questionário AGRASS: avaliação da gestão de riscos assistenciais em serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 54, n. 21, p. 1-15, 2020.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 90-8, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf

GALHARDI, N. M. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Acta Paul. Enferm.**, v. 31, n. 4, p. 409-16, 2018.

GHOBASHI, M. M. et al. Assessment of Patient Safety Culture in Primary Health Care Settings in Kuwait. **Epidemiol Biostat Public Health**, v. 11, n. 3, e9101-1-9, 2014.

KSOURI, H. et al. Impact of morbidity and mortality conferences on analysis of mortality and critical events in intensive care practice. **Am J Crit Care**, v. 19, n. 2, p. 135-45, 2010.

LIMA, C. S.; AGUIAR, R. S. Acesso dos homens aos serviços de atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, e15793027, 2020.

MACEDO, L. L. et al. The culture regarding the safety of the patient in primary health care: distinctions among professional categories. **Trab. Educ. Saúde**, v. 18, n. 1, e0023368, 2020.

MARCHON, S. F.; MENDES JÚNIOR, W. V.; PAVÃO, A. L. B. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2313-30, 2015.

MESQUITA, K. O. et al. Patient safety primary health care: an integrative review. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45665/28526>

NASCIMENTO, C. C. P. et al. Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 746-51, 2008.

NAVARRO, A. S.; GUIMARAES, R. L.; GARANHANI, M. L. Teamwork and its meaning to professionals working in the family health strategy program. **Rev. Min. Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 69-75, 2013.

NORA, C. R. D.; BEGHETTO, M. G. Desafios da segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão de escopo. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 5, e20190209, 2020.

OLIVEIRA, V. B.; AGUIAR, R. S. Conhecimento da política de saúde do homem e a relação com a atenção à saúde. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 10, n. 55, p. 2985-2993, 2020.

ORNELAS, M. D.; PAIS, D.; SOUSA, P. Patient safety culture in Portuguese primary health care. **Qual Prim Care**, v. 24, n. 5, p. 214-8, 2016. Disponível em: <http://primarycare.imedpub.com/patient-safety-culture-in-portuguese-primary-healthcare.pdf>

PAIVA, M. C. M. S. et al. Characterization of patient falls according to the notification in adverse event reports. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 134038, 2010.

PAESE, F.; SASSO, T. M. Patient safety culture in primary health care. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 22, n. 2, p. 302-10.

RAIMONDI, D. C. et al. Patient safety culture in primary health care: analysis by professional categories. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 40, n. esp., e20180133, 2019.

SOUZA, M. M. et al. Patient safety culture in the primary health care. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 1, p. 32-9, 2019;72(1):32-9.

ROMERO, M. P.; GONZÁLEZ, R. B.; CALVO, M. S. R. La cultura de seguridad del paciente em los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. **Aten Primaria**, v. 49, n. 6, p. 343-50, 2017.

REE, E.; WIIG, S. Employees' perceptions of patient safety cultures in Norwegian nursing homes and home care services. **BMC Health Serv Res**, v. 19, n. 607, p. 1-7, 2019.

RACZKIEWICZ, D. et al. Patient safety culture in Polish Primary Healthcare Centers. **Int J Qual Health Care**, v. 31, n. 8, p. 1-7, 2019.

RODRÍGUEZ-COGOLLOA, R. et al. Patient safety culture in family and community medicine residents in Aragon. **Rev Calid Asist**, v. 29, n. 3, p. 143-9, 2014.

REIS, G. A. X. et al. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 40, n. esp., e20180366, 2019.

RAIMONDI, D. C.; BERNAL, S. C. Z.; MATSUDA, L. M. Cultura de segurança do paciente na ótica de trabalhadores e equipes da atenção primária. **Rev. Saude Publica**, v. 53, n. 42, 2019.

REIS, G. A. X. et al. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 40, n. esp., e20180366, 2019.

SORRA, J. et al. **AHRQ Medial Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Reserch and Quality, 2016. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/userguide/mosurveyguide.pdf>

SILVA, E. M. A.; AGUIAR, R. S. Fatores relacionados à polimedicação em idosos e a segurança do paciente: uma revisão integrativa. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 265, p. 4127-4133, 2020.

SANTOS, R. R. et al. The role of teamwork in Primary Health Care. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 18, n. 1, p. 130-39, 2016.

TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for primary health care. **Acta Paul. Enferm.**, v. 29, n. 1, p. 26-37, 2016.

VILANUEVA-EGAN, L. A.; RODRÍQUEZ-SUÁREZ, J.; LUCERO-MORALES, J. J. Analysis of adverse events in hospital facilities in adults by age and gender. **Rev. CONAMED**, v. 17, n. 3, p. 109-13, 2012. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2012/con123c.pdf>

WEBAIR, H. H. et al. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. **BMC Family Practice**, v. 16, n. 136, p. 1-9, 2015.

ZOGHBI, M. E. et al. Improvement of the patient safety culture in the Primary Health Care Corporation – Qatar. **J Patient Saf**, 2018.