



PERCEPÇÕES DOS GESTORES SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO NAS UNIDADES DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

PERCEPTIONS OF MANAGERS ON PATIENT SAFETY CULTURE: A STUDY IN THE HEALTH UNITS OF

Thaís Schwantes*  E-mail: thais.schwantes@ufcspa.edu.br

Cláudia de Souza Libânio*  E-mail: claudiasl@ufcspa.edu.br

*Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumo: A cultura de segurança do paciente vem ganhando relevância após a publicação do relatório "To Err is Human: Building a Safer Health System" pelo Institute of Medicine nos anos 2000. A implementação dessa cultura é fundamental para assegurar a qualidade da assistência em saúde, focando na minimização de riscos. Dessa forma, este estudo investiga as percepções dos gestores das Unidades de Saúde administradas pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre sobre o seu papel na promoção da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS). A metodologia empregada foi um estudo transversal de abordagem qualitativa e caráter exploratório, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com cinco gestores, buscando entender suas experiências e opiniões. Os resultados indicam que os gestores enfrentam dificuldades em compreender eventos adversos e o conceito de cultura de segurança em sua totalidade, e atuam predominantemente como mediadores, o que limita sua capacidade de implementar mudanças significativas. Assim, o estudo destaca a necessidade de maior formação dos gestores e, também, a importância de revisar as políticas de saúde. Recomenda-se que os gestores adotem um papel mais ativo, transformando desafios em oportunidades de aprendizado, visando a melhoria da qualidade do atendimento prestado na APS.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Atenção Primária à Saúde. Gestor em Saúde. Cultura Organizacional. Qualidade da Assistência à Saúde.

Abstract: The culture of patient safety has gained relevance since the publication of the report "To Err is Human: Building a Safer Health System" by the Institute of Medicine in the 2000s. Implementing this culture is essential to ensure healthcare quality and minimize risks. This study investigates the perceptions of managers from Health Units under the Municipal Health Department of Porto Alegre regarding their role in promoting a safety culture in Primary Health Care (PHC). Using a cross-sectional, qualitative, exploratory methodology, semi-structured interviews were conducted with five managers to understand their experiences and opinions. The results reveal challenges in understanding adverse events and the safety culture concept, with managers often acting as mediators, limiting their ability to drive meaningful changes. The study underscores the need for further manager training and a review of health policies. Managers are encouraged to adopt a proactive role, turning challenges into opportunities to enhance care quality in PHC.

Keywords: Patient Safety. Primary Health Care. Health Manager. Organizational Culture. Quality of Health Care.

1 INTRODUÇÃO

O tema segurança do paciente é um tópico muito debatido, que ganhou mais relevância a partir da publicação do relatório "To Err is Human: Building a Safer Health System", redigido pelo Institute of Medicine (IOM), no ano 2000. A partir disso, a segurança do paciente passou a ser vista e considerada como uma dimensão fundamental para garantir a qualidade da assistência em saúde, sendo definida como a minimização dos riscos de danos a um nível aceitável no cuidado da saúde (Brasil, 2013).

Atualmente, os danos causados aos pacientes devido a cuidados inseguros, a maioria dos quais são considerados evitáveis, representam um desafio significativo e crescente em escala global para a saúde pública, conforme indicado pela Organização Mundial da Saúde (2021). Muitas das complicações que chegam ao ambiente hospitalar tem sua origem em outros níveis de atenção à saúde, como a Atenção Primária à Saúde (APS) (Silva *et al.*, 2022).

Starfield (2002) observa que a APS desempenha um papel fundamental como o primeiro ponto de contato dos pacientes com os serviços de saúde, sendo o nível de atendimento mais frequentemente utilizado pela população. Esse nível de atenção vem se tornando cada vez mais complexo à medida que os serviços oferecidos se expandem. Conforme indicado por Mendes *et al.* (2012), cuidados que anteriormente eram restritos a ambientes hospitalares estão sendo transferidos para o escopo da APS, resultando em um aumento no número de eventos adversos relacionados a essa prestação de cuidados.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece como requisito a implementação de estratégias de segurança do paciente, incentivando a adoção de práticas assistenciais seguras. Ela visa criar mecanismos para prevenir erros e garantir uma assistência centrada no usuário. Além disso, a PNAB preconiza a elaboração de planos locais de segurança do paciente, os quais demonstram melhorias contínuas nos processos de trabalho (Brasil, 2017).

Para alcançar os objetivos globais propostos em relação à segurança do paciente, destaca-se a importância da adoção do conceito de cultura de segurança do paciente. Para Raimondi *et al.* (2019), essa cultura é definida como o conjunto de ações, competências e comportamentos que refletem um compromisso com a gestão

da segurança, que proporciona cuidados seguros, abrangentes e resolutos, com a redução de riscos e danos aos pacientes como objetivo central.

A avaliação da cultura de segurança permite a identificação de problemas específicos nas práticas e condições de trabalho, permitindo o gerenciamento adequado desses problemas.

As culturas organizacionais muitas vezes demonstram fragilidades na área de segurança do paciente, destacando a necessidade de fortalecimento de dimensões como a capacitação profissional, a efetiva troca de informações e o estabelecimento de uma cultura justa (Reis, Languardia e Martins, 2012). Em termos simples, a segurança do paciente é efetivada quando práticas que visam prevenir eventos adversos à saúde se tornam parte da rotina institucional (Silva *et al.*, 2022).

Nesse contexto, três categorias principais de desafios surgem em relação à segurança do paciente, envolvendo a gestão dos serviços de saúde, a participação dos usuários e de seus familiares, bem como o papel dos profissionais de saúde (World Health Organization, 2021). Nesse sentido, a avaliação da cultura de segurança do paciente na perspectiva de equipes multiprofissionais da APS é imprescindível e urgente. A compreensão do cenário de uma instituição de saúde a partir da análise da cultura de segurança é o ponto de partida para se traçar ações em prol de mudanças para a redução dos incidentes e a garantia de cuidados de saúde seguros (Menicucci, 2014).

Dada a importância desse tópico na busca por uma APS de alta qualidade, o propósito deste estudo é identificar a percepção dos gestores das unidades de saúde (US) administradas pela Secretaria de Saúde de Porto Alegre (SMSPA) sobre o seu papel na promoção de uma cultura de segurança do paciente na APS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A cultura de segurança do paciente na APS é crucial para garantir a qualidade do atendimento. Este referencial teórico abordará três subtemas: a segurança do paciente, que fundamenta práticas seguras; os eventos adversos, que destacam os riscos do cuidado; e a cultura de segurança do paciente, que promove um ambiente de aprendizado e comunicação aberta. Juntos, esses elementos visam fortalecer a APS, priorizando a saúde e o bem-estar da população.

2.1 Segurança do Paciente

Historicamente, logo após a Segunda Guerra Mundial, a concepção de segurança estava restrita aos perigos convencionais relacionados à infraestrutura, como incêndios, falhas de equipamentos, falta de energia ou queimaduras por eletrocautério (Dalcin e Daudt, 2020). Nesse contexto, havia a convicção de que uma equipe bem treinada, competente e experiente não cometeria falhas. Naquela época, eventos como sangramento pós-operatório, infecções de feridas ou pneumotórax durante uma punção eram considerados complicações "previsíveis" de procedimentos (Dalcin e Daudt, 2020). Outras complicações eram categorizadas como iatrogenias, como operações no membro incorreto, troca de sangue transfundido ou administração equivocada de vacinas e medicamentos. Nos dias de hoje, quando tais ocorrências eventualmente chegam às manchetes de grandes emissoras de notícias nacionais e internacionais, geram preocupação pública momentânea e, frequentemente, são levadas a ouvidorias e ao âmbito jurídico (Dalcin e Daudt, 2020).

Considerada como um componente essencial da qualidade, a segurança do paciente, segundo a OMS (2009), é definida como a redução ao mínimo aceitável do risco de danos desnecessários no cuidado de saúde. Essa dimensão torna-se evidente quando os efeitos indesejáveis da assistência são causados por falhas de qualidade (OMS, 2009). Desta forma, a atenção voltada para a segurança do paciente revela-se altamente relevante nas iniciativas de melhoria da qualidade e na garantia de cuidados com avanços desenvolvidos.

O relatório do Institute of Medicine (IOM) 'To Err is Human: Building a Safer Health System', publicado em 2000, se baseou em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado. O relatório apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de eventos adversos (EAs) nos Estados Unidos da América (EUA). Essa alta incidência resultou em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com HIV positivo, câncer de mama ou atropelamentos.

O relatório da IOM também ressaltou que a ocorrência de EAs acarreta sérios prejuízos financeiros. No Reino Unido e na Irlanda do Norte, o aumento do tempo de internação hospitalar devido aos EAs ocorridos gerou um custo anual de

aproximadamente 2 bilhões de libras. Nos Estados Unidos, estima-se que os gastos anuais decorrentes de EAs foram entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais (Kohn et. al., 2000).

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) expressou sua preocupação com a situação da segurança do paciente e, como resposta, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Os objetivos iniciais desse programa, que posteriormente passou a ser chamado de Programa de Segurança do Paciente, incluíam a organização de conceitos e definições relacionadas à segurança do paciente, bem como a proposição de medidas para reduzir riscos e mitigar eventos adversos. A OMS desenvolveu então a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety - ICPS). Os conceitos-chave do ICPS foram traduzidos para a língua portuguesa pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente.

2.2 Eventos Adversos

Anualmente, milhões de pessoas enfrentam danos ou perdem a vida devido a cuidados de saúde inseguros (WHO, 2017). Esses resultam em EA, definidos pela Organização Mundial da Saúde como dano não intencional que ocorre como consequência à assistência prestada à saúde, podendo ocasionar incapacidade temporária ou permanente aos pacientes envolvidos. Esses eventos são consequência da falta de segurança dos serviços de saúde e são, segundo alguns estudos, uma das principais causas de mortes e lesões ocorridas a usuários (Kohn, 2000). A segurança do paciente, portanto, está diretamente associada à redução de tais riscos, responsáveis por danos desnecessários, à um mínimo aceitável (OMS, 2009).

No âmbito dos cuidados primários e ambulatoriais, 4 em cada 10 usuários enfrentam algum tipo de prejuízo advindo de EA, sendo que até 80% desses danos poderiam ser evitados (OCDE, 2017). Na Atenção Primária à Saúde (APS), a prestação de cuidados inseguros não apenas eleva a morbidade e a mortalidade evitável, mas também pode resultar em acesso necessário ao atendimento especializado ou hospitalar (OMS, 2018).

Diante do reconhecimento de que a interação com o sistema de saúde não apenas proporciona benefícios, mas também pode acarretar danos ao indivíduo, torna-se crucial explorar os estudos que abordam a incidência de Eventos Adversos no contexto da APS. Os EAs fornecem dados essenciais e geram indicadores de qualidade relacionados à segurança do paciente. Esses indicadores possibilitam o monitoramento e a comparação, permitindo a sugestão de ações para melhorar a qualidade com base em dados mensuráveis (Silva, et. al., 2022).

2.3 Cultura de Segurança do Paciente na APS

O estabelecimento de uma cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde, por meio da estruturação de processos, é um componente crucial para evitar falhas. A cultura de segurança é conceituada como um conjunto compartilhado de valores, atitudes, percepções, competências e padrões comportamentais (Raimondi, 2019). Transformar a percepção sobre a segurança do paciente envolve criar ambientes nos quais profissionais e pacientes possam discutir abertamente sobre segurança, falhas, riscos e relatar incidentes para aprendizado e redução de sua ocorrência, sem recebimento de culpabilização individual (OMS, 2016).

Na APS, os incidentes mais frequentes estão relacionados a erros de diagnóstico, prescrição e uso de medicamentos, bem como falhas na comunicação entre a equipe de saúde e entre profissional e paciente (Raimondi, 2019). A comunicação é apontada como uma das principais fragilidades na prestação de cuidados, resultando em baixa qualidade assistencial e comprometendo a segurança do paciente (Reis, 2012).

Equívocos frequentemente ocorrem em registros de prontuários e na recepção de pacientes, destacando-se falhas na identificação. A identificação correta do usuário é crucial para garantir uma prática segura, prevenindo danos ao usuário e ao sistema de saúde. A OMS recomenda que as instituições estabeleçam protocolos para que os profissionais adiram de maneira responsável à cultura de identificação correta, um aspecto que deve ser observado em todos os momentos em que o cuidado é prestado (OMS, 2018).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de abordagem qualitativa e caráter exploratório, desenvolvido na Atenção Primária à Saúde da cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. Segundo Minayo (2010), as pesquisas qualitativas têm como objetivo compreender os fenômenos a partir das perspectivas e experiências dos participantes, reconhecendo que as realidades sociais são moldadas por essas percepções subjetivas. Dessa forma, ao adotar uma abordagem qualitativa, o estudo busca captar a profundidade das interpretações dos gestores, explorando suas vivências e opiniões no contexto da APS. Essa abordagem possibilita uma compreensão mais detalhada e contextualizada de suas percepções, algo que seria difícil de alcançar com métodos que visam uma descrição objetiva e precisa da realidade (Denzin; Lincoln, 2000).

A população do estudo foi composta pelos gestores das cinco Unidades de Saúde administradas pela Secretaria Municipal de Saúde. O instrumento de pesquisa utilizado nas entrevistas foi um roteiro semiestruturado. Gil (2007) destaca que a entrevista é uma técnica eficaz para investigar o comportamento e a subjetividade humana, permitindo a identificação de pensamentos, opiniões, crenças, valores, percepções e atitudes dos entrevistados em relação a diferentes fenômenos.

A coleta de dados foi realizada em agosto de 2024, onde quatro entrevistas foram conduzidas de forma online através da plataforma Google Meet, com duração máxima de 30 minutos cada. O participante que restava optou por um encontro presencial, que ocorreu na instituição à qual ele está vinculado.

Utilizou-se um roteiro semiestruturado, elaborado pela autora, composto por questões abertas relacionadas ao perfil de liderança dos gestores e à percepção da cultura de segurança do paciente.

A análise dos dados foi conduzida utilizando o método de análise de conteúdo, aplicando-se às questões centrais da pesquisa, uma vez que as perguntas iniciais tinham como objetivo apenas contextualizar o perfil dos participantes. Segundo Bardin (2004), esse método é compreendido como um conjunto de instrumentos metodológicos, em constante aperfeiçoamento, que objetiva analisar diferentes aportes de conteúdo sejam eles verbais ou não-verbais, por meio de uma sistematização de métodos empregados na análise de dados. Essa técnica, portanto, envolve a revisão das respostas de cada dimensão da entrevista, através das

gravações e notas registradas, com o intuito de classificá-las em temas ou categorias que facilitam a interpretação do que está implícito nas respostas dos participantes.

O presente estudo seguiu a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) no 77821724.0.3001.5338, parecer no 6.919.675/2024. As entrevistas só tiveram início após o consentimento dos participantes, que foi formalizado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contou com a participação de cinco gestores da rede de Atenção Básica de Saúde do município de Porto Alegre, independentemente do tempo de atuação na gestão dentro da APS. A escolha desses gestores foi feita para possibilitar uma análise mais uniforme e específica, levando em conta a similaridade nas práticas e políticas dessas unidades, que estão subordinadas ao mesmo órgão. Na Tabela 1 estão dispostas as informações sobre a formação profissional e tempo de formação, vinculação e tempo como gestor da unidade de cada participante.

Tabela 1 - Informações dos participantes

Participante	Formação Profissional	Tempo de Formação	Tempo trabalhando na APS	Tempo como Gestor(a) da US
P1	Bacharel em Odontologia	7 anos	9 meses	1 ano e 3 meses
P2	Bacharel em Enfermagem	30 anos	25 anos	17 anos
P3	Bacharel em Enfermagem	14 anos	6 anos	5 anos
P4	Bacharel em Enfermagem	6 anos	6 anos	2 anos
P5	Bacharel em Enfermagem	18 anos	13 anos	1 mês

Fonte: autoria própria.

A partir da análise do conteúdo das entrevistas foi possível construir quatro categorias de análise referentes à cultura de segurança do paciente que serão analisados mais profundamente nos tópicos a seguir, sendo eles: Formação e treinamento contínuos, políticas e práticas de segurança do paciente, ambiente de trabalho e infraestrutura das Unidades de Saúde e papel do gestor da Unidade de Saúde.

4.1 Formação e treinamento contínuos

Os dados obtidos por meio das entrevistas evidenciaram uma preocupação significativa com a formação contínua, um aspecto que foi reiterado por todos os participantes de forma unânime, conforme se observa a seguir, na fala de alguns dos participantes: “[...] acredito que se tiver mais capacitações, estar sempre batendo nessa tecla... Acredito que vai ser cada vez melhor e mais seguro.” (P1). “A gente faz capacitações com os servidores, não só para ver o que tem de coisa nova, mas também ver aquelas coisas mais antigas que a gente com o uso, a gente até vai deixando de fazer, né? Então a gente tem que seguidamente fazer essas capacitações. Sempre visando para o atendimento do paciente.” (P2). No trecho a seguir, o relato atenta também para o aumento do grau de complexidade da APS: “Eu acho que o grau de exigência que se tinha para trabalhar em atenção primária era um e de um tempo para cá se modificou muito e leva bastante tempo para a gente é, digamos, formar um profissional, com as características e com os conhecimentos que se precisa para atenção primária, né? Então eu acredito que se tornou bem complexo.” (P3).

Essas constatações trazem a ideia de que o investimento na formação e desenvolvimento profissional são componentes essenciais para a promoção de uma cultura de segurança do paciente robusta na atenção básica de saúde, uma vez que a equipe de saúde desempenha um papel crucial na prevenção de complicações resultantes de eventos adversos, conforme enfatizado por Duarte *et al.* (2015). A eficácia dessa equipe está diretamente relacionada à formação e ao treinamento contínuo, que são fundamentais para a identificação e mitigação de riscos, criando um ambiente de cuidado mais seguro para os pacientes.

Nesse contexto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), instituída pela Portaria Ministerial nº 198 de fevereiro de 2004, busca promover mudanças nas instituições e transformar as práticas de atendimento por meio de propostas que incentivam o "aprender a aprender", o trabalho em equipe e a construção de experiências do dia a dia, onde cada um pode aprender de forma individual e coletiva, adaptando às necessidades de saúde de cada comunidade (Brasil, 2009). Além disso, essa abordagem reúne todos os envolvidos — ensino, serviço, gestão e controle social — e os convida a refletir constantemente sobre a realidade que enfrentam. O objetivo é encontrar soluções criativas para os desafios de saúde e melhorar as ações, tornando o sistema de saúde mais eficiente.

A análise das respostas dos participantes revelou também que o órgão ao qual as unidades de saúde estão subordinadas exibe uma preocupação substancial com o desenvolvimento de treinamentos e capacitações para seus servidores, com ênfase particular nas práticas de cuidado na enfermagem.

“[...]a Secretaria Municipal de Saúde] oferta também essa capacitação que a gente acaba disponibilizando. Disponibilizando essa capacitação aos profissionais para que possam estar se apropriando dos conhecimentos.” (P4)

A implementação de treinamentos estruturados e frequentes pode ser uma abordagem eficaz para a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos dos pacientes da APS, evitando um possível encaminhamento à Atenção Especializada. Dessa forma, é imprescindível que os profissionais de saúde tenham acesso e incentivo para participar de formações voltadas à segurança do paciente durante suas jornadas de trabalho. O acesso a oportunidades de aprendizado e o estímulo à participação em cursos e treinamentos são vitais para aprimorar suas práticas diárias e implementar os protocolos de segurança nas instituições (Paiva, 2023). Essa formação não deve ser vista apenas como uma obrigação, mas como uma oportunidade de crescimento profissional e pessoal, essencial para a construção de um ambiente de trabalho que priorize a segurança do paciente e busque evitar os EAs.

4.2 Políticas e práticas de segurança do paciente

A análise de conteúdo revelou que os gestores das unidades de saúde têm pouco conhecimento sobre eventos adversos e não dispõem de muitas práticas específicas voltadas para minimizar os danos aos pacientes durante o atendimento na atenção primária. De um ponto de vista gerencial, constata-se que a ocorrência de eventos adversos pode impactar bastante o Sistema Único de Saúde (SUS), pois leva ao aumento de morbidade, na mortalidade, tempo de tratamento dos pacientes e custos assistenciais (Brasil, 2013).

Durante as entrevistas, foi mencionado por mais de um participante, que são seguidos os protocolos estabelecidos pela prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA), todos documentados na Biblioteca Virtual de Atenção Primária à Saúde (BVAPS). Além disso, as práticas e políticas advindas da SMSPA são comunicadas verbalmente ou por meios digitais, sendo compartilhadas nos canais de comunicação da US.

Foi comentado pelo P4 que a SMSPA, por exemplo, envia protocolos específicos, como o de saúde da mulher, que são compartilhados com as equipes de enfermagem. A tecnologia tem facilitado essa disseminação, já que os documentos são frequentemente enviados em formato PDF. Quando há mudanças significativas, a Secretaria também oferece formações, que são disponibilizadas para que os profissionais possam se apropriar dos novos conhecimentos. Essa abordagem, embora positiva, revela uma dependência excessiva de informações que são apenas repassadas, sem uma rotina institucional clara para garantir que todos os aspectos dos protocolos sejam devidamente implementados. Outro participante afirmou que: “Não há uma rotina redigida, escrita para estas questões, nem como uma rotina institucional. De meu conhecimento, talvez tenha, mas eu não conheço [...]” (P3).

Embora os documentos sejam oficiais, sua implementação enfrenta uma série de desafios que comprometem a eficácia das ações propostas. A ausência de rotinas e protocolos escritos específicos para o dia a dia das unidades de saúde torna a integração dessas diretrizes mais complicada e pode potencializar a ocorrência de EAs, por exemplo. Quando as ações não estão bem documentadas ou sistematizadas, a equipe pode sentir-se insegura em sua aplicação, levando a uma variação na qualidade do atendimento prestado. Essa falta de clareza também pode

gerar resistência por parte dos profissionais, que podem ver os protocolos como apenas mais uma exigência burocrática, em vez de ferramentas úteis para melhorar a segurança do paciente.

Ainda que os incidentes na APS possam ser menos prejudiciais do que os que ocorrem em hospitais, eles ainda assim têm um impacto significativo. Para Hinrichsen et. al. (2011), para prevenir EAs, é preciso identificar e analisar suas causas, além de organizar medidas preventivas de forma proativa, não apenas após os erros ocorrerem. Assim, fica evidente que, para melhorar a qualidade do atendimento, é necessário não apenas seguir os protocolos, mas também criar um sistema mais robusto de formação e orientação, garantindo que todos os profissionais estejam bem informados e engajados na promoção da segurança do paciente, de forma a permitir que os profissionais reconheçam os eventos adversos. Criar um sistema de gerenciamento de riscos é uma maneira de melhorar o controle e o monitoramento dos processos de trabalho. Essa reflexão destaca a importância de fortalecer as práticas educativas e promover uma comunicação mais eficaz, que integre todos os aspectos da atenção à saúde de forma sistemática e acessível.

Esse fortalecimento das práticas já foi incorporado na saúde pública, uma vez que, em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi revisada, destacando a importância da Segurança do Paciente como responsabilidade de todos os profissionais da APS. Essa mudança também estabeleceu diretrizes para a organização do trabalho na APS e em outras políticas de saúde (Andrés *et al.*, 2008). Para Dalcin e Daudt (2020), para desenvolver a implementação de ações de segurança do paciente na APS, é fundamental que os serviços adotem protocolos de segurança do paciente, que servem como instrumentos táticos e operacionais, reforçando a necessidade de implementação de uma rotina institucional. Isso permitirá que a segurança do paciente se torne parte integrante das práticas diárias. Após a padronização e adoção desses protocolos, segundo Dalcin e Daudt (2020), cada serviço deve gerenciar seus riscos e práticas, bem como os danos, com o objetivo de prevenir novos eventos adversos e mitigar riscos.

4.3 Ambiente de trabalho e infraestrutura das Unidades de Saúde

Alguns dos entrevistados demonstraram certa preocupação com a estrutura física e os recursos materiais e humanos das unidades de saúde.

“Eu acho que é recursos humanos, né? Capacitar, ter recursos humanos suficientes, né? Tu ter até um espaço físico, digamos, adequado, né, porque tem algumas unidades que são pequenas.” (P5)

Essa preocupação é pertinente, pois a inadequação da infraestrutura pode comprometer a qualidade da assistência e, conseqüentemente, a segurança do paciente. Recursos inadequados frequentemente obrigam os profissionais a comprometerem os padrões de qualidade do atendimento (Dalla Nora C.R.; Beghetto M.G., 2020), o que limita a capacidade de atender às necessidades dos pacientes e dificulta a implementação de protocolos de segurança. Unidades de saúde que carecem de espaço físico apropriado e de um número adequado de profissionais não apenas enfrentam desafios operacionais, mas também aumentam o risco de EAs. Assim, a falta de investimentos em estrutura e recursos humanos resulta em um ambiente de trabalho sobrecarregado e inseguro, prejudicando a eficácia das intervenções e a proteção dos pacientes.

Portanto, o papel do gestor é crucial nesse cenário, pois ele é responsável por identificar as necessidades da unidade. Isso implica não apenas na supervisão das operações diárias, mas também na organização e otimização de processos, recursos e equipes para garantir um ambiente seguro e eficiente. Ao adotar uma perspectiva holística, o gestor favorece a formação de uma cultura de segurança robusta, onde todos os membros da equipe se sintam envolvidos e responsáveis pela proteção dos pacientes.

4.4 Papel do Gestor da Unidade de Saúde

Com relação à abordagem e estilo de liderança no contexto de uma cultura de segurança do paciente, os gestores relataram seu papel como mediadores entre a equipe multidisciplinar da APS e o órgão ao qual as unidades estão subordinadas, como pode ser visto na fala do P1: “Porque eu escuto muito o corpo de enfermagem, o corpo médico para tentar mediar isso com a Secretaria. [...] e falo sempre, que estou

mantendo contato com a Secretaria para fazer esse meio de campo e a gente conseguir ofertar um atendimento mais seguro possível.”

Além disso, os participantes P2, P3 e P5 caracterizaram o papel do gestor como um acompanhamento da equipe, ressaltando a importância de ser um bom ouvinte e de fomentar um ambiente de diálogo aberto, conforme evidenciado nas seguintes falas: “Eu procuro estar junto com a equipe. Não me adianta nadinha eu ficar aqui, somente aqui dentro dessa sala, respondendo coisas burocráticas. [...] Não posso dizer que eu sempre consigo, mas eu procuro estar junto com a equipe. Com toda a equipe, desde lá da frente, desde lá da portaria, aí eu tenho que estar junto, eu acho que esse é o meu papel. Além das coisas burocráticas, eu acho que o meu papel é estar junto. Eu procuro fazer isso.” (P2). “Mas dentro do possível a gente conversa principalmente com a equipe que executa os procedimentos, a gente conversa a ponto de ter confiança e que seja repassado essa informação para a gente trabalhar no fluxo que deixou acontecer errado. Não culpabilizar o trabalhador por algo que tenha acontecido.” (P3).

Além de ser um bom ouvinte, o gestor deve estar atento a sinais de estresse ou insegurança que podem comprometer a qualidade do atendimento. Ao promover reuniões regulares e discussões informais, ele pode incentivar uma cultura de aprendizado contínuo, onde os erros são encarados como oportunidades de melhoria, e não como falhas passíveis de punição. Essa mudança de mentalidade contribui para a redução do medo de represálias, permitindo que os profissionais relatem EAs e situações de risco de maneira proativa. Dessa forma, permite que as questões relacionadas à segurança do paciente sejam discutidas de maneira construtiva, sem atribuir culpas aos trabalhadores em situações de EAs e se corresponsabilizando com o cuidado do paciente, como mencionado pelo participante P5: “Nessa questão eu escuto, dou acolhimento. Prestar atenção e ver a necessidade, se corresponsabilizar com o cuidado do paciente.” (P5).

Segundo Vicent e Amalberti (2016), os líderes influenciam a segurança de várias maneiras, afetando não apenas as ações dos profissionais, mas também as decisões da alta gestão. Assim, gestores podem impactar a segurança do paciente de forma direta, por meio de atividades e iniciativas específicas, quanto indiretamente, ao promover discussões e valorizar essa temática com suas equipes. Contudo, as

entrevistas revelaram que muitos gestores enfrentam dificuldades para compreender o conceito abrangente de EAs e a cultura de segurança do paciente.

De acordo com Dalcin e Daudt (2020), uma liderança focada na segurança do paciente influencia positivamente os canais de comunicação e a aquisição de novas habilidades e competências pela equipe, impactando, assim, a cultura organizacional. Para garantir a qualidade da assistência e a segurança do paciente, é fundamental aprimorar os processos de trabalho através de uma comunicação efetiva, que deve ser incentivada. Essa liderança precisa ser ativa e orientadora, ajudando os trabalhadores a entenderem a importância da segurança do paciente. É essencial criar um ambiente propício ao apoio mútuo, que permita a escuta ativa, a garantia de ações, a mitigação de barreiras e a abertura de espaços para fomentar um clima de segurança local (Dalcin e Daudt, 2020).

Como mencionado no tópico anterior, essa falta de rotinas institucionais representa um desafio crucial, pois as políticas e práticas frequentemente se restringem a documentos protocolares, estabelecidos pelos órgãos administrativos, negligenciando a segurança do paciente. A ausência de uma rotina formal que contemple a elaboração de um plano de segurança do paciente é notável, uma vez que tal plano deve articular a proposta da unidade no sentido de melhorar a segurança do paciente e promover um ambiente seguro. Segundo Dalcin e Daudt (2020), é fundamental identificar os principais problemas a serem enfrentados, estabelecer prioridades em relação aos protocolos de segurança do paciente, considerando eventos adversos graves e evitáveis, além de identificar populações mais vulneráveis e de maior risco (Dalcin e Daudt 2020). Esse processo deve ser um papel ativo do gestor da unidade de saúde, que deve liderar iniciativas dentro da cultura de segurança do paciente, promovendo um ambiente colaborativo e engajado na melhoria contínua da assistência.

Dessa forma, observa-se que a percepção dos gestores em relação ao seu papel na promoção de uma cultura de segurança do paciente na APS tende a ser mais de um espectador e solucionador de problemas. Eles se posicionam como mediadores entre a Secretaria de Saúde, os pacientes e a equipe de saúde, em vez de atuarem como propagadores e influenciadores das ações que ocorrem dentro da unidade. Em um contexto em que a ênfase na Segurança do Paciente é mais recente na APS do que em hospitais, é fundamental que a liderança reconheça a importância de um

ambiente onde o erro seja visto, na maioria das vezes, como um fenômeno não intencional e uma oportunidade de melhoria. Sob essa perspectiva, se vê uma necessidade de formação de gestores, abordando aspectos teóricos e conceituais que impulsionem ações voltadas à segurança e à qualidade no cuidado. Essa formação deverá promover uma visão ampla sobre o tema, integrando em sua estratégia processos que identifiquem, respondam e aprendam com os incidentes de segurança.

Além disso, é crucial cultivar uma cultura de segurança, onde a comunicação sobre erros e quase erros seja incentivada, permitindo a transformação dos processos e o acompanhamento do progresso em relação às metas de segurança. Assim, buscase uma liderança ativa e orientadora, que permita aos trabalhadores entenderem e valorizarem a prioridade dada à segurança do paciente no estabelecimento de saúde. Essa liderança deve criar um ambiente propício ao apoio mútuo e à participação ativa, por meio da presença, escuta atenta, apoio às ações, remoção de possíveis barreiras e abertura de espaços adequados para a construção de um clima de segurança local.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi identificar a percepção dos gestores das Unidades de Saúde administradas pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre sobre o seu papel na promoção de uma cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde.

Em síntese, os resultados mostraram que a formação contínua é fundamental para aprimorar a segurança no atendimento e na gestão em saúde, sendo amplamente reconhecida pelos gestores como vital para o desenvolvimento de habilidades e a promoção de práticas mais seguras. Apesar dessa conscientização, as entrevistas revelaram lacunas na implementação de práticas sistemáticas de segurança do paciente. Muitos gestores disseram seguir os protocolos definidos pela Secretaria Municipal de Saúde, mas há uma carência de rotinas formais que traduzam essas diretrizes em ações cotidianas. Isso evidencia a necessidade de um planejamento mais personalizado, que considere as particularidades de cada unidade de saúde e que fortaleça as ações nas rotinas de cuidado.

Ademais, o papel dos gestores foi identificado principalmente como mediadores entre a equipe de saúde e a administração superior. Embora essa função seja importante, ela limita a capacidade de liderar mudanças significativas na cultura organizacional. Para fomentar um ambiente onde a segurança do paciente seja uma prioridade, é essencial que os gestores adotem uma postura mais ativa e engajada, promovendo diálogos abertos sobre erros e quase erros como oportunidades de aprendizado. Assim, é fundamental revisar e expandir as políticas de saúde e as estratégias de capacitação dos gestores, garantindo uma formação que abranja não apenas aspectos técnicos, mas também uma compreensão holística da segurança do paciente. Essa abordagem integrada poderá criar um ambiente de trabalho mais seguro e eficaz, beneficiando tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes atendidos na APS.

Em relação às dificuldades e limitações do estudo, é possível destacar que alguns profissionais participantes apresentaram falta de clareza sobre os conceitos de eventos adversos e segurança do paciente na atenção primária. Além disso, muitos não conseguiram identificar o que constitui risco aos pacientes nesse contexto, o que sugere a necessidade de aprimoramento na formação desses profissionais. Outra limitação significativa foi o número reduzido de participantes, restrito às unidades de saúde geridas pela Secretaria Municipal de Saúde, totalizando apenas cinco profissionais. Embora essa amostra represente todos os participantes, ela não é suficientemente ampla para permitir generalizações. Para estudos futuros, recomenda-se aumentar a amostra, incluindo profissionais de diferentes regiões e instituições, além de investigar a relação entre a formação teórica e a prática na atenção primária, buscando identificar lacunas e oportunidades de melhoria nas rotinas de cuidado.

Por meio do presente estudo, é possível que os gestores das unidades de saúde reflitam sobre seu papel na promoção de uma cultura de segurança do paciente na APS. O desenvolvimento de competências específicas é essencial para que esses profissionais lidem com os desafios diários relacionados à segurança no atendimento. Os dados coletados evidenciam que a gestão em saúde apresenta particularidades que exigem uma formação direcionada e contínua, garantindo que os gestores estejam preparados para atender às demandas de um setor em constante evolução e que prioriza a qualidade do cuidado ao paciente.

REFERÊNCIAS

- ANDRÉS, Jesús María Aranz et al. **Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Disponível em: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf. Acesso em: 19 jun. 2024.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004. Disponível em: <https://ia802902.us.archive.org/8/items/bardin-laurence-analise-de-conteudo/bardin-laurence-analise-de-conteudo.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 30 mar. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 30 mar. 2024.
- BRASIL. **Resolução — RDC nº 36, de 25 de julho de 2013: institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 31 mar. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série Pactos pela Saúde, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 6 abr. 2024.
- PAIVA, J. S. et al. **Estratégias para treinamento de equipe multiprofissional da atenção primária em segurança do paciente: revisão integrativa**. Rev. enferm. UFPI, [S.l.], v. 12, p. e3902, 2023. Disponível em: <https://www.periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3902/3782>. DOI: 10.26694/reufpi.v12i1.3902. Acesso em: 22 abr. 2024.
- DALCIN, T. C.; DAUDT, C. G. **Segurança do paciente na atenção primária à saúde: teoria e prática**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020. 220 p. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp->

[content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf](#). Acesso em: 22 abr. 2024.

NORA, C. R. D.; BEGHETTO, M. G. **Patient safety challenges in primary health care: a scoping review**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 5, e20190209, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32638932/>. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0209. Acesso em: 21 abr. 2024.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Introduction: the discipline and practice of qualitative research**. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (ed.). Handbook of qualitative research. 2. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000. p. 1–28. Disponível em: https://uk.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/40425_Chapter1.pdf. Acesso em: 23 ago. 2024.

DUARTE, S. C.; STIPP, M. A.; SILVA, M. M.; OLIVEIRA, F. T. **Adverse events and safety in nursing care**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 68, n. 1, p. 136–146, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfg7phyj/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 31 mar. 2024.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em: 30 ago. 2024.

HINRICHSEN, S. L. et al. **Gestão da qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo-piloto**. RAHIS, 2011. Disponível em: https://www.academia.edu/98291067/Gest%C3%A3o_da_qualidade_e_dos_riscos_na_seguran%C3%A7a_do_paciente_estudo_piloto. Acesso em: 30 abr. 2024.

KOHN, L. T. et al. **To err is human: building a safer health system**. Washington (DC): National Academy Press, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>. Acesso em: 28 mar. 2024.

MENDES, W. et al. **Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 15, n. 4, p. 393–406, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/5rw9Wp6cKX5NB84SjXHsF6K/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2024.

MENICUCCI, T. M. G. **The history of the public health reform in Brazil and of the Sistema Único de Saúde: changes, continuities, and the current agenda**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 mar. 2024.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1344574>. Acesso em: 20 ago. 2024.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health at a glance 2017: OECD indicators**. Paris: OECD Publishing, 2017. DOI: 10.1787/health_glance-2017-en. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en.html. Acesso em: 24 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. 2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>. Acesso em: 11 mai. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Safer Primary Care Expert Working Group**. Geneva: OMS, 2009. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/fc68f57e-3cf6-4fbf-a95d-2686593ea392/content> . Acesso em: 12 mai. 2024.

RAIMONDI, D. C. et al. **Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, n. esp., e20180133, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ZQY357fz6cmbgCK9Mjpp4bK/?lang=pt>. Acesso em: 24 abr. 2024.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, 2012. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-seguranca-do-paciente-como-dimensao-da-qualidade-do-cuidado-de-saude-um-olhar-sobre-a-literatura/11311?id=11311>. Acesso em: 12 mai. 2024.

SILVA, E. A. et al. **Enfermagem na segurança do paciente na atenção primária**. Global Academic Nursing, v. 3, n. 1, e223, 2022. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/320>. Acesso em: 24 abr. 2024.

SILVA, L. L. T.; DIAS, F. C. S.; MAFORTE, N. T. P.; MENEZES, A. C. **Segurança do paciente na atenção primária à saúde: percepção da equipe de enfermagem**. Escola Anna Nery, v. 26, e20210130, 2022. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0130. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/rnmtbZ8tBK49ycDMTrF4pyc/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2024.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2024.

VINCENT, C.; AMALBERTI, R. **Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado**. Rio de Janeiro: Proqualis, 2016. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro%20-%20PDF.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety: making health care safer**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>. Acesso em: 28 abr. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/fc68f57e-3cf6-4fbf-a95d-2686593ea392/content>. Acesso em: 19 mai. 2024.

Biografia do(s) autor(es)

Tháís Schwantes

Graduada em Gestão em Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e possui MBA em Gestão de Projetos e Processos pela FM2S. Atualmente, é residente do Programa de Gestão em Saúde - Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do RS (ESP/RS), onde desenvolve atividades práticas e projetos aplicados na gestão de serviços e políticas de saúde. Tem interesse profissional e acadêmico voltado para saúde pública, atenção primária e melhoria contínua dos sistemas de saúde.

Cláudia de Souza Libânio

Docente na UFCSPA, com formação em Administração e Arquitetura, mestrado, doutorado e pós-doutorado em Engenharia pela UFRGS, e pós-doutorado em Design pela Unisinos. É Fellow na Loughborough University (Inglaterra) e Harvard Alumni. Foi pesquisadora visitante no Politecnico di Milano (Itália) e na University College Dublin (Irlanda). Atualmente, coordena o Grupo de Saúde Global na Design Research Society e integra a Comissão Assessora de Equidade, Diversidade e Inclusão da FAPERGS. Suas áreas de interesse são design e inovação social, com foco de pesquisa em mulheres, pessoas com deficiência, comunidades vulneráveis e populações em países de baixa e média renda (LMICs).



Artigo recebido em: 10/12/2024 e aceito para publicação em: 09/06/2025
DOI: <https://doi.org/10.14488/1676-1901.v26i1.5516>