



Percepção dos enfermeiros sobre o clima de segurança do paciente na atenção primária à saúde*


Edinêis de Brito Guirardello¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0457-2850>


Mariana Véio Nery de Jesus (*In memoriam*)^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0001-9826-081X>


Lilian Ceroni Vieira¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7903-4523>

Henrique Ceretta Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0002-8190-0718>

Maria Sílvia Teixeira Giacomasso Vergílio¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7884-8886>

Destaques: **(1)** Há diferenças na percepção do clima de segurança entre os distritos de saúde. **(2)** Existência de correlação entre as dimensões do clima com satisfação profissional. **(3)** Influência da carga de trabalho e liderança na percepção do clima de segurança. **(4)** Relação entre clima de segurança e relato de incidentes relacionados à assistência. **(5)** Há diferenças na percepção do clima de segurança entre enfermeiros quanto à função.

Objetivo: avaliar o clima de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde, sob a perspectiva dos enfermeiros dos serviços.

Método: estudo quantitativo e transversal, com 148 enfermeiros de um município do Estado de São Paulo. Foram utilizadas a versão brasileira do *Primary Care Safety Questionnaire Survey* e variáveis pessoais, profissionais e desempenho organizacional (intenção permanecer no trabalho, satisfação no trabalho, qualidade do cuidado e frequência de incidentes). Realizaram-se testes de comparação paramétricos, não paramétricos e coeficiente de correlação de Spearman, considerando nível de significância de 5%. **Resultados:** o clima de segurança foi positivo, com variação de 4,52 a 5,33; diferiu entre distritos para carga de trabalho ($p=0,0214$) e liderança ($p=0,0129$). As variáveis profissionais e dimensões do clima de segurança diferiram em relação à frequência de incidentes. Trabalho em equipe, sistema de segurança e aprendizagem foram fortemente correlacionados à satisfação no trabalho e moderadamente com percepção da qualidade do cuidado. **Conclusão:** trabalho em equipe e sistema de segurança e aprendizagem se destacaram pela correlação positiva com satisfação no trabalho e qualidade do cuidado. O clima de segurança positivo favorece o envolvimento dos enfermeiros da atenção primária para desenvolver planos de melhorias alinhados ao Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Descritores: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Liderança; Enfermeiras e Enfermeiros; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde.

* O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, processo 2019/19370-9, e do Fundo de Apoio ao Ensino, à Pesquisa e à Extensão – FAEPEX, Brasil.

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP, Brasil.

² Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), Brasil.

Como citar este artigo

Guirardello EB, Jesus MVN, Vieira LC, Oliveira HC, Vergílio MSTG. Nurses' perceptions about the patient safety climate in Primary Health Care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4092 [cited ____/____/____]. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6374.4092>

Introdução

A segurança do paciente é definida como uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes propícios ao cuidado à saúde que, de forma consistente e sustentável, diminui os riscos e reduz a ocorrência de danos evitáveis⁽¹⁾. É considerada um aspecto fundamental da qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde⁽¹⁻²⁾, em especial da Atenção Primária à Saúde (APS), por ser considerada a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na APS, a adoção dos preceitos da segurança do paciente ainda é incipiente, apesar do lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 2013, que estabeleceu a obrigatoriedade de implementar protocolos e estratégias norteadoras das ações para a assistência segura em todos os serviços de saúde do país. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017, trouxe avanços nessa temática com foco na redução de riscos e eventos adversos nos serviços da APS⁽³⁻⁴⁾. A terminologia "segurança do paciente" pode causar estranhamento aos profissionais da APS, pois, de acordo com os princípios do SUS, o cidadão é entendido como protagonista e participante do seu cuidado, sendo denominado como usuário. Contudo, cabe ressaltar que é uma taxonomia reconhecida mundialmente para todos os serviços de saúde.

Os danos ao usuário, advindos dos cuidados inseguros, são, portanto, um desafio global para os gestores e para a saúde pública, uma vez que podem causar incapacidades irreversíveis e levar a óbito⁽¹⁻²⁾. Na Inglaterra, a incidência de danos na APS foi de 35,6 a 57,9 por 100.000 usuários por ano e, em sua maioria, foi relacionada a problemas com o diagnóstico, seguido de problemas com prescrição de medicamentos, e menor parcela com encaminhamentos tardios para tratamentos, de tal forma que os autores ressaltaram que a maioria dos incidentes pode ser evitada⁽⁵⁾.

No Brasil, estudos sobre a segurança do paciente na APS apontam que os incidentes mais comuns foram associados a erros de diagnóstico e de medicação, e os fatores contribuintes para esses incidentes foram: falhas no cuidado, falhas na gestão e falhas na comunicação com usuário, com a equipe e com outros níveis da RAS⁽⁶⁾. Além disso, também foram associados a erros administrativos, como falhas envolvendo prontuários, com registros incompletos, perda, extravios e troca entre usuários⁽⁷⁾. Ademais, fatores de natureza pessoal, organizacional e do ambiente de trabalho, tanto interno como externo, também podem influenciar uma cultura de segurança negativa⁽⁸⁾.

A criação de uma cultura sustentável e de apoio à segurança do paciente é condição-chave para a redução de eventos adversos nas instituições de saúde, pois possibilita identificar as fragilidades estruturais e sistêmicas e, a partir delas, pode-se implementar ações de melhorias adequadas à saúde⁽¹⁾. Uma forte cultura de segurança não é fundamental apenas para reduzir o dano à pessoa usuária, mas também para proporcionar um ambiente de trabalho seguro para os trabalhadores da saúde⁽¹⁾.

O clima de segurança é uma medida indireta da cultura de segurança⁽⁹⁾, que envolve a perspectiva e as crenças das pessoas de uma organização em relação à política e serviços de segurança, atitudes organizacionais, gerenciamento e supervisão da segurança⁽¹⁰⁾. A avaliação do clima de segurança por meio de instrumentos específicos é um método eficiente para o diagnóstico de aspectos da cultura de segurança institucional⁽¹¹⁾, que permite fortalecer a gestão no que tange ao planejamento de ações nessa direção⁽¹²⁾.

A APS tem como diretrizes a prestação de serviço integral, acolhedor, seguro e resolutivo às demandas de saúde do indivíduo, família e comunidade^(3,13-14). O enfermeiro é o profissional que desempenha papel central na gestão das equipes atuantes nos serviços de APS, por sua liderança, tanto nas atividades técnicas/assistenciais quanto no planejamento e coordenação de programas estabelecidos por leis, estatutos e diretrizes do Ministério da Saúde (MS) e do conselho profissional^(3,14-15).

Destaca-se que uma liderança eficaz é fundamental para estabelecer cultura institucional voltada para a segurança do paciente, bem como compreender que possam existir falhas e potenciais erros no processo de produção do cuidado, os quais precisam ser avaliados e corrigidos⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Frente ao exposto, neste estudo o objetivo foi avaliar o clima de segurança do paciente da APS, na perspectiva dos enfermeiros dos serviços.

Método

Tipo do estudo

Estudo quantitativo e transversal, seguindo-se as recomendações do *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology* (STROBE)⁽¹⁹⁾. Salienta-se que o clima de segurança do paciente no contexto da APS será analisado na perspectiva dos enfermeiros, a partir de variáveis pessoais, profissionais e de desempenho organizacional.

Local

O estudo foi realizado em um município de grande porte, com população estimada de 1.236.885 habitantes, localizado

no interior do Estado de São Paulo, Brasil. Esse município contém 66 Centros de Saúde (CS) distribuídos em cinco Distritos de Saúde (DS) denominados: Norte com 12 CSs, Sul com 17 CSs, Leste com dez CSs, Noroeste com 14 CSs e Sudoeste com 13 CSs, com coordenação organizada em territórios com aproximadamente 200.000 habitantes. Cada CS atende cerca de 20.000 habitantes e é administrado por um coordenador, cujo estabelecimento de saúde contempla de duas a cinco equipes de saúde da família, de acordo com a população da área de abrangência do território⁽²⁰⁾.

Período

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro de 2019 a março de 2020.

População

A população total correspondeu a 249 enfermeiros, sendo 41 enfermeiros do Distrito Leste, 52 do Distrito Noroeste, 44 do Distrito Norte, 48 do Distrito Sudoeste e 64 do Distrito Sul, provenientes dos diferentes CSs dos cinco DSs do município.

Critérios de seleção

Foram considerados os enfermeiros que atuavam na coordenação e na assistência dos CSs, com um tempo de experiência de pelo menos seis meses. Foram excluídos os profissionais ausentes devido a férias ou outras licenças.

Amostra

O tamanho amostral foi determinado considerando a metodologia de cálculo amostral para estimação de uma proporção⁽²¹⁾. No cálculo, foi assumida uma proporção igual a 0,50, cujo valor representa a variabilidade máxima da distribuição binomial, erro amostral de 5%, nível de significância de 5% e a população composta por 249 enfermeiros. O cálculo resultou em uma amostra mínima de 151 participantes.

A amostra foi dividida proporcionalmente entre os distritos, de acordo com a população de enfermeiros de cada um dos distritos, sendo 25 enfermeiros no Distrito Leste, 31 no Distrito Noroeste, 27 no Distrito Norte, 29 no Distrito Sudoeste e 39 no Distrito Sul. Os participantes foram selecionados por meio de um esquema de amostragem por conglomerados e estratificado segundo os distritos.

O número de CSs que compuseram o estudo foi: dez no Distrito Norte, 14 no Sul, oito no Leste, 11 no Noroeste e 12 no Sudoeste. Cabe salientar a interrupção da coleta de dados em função da pandemia da COVID-19, especialmente

no que se refere ao Distrito Leste, último local de coleta, devido à falta de acesso aos CSs e disponibilidade dos enfermeiros. Assim, ao final, foi possível obter uma amostra de 148 enfermeiros, sendo 16 enfermeiros no Distrito Leste (dos 25 previstos), 31 no Noroeste, 30 no Norte (dos 27 previstos), 32 no Sudoeste (dos 29 previstos) e 39 no Sul. Portanto, o número de participantes dos Distritos Norte e Sudoeste superou a amostra proporcional prevista.

Variáveis

Foram consideradas variáveis pessoais de idade, sexo e estado civil. As variáveis profissionais foram: tempo de experiência na equipe atual e na APS, função no CS em relação ao cargo de coordenação ou assistência, número de equipes no CS, tipo de equipe em que trabalhava [Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)], se a equipe estava completa e se o profissional possuía outro vínculo empregatício. Vale a pena ressaltar que as equipes citadas são organizadas de acordo com a PNAB⁽³⁾.

A variável clima de segurança foi extraída da versão brasileira do *Primary Care Safety Questionnaire (PC-SafeQuest)*⁽²²⁾ e tem como objetivo avaliar a percepção do clima de segurança do usuário na APS. É composta por 28 itens distribuídos em cinco dimensões: carga de trabalho (três itens) demonstra o comprometimento do desempenho pelo excesso de carga de trabalho, número inadequado de pessoal, restrições de tempo e expectativas dos profissionais ao trabalhar sob pressão; comunicação (cinco itens) abrange o grau em que a discussão entre os membros da equipe é aberta e honesta, e se os profissionais se sentem livres para questionar as decisões da gestão; liderança (cinco itens) avalia se os líderes estão abertos a sugestões de melhorias e atitudes em relação a regras e procedimentos formais; trabalho em equipe (sete itens) refere-se à percepção da sua importância e o nível de respeito mútuo e apoio dentro das equipes e sistema de segurança e aprendizagem (oito itens) avalia o grau em que as práticas incentivam a comunicação de eventos significantes e a existência de procedimentos para preveni-los⁽²³⁾.

Essas dimensões são avaliadas por meio de uma escala Likert com as opções: "de modo algum (1 ponto)", "de modo muito limitado (2 pontos)", "de modo limitado (3 pontos)", "moderadamente (4 pontos)", "de modo considerável (5 pontos)", "em grande parte (6 pontos)" e "completamente (7 pontos)". O escore é calculado pela média da pontuação das respostas de cada um dos itens e quanto maior a pontuação mais positiva a percepção do clima de segurança pelo profissional. Para o presente

estudo, foi considerado clima de segurança positivo quando pontuações médias foram iguais ou superiores a quatro pontos e pontuações médias inferiores a quatro, classificados como clima de segurança negativo. O *PC-SafeQuest* é um dos instrumentos de avaliação do clima na APS, reconhecido por sua praticidade, aceitabilidade e possibilidade de identificar os pontos frágeis que merecem ser investigados e modificados⁽¹¹⁾.

As variáveis de desempenho organizacional avaliadas foram: intenção do profissional em permanecer no emprego no próximo ano, percepção da qualidade do cuidado oferecido ao usuário no seu ambiente de trabalho, satisfação no trabalho e incidentes relacionados à assistência à saúde. As duas primeiras variáveis foram avaliadas em uma escala que varia de zero a dez pontos e quanto mais próximo de dez melhor a percepção da qualidade do cuidado e maior a intenção de permanecer no emprego.

A variável satisfação do profissional, em relação à sua posição atual no trabalho, foi medida pela subescala satisfação no trabalho, extraída da versão brasileira do *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short form 2006*⁽²⁴⁾. Salienta-se que tal subescala é composta por cinco itens, a saber: 1. Eu gosto do meu trabalho; 2. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família; 3. Este é um bom lugar para trabalhar; 4. Eu me orgulho de trabalhar nesta área e 5. O moral (estado de espírito/ ânimo) nessa área é alto.

Esses itens foram avaliados por meio de uma escala Likert com as opções: "Discordo totalmente" (zero ponto); "Discordo em parte" (25 pontos); "Neutro" (50 pontos); "Concordo em parte" (75 pontos); "Concordo totalmente" (100 pontos) e, também, a opção "Não se aplica" para os itens sem pontuação. O escore de cada domínio é obtido pela soma das pontuações dividido pelo número de questões respondidas, excluindo-se aquelas com resposta "não se aplica". Valores iguais ou acima de 75 pontos representam profissionais satisfeitos no trabalho.

Por fim, a variável de incidentes relacionados à assistência à saúde abrangeu: a) falha na identificação do usuário em procedimentos e exames, b) falha na identificação do usuário na consulta e prontuário, c) falta de adesão na higienização das mãos e d) falha na comunicação entre profissionais e usuários. Foram considerados como incidentes quaisquer desvios na assistência que representem riscos de dano ao paciente como erros, eventos ou perigos evitáveis⁽¹⁴⁾. Os participantes foram solicitados a relatar a frequência de ocorrência desses incidentes em sua unidade de trabalho no último mês e as opções de respostas foram: "Nunca" (1 ponto); "Raramente" (2 pontos), "Frequentemente" (3 pontos) e "Muito frequentemente" (4 pontos).

Coleta de dados

A coleta foi realizada presencialmente nos CSs por uma das autoras. Os enfermeiros que atenderam os critérios de inclusão para participarem do estudo, após aceitarem o convite, receberam um envelope contendo os instrumentos, duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) impressas, caneta e lacre. Foi acordado previamente com cada enfermeiro o melhor dia e horário para responder os instrumentos e combinado sobre a devolução desses, quando não era possível respondê-los naquele momento. Os instrumentos eram autorrespondidos, ficando a autora à disposição apenas para possíveis dúvidas.

A coleta foi realizada com o uso da versão brasileira do *PC-SafeQuest*⁽²²⁾, a subescala satisfação no trabalho extraída da versão brasileira do *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*⁽²⁴⁾ e uma ficha com as variáveis pessoais, profissionais, desempenho organizacional e a frequência de incidentes, previamente construída e submetida à validade de conteúdo por um grupo de juízes.

Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica *Excel*, com dupla checagem e validação do banco de dados, e analisados nos *softwares Statistical Analysis System (SAS)* versão 9.4 e *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 23. Assumiu-se nível de significância de 5% nas análises. Foi realizada a estatística descritiva com o cálculo de frequência absoluta e relativa para as variáveis qualitativas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis quantitativas.

Para a análise das comparações entre os distritos, em relação aos escores do *PC-SafeQuest*, foi aplicado o modelo ANOVA, seguido do pós-teste de Tukey, ou o teste de Kruskal-Wallis, seguido do pós-teste de Dunn, de acordo com a distribuição dos dados. As comparações, considerando sexo, estado civil, função no CS e composição da equipe, em relação aos escores do *PC-SafeQuest*, e entre as categorias de frequência de ocorrência de incidentes relacionadas às variáveis quantitativas foram realizadas por meio do teste t de Student não pareado ou pelo teste de Mann-Whitney, de acordo com a distribuição dos dados. Nessas análises, as frequências de ocorrências de incidentes relatadas pelos enfermeiros foram agrupadas nas opções de respostas "Nunca/Raramente" e "Frequente/Muito frequentemente". A distribuição dos dados foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk e a homogeneidade de variâncias pelo teste de Levene.

Para as análises de correlações entre os escores do *PC-SafeQuest* e as demais variáveis quantitativas

foi aplicado o coeficiente de correlação de Spearman, sendo considerados valores de zero a 0,29 como de fraca magnitude, de 0,30 a 0,49 de moderada magnitude e valores iguais ou acima de 0,50 de forte magnitude⁽²⁵⁾.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o Parecer nº 3.179.811,

segundo as recomendações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Resultados

Fizeram parte da amostra 148 enfermeiros, com a média de idade de 38,81 anos (DP=7,98), tempo médio de experiência na APS de 9,81 anos (DP=7,43) e na equipe atual de 5,65 anos (DP=4,14). Demais características estão apresentadas na Tabela 1

Tabela 1 – Caracterização dos centros de saúde e dos enfermeiros por distrito de saúde (n* = 148). São Paulo, Brasil, 2020

| Variáveis | Amostra Total | | Distrito Sul | | Distrito Norte | | Distrito Sudoeste | | Distrito Noroeste | | Distrito Leste | |
|----------------------------------|---------------|--------|--------------|-------|----------------|-------|-------------------|-------|-------------------|-------|----------------|-------|
| | n* | %† | n* | %† | n* | %† | n* | %† | n* | %† | n* | %† |
| Enfermeiros | 148 | 100,00 | 39 | 26,35 | 30 | 20,27 | 32 | 21,62 | 31 | 20,95 | 16 | 10,81 |
| Sexo | | | | | | | | | | | | |
| Feminino | 125 | 84,46 | 37 | 94,87 | 24 | 80,00 | 25 | 78,13 | 27 | 87,10 | 12 | 75,0 |
| Masculino | 23 | 15,54 | 2 | 5,13 | 6 | 20,00 | 7 | 21,87 | 4 | 12,90 | 4 | 25,0 |
| Estado Civil | | | | | | | | | | | | |
| Solteiro | 29 | 19,73 | 6 | 15,38 | 8 | 26,67 | 6 | 18,75 | 8 | 25,81 | 1 | 6,67 |
| Casado/união estável | 101 | 68,71 | 29 | 74,36 | 19 | 63,33 | 22 | 68,75 | 20 | 64,52 | 11 | 73,33 |
| Separado/divorciado/viúvo | 17 | 11,56 | 4 | 10,26 | 3 | 10,00 | 4 | 12,50 | 3 | 9,68 | 3 | 20,00 |
| Sem informação | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | |
| Vínculo empregatício | | | | | | | | | | | | |
| Um vínculo | 136 | 91,89 | 38 | 97,44 | 28 | 93,33 | 29 | 90,63 | 27 | 87,10 | 14 | 87,50 |
| Dois ou mais vínculos | 12 | 8,11 | 1 | 2,56 | 2 | 6,67 | 3 | 9,38 | 4 | 12,90 | 2 | 12,50 |
| Função no Centro de Saúde | | | | | | | | | | | | |
| Coordenação | 26 | 17,57 | 6 | 15,38 | 6 | 20,00 | 5 | 15,63 | 7 | 22,58 | 2 | 12,50 |
| Assistência | 122 | 82,43 | 33 | 84,61 | 24 | 80,00 | 27 | 84,37 | 24 | 77,42 | 14 | 87,50 |
| Tipo de Equipe | | | | | | | | | | | | |
| ESF‡ | 119 | 84,41 | 30 | 81,08 | 28 | 93,33 | 27 | 93,10 | 19 | 65,51 | 15 | 93,75 |
| EACS§ e UBS | 22 | 15,60 | 7 | 18,91 | 2 | 6,67 | 2 | 6,89 | 10 | 34,48 | 1 | 6,25 |
| Sem informação | 7 | | 2 | | 0 | | 3 | | 2 | | 0 | |
| Número de equipes | | | | | | | | | | | | |
| Uma equipe | 13 | 8,78 | 1 | 2,56 | 2 | 6,67 | 2 | 6,25 | 8 | 25,81 | 0 | 0,00 |
| Duas equipes | 37 | 25,00 | 18 | 46,15 | 2 | 6,67 | 2 | 6,25 | 9 | 29,03 | 6 | 37,50 |
| Três equipes | 34 | 22,97 | 5 | 12,82 | 10 | 33,33 | 10 | 31,25 | 9 | 29,03 | 0 | 0,00 |
| Quatro equipes | 54 | 36,49 | 15 | 38,46 | 16 | 53,33 | 17 | 53,13 | 1 | 3,23 | 5 | 31,25 |
| Cinco equipes | 10 | 6,76 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 3,13 | 4 | 12,90 | 5 | 31,25 |
| Equipe Completa | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 50 | 35,21 | 16 | 44,44 | 16 | 53,33 | 10 | 33,33 | 4 | 13,33 | 4 | 25,0 |
| Não | 92 | 64,79 | 20 | 55,55 | 14 | 46,67 | 20 | 66,66 | 26 | 86,66 | 12 | 75,0 |
| Sem informação | 6 | | 3 | | 0 | | 2 | | 1 | | 0 | |

*n = Amostra; †% = Porcentagem; ‡ESF = Estratégia de Saúde da Família; §EACS = Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; ||UBS = Unidade Básica de Saúde

Quanto às variáveis de desempenho organizacional, os enfermeiros relataram pontuação média de 75,29 (DP=21,03), para satisfação com o trabalho, média de 8,08 (DP=2,91) para intenção de permanecer no emprego e de 7,68 (DP=1,38) para percepção da qualidade do cuidado oferecida ao usuário.

Quanto à percepção do clima de segurança, as pontuações médias para as dimensões foram: carga de trabalho (M=4,52; DP=1,06), comunicação (M=5,33; DP=1,19), liderança (M=5,20; DP=1,25), trabalho em equipe (M=5,08; DP=0,97), sistema de segurança e aprendizagem (M=5,12; DP=1,16) e 5,10 (DP=0,91) para o escore total.

Nas análises de comparação entre as dimensões *PC-SafeQuest* e variáveis pessoais (sexo, estado civil) e profissionais (função no CS e completude da equipe), verificou-se que diferem quanto à função e completude da equipe. Os enfermeiros na função de coordenadores relataram maiores pontuações para todas as dimensões do *PC-SafeQuest* comparando-se aos enfermeiros assistenciais, com diferenças estatisticamente significantes para as dimensões comunicação (p=0,0093), trabalho em equipe (p=0,0116), sistema de segurança e aprendizagem (p=0,0030) e para o escore total (p=0,0035).

Por sua vez, na comparação do *PC-SafeQuest* com a completude da equipe, verificou-se que aqueles

que relataram trabalhar com a equipe incompleta apresentaram maiores pontuações para as dimensões liderança (p=0,0111) e trabalho em equipe (p=0,0163), em relação aos que relataram trabalhar com a equipe completa.

No que diz respeito à percepção do clima de segurança pelos enfermeiros entre DSs, apresentaram diferenças estatísticas significantes para as dimensões carga de trabalho e liderança e escore total, conforme apresentado na Tabela 2.

Quanto à frequência de incidentes relacionados à assistência à saúde, os enfermeiros relataram 9,52% de ocorrências frequentes ou muito frequentemente para falha na identificação do usuário em procedimentos e exames, 23,29% para falha na identificação do usuário na consulta e prontuário, 29,73% para falta de adesão na higienização das mãos e 64,19% para falha na comunicação entre profissionais e usuários. As comparações em relação às variáveis pessoais, profissionais, qualidade do cuidado, satisfação no trabalho e dimensões do *PC-SafeQuest* com a frequência de incidentes estão apresentadas na Tabela 3.

Outro aspecto analisado no presente estudo refere-se à avaliação da existência de correlação entre as dimensões do *PC-SafeQuest* e variáveis pessoais, profissionais e desempenho organizacional, que resultaram em correlações de forte, moderada e fraca magnitude (Tabela 4).

Tabela 2 – Comparação da percepção do clima de segurança pelos enfermeiros entre os distritos de saúde (n* = 148). São Paulo, Brasil, 2020

| PC-SafeQuest† | Amostra Total | | Distrito Sul | | Distrito Norte | | Distrito Sudoeste | | Distrito Noroeste | | Distrito Leste | | p-valor ^{ll} |
|-------------------------------------|---------------|-----------------------------------|----------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|----------------------------|
| | Média/Mediana | DP [†] /IIQ [§] | Média/Mediana | DP [†] /IIQ [§] | Média/Mediana | DP [†] /IIQ [§] | Média/Mediana | DP [†] /IIQ [§] | Média/Mediana | DP [†] /IIQ [§] | Média/Mediana | DP [†] /IIQ [§] | |
| Carga de trabalho | 4,52 | 1,06 | 4,53 | 0,98 | 4,18 [¶] | 0,91 | 4,52 | 1,15 | 5,01 [¶] | 1,13 | 4,19 | 0,94 | 0,0214** |
| Comunicação | 5,60 | 1,60 | 5,20 | 1,60 | 5,30 | 1,40 | 5,90 | 1,80 | 6,00 | 1,20 | 5,10 | 1,30 | 0,0746 ^{††} |
| Liderança | 5,40 | 2,00 | 4,80 ^{¶¶§§} | 2,00 | 5,40 | 2,00 | 5,90 ^{¶¶} | 2,20 | 5,80 ^{¶¶§§} | 1,60 | 5,00 | 1,50 | 0,0129^{††} |
| Trabalho em equipe | 5,29 | 1,57 | 5,14 | 1,42 | 5,07 | 1,28 | 5,43 | 1,22 | 5,71 | 1,43 | 5,14 | 1,50 | 0,0889 ^{††} |
| Sistema de segurança e aprendizagem | 5,38 | 1,87 | 5,13 | 2,00 | 4,88 | 1,50 | 5,63 | 1,19 | 5,63 | 1,75 | 5,13 | 2,62 | 0,1399 ^{††} |
| Escore total | 5,22 | 1,34 | 5,04 | 1,29 | 4,88 | 1,04 | 5,46 | 1,55 | 5,68 | 1,33 | 5,00 | 1,25 | 0,0250^{††} |

*n = Amostra; [†]PC-SafeQuest = Primary Care Safety Questionnaire; [¶]DP = Desvio-Padrão; [§]IIQ = Intervalo interquartil; ^{ll}p-valor = Probabilidade de significância; [¶]Pós-teste de Tukey: Norte x Noroeste significante; ^{**}Teste Anova – Comparações com base na média e desvio-padrão; ^{††}Teste de Kruskal-Wallis – Comparações com base na mediana e IIQ; ^{¶¶}Pós-teste de Dunn: Sul x Sudoeste significante; ^{¶¶§§}Pós-teste de Dunn: Sul x Noroeste significante

Tabela 3 – Comparação entre variáveis pessoais, profissionais, qualidade do cuidado, satisfação no trabalho, dimensões do *PC-SafeQuest** e frequência de incidentes (n† = 148). São Paulo, Brasil, 2020

| Variáveis | Frequência | Incidente A [†] | | | Incidente B [§] | | | Incidente C ^{ll} | | | Incidente D [¶] | | |
|-----------|-----------------|--------------------------|------------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| | | Média/Mediana | DP [†] /IIQ ^{††} | p-valor ^{¶¶} | Média/Mediana | DP [†] /IIQ ^{††} | p-valor ^{¶¶} | Média/Mediana | DP [†] /IIQ ^{††} | p-valor ^{¶¶} | Média/Mediana | DP [†] /IIQ ^{††} | p-valor ^{¶¶} |
| Idade | 1 ^{§§} | 36,00 | 9,00 | 0,0949 ^{lllll} | 36,00 | 10,50 | 0,5540 ^{lllll} | 36,00 | 9,50 | 0,6787 ^{lllll} | 37,00 | 15,00 | 0,3943 ^{lllll} |
| | 2 ^{¶¶} | 41,50 | 12,00 | | 36,00 | 8,00 | | 36,50 | 11,50 | | 36,00 | 9,00 | |

(continua na próxima página...)

(continuação...)

| Variáveis | Frequência | Incidente A [‡] | | | Incidente B [§] | | | Incidente C | | | Incidente D [¶] | | |
|--|-----------------|--------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|---|-----------------------------|---------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|---|----------------------------------|
| | | Média/ Mediana | DP ^{**} / IIQ ^{††} | p-valor ^{**} | Média/ Mediana | DP ^{**} / IIQ ^{††} | p-valor ^{**} | Média/ Mediana | DP ^{**} / IIQ ^{††} | p-valor ^{**} | Média/ Mediana | DP ^{**} / IIQ ^{††} | p-valor ^{**} |
| Tempo de experiência na equipe atual | 1 ^{SS} | 4,75 | 4,92 | 0,5698 | 4,71 | 4,62 | 0,7454 | 5,00 | 4,58 | 0,0473 | 5,00 | 5,00 | 0,9186 |
| | 2 ^{¶¶} | 4,00 | 5,66 | | 4,46 | 5,00 | | 4,08 | 2,12 | | 4,58 | 4,75 | |
| Tempo de experiência na Atenção Primária | 1 ^{SS} | 8,16 | 5,17 | 0,8818 | 8,62 | 6,00 | 0,0427 | 8,83 | 6,50 | 0,0007 | 9,00 | 13,00 | 0,0681 |
| | 2 ^{¶¶} | 8,04 | 8,00 | | 6,88 | 5,00 | | 5,00 | 5,37 | | 8,00 | 4,75 | |
| Intenção de permanecer no emprego | 1 ^{SS} | 10,00 | 2,00 | 0,0237 | 10,00 | 2,00 | 0,0084 | 10,00 | 2,00 | 0,2143 | 10,00 | 2,00 | 0,3881 |
| | 2 ^{¶¶} | 7,50 | 8,00 | | 8,00 | 5,00 | | 9,00 | 4,00 | | 9,00 | 3,00 | |
| Percepção da qualidade do cuidado | 1 ^{SS} | 8,00 | 1,00 | 0,1332 | 8,00 | 2,00 | 0,0068 | 8,00 | 2,00 | 0,0011 | 8,00 | 1,00 | < 0,0001 |
| | 2 ^{¶¶} | 7,50 | 3,00 | | 7,00 | 2,00 | | 7,00 | 2,00 | | 8,00 | 1,00 | |
| Satisfação no trabalho | 1 ^{SS} | 80,00 | 25,00 | 0,4494 | 80,00 | 22,50 | 0,0401 | 82,50 | 25,00 | 0,0521 | 85,00 | 15,00 | < 0,0001 |
| | 2 ^{¶¶} | 80,00 | 15,00 | | 75,00 | 45,00 | | 77,50 | 30,00 | | 75,00 | 30,00 | |
| Carga de trabalho | 1 ^{SS} | 4,54 | 1,08 | 0,8335 | 4,67 | 1,17 | 0,7622 | 4,59 | 1,09 | 0,2020 ^{***} | 4,67 | 1,33 | 0,0110 |
| | 2 ^{¶¶} | 4,48 | 0,84 | | 4,50 | 1,66 | | 4,35 | 0,99 | | 4,33 | 1,66 | |
| Comunicação | 1 ^{SS} | 5,60 | 1,40 | 0,5496 | 5,60 | 1,40 | 0,3186 | 5,60 | 1,40 | 0,3326 | 5,80 | 1,20 | 0,0002 |
| | 2 ^{¶¶} | 5,00 | 1,60 | | 5,20 | 2,00 | | 5,50 | 1,70 | | 5,20 | 1,80 | |
| Liderança | 1 ^{SS} | 5,40 | 2,00 | 0,7662 | 5,40 | 1,80 | 0,0176 | 5,40 | 1,80 | 0,1472 | 5,80 | 1,40 | 0,0107 |
| | 2 ^{¶¶} | 5,40 | 2,20 | | 4,80 | 2,00 | | 5,00 | 2,10 | | 5,00 | 2,20 | |
| Trabalho em equipe | 1 ^{SS} | 5,29 | 1,57 | 0,9763 | 5,36 | 1,29 | 0,0365 | 5,43 | 1,57 | 0,0702 | 5,71 | 1,00 | < 0,0001 |
| | 2 ^{¶¶} | 5,29 | 0,71 | | 4,71 | 2,00 | | 5,14 | 1,14 | | 5,00 | 1,43 | |
| Sistema de segurança e aprendizagem | 1 ^{SS} | 5,50 | 1,87 | 0,3673 | 5,56 | 1,38 | 0,0002 | 5,50 | 1,75 | 0,0856 | 5,75 | 1,00 | 0,0002 |
| | 2 ^{¶¶} | 5,00 | 1,75 | | 4,25 | 2,13 | | 4,94 | 1,94 | | 4,88 | 1,88 | |
| Escore total | 1 ^{SS} | 5,25 | 1,33 | 0,7842 | 5,36 | 1,31 | 0,0036 | 5,36 | 1,45 | 0,0652 | 5,51 | 0,79 | < 0,0001^{***} |
| | 2 ^{¶¶} | 4,88 | 1,25 | | 4,55 | 1,65 | | 4,93 | 1,34 | | 4,86 | 0,89 | |

*PC-SafeQuest = Primary Care Safety Questionnaire; †n = Amostra; ‡Falha na identificação do usuário em procedimentos e exames; §Falha na identificação do usuário na consulta e prontuário; ||Falta de adesão na higienização das mãos; ¶Falha na comunicação entre profissionais e usuários; **DP = Desvio-Padrão; ††IIQ = Intervalo interquartil; **p-valor = Probabilidade de significância; †††Nunca/Raramente; ††††Teste de Mann-Whitney – Comparações com base na mediana e IIQ; †††¶Frequente/Muito frequentemente; ††††t de Student não pareado – Comparações com base na média e desvio-padrão

Tabela 4 – Coeficientes de correlação de Spearman entre as dimensões do PC-SafeQuest*, variáveis pessoais, profissionais e de desempenho organizacional (n[†] = 148). São Paulo, Brasil, 2020

| PC-SafeQuest* | Idade | Tempo APS [‡] | Número de equipes no CS [§] | Intenção de permanecer no emprego | Qualidade do cuidado | Satisfação no trabalho |
|-------------------------------------|----------------------|------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|------------------------|
| Carga de trabalho | 0,0427 | -0,0436 | -0,2209 | 0,0846 | 0,3532 | 0,2969 |
| Comunicação | 0,0082 | -0,0995 | 0,0239 | 0,1417 | 0,2834 | 0,4395 |
| Liderança | 0,1448 | 0,0284 | -0,0250 | 0,2062 | 0,3187 | 0,4376 |
| Trabalho em equipe | 0,1102 | -0,0116 | -0,0454 | 0,2484 | 0,3957 | 0,6444 |
| Sistema de segurança e aprendizagem | 0,1813 | 0,0889 | -0,0588 | 0,2278 | 0,4324 | 0,5052 |
| Escore total | 0,1419 | 0,0112 | -0,0663 | 0,2468 | 0,4401 | 0,5826 |

*PC-SafeQuest = Primary Care Safety Questionnaire; †n = Amostra; ‡Atenção Primária à Saúde; §CS = Centro de Saúde; ||p-valor<0,05

Discussão

A amostra de enfermeiros deste estudo foi composta por adultos jovens, sendo a maioria mulheres e responsáveis pelas atividades assistenciais nos diferentes centros e DSs. O tempo de experiência dos enfermeiros na APS e na equipe atual, assim como ter apenas um vínculo empregatício, sinaliza que são profissionais preparados e com dedicação para desenvolver as suas atividades. Com o tempo de serviço, o profissional pode compreender o desenvolvimento do seu trabalho, os recursos disponíveis e a interação com a equipe de trabalho em um processo colaborativo e responsável pela entrega de cuidados seguros e eficientes⁽²⁾.

No presente estudo, identificou-se descompasso na disponibilidade de recursos humanos, de modo que a maioria respondeu que sua equipe de trabalho não se encontrava completa, mas relatou, ainda assim, oferecer uma boa qualidade do cuidado aos usuários, satisfação com o trabalho e intenção de permanecer no emprego. Por outro lado, um estudo realizado na Espanha com enfermeiros da APS também apontou problemas relacionados à adequação de recursos humanos, como número insuficiente de profissionais para realizar o trabalho, tempo e oportunidade insuficientes para discutir questões relacionadas ao cuidado e insuficiência de serviços de apoio que permitem aos enfermeiros dedicarem mais tempo aos usuários, os quais foram destacados como fragilidades do ambiente de prática do enfermeiro na APS, para assegurar a qualidade do cuidado prestado⁽²⁶⁾.

Os enfermeiros relataram percepção positiva do clima de segurança, cujos valores se aproximam de estudos realizados no Reino Unido^(9,27-28) e Irlanda⁽²⁹⁾, os quais utilizaram o mesmo instrumento. Esses se comparam aos estudos realizados com profissionais de saúde da APS com o uso de outros instrumentos, como o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*, na Grécia⁽²⁾ e no Kuwait⁽³⁰⁾ e *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, em Oman⁽¹⁷⁾.

A percepção do clima de segurança positiva aponta que os profissionais percebem que a coordenação da unidade está voltada para a segurança dos procedimentos assistenciais e à segurança dos profissionais, por meio de comunicação clara, participativa e por ações alinhadas a uma política institucional comprometida com a segurança e a qualidade⁽³¹⁾. Este estudo possibilitou identificar diferenças estatisticamente significantes na percepção do clima de segurança entre os enfermeiros coordenadores e os responsáveis pelas atividades de assistência aos usuários, em que os coordenadores atribuíram maiores pontuações para as dimensões comunicação, trabalho em

equipe, sistema de segurança e aprendizagem e para o escore total do *PC-SafeQuest*.

Essas dimensões também foram avaliadas em um estudo realizado na Inglaterra⁽⁹⁾, pelo *PC-SafeQuest*, apontando que os gerentes classificaram o clima de segurança significativamente como mais positivo do que os não gerentes. Assim como outro estudo realizado na Escócia⁽²⁷⁾, que obteve diferenças estatisticamente significantes na percepção do clima de segurança entre os profissionais da prática gerencial em relação aos demais grupos de trabalhadores. Ambos os estudos concluem que a variação na percepção do clima de segurança, entre certos grupos de profissionais, deve ser alinhada para a construção de uma cultura de segurança sólida^(9,27).

Um resultado não esperado neste estudo foi que os enfermeiros, que relataram trabalhar com a equipe incompleta, apresentaram percepção mais positiva para as dimensões liderança e trabalho em equipe em relação aos que relataram trabalhar com a equipe completa. Por se tratar de um estudo com uma amostra específica de enfermeiros, não foram encontrados outros estudos para fins de comparação, mas uma das possíveis justificativas deve-se ao fato de que esses enfermeiros, independente de exercerem ou não a função de coordenador da unidade, ocupam o papel de líder da equipe e conseguem desenvolver o trabalho colaborativo com autonomia para priorizar as demandas de atendimento da unidade. Estudo destaca que uma liderança eficaz é fundamental para o desenvolvimento de cultura de segurança dentro de uma organização⁽¹⁶⁾.

Ressalta-se que trabalhar com a equipe incompleta pode comprometer a segurança do paciente devido à sobrecarga de trabalho⁽¹⁸⁾. Estudo nacional com enfermeiros na APS, em várias regiões do Brasil, identificou que os profissionais das equipes de Saúde da Família estão expostos às cargas de trabalho física e psíquica, decorrentes do excesso de demandas e número insuficiente de profissionais, o que pode comprometer a sua saúde e a qualidade da assistência⁽³²⁾. Estudo realizado na Inglaterra destaca a relação entre aumento da carga de trabalho e exposição ao estresse dos profissionais de saúde envolvidos na prática clínica e na gestão⁽⁹⁾.

As dimensões carga de trabalho e liderança diferiram entre enfermeiros nos diferentes DSs, em que os enfermeiros do Distrito Noroeste possuem percepção mais positiva da carga de trabalho em relação aos enfermeiros do Distrito Norte. Apesar do Distrito Noroeste ser responsável pela assistência a usuários em um contexto de maior situação de vulnerabilidade, e possuir maior dificuldade para fixação de profissionais da APS, devido à sua localização geográfica em relação ao Distrito Norte, apresentou percepção mais positiva para o clima de segurança na dimensão carga de trabalho.

Da mesma forma, os enfermeiros do Distrito Noroeste e Sudoeste possuem melhor percepção da liderança em relação aos enfermeiros do Distrito Sul. Uma das justificativas da percepção negativa do clima de segurança para a liderança pode estar relacionada ao fato de o Distrito Sul ser considerado o maior do município em termos populacionais e de serviços da APS, o que constitui um desafio para as ações de liderança.

Destaca-se que os Distritos Noroeste e Sudoeste estão inseridos em um território que dispõe de serviços de atendimento à saúde de média e alta complexidade para suporte aos profissionais e aos usuários do SUS. As práticas de saúde em áreas em situação de maior vulnerabilidade e com maior número de usuários podem impactar em um clima de segurança negativo, com carga de trabalho elevada e tensões para a tomada de decisões, principalmente quando a região não possui equipamentos sociais e de saúde para a continuidade do cuidado⁽³³⁾.

Os enfermeiros com maior tempo de experiência na APS, maior intenção de permanecer no emprego, mais satisfeitos no trabalho e com melhores percepções da qualidade do cuidado e do clima de segurança relataram menores frequências de incidentes relacionados à assistência à saúde. Embora não seja consenso na literatura sobre esses incidentes na APS, autores salientam que não devem ser associados aos da atenção hospitalar. As diretrizes do trabalho, a estrutura e a dinâmica do atendimento diferem muito na APS e torna-se primordial identificar os incidentes relatados pelos profissionais com base na experiência de sua prática diária⁽⁷⁾.

Identificou-se menor frequência de ocorrência de falhas na identificação do usuário em procedimentos e exames, relacionadas à maior intenção do enfermeiro de permanecer no emprego, assim como a falha na identificação do usuário na consulta e prontuário que também ocorreu com menor frequência para os enfermeiros que relataram satisfação no trabalho, melhor percepção da qualidade do cuidado e maior tempo de experiência na APS. O maior tempo de experiência, tanto na equipe atual como na APS, e a melhor percepção da qualidade do cuidado também apresentaram relação com menor falha na adesão da higienização das mãos. Verificou-se que a melhor percepção da qualidade e satisfação com o trabalho estão relacionadas à menor frequência de falha na comunicação entre profissionais e usuários.

A identificação correta do usuário em todos os ambientes de atendimento pelos quais ele circula dentro do CS é um procedimento básico e imprescindível para evitar erros. Contudo, percebe-se que isso não é rotina na APS, frente às falhas em prontuários terem sido relatadas como fatores contribuintes de erros, principalmente em

unidades de ESF, nas quais o arranjo no formato de prontuário familiar, composto por múltiplos usuários, contém falhas na sua organização e manutenção, devido ao manuseio e armazenamento⁽⁶⁾.

No presente estudo, os resultados mostraram que, quanto menor a frequência de ocorrência de falha na identificação do usuário na consulta e prontuário, mais positiva é a percepção do clima de segurança pelos enfermeiros para as dimensões liderança, trabalho em equipe e sistema de segurança e aprendizagem, exceto para as dimensões carga de trabalho e comunicação. Também é interessante destacar que a menor frequência de ocorrência de falha na comunicação entre profissionais e usuários resultou em percepção mais positiva do clima de segurança para todas as dimensões do *PC-SafeQuest*.

A avaliação da existência de correlações entre as dimensões do *PC-SafeQuest* e variáveis pessoais e profissionais mostrou que as dimensões sistema de segurança e aprendizagem e trabalho em equipe resultaram em correlações de forte magnitude com satisfação no trabalho e moderada magnitude com percepção da qualidade do cuidado. As dimensões comunicação e liderança resultaram em correlação de moderada magnitude com satisfação no trabalho. Por sua vez, as dimensões liderança e carga de trabalho obtiveram correlação de moderada magnitude com a percepção da qualidade do cuidado.

A Organização Mundial da Saúde enfatiza a capacitação da liderança como um dos fatores para garantir melhorias na segurança da assistência em saúde e, desse modo, programas de educação permanente devem ser valorizados nas instituições de saúde⁽¹⁴⁾. Estudo que avaliou o impacto de um programa de capacitação sobre liderança em segurança do paciente, entre enfermeiros na função de gerente e enfermeiros clínicos em instituição hospitalar, na China, resultou na melhora da autoeficácia e comportamento de liderança dos enfermeiros gestores, e no comportamento de segurança dos enfermeiros clínicos, bem como promoveu autoeficácia, comportamento de segurança e reduziu esgotamento no trabalho desses últimos⁽³⁴⁾.

Destaca-se a importância de estudos com esta temática na APS no contexto dos programas e políticas de saúde vigentes, uma vez que tais serviços incorporam essa prerrogativa enquanto coordenadores e ordenadores do cuidado no âmbito das RAS.

Os resultados do presente estudo são motivadores pelo ineditismo da temática na APS, além de poderem impulsionar as lideranças para fortalecer a cultura de segurança em tais pontos de atenção à saúde, bem como sinalizam que as dimensões carga de trabalho e comunicação devem ser valorizadas pelos coordenadores

e enfermeiros assistenciais para o bom funcionamento do trabalho e relacionamento das equipes no contexto da APS.

Como limitação, tem-se a interrupção da coleta de dados no Distrito Leste devido à pandemia pela COVID-19, o que reduz a representatividade desse distrito. Além disso, o número de participantes dos Distritos Norte e Sudoeste não seguiu o que havia sido planejado no cálculo amostral.

Conclusão

A percepção do clima de segurança pelos enfermeiros na APS foi positiva e difere entre DS para as dimensões carga de trabalho e liderança. As variáveis profissionais e dimensões do clima de segurança diferiram em relação à frequência de incidentes, principalmente no que se refere às falhas na comunicação entre profissionais e usuários, bem como na identificação do usuário na consulta e prontuário. As dimensões pertinentes ao trabalho em equipe e sistema de segurança e aprendizagem apresentaram correlações de forte magnitude com satisfação no trabalho e moderada magnitude com a percepção da qualidade do cuidado.

Os gestores, profissionais e usuários poderão planejar e implementar ações de modo a fortalecer as dimensões que contribuem para o clima de segurança positivo e reavaliar aquelas que necessitam de melhoria contínua, alinhadas com o PNSP, com vistas a fortalecer a cultura e procedimentos de segurança na APS. Recomenda-se a realização de estudos futuros, dada a relevância e a escassez de estudos que abordam a temática segurança do paciente na APS.

Referências

- World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2021 Nov 12]. 86 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Antonakos I, Souliotis K, Psaltopoulou T, Tountas Y, Kantzanou M. Patient safety culture assessment in primary care settings in Greece. *Healthcare*. 2021;9(7):880. <https://doi.org/10.3390/healthcare9070880>
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União. 2017 Sep 22 [cited 2022 Jan 28]; seção 1: 68. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Ue LY, Oliveira DCAN. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. In: Dalcin TC, Daudt CG, editors. *Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: teoria e prática*. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento; 2020. p. 20-30.
- Avery AJ, Sheehan C, Bell B, Armstrong S, Ashcroft DM, Boyd MJ, et al. Incidence, nature and causes of avoidable significant harm in primary care in England: retrospective case note review. *BMJ Qual Saf*. 2021;30:961-76. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011405>
- Marchon SG, Mendes WV Junior, Pavão ALB. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(11):2313-30. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194214>
- Aguiar TL, Lima DS, Moreira MAB, Santos LF, Ferreira JMBB. Patient safety incidents in primary healthcare in Manaus, AM, Brazil. *Interface*. 2020;24(Supl. 1):e190622. <https://doi.org/10.1590/Interface.190622>
- Vasconcelos PF, Carvalho REFL, Sousa PH Neto, Dutra FCS, Sousa VTS, Oliveira SKP, et al. Patient safety atmosphere in Primary Health Care: root cause analysis. *Rev Min Enferm*. 2021;25:e-1371. <https://doi.org/10.5935/1415-2762-20210019>
- Bell BG, Reeves D, Marsden K, Avery A. safety climate in English general practices: workload pressures may compromise safety. *J Eval Clin Pract*. 2016;22(1):71-6. <https://doi.org/10.1111/jep.12437>
- Luo T. Safety climate: current status of the research and future prospects. *J Saf Sci Resil*. 2020;1(2):106-19. <https://doi.org/10.1016/j.jnlssr.2020.09.001>
- Litchfield I, Marsden K, Doos L, Perryman K, Avery A, Greenfield S. A comparative assessment of two tools designed to support patient safety culture in UK general practice. *BMC Fam Pract*. 2021;22:98. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01438-4>
- De Brun A, Rogers L, O'Shea M, McAuliffe E. Understanding the impact of a collective leadership intervention on team working and safety culture in healthcare teams: a realist evaluation protocol [version 2; peer review: 2 approved]. *HRB Open Res*. 2020;26(2):5. <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.12860.2>
- World Health Organization & United Nations Children's Fund. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Internet]. Geneva: WHO; 2018. [cited 2021 Nov 12]. 46 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>
- World Health Organization. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and

- guidance [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Nov 12]. 51 p. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334323/9789240010338-eng.pdf?sequence=1>
15. Organisation for Economic Co-operation and Development. Primary Health Care in Brazil, OECD Reviews of Health Systems [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2021 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://doi.org/10.1787/120e170e-en>
 16. Klemenc-Ketiš Z, Poplas Susic A. Safety culture at primary healthcare level: a cross-sectional study among employees with a leadership role. *Zdr Varst.* 2020;59(1):42-6. <https://doi.org/10.2478/sjph-2020-0006>
 17. Lawati MHAL, Short SD, Abdulhadi NN, Panchatcharam SM, Dennis S. Assessment of patient safety culture in primary health care in Muscat, Oman: a questionnaire - based survey *BMC Family Practice.* 2019;20:50. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0937-4>
 18. Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC, Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnago TSBS. Patient safety culture in the primary health care. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(1):27-34. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>
 19. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ.* 2007;335(7624):806-8. <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD>
 20. Prefeitura Municipal de Campinas. Distritos de Saúde [Homepage]. Campinas: PMC; c2023 [cited 2017 Set 30]. Available from: <https://portal.campinas.sp.gov.br/secretaria/saude/pagina/distritos-de-saude>
 21. Machin D, Campbell M, Tan SB, Tan SH. Sample size tables for clinical studies. 3. ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2009.
 22. Rodrigues APB. Adaptação cultural e validação do Primary Care Safety Questionnaire para o cenário brasileiro [Dissertation]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2017. <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2017.1061173>
 23. De Wet C, Spence W, Mash R, Johnson P, Bowie P. The development and psychometric evaluation of a safety climate measure for primary care. *Qual Saf Health Care.* 2010;19(6):578-84. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.031062>
 24. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(3):575-82. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
 25. Kim M, Mallory C, Valerio T. Statistics for evidence-based practice in nursing. 3. ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2022.
 26. Gea-Caballero V, Martínez-Riera JR, García-Martínez P, Casaña-Mohedo J, Antón-Solanas I, Verdeguer-Gómez MV, et al. Study of the strengths and weaknesses of nursing work environments in primary care in Spain. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(2):434. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020434>
 27. De Wet C, Johnson P, Mash R, McConnachie A, Bowie P. Measuring perceptions of safety climate in primary care: a cross-sectional study. *J Eval Clin Pract.* 2012;18(1):135-42. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01537.x>
 28. Campbel SM, Bell BG, Marsden K, Spencer R, Kadam U, Perryman K, et al. A patient safety toolkit for family practices. *J Patient Saf.* 2020;16(3):e182-e6. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000471>
 29. Curran C, Lydon S, Kelly ME, Murphy AW, Madden C, O'Connor P. Perceived safety climate in Irish primary care settings - a comparison with Scotland and England. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):252-7. <https://doi.org/10.1080/13814788.2018.1524002>
 30. ALFadhalah T, Mudaf BA, Alghanim HA, Salem GA, Ali D, Abdelwahab HM, et al. Baseline assessment of patient safety culture in primary care centres in Kuwait: a national cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2021;21:1172. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07199-1>
 31. Manapragada A, Bruk-Lee V, Thompson AH, Heron LM. When safety climate is not enough: examining the moderating effects of psychosocial hazards on nurse safety performance. *J Adv Nurs.* 2019;75:1207-18. <https://doi.org/10.1111/jan.13911>
 32. Mendes M, Trindade LL, Pires DEP, Biff D, Martins MMFPS, Vendruscolo C. Workloads in the family health strategy: interfaces with the exhaustion of nursing professionals. *Rev Esc Enferm USP.* 2020;54:e03622. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019005003622>
 33. Macedo LL, Haddad MCFL, Silva AMR, Giroto E. Culture of patient safety in primary health care in a large municipality in the perception of workers. *Texto Contexto Enferm.* 2020;29:e20180410. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0410>
 34. Xie JF, Ding SQ, Zhang XH, Li XL. Impact of a patient safety leadership program on head nurses and clinical nurses: a quasi-experimental study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2021;29:e3478. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4328.3478>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Edinêis de Brito Guirardello, Mariana Véio Nery de Jesus. **Obtenção de dados:** Mariana Véio Nery de Jesus, Lilian Ceroni Vieira. **Análise e interpretação dos dados:** Edinêis de Brito Guirardello, Mariana Véio Nery de Jesus, Lilian Ceroni Vieira, Henrique Ceretta Oliveira, Maria Silvia Teixeira Giacomasso Vergilio. **Análise estatística:** Mariana Véio Nery de Jesus, Henrique Ceretta Oliveira, Maria Silvia Teixeira Giacomasso Vergilio. **Obtenção de**

financiamento: Edinêis de Brito Guirardello. **Redação do manuscrito:** Edinêis de Brito Guirardello, Mariana Véio Nery de Jesus, Lilian Ceroni Vieira, Henrique Ceretta Oliveira, Maria Silvia Teixeira Giacomasso Vergilio. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Edinêis de Brito Guirardello, Lilian Ceroni Vieira, Henrique Ceretta Oliveira, Maria Silvia Teixeira Giacomasso Vergilio.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 02.07.2022
Aceito: 19.09.2023

Editora Associada:
Aline Aparecida Monroe


Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Edinêis de Brito Guirardello

E-mail: guirar@unicamp.br

 <https://orcid.org/0000-0003-0457-2850>