

Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde

Patient safety culture in the Primary Health Care

Cultura de seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud

Marina Mazzuco de Souza¹

ORCID: 0000-0002-3607-9836

Juliana Dal Ongaro¹

ORCID: 0000-0003-0058-0132

Taís Carpes Lanes¹

ORCID: 0000-0001-9337-7875

Rafaela Andolhe¹

ORCID: 0000-0003-3000-8188

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz^{II}

ORCID: 0000-0003-1793-7783

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago¹

ORCID: 0000-0002-5308-1604

¹ Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS, Brasil.

^{II} Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Ijuí-RS, Brasil.

Como citar este artigo:

Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC, Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnago TSBS. Patient safety culture in the Primary Health Care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(1):27-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>

Autor Correspondente:

Marina Mazzuco de Souza

E-mail: marina.mazzuco@yahoo.com.br



Submissão: 26-09-2017

Aprovação: 08-06-2018

RESUMO

Objetivo: Avaliar a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS). **Método:** Estudo transversal, com 349 profissionais da saúde e gestores da APS de um município do Rio Grande do Sul, Brasil. O instrumento utilizado foi *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*. Realizou-se dupla digitação independente dos dados e a análise estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** O escore total variou entre 3,4 e 8,4 com média (7,0±1,3), avaliação positiva no domínio "Segurança do Paciente" (8,2±2,0). Trabalhar na Estratégia de Saúde da Família e ter de cinco a 12 anos de trabalho foi significativo para cultura positiva. As recomendações para melhorar a cultura de segurança foram: Implantação de protocolos, capacitações, melhoria da comunicação e resolutividade. **Conclusão:** Prevaleceu a avaliação negativa da cultura de segurança do paciente. Estabelecer uma cultura de segurança construtiva, com comportamentos seguros representa fatores para aprimorar a segurança do paciente em ambientes de cuidados primários.

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

ABSTRACT

Objective: To evaluate the patient safety culture in the Primary Health Care (PHC). **Method:** A cross-sectional study with 349 health professionals and PHC managers from a city of Rio Grande do Sul, Brazil. The tool used was *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*. Data-independent double typing and descriptive and inferential statistical analysis were performed. **Results:** The total score varied between 3.4 and 8.4 with mean (7.0 ± 1.3), positive evaluation in the "Patient Safety" domain (8.2 ± 2.0). Working on the Family Health Strategy and having five to 12 years of work was significant for positive culture. The recommendations to improve the safety culture were: Implementation of protocols, training, communication improvement and resolvability. **Conclusion:** The patient safety culture prevailed. Establishing a constructive safety culture with safe behaviors represents factors for improving patient safety in Primary Care settings.

Descriptors: Patient Safety; Primary Health Care; Patient Care Team; Organizational Culture; Quality of Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la cultura de seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud (APS). **Método:** Estudio transversal, con 349 profesionales de la salud y gestores de la APS de un municipio de Rio Grande do Sul, Brasil. El instrumento utilizado fue *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*. Se realizó doble digitación independiente de los datos y el análisis estadístico descriptivo e inferencial. **Resultados:** La puntuación total varía entre 3,4 y 8,4 con media (7,0 ± 1,3), evaluación positiva en el dominio "Seguridad del Paciente" (8,2 ± 2,0). Trabajar en la Estrategia de Salud de la Familia y tener de cinco a doce años de trabajo fue significativo para la cultura positiva. Las recomendaciones para mejorar la cultura de seguridad fueron: Implantación de protocolos, capacitaciones, mejora de la comunicación y resolutividad. **Conclusión:** Prevalece la evaluación negativa de la cultura de seguridad del paciente. Establecer una cultura de seguridad constructiva, con comportamientos seguros, representa factores para mejorar la seguridad del paciente en ambientes de atención primaria.

Descriptorios: Seguridad del paciente; Atención Primaria de Salud; Grupo de Atención al Paciente; Cultura Organizacional; Calidad de la Atención de Salud.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um tema em evidência mundial nos últimos anos, em especial, na última década. Sendo fundamental para qualidade do cuidado, assumiu importância pelos profissionais de saúde que almejam proporcionar cuidados seguros e eficientes aos pacientes⁽¹⁾. A segurança do paciente é importante nos três níveis de atenção à saúde: Atenção Primária, Secundária e Terciária, uma vez que o cuidado envolve a promoção e prevenção dos incidentes e Eventos Adversos (EA), o levantamento das causas desses acontecimentos, a gestão dos recursos humanos, a efetiva liderança organizacional e o fortalecimento da cultura de segurança⁽²⁾.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal forma de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), e o primeiro ponto de contato dos pacientes com o serviço. O SUS, criado pela Constituição Federal brasileira, em 1988, foi definido com princípios universalistas e igualitários, na concepção de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo organizado a partir das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da sociedade. A implantação do SUS levou à expansão da rede de atenção primária, onde, pelo processo de descentralização foram ampliados os serviços e fortalecidas as Redes de Atenção à Saúde. O SUS tem responsabilidade pela gestão e atenção à saúde da população, sendo necessário uma equipe participativa e comprometida com seus usuários⁽³⁻⁴⁾.

Neste contexto, a APS é compreendida como componente-chave da atenção à saúde. Com isso, o aprimoramento da cultura de segurança nesse ambiente deve ser prioridade para a gestão das unidades de saúde⁽⁵⁾. Embora grande parte dos cuidados à saúde da população seja prestada na APS, o tema "cultura da segurança do paciente" ainda é pouco explorado nesse contexto.

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⁽⁶⁾. Esse comprometimento por parte dos gestores e profissionais é muito importante, pois os incidentes relacionados à assistência também estão presentes no contexto da APS, mas ainda são pouco visualizados.

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⁽⁴⁾. Motivo pelo qual, o interesse pelos fatores relacionados à segurança do paciente fora do ambiente hospitalar tem aumentado⁽⁷⁾.

Em alguns países, como os Estados Unidos, Austrália e Portugal, a segurança do paciente vem sendo estudada e explorada. No Brasil, a temática ganhou maior visibilidade, em 2013, a partir da implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Porém, deve-se considerar que ainda há pouco investimento em pesquisas brasileiras nesse cenário⁽⁸⁾.

A partir da questão de pesquisa "Como está a cultura de segurança do paciente na APS, na perspectiva dos profissionais da área da Saúde?"

OBJETIVO

Avaliar a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde de um município do Rio Grande do Sul, Brasil.

MÉTODO

Aspectos éticos

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, elaborado de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece parâmetros para pesquisas que envolvem seres humanos. Todos os participantes receberam informações referentes à pesquisa, como objetivo, justificativa, relevância do estudo, riscos e benefícios, bem como questões legais e éticas. Após a concordância em participar da pesquisa, todos os profissionais receberam o questionário acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Desenho, local do estudo e período

Estudo transversal, realizado na APS de um município do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. A Secretaria Municipal de Saúde do município é responsável pela rede pública de APS, a qual é composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF). A UBS contempla equipes de Atenção Básica. A ESF engloba as Equipes de Saúde da Família e as Unidades Mistas. As UBS, de maneira geral, são compostas por clínico geral, ginecologista, pediatra, odontólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem e algumas contam com Agente Comunitário de Saúde (ACS). Nas ESF, a equipe de saúde é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo e Atendente de Consultório Dentário (ACD), ACS e algumas contam com nutricionista, farmacêutico e fisioterapeuta. As Unidades Mistas, geralmente, possuem duas equipes, oferecendo à população atendimento de Urgência e Emergência e serviço de UBS⁽⁹⁾.

A coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a agosto de 2016. Participaram os profissionais que atuam nas equipes das UBS, ESF e de Unidades Mistas.

População; critérios de inclusão e exclusão

A população foi composta por todos os profissionais de saúde e gestores do município em questão, os quais fazem parte das seguintes categorias profissionais: Enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACS, médicos, dentistas, auxiliares de saúde bucal, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais e fonoaudiólogos, totalizando 349 profissionais. Critério de inclusão: Profissionais que atuavam há pelo menos um mês na unidade. Excluíram-se aqueles que estavam afastados do trabalho no período da coleta de dados. A abordagem aos participantes foi realizada pela coordenadora da pesquisa e estudantes previamente capacitados. Ocorreu durante o turno de trabalho, com agendamento prévio de data e horário mais favoráveis, de modo que não prejudicasse o andamento do trabalho.

Protocolo do estudo

Utilizou-se a versão brasileira⁽²⁾ do *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version* (SAQ-AV), originalmente desenvolvido pela Universidade do Texas, para ser utilizado em ambulatorios⁽¹⁰⁾. Possui 62 questões divididas em nove domínios (Satisfação no Trabalho, Cultura do Trabalho em Equipe, Condições de Trabalho, Comunicação, Segurança do Paciente, Educação Permanente, Gerência da Unidade, Reconhecimento do Estresse, Erro) e uma questão sobre ter respondido o questionário anteriormente. As respostas eram avaliadas em uma escala do tipo Likert de cinco pontos que variam de Não Concordo Fortemente a Concordo Fortemente e Não se aplica. O SAQ-AV também apresenta um espaço para os participantes citarem três recomendações para aperfeiçoar a segurança do paciente na sua unidade de saúde.

Ao instrumento, foram acrescentadas questões complementares pelos pesquisadores sobre variáveis sociodemográficas e laborais (idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, categoria profissional, unidade de trabalho, vínculo com a instituição, turno de trabalho, tempo de experiência na APS, tempo de trabalho na unidade, gosta do seu trabalho, optou pelo trabalho na unidade, teve treinamento, outro emprego, forma de contato com o paciente).

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram organizados no programa Epi-Info[®], versão 6.4, com dupla digitação independente. Após análise das divergências na digitação, os dados foram analisados no programa PASW Statistics[®] (*Predictive Analytics Software*, da SPSS Inc., Chicago - USA) 18.0 for Windows.

Para cada pergunta do SAQ-AV, foram estabelecidos escores de 2 a 10, sendo: 2 "Não Concordo Fortemente"; 4 "Não Concordo Levemente"; 6 "Neutro"; 8 "Concordo Levemente" e 10 "Concordo Fortemente"⁽²⁾. A análise do SAQ-AV foi realizada com o SAQ-AV Total e por domínios. Para análise descritiva do SAQ-AV, realizou-se o somatório das respostas aos 62 itens⁽⁶⁾. Para calcular o escore de cada domínio, foi somada a resposta dos itens, dividindo-se pelo número total de itens do domínio. Consideram-se indicadores positivos de atitudes de segurança, escores com valores $\geq 7,5$. Os domínios do SAQ-AV foram classificados de acordo com o ponto de corte para cultura de segurança e dicotomizados em cultura negativa ($<7,5$) e positiva ($\geq 7,5$)⁽²⁾.

A análise da confiabilidade do SAQ-AV foi realizada pelo Coeficiente Alpha de Cronbach e o teste Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade dos dados. A análise descritiva das variáveis categóricas foi realizada por meio da frequência absoluta (N) e relativa (%). Já para as variáveis quantitativas, utilizou-se a Média e Desvio Padrão quando apresentassem distribuição simétrica e mediana e intervalo interquartil, se distribuição assimétrica. Para a análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas, laborais e os domínios do SAQ-AV, utilizaram-se os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher; Mann-Whitney ou Kruskallis, de acordo com o tipo de variável. Em todas as análises, considerou-se associação estatisticamente significativa quando havia valor de $p < 0,05$.

As recomendações citadas pelos participantes foram organizadas de acordo com a semelhança e classificadas em dimensões.

RESULTADOS

Dos 349 trabalhadores, 7 (2%) encontravam-se afastados do trabalho por licença para tratamento de saúde. Assim, a população elegível foi de 342 profissionais. Desses, 43 (12,6%) recusaram-se a participar do estudo, 39 (11,4%) não foram localizados ou não devolveram o questionário após três tentativas. Responderam ao questionário 260 trabalhadores. Nesse total, ainda foi necessário excluir 6 (2,3%) questionários que continham questões em branco. Com isso, 254 (74,3%) profissionais participaram efetivamente do estudo. Estes foram divididos pelos setores de atuação: Gestão (coordenadores), UBS, ESF e Unidades Mistas.

Predominaram profissionais do sexo feminino (81,1%), com idade entre 22 e 39 anos (53,6%), casados ou que viviam com companheiro (65%) e possuíam graduação (61,8%). Quanto à categoria profissional, 62 (24,4%) eram ACS, 50 (19,7%) enfermeiros, 43 (16,9%) técnicos de enfermagem, 42 (16,5%) médicos, 23 (9,1%) dentistas, 9 (3,5%) auxiliares de saúde bucal, 7 (2,8%) auxiliares de enfermagem e 18 (7,1%) outros (fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais e fonoaudiólogos).

A maior parte da população trabalhava em ESF (44,1%), cumpriam turno misto de trabalho (84,6%) e regime estatutário (86,6%). Quanto ao tempo de experiência, trabalhavam na APS há mais de 13 anos (36%), tempo de experiência na unidade até um ano (33,6%).

Tabela 1 – Análise descritiva dos domínios do *Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version* na Atenção Primária à Saúde, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016 (N=254)

Domínios SAQ	Respondente		Média	Desvio Padrão	Mediana	Intervalo IQ*			Mín	Máx	α^{**}
	n	%				25	50	75			
SAQ-AV Total	217	85,4	7,0	1,3	7,0	6,0	7,0	7,3	3,4	8,4	0,86
Satisfação no Trabalho	250	98,4	7,3	1,0	7,3	7,0	7,3	8,2	3,3	10,0	0,41
Cultura do Trabalho em Equipe	252	99,2	7,2	2,0	7,3	6,3	7,3	9,0	1,3	10,0	0,39
Condições do Trabalho	242	95,3	5,0	1,3	5,0	4,0	5,0	5,4	1,4	10,0	0,42
Comunicação	242	95,3	7,1	1,2	7,2	6,3	7,2	8,1	2,3	10,0	0,76
Segurança do Paciente	254	100,0	8,2	1,8	8,7	7,3	8,7	10,0	0,0	10,0	0,63
Educação Permanente	250	98,4	6,5	2,1	6,7	4,7	6,7	8,0	7,0	10,0	0,55
Gerência da Unidade	251	98,8	7,4	2,1	7,5	6,0	7,5	9,5	0,0	10,0	0,69
Reconhecimento do Estresse	245	96,5	6,3	1,1	6,4	5,8	6,4	6,9	1,3	9,3	0,27
Erro	252	99,2	5,0	2,0	5,5	4,0	5,5	6,0	0,0	9,0	0,35

Nota: *Intervalo Interquartil; **Alfa de Cronbach; SAQ - Safety Attitudes Questionnaire.

Em relação a ter outra atividade laboral, 200 (78,7%) não a possuía, 146 (57,7%) optaram por trabalhar na sua unidade de saúde, 246 (97,2%) disseram gostar do seu emprego, 144 (57,1%) tiveram algum treinamento e a forma de contato com o paciente foi predominante a direta (96,1%).

Os resultados dos fatores que interferem na segurança do paciente, de acordo com as características sociodemográficas e laborais dos participantes, compõe as Tabelas 2 e 3.

Tabela 2 – Análise do *Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version*, segundo variáveis sociodemográficas e categoria profissional dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016, (N=254)

Variável	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura Positiva (≥7,5)*		Valor de p**
	n	%	n	%	
Sexo					0,761
Masculino	31	77,5	9	22,5	
Feminino	141	79,7	36	20,3	
Idade					0,074
22 a 39 anos	76	72,4	29	27,6	
40 a 63 anos	74	83,1	15	16,9	
Situação conjugal					0,666
Casado ou com companheiro	111	79,9	28	20,1	
Solteiro ou sem companheiro	58	77,3	17	22,7	
Escolaridade					0,225
Ensino médio	56	74,7	19	25,3	
Nível superior	116	81,7	26	18,3	
Categoria profissional					0,050
Agente comunitário de saúde	37	80,4	9	19,6	
Enfermeiro	36	80,0	9	20,0	
Técnico de Enfermagem	22	66,7	11	33,3	
Médico	28	75,7	9	24,3	
Dentista	20	87,0	3	13,0	
Auxiliar de saúde bucal	7	77,8	2	22,2	
Auxiliar de enfermagem	5	83,3	1	16,7	
Outros***	17	94,4	1	5,6	

Nota: *Ponto de corte; **Teste Qui-Quadrado de Pearson; ***Fisioterapeuta, educador físico, psicólogo, farmacêutico, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo.

Quanto à relação entre os domínios do SAQ-AV, as características sociodemográficas e laborais, o domínio “Satisfação no Trabalho” apresentou cultura de segurança positiva com significância estatística nas categorias ACS (n=31; 51,7%), técnico de enfermagem (n=29; 70,7%), médicos (n= 23;54,8%) e auxiliar de enfermagem (n=4; 57,1%) e forma de contato direto com o paciente (n=123; 51,3%). Os dentistas obtiveram maior percentual para avaliação negativa (n=15; 65,2%).

No domínio “Cultura do Trabalho em Equipe”, observou-se que os profissionais solteiros (n=50; 58,8%) e que estavam atuando até um ano (n=49; 58,3%) apresentaram significativamente maiores percentuais para cultura positiva. Profissionais com escolaridade de nível médio (n=58; 60,4%), que atuavam há mais que 6 anos na mesma unidade de saúde (n=51; 60,7%), que tinham contato de forma indireta com os pacientes (n=9; 90,0%), apresentaram maiores percentuais para cultura negativa (p<0,05). O domínio “Condições de Trabalho” não apresentou relação estatisticamente significativa com as variáveis sociodemográficas e laborais.

Tabela 3 – Análise do *Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version*, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016, (N=254)

Variável	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura Positiva (≥7,5)*		Valor de p
	n	%	n	%	
Setor de atuação					0,042**
UBS	41	82,0	9	18,0	
ESF	66	73,3	24	26,7	
Unidade mista	53	81,5	12	18,5	
Gestão	12	100,0	-	-	
Turno de trabalho					0,185**
Manhã	23	88,5	3	11,5	
Tarde	7	87,5	1	12,5	
Misto	142	78,0	40	22,0	
Vínculo					0,494***
Contratado	26	83,9	5	16,1	
Concurado	146	78,5	40	21,5	
Tempo de experiência na APS					0,001***
Até 4 anos	58	82,9	12	17,1	
5 a 12 anos	42	63,6	24	36,4	
Mais que 13 anos	68	88,3	9	11,7	
Tempo que trabalha nesta unidade					0,844***
Até 1 ano	57	77,0	17	23,0	
2 a 5 anos	55	79,7	14	20,3	
Mais que 6 anos	59	80,8	14	19,2	
Gosta do seu trabalho					0,721****
Sim	167	79,1	44	20,9	
Não	4	80,0	1	20,0	
Optou pelo trabalho nesta unidade					0,877***
Sim	101	78,9	27	21,1	
Não	71	79,8	18	20,2	
Teve algum treinamento					0,292***
Sim	87	76,3	27	23,7	
Não	83	82,2	18	17,8	
Possui outro emprego					0,193***
Sim	38	86,4	6	13,6	
Não	134	77,5	39	22,5	
Forma de contato com o paciente					0,209****
Direta	163	78,4	45	21,6	
Indireta	9	100,0	-	-	

Nota: *Ponto de corte; **Teste Qui-Quadrado com correção; ***Teste Qui-Quadrado de Pearson; ****Teste Exato de Fisher; UBS - Unidades Básicas de Saúde; ESF - Estratégias de Saúde da Família; APS - Atenção Primária à Saúde.

No domínio “Comunicação”, técnicos de enfermagem (n=25; 64,1%) apresentaram maiores percentuais de avaliação positiva, as demais categorias foram classificadas com maiores percentuais para cultura negativa (p=0,009). Os profissionais de ESF apresentaram diferença significativa para cultura positiva (n=53; 51,5%), profissionais cujo tempo de experiência na APS foi menor que 4 anos (n=42; 54,5%) e maior que 13 (n=59; 68,6%) e aqueles que possuem contato direto com o paciente (n=126; 54,3%) evidenciaram maiores percentuais para cultura negativa (p<0,05).

Com maiores percentuais para cultura positiva do domínio “Segurança do Paciente”, os trabalhadores de ESF (n=86; 76,8%), que trabalhavam no turno da tarde (n=7; 70%), com experiência entre 5 e 12 anos na APS (n=63; 79,7%) e que atuavam de forma

direta com o paciente (n=166; 68,0%), apresentaram relação significativa. A “Educação Permanente” evidenciou significativamente maiores percentuais para cultura negativa com os profissionais do sexo feminino (n=141; 69,5%), escolaridade de nível superior (n=114; 72,6%), atuantes em UBS (n=47; 83,9%), com tempo de experiência na APS superior há 13 anos (n=64; 72,7%), que não tiveram treinamento (n=88; 82,2%) e possuíam outro emprego (n=41; 78,8%). Dentre as categorias profissionais, somente os ACS (n=31; 52,5%) foram classificados com cultura positiva neste domínio.

Evidenciou-se que profissionais que possuem o contato direto com o paciente (n=147; 61,10%) foram classificados para cultura positiva relacionada ao domínio “Gerência na Unidade”, quando comparados aos que possuem contato indireto com o paciente (n=8; 80%) (p<0,05). Profissionais de 40 a 63 anos (n=91; 91%) e profissionais da gestão (N=12; 100%) foram classificados, significativamente, com maiores percentuais para o baixo reconhecimento do estresse. A relação do domínio “Erro” e as variáveis laborais verificou que profissionais que optaram por trabalhar na sua unidade de saúde (n=139; 95,9%) tiveram maiores percentuais para cultura negativa (p<0,05).

Quadro 1 - Recomendações para aperfeiçoar a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016

Dimensão	Recomendação
Protocolos	Implementar protocolos para Segurança do Paciente e padronizar os protocolos de atendimento (doenças agudas, crônicas e Emergência).
Capacitações	Treinamentos, cursos, seminários, Educação Permanente e pesquisas.
	Reuniões periódicas de equipe para organizar o processo de trabalho e <i>feedback</i> das atividades realizadas.
Ambiente de trabalho e infraestrutura	Acessibilidade adequada para usuários com necessidades especiais.
	Abastecimento de materiais para atendimentos de Urgência e Emergência.
	Central de esterilização adequada.
Condições e Sobrecarga de Trabalho	Número de profissionais suficientes para suprir a demanda.
	Disponibilidade de especialistas para atendimento de referência.
	Equipe médica fixa e com cumprimento de horário integral.
Comunicação	Comunicação efetiva entre profissionais e usuários. Fortalecer o acolhimento aos usuários. Identificar corretamente os pacientes.
	Orientar os pacientes sobre o tratamento e uso seguro de medicamentos.
	Coordenação mais ativa e aberta a sugestões referentes aos problemas da unidade.
Erro	Admitir e dialogar sobre o erro. Identificar incidentes.
	Prescrições médicas com letras legíveis.
Resolutividade	Finalizar o que for possível do atendimento na unidade e encaminhar para referência quando necessário.
	Referência e contra-referência resolutiva.
	Discutir com a equipe as causas dos incidentes e as condutas adotadas.
	Estratificação de risco pelos critérios clínicos e sociais dos usuários.

As recomendações apontadas pelos participantes para aperfeiçoar a cultura de segurança do paciente nos serviços da APS estão descritas no Quadro 1. No que se refere ao índice das respostas para esse questionamento, (N=118; 46,5%) apontaram pelo menos uma recomendação.

DISCUSSÃO

Evidencia-se que a maior parte dos profissionais participantes foram ACS. O número de ACS por unidade de saúde deve ser de oito a 12 ACS, sendo este suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, não ultrapassando o máximo de 750 pessoas por ACS⁽¹¹⁾. Os enfermeiros representaram 19,7% e médicos 16,5% dos profissionais participantes, dentre as categorias profissionais, a que apresentou maior número de perdas e dificuldade para coleta dos dados foi a médica. Além da dificuldade para encontrá-los, pois trabalhavam em mais de uma unidade de saúde, muitos não se dispunham a responder ao questionário. Na literatura, considera-se que uma possível razão para maior participação de enfermeiros poderia ser que estes estão presentes por mais tempo nas unidades de saúde do que os médicos⁽¹²⁾.

O tempo de experiência dos profissionais na APS foi superior a 13 anos, semelhante a outro estudo com o SAQ-AV que encontrou profissionais com 11 a 20 anos⁽¹³⁾. Esse tempo pode favorecer o planejamento, a organização, o conhecimento da área adscrita, os usuários cadastrados, o fortalecimento do vínculo, colaborando para uma melhor cultura de segurança.

A avaliação geral da cultura de segurança no município pesquisado foi negativa (7,0±1,3). Em relação aos nove domínios, apenas o domínio “Segurança do Paciente” apresentou percentual positivo para cultura de segurança (8,2±1,8). A quase totalidade dos domínios apresentando escores negativos para cultura de segurança evidencia a precariedade do serviço de saúde na APS. Isso é preocupante, pois pode haver implicações para a prática assistencial segura e de qualidade⁽¹⁴⁾.

A maneira com que os profissionais e coordenadores das instituições lidam com erros, dificuldades de comunicação nas complexidades que envolvem a assistência à saúde, rotatividade e absenteísmo estão interligadas com a satisfação no trabalho⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Os enfermeiros apresentaram maior percentual significativo para cultura negativa no domínio “Satisfação no trabalho”. O nível de satisfação dos enfermeiros está diminuindo em nível mundial, e como principais fatores dessa insatisfação encontram-se a falta de profissionais para compor a equipe, a falta de reconhecimento profissional e a alta pressão no ambiente de trabalho⁽¹⁶⁾.

O trabalho em equipe é fundamental na assistência à saúde. Fatores que influenciam para que os profissionais mantenham-se satisfeitos e participativos devem ser valorizados, pois estimulam atitudes positivas para o bem-estar pessoal e profissional. Este estudo não evidenciou relação significativa entre as categorias profissionais e o domínio “Cultura do Trabalho em Equipe”. Autores ressaltam que os ACS realizam suas atividades diretamente no domicílio dos pacientes e na comunidade. Por vezes, não tem um contato frequente com os demais profissionais, acarretando em uma relação diferente do trabalho em equipe se comparado com aqueles que compartilham o mesmo espaço de trabalho na maior parte do dia⁽²⁾.

É importante que o trabalho em equipe na APS seja fortalecido com um núcleo básico de profissionais dispostos a refletir

criticamente acerca das soluções que são aplicáveis para concretizar uma cultura segura em sua unidade. Uma instituição composta por uma equipe bem relacionada, unida e disposta a trabalhar em conjunto propicia uma assistência segura e, conseqüentemente diminuem as chances de erros e EA⁽¹⁷⁾.

Nas equipes de ESF, o trabalho em equipe torna-se um desafio, uma vez que para o bom desempenho da assistência é necessário a colaboração e cooperação de uma equipe multidisciplinar articulada e engajada em buscar possibilidades para a prática segura. O trabalho em equipe é uma estratégia para fortalecimento e promoção da qualidade da assistência e práticas de atenção à saúde no SUS. Sendo assim, para as equipes de ESF, é um compromisso que requer reorganização, confiança, trabalho coletivo e responsabilização da equipe juntamente com o usuário⁽¹⁸⁾.

Neste estudo, a comunicação teve avaliação negativa. A comunicação eficaz entre os profissionais, entre o usuário e o serviço é o elo para segurança na assistência. Organizações com uma cultura de segurança positiva, resolutiva e que apresentam um trabalho satisfatório são caracterizadas tanto pelo envolvimento dos pacientes em seu cuidado, quanto pela comunicação efetiva⁽¹⁹⁾. Estudo espanhol sobre a prevalência de EA na APS evidenciou que a maioria deles poderia ter sido evitada, que problemas de comunicação e fatores organizacionais foram a raiz de muitos EA⁽¹⁾. Estudo brasileiro evidenciou que a falha na comunicação entre os profissionais e os usuários é um fator contribuinte para ocorrência de incidentes da APS⁽⁸⁾. A comunicação entre os profissionais e usuários deve se promover de maneira aberta, com clareza e que sejam compartilhadas as dúvidas para o bom entendimento de todos.

O domínio "Segurança do Paciente" apresentou relação significativa para cultura de segurança positiva com profissionais de equipes de ESF, que trabalhavam no turno da tarde, com tempo de experiência na APS entre 5 e 12 anos e que atuavam no cuidado de forma direta com o paciente. Autores apontam que profissionais mais experientes podem ajudar na rotina de trabalho e contribuir no desempenho de colegas mais novos na equipe. Essa relação favorece a comunicação, o trabalho em equipe, a troca de conhecimentos e experiências, fato que culminará no fortalecimento da cultura de segurança⁽²⁰⁾. Estudo evidenciou que médicos apresentaram pontuações significativamente mais elevadas que enfermeiros em relação à segurança do paciente⁽¹²⁾.

O domínio "Educação Permanente" apresentou cultura negativa, o que pode trazer conseqüências para a segurança do paciente. A Educação Permanente é uma ação fundamental, pois é o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho⁽²⁾, a constante atualização e o desenvolvimento de pensamento crítico sobre o seu trabalho. No estudo de validação do SAQ-AV, também foram evidenciados escores negativos nesse domínio⁽²⁾. A Educação Permanente é uma forma de incentivo para compartilhar as experiências e conhecimentos do dia a dia entre os trabalhadores.

Uma equipe de saúde tem responsabilidade na prevenção dos incidentes associados à assistência à saúde; contudo, os profissionais ainda estão pouco instrumentalizados na sua formação para lidar com esses erros. Faz-se necessário mudar a atual concepção das falhas no processo de cuidado e, nesse sentido, inserir no cotidiano das equipes debates e discussões que promovam um olhar ampliado dos profissionais frente às dificuldades vivenciadas⁽²¹⁾. Unidades de saúde que contam com a atuação de docentes, acadêmicos e

residentes das diferentes áreas da Saúde podem colaborar nesse olhar ampliado para segurança do paciente, para a Educação Permanente e a construção do conhecimento.

Resultados evidenciados neste estudo levam à reflexão de que os profissionais se sentem valorizados pelos gestores/coordenadores da sua unidade de saúde. Metade dos profissionais pesquisados apresentou pontuação 7,5 para o domínio "Gerência da Unidade". A participação dos gestores na supervisão das atividades diárias, no contato e valorização do trabalho de sua equipe são atitudes que promovem a construção de um nível de confiança e integração da equipe. O apoio da gestão para a segurança do paciente, na inclusão e reconhecimento da equipe para tomada de decisões estão relacionados com a satisfação profissional⁽¹⁴⁾.

O reconhecimento do estresse é um dos temas avaliados no SAQ. Ele se relaciona com a segurança do paciente, pois está amplamente associado ao cansaço, à ansiedade, à desmotivação por não realizar o trabalho da maneira esperada, com apoio e motivação da equipe. Esses estressores podem influenciar no desempenho individual e coletivo da assistência e aumentar os riscos para ocorrência de EA⁽²²⁾.

Neste estudo, o Reconhecimento do Estresse teve avaliação negativa pelos profissionais com idade entre 40 e 63 e pelos profissionais da gestão. O não reconhecimento de como o desempenho é influenciado pelos fatores estressantes do ambiente laboral é deveras preocupante e necessita ser trabalhado com a equipe. Reconhecer que o estresse oriundo das exigências do trabalho pode ser causador de adoecimento, limitar a rotina de trabalho e, conseqüentemente, resultar em qualidade reduzida no cuidado são percepções que precisam ser valorizadas pelos profissionais de saúde⁽²³⁾.

O "Erro" foi um dos domínios que apresentou o escore médio mais baixo ($5,0 \pm 2,0$) para cultura de segurança; em contrapartida, o domínio "Segurança do Paciente" teve a média mais alta. Cabe pensar que a cultura de aprender com os erros não se faz sólida em muitas das unidades de saúde inseridas do estudo. Os erros são difíceis de discutir⁽²⁴⁾, pois ainda é muito presente a cultura da culpabilização e da punição. No entanto, discutir com os profissionais sobre o erro e a culpa pode ser um caminho para visualizar o erro como uma oportunidade de aprendizado para inibir novas ocorrências relacionados à mesma situação.

Autores destacam que os principais erros citados por médicos de saúde da família estão relacionados a falhas na prescrição, realização de exames corretos como também resultados laboratoriais anormais, arquivamento de prontuários e distribuição de medicamentos. Fatores contribuintes para a ocorrência de erros nesses processos estão relacionados à falha na coordenação das informações entre os profissionais dos diferentes serviços que prestam assistência à saúde⁽²⁵⁾.

Para melhorar a segurança do paciente nas unidades pesquisadas, os participantes citaram recomendações pertinentes e importantes. Dentre elas, a implantação de Protocolos. Esses são desenvolvidos com o intuito de facilitar o processo de atendimento para as equipes de saúde de cuidados primários, para construção uma abordagem adequada as singularidades dos usuários, acolhimento ordenado e coordenado, com a participação de toda equipe de saúde⁽²⁶⁾.

Sinalizaram o interesse por capacitações e qualificações. As capacitações são elementos-chave para qualidade do cuidado e para alcançar avanços na segurança do paciente. As ações de aprendizagem qualificam os profissionais de saúde para que sejam conscientes das responsabilidades para com o paciente⁽²⁷⁾.

Condições e sobrecarga de trabalho formaram uma dimensão a partir das recomendações, como número de profissionais suficientes para suprir a demanda e desempenhar adequadamente sua função. A sobrecarga de trabalho é reflexo da falta de investimento na APS, levando à reflexão de aspectos importantes para segurança do paciente e saúde do trabalhador. O aumento de doenças crônicas e envelhecimento da população estão tornando o atendimento primário mais complexo, sendo necessários investimentos e efetividade na referência e contra-referência⁽¹⁾. As recomendações trazidas neste estudo evidenciam que os profissionais estão dispostos a fortalecer a cultura de segurança na sua unidade e percebem que a comunicação contribui para práticas seguras na APS.

Limitações do estudo

A disponibilidade em preencher o questionário foi uma das maiores dificuldades encontradas. Dentre as categorias profissionais, a equipe médica foi a que apresentou maior número de perdas. Destaca-se, também, a dificuldade quanto ao recolhimento dos questionários quando era necessário deixar com o profissional para ele poder participar. No entanto, destaca-se a colaboração e apoio da coordenação da unidade de saúde em oportunizar a coleta em dias de reuniões de equipe. Essa pode ser uma boa estratégia a ser utilizada por outros pesquisadores em novos estudos.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Ao estudar a cultura de segurança na APS, busca-se tornar o cuidado ao paciente cada vez mais eficiente e seguro, a fim de minimizar os incidentes e reduzir custos desnecessários. Os achados do estudo sugerem que devem ser reorganizados processos de trabalho, com a implementação de fluxogramas de acolhimento e atendimentos, os quais podem ser fortalecidos a partir da Estratificação de Risco na RAS. O fortalecimento entre as RAS e a construção de parcerias pode ser um caminho para estimular a solidificação da cultura de segurança nas instituições.

Percebeu-se a necessidade de discutir a temática na perspectiva de todos os profissionais, com ações que envolvam equipes multiprofissionais. Sugere-se que desde o processo de formação seja abordado sobre a cultura de segurança do paciente. Ainda, este estudo contribuiu percepção da importância da formação de um Núcleo de Segurança do Paciente no contexto da APS.

CONCLUSÃO

Na perspectiva dos profissionais da saúde da APS pesquisada, evidenciou-se avaliação negativa da cultura de segurança. Dos nove domínios do SAQ-AV, "Segurança do Paciente" foi o único domínio que apresentou pontuação positiva. Os domínios "Condições de Trabalho" e "Erro" foram os que obtiveram as médias mais baixas. De acordo com as recomendações dos profissionais, será necessário aperfeiçoar a cultura de segurança do paciente, tendo em vista a elaboração de protocolos, planejamento de capacitações, melhorias na comunicação, no ambiente de trabalho e infraestrutura, redução da sobrecarga de trabalho, prevenção de erro e maior resolutividade.

Estabelecer uma cultura de segurança construtiva, com valores compartilhados, atitudes e comportamentos seguros na prática diária são fatores importantes para aprimorar a segurança do paciente em ambientes e equipes de cuidados primários. Nesse sentido, é importante o diálogo sobre o tema entre a equipe e no contexto da realidade institucional, envolvendo todos os profissionais provedores do cuidado, para que estejam conscientes do seu papel na prevenção dos incidentes durante a assistência.

FOMENTO

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica/ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Universidade Federal de Santa Maria (PIBIC/CNPq/UFSM). O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Peña MPA, Casalengua ML, Cañadas GO, Busto CS, Varela AY, Fernández JAM. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety? *Eur J Public Health* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 10];25(5):781–87. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article/25/5/781/2399128>
2. Paese F, Dal Sasso GTM. Patient safety culture in primary health care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 10];22(2):302–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [cited 2018 Oct 22]. 44 p. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf
4. Menicucci TMG. [The history of the public health reform in Brazil and of the Sistema Único de Saúde: changes, continuities, and the current agenda]. *Hist Ciênc Saúde - Manguinhos* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 22];21(1):77–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004>. Portuguese.
5. Padoveze MC, Figueiredo RM. [The role of primary care in the prevention and control of healthcare associated infections]. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 12];48(6):1137–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700023>. Portuguese.
6. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União:

- República Federativa do Brasil; 2013 [cited 2015 Sep 01]. Jul. 07, Seção 1: 32-33 p. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
7. Timm M, Rodrigues MCS. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 09];29(1):26-37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600005>
 8. Marchon SG, Junior WVM, Pavão ALB. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 22];31(11):2313-30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00194214>
 9. Prefeitura Municipal de Santa Maria (RS), Secretaria de Município da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2013-2016 [Internet]. Santa Maria (RS): Secretaria de Município da Saúde; 2012 [cited 2018 Oct 22]. 46 p. Available from: <http://sites.muniweb.ufsm.br/residencia/images/ Disciplinas/PLANO%202013%20PRONTO.pdf>
 10. Modak I, Sexton JB, Lux TR, Helmreich RL, Thomas, EJ. Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire-ambulatory version. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2007 [cited 2015 Jun 10];12(2):1-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2227589/>
 11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2015 May 2]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
 12. Bondevik GT, Hofoos D, Hansen EH, Deilkås ECT. The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014 [cited 2015 Aug 1];14:139. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-139>
 13. Smits M, Keizer E, Giesen P, Deilkås, ECT, Hofoss D, Bondevik GT. The psychometric properties of the safety attitudes questionnaire in out-of-hours primary care services in the Netherlands. *Plos One* [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 04];12(2):1-12. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0172390>
 14. Alves DFS, Guirardello EB. Nursing work environment, patient safety and quality of care in pediatric hospital. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 17];37(2):e58817. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58817>
 15. Melo MB, Barbosa MA, Souza PR. Job satisfaction of nursing staff: integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 10];19(4):1047-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000400026>
 16. Cruz SP, Abellán MV. Professional burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 05];23(3):543-52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0284.2586>
 17. Matiello, RDC, Lima EFA, Coelho MCR, Oliveira ERA, Leite FMC, Primo CC. Patient safety culture from the perspective of nurses. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 04];21(esp):1-9. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1495/45408-184743-1-pb.pdf>
 18. Garcia ACP, Lima RCD, Freitas PSS, Fachetti T, Andrade MAC. O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. *Rev Epidemiol Control Infect* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 07];5(1):31-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v5i1.5314>
 19. Lima AS, Nicolato FV, Dutra HS, Bahia MTR, Farah BF. Permanent education in primary health care management in the Brazilian public health system. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 05];9(Suppl.4):8135-45. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i4a10569p8135-8145-2015>
 20. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Tobias GC, Ciosak SI. Support for learning in the perspective of patient safety in primary health care. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 20];24:e.2771. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0784.2771>
 21. Wegner W, Silva SC, Kantorski, KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 2];20(3):e20160068. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>
 22. Barbosa MH, Aleixo TCS, Oliveira KF, Nascimento KG, Felix MMS, Barichello E. Patient safety climate in medical and surgical units. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 10];18:e1183. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.39763>
 23. Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM. Professional attitudes toward patient safety culture in a bone marrow transplant unit. *Rev. Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 27];37(1):e55716. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.55716>
 24. Gabrani JC, Knibb W, Petrela E, Hoxha A, Gabrani A. Provider Perspectives on Safety in Primary Care in Albania. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 10];48(6):552-60. Available from: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12236>
 25. Vincenti C, Amalberti R. Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. 1 ed. Rio de Janeiro: Proqualis, ICICT/ Fiocruz; 2016. 198 p.
 26. Peña MPA, Casalengua MLT, Cañadas GO. Prioridades em seguridad del paciente em Atención Primaria. *Editorial. Aten Primaria* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 08];48(1):3-7. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prioridades-seguridad-del-paciente-atencion-S0212656715002474>
 27. Marinho MM, Radünz V, Barbosa SFF. Assessment of safety culture by surgical unit nursing teams. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 18];23(3):581-90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002640012>