

Percepción de los enfermeros sobre el clima de seguridad del paciente en la atención primaria de la salud*

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>

Destacados: **(1)** Hay diferencias en la percepción del clima de seguridad entre los distritos de salud. **(2)** Hay una correlación entre las dimensiones del clima y la satisfacción profesional. **(3)** La carga de trabajo y el liderazgo influyen en la percepción del clima de seguridad. **(4)** Hay relación entre el clima de seguridad y la notificación de incidentes relacionados con la atención. **(5)** Hay diferencias en la percepción del clima de seguridad entre los enfermeros según su función.

Objetivo: evaluar el clima de seguridad del paciente en la Atención Primaria de la Salud, desde la perspectiva de los enfermeros de los servicios. **Método:** estudio cuantitativo y transversal, con 148 enfermeros de un municipio del Estado de São Paulo. Se utilizó la versión brasileña del *Primary Care Safety Questionnaire Survey* y variables personales, profesionales y de desempeño organizacional (intención de permanecer en el empleo, satisfacción laboral, calidad de la atención y frecuencia de incidentes). Se realizaron pruebas de comparación paramétricas y no paramétricas y coeficiente de correlación de Spearman, considerando un nivel de significación del 5%. **Resultados:** el clima de seguridad fue positivo, osciló entre 4,52 y 5,33; difirió entre distritos en carga de trabajo ($p=0,0214$) y liderazgo ($p=0,0129$). Las variables profesionales y dimensiones del clima de seguridad difirieron en la frecuencia de incidentes. El trabajo en equipo, el sistema de seguridad y el aprendizaje tuvieron una correlación alta con la satisfacción laboral y una moderada con la percepción de la calidad de la atención. **Conclusión:** el trabajo en equipo y el sistema de seguridad y aprendizaje se destacaron por su correlación positiva con la satisfacción laboral y la calidad de la atención. Un clima de seguridad positivo favorece la participación de los enfermeros de la atención primaria en el desarrollo de planes de mejora que sigan las indicaciones del Programa Nacional de Seguridad del Paciente.

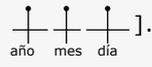
Descriptorios: Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Liderazgo; Enfermeras y Enfermeros; Atención Primaria de Salud; Evaluación en Salud.

* El presente trabajo fue realizado con apoyo de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, proceso 2019/19370-9, y del Fundo de Apoio ao Ensino, à Pesquisa e à Extensão – FAEPEX, Brasil.

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

² Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Cómo citar este artículo

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

Introducción

La seguridad del paciente se define como una estructura de actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y ambientes propicios para la atención de la salud que, de manera consistente y sostenible, reduce los riesgos y los daños evitables⁽¹⁾. Se considera un aspecto fundamental de la calidad de la atención en todos los niveles de la atención de la salud⁽¹⁻²⁾, especialmente en la Atención Primaria de la Salud (APS), considerada la principal puerta de entrada y el centro de comunicación de la Red de Atención de la Salud (RAS) del Sistema Único de Salud (SUS).

En la APS, la adopción de preceptos de seguridad del paciente es aún incipiente, a pesar del lanzamiento del Programa Nacional de Seguridad del Paciente (PNSP) en 2013, que estableció que era obligatorio implementar protocolos y estrategias que guíen las acciones para una atención segura en todos los servicios de salud del país. La Política Nacional de Atención Básica (PNAB), en 2017, generó avances en este tema al centrarse en la reducción de riesgos y eventos adversos en los servicios de la APS⁽³⁻⁴⁾. La terminología "seguridad del paciente" puede resultar extraña para los profesionales de la APS, porque, según los principios del SUS, los ciudadanos son considerados protagonistas y partícipe de su atención, y se los denomina usuarios. Sin embargo, cabe destacar que es una taxonomía reconocida a nivel mundial para todos los servicios de salud.

Por lo tanto, los daños al usuario derivados de una atención no segura son un desafío a nivel mundial para los gestores y la salud pública, ya que pueden provocar discapacidades irreversibles y la muerte⁽¹⁻²⁾. En Inglaterra, la incidencia de daños en la APS osciló entre 35,6 y 57,9 por 100.000 usuarios por año y, mayormente, se los relacionó con problemas con el diagnóstico, seguidos de problemas con la prescripción de medicamentos y en menor medida con derivaciones tardías para la realización de tratamientos, por ende, los autores destacaron que la mayoría de los incidentes se puede evitar⁽⁵⁾.

En Brasil, estudios sobre seguridad del paciente en la APS indican que los incidentes más comunes se asociaron a errores de diagnóstico y de medicación, y los factores que contribuyeron a esos incidentes fueron: fallas en la atención, fallas en la gestión y fallas en la comunicación con los usuarios, con el equipo y con otros niveles de la RAS⁽⁶⁾. También se asociaron a errores administrativos, como fallas en la historia clínica, debido a registros incompletos, pérdida, extravío e intercambio entre usuarios⁽⁷⁾. Además, factores personales, organizacionales y del entorno laboral, tanto internos como externos,

también pueden influir para que haya una cultura de seguridad negativa⁽⁸⁾.

La creación de una cultura sostenible que apoye la seguridad del paciente es una condición clave para reducir los eventos adversos en las instituciones de salud, ya que permite identificar debilidades estructurales y sistémicas y, a partir de ellas, implementar acciones de mejora adecuadas para la salud⁽¹⁾. Una cultura de seguridad sólida no sólo es esencial para reducir los daños a los usuarios, sino también para brindarles un entorno de trabajo seguro a los trabajadores de la salud⁽¹⁾.

El clima de seguridad es una medida indirecta de la cultura de seguridad⁽⁹⁾, que involucra la perspectiva y las creencias de las personas en una organización con respecto a la política y los servicios de seguridad, las actitudes organizacionales, la gestión y supervisión de la seguridad⁽¹⁰⁾. La evaluación del clima de seguridad mediante instrumentos específicos es un método eficiente para diagnosticar aspectos de la cultura de seguridad institucional⁽¹¹⁾, lo que permite fortalecer la gestión en lo que respecta a la planificación de acciones en ese sentido⁽¹²⁾.

Las directrices de la APS son brindar un servicio integral, acogedor, seguro y receptivo a las demandas de salud del individuo, la familia y la comunidad^(3,13-14). El enfermero es el profesional que desempeña un papel central en la gestión de los equipos que trabajan en los servicios de la APS, al liderar tanto las actividades técnico-asistenciales como la planificación y coordinación de programas establecidos por leyes, estatutos y lineamientos del Ministerio de Salud (MS) y del consejo profesional^(3,14-15).

Cabe destacar que, para establecer una cultura institucional enfocada en la seguridad del paciente es fundamental que haya un liderazgo efectivo y comprender que puede haber fallas y potenciales errores en el proceso de producción de la atención, que hay que evaluar y corregir⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Por lo tanto, en este estudio el objetivo fue evaluar el clima de seguridad del paciente en la APS, desde la perspectiva de los enfermeros de los servicios.

Método

Tipo de estudio

Estudio cuantitativo y transversal, que siguió las recomendaciones del *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology* (STROBE)⁽¹⁹⁾. Cabe señalar que, el clima de seguridad del paciente en el contexto de la APS será analizado desde la perspectiva del enfermero, a partir de variables personales, profesionales y de desempeño organizacional.

Lugar

El estudio se realizó en un municipio de gran envergadura, con una población estimada de 1.236.885 habitantes, ubicado en el interior del Estado de São Paulo, Brasil. Este municipio tiene 66 Centros de Salud (CS) distribuidos en cinco Distritos de Salud (DS) denominados: Norte con 12 CS, Sur con 17 CS, Oeste con 10 CS, Noroeste con 14 CS y Suroeste con 13 CS, con una coordinación organizada en territorios con aproximadamente 200.000 habitantes. Cada CS atiende a alrededor de 20.000 habitantes y es administrado por un coordinador, cuyo establecimiento de salud incluye de dos a cinco equipos de salud de la familia, dependiendo de la población que tiene el área que abarca el territorio⁽²⁰⁾.

Período

La recolección de datos se realizó desde septiembre de 2019 hasta marzo de 2020.

Población

La población total correspondió a 249 enfermeros, 41 enfermeros del Distrito Este, 52 del Distrito Noroeste, 44 del Distrito Norte, 48 del Distrito Suroeste y 64 del Distrito Sur, provenientes de los diferentes CS de los cinco DS del municipio.

Criterios de selección

Fueron incluidos los enfermeros que se desempeñaban en la coordinación y asistencia de los CS, con una experiencia de al menos seis meses. Se excluyó a los profesionales ausentes por vacaciones u otras licencias.

Muestra

El tamaño de la muestra se determinó considerando la metodología de cálculo de la muestra para estimar una proporción⁽²¹⁾. En el cálculo se asumió una proporción igual a 0,50, cuyo valor representa la máxima variabilidad de la distribución binomial, error de muestreo del 5%, nivel de significación del 5% y la población conformada por 249 enfermeros. El cálculo dio como resultado una muestra mínima de 151 participantes.

La muestra se dividió proporcionalmente entre los distritos, según la población de enfermeros de cada distrito, lo que dio como resultado, 25 enfermeros en el Distrito Este, 31 en el Distrito Noroeste, 27 en el Distrito Norte, 29 en el Distrito Suroeste y 39 en el Distrito Sur. Los participantes fueron seleccionados mediante un

esquema de muestreo por conglomerados y estratificados según los distritos.

La cantidad de CS que conformaron el estudio fue: 10 en el Distrito Norte, 14 en el Sur, 8 en el Este, 11 en el Noroeste y 12 en el Suroeste. Cabe destacar que se interrumpió la recolección de datos debido a la pandemia de COVID-19, especialmente en el Distrito Este, que fue el último lugar de recolección, debido a la falta de acceso a los CS y disponibilidad de enfermeros. Por ende, al final, fue posible obtener una muestra de 148 enfermeros, 16 enfermeros en el Distrito Este (de los 25 previstos), 31 en el Noroeste, 30 en el Norte (de los 27 previstos), 32 en Suroeste (de los 29 previstos) y 39 en el Sur, por lo que el número de participantes de los Distritos Norte y Suroeste superó la muestra proporcional prevista.

Variables

Se consideraron variables personales: edad, sexo y estado civil. Las variables profesionales fueron: tiempo de experiencia en el equipo actual y en la APS, función en el CS según el puesto de coordinación o atención, número de equipos en el CS, tipo de equipo en el que trabajaba [Estrategia de Salud de la Familia (ESF) o Unidad Básica de Salud (UBS) y Estrategia de Agentes Comunitarios de Salud (EACS)], si el equipo estaba completo y si el profesional contaba con otro contrato laboral, cabe destacar que los equipos mencionados están organizados de acuerdo con la PNAB⁽³⁾.

La variable clima de seguridad fue extraída de la versión brasileña del *Primary Care Safety Questionnaire (PC-SafeQuest)*⁽²²⁾ y tiene como objetivo evaluar la percepción del usuario sobre el clima de seguridad en la APS. Consta de 28 ítems distribuidos en cinco dimensiones: carga de trabajo (tres ítems) demuestra el compromiso del desempeño debido al exceso de carga de trabajo, número inadecuado de personal, limitaciones de tiempo y expectativas de los profesionales cuando trabajan bajo presión; comunicación (cinco ítems) abarca el grado en que la discusión entre los miembros del equipo es abierta y honesta, y si los profesionales se sienten libres de cuestionar las decisiones de gestión; liderazgo (cinco ítems) evalúa si los líderes están abiertos a sugerencias de mejoras y las actitudes hacia las reglas y procedimientos formales; trabajo en equipo (siete ítems) se refiere a la percepción de su importancia y el nivel de respeto y apoyo mutuo dentro de los equipos; y sistema de seguridad y aprendizaje (ocho ítems) evalúa el grado en que las prácticas fomentan la comunicación de eventos significativos y la existencia de procedimientos para prevenirlos⁽²³⁾.

Estas dimensiones se evalúan mediante una escala Likert con las opciones: "de ninguna manera (1 punto)", "de forma muy limitada (2 puntos)", "de forma limitada (3 puntos)", "de forma moderada (4 puntos)", "de forma considerable (5 puntos)", "en gran medida (6 puntos)" y "completamente (7 puntos)". El puntaje se calcula mediante la media de los puntajes de las respuestas de cada uno de los ítems y cuanto mayor sea el puntaje, más positiva será la percepción del profesional sobre el clima de seguridad. Para el presente estudio, se consideró clima de seguridad positivo cuando las medias de los puntajes fueron iguales o mayores a cuatro puntos y clima de seguridad negativo cuando las medias de los puntajes fueron menores a cuatro. El *PC-SafeQuest* es uno de los instrumentos de evaluación del clima en la APS reconocido por su practicidad, aceptabilidad y posibilidad para identificar puntos débiles que merecen ser investigados y modificados⁽¹¹⁾.

Las variables de desempeño organizacional evaluadas fueron: intención del profesional de permanecer en el empleo durante el próximo año, percepción de la calidad de la atención brindada a los usuarios en su ambiente de trabajo, satisfacción laboral e incidentes relacionados con la atención de la salud. Las dos primeras variables fueron evaluadas en una escala que varía de cero a diez puntos y cuanto más cerca de diez mejor es la percepción de la calidad de la atención y mayor la intención de permanecer en el empleo.

La variable satisfacción profesional, con respecto al puesto actual de trabajo, fue medida por la subescala de satisfacción laboral, extraída de la versión brasileña *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short form 2006*⁽²⁴⁾. Cabe señalar que, esta subescala está compuesta por cinco ítems, a saber: 1. Me gusta mi trabajo; 2. Trabajar aquí es como formar parte de una gran familia; 3. Este es un buen lugar para trabajar; 4. Estoy orgulloso de trabajar en esta área y 5. La moral (estado de ánimo) en esta área es alta.

Estos ítems fueron evaluados mediante una escala Likert con las opciones: "Estoy totalmente en desacuerdo" (cero puntos); "Estoy parcialmente en desacuerdo" (25 puntos); "Neutral" (50 puntos); "Estoy parcialmente de acuerdo" (75 puntos); "Estoy totalmente de acuerdo" (100 puntos) y también la opción "No aplica" para ítems sin puntaje. El puntaje de cada dominio se obtiene sumando los puntajes y dividiendo el resultado por el número de preguntas respondidas, excluyendo aquellas con respuesta "no aplica". Valores iguales o mayores a 75 puntos representan profesionales satisfechos en el trabajo.

Finalmente, la variable incidentes relacionados con la atención de la salud abarcó: a) falla de identificación del usuario en procedimientos y exámenes, b) falla de

identificación del usuario en la consulta e historia clínica, c) falta de adherencia a la higiene de manos y d) falla en la comunicación entre profesionales y usuarios. Se consideró incidente cualquier desvío en la atención que representara riesgos de daño para el paciente, como errores, eventos o peligros evitables⁽¹⁴⁾. Se solicitó a los participantes que informaran la frecuencia de estos incidentes en su unidad de trabajo en el último mes y las opciones de respuesta fueron: "Nunca" (1 punto); "Rara vez" (2 puntos), "Con frecuencia" (3 puntos) y "Muy a menudo" (4 puntos).

Recolección de datos

Una de las autoras realizó personalmente la recolección en los CS. Los enfermeros que cumplieron con los criterios de inclusión para participar del estudio, luego de aceptar la invitación, recibieron un sobre que contenía los instrumentos, dos copias del Formulario de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) impreso, bolígrafo y lacre. Previamente se acordó con cada enfermero el mejor día y hora para responder los instrumentos y la devolución, cuando no fuera posible contestarlos en el momento. Los instrumentos fueron autocontestados, la autora estaba disponible solo para posibles consultas.

La recolección se realizó utilizando la versión brasileña del *PC-SafeQuest*⁽²²⁾, la subescala de satisfacción laboral extraída de la versión brasileña del *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*⁽²⁴⁾ y un formulario con las variables personales, profesionales, de desempeño organizacional y la frecuencia de incidentes, previamente elaborado y sometido a validez de contenido por un grupo de jueces.

Análisis de datos

Los datos recolectados fueron ingresados en una hoja de cálculo Excel, con doble verificación y validación de la base de datos, y fueron analizados mediante el *software Statistical Analysis System (SAS)*, versión 9.4 y *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 23. Se consideró un nivel de significación del 5% en los análisis. Se realizó estadística descriptiva con el cálculo de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas.

Para analizar las comparaciones entre distritos, de los puntajes del *PC-SafeQuest*, se aplicó el modelo ANOVA, seguido del postest de Tukey, o el test de Kruskal-Wallis, seguido del postest de Dunn, según la distribución de los datos. Las comparaciones, considerando género, estado civil, función en el CS y composición del equipo, con los puntajes del *PC-SafeQuest*, y entre las

categorías de frecuencia de incidentes relacionados con variables cuantitativas, se realizaron mediante la prueba t de Student no pareada o la Prueba de Mann-Whitney, según la distribución de los datos. En estos análisis, las frecuencias de incidentes informados por los enfermeros se agruparon en las opciones de respuesta "Nunca/Rara vez" y "Con frecuencia/Muy a menudo". La distribución de los datos se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk y la homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene.

Para el análisis de correlaciones entre los puntajes del *PC-SafeQuest* y las demás variables cuantitativas se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman, y se consideró que los valores de cero a 0,29 eran de baja magnitud, de 0,30 a 0,49 de moderada magnitud y los valores iguales o mayores a 0,50 eran de alta magnitud⁽²⁵⁾.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución, bajo dictamen N° 3.179.811, de acuerdo con las recomendaciones de la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Ética en Investigación.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 148 enfermeros, con edad promedio de 38,81 años (DE=7,98), experiencia promedio en la APS de 9,81 años (DE=7,43) y en el equipo actual de 5,65 años (DE=4,14). El resto de las características se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1 – Caracterización de los centros de salud y enfermeros por distrito de salud (n* = 148). São Paulo, Brasil, 2020

Variables	Muestra Total		Distrito Sur		Distrito Norte		Distrito Suroeste		Distrito Noroeste		Distrito Este	
	n*	%†	n*	%†	n*	%†	n*	%†	n*	%†	n*	%†
Enfermeros	148	100,00	39	26,35	30	20,27	32	21,62	31	20,95	16	10,81
Sexo												
Femenino	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												
Soltero	29	19,73	6	15,38	8	26,67	6	18,75	8	25,81	1	6,67
Casado/unión estable	101	68,71	29	74,36	19	63,33	22	68,75	20	64,52	11	73,33
Separado/divorciado/viudo	17	11,56	4	10,26	3	10,00	4	12,50	3	9,68	3	20,00
Sin información	1		0		0		0		0		1	
Vínculo laboral												
Un vínculo	136	91,89	38	97,44	28	93,33	29	90,63	27	87,10	14	87,50
Dos o más vínculos	12	8,11	1	2,56	2	6,67	3	9,38	4	12,90	2	12,50
Función en el Centro de Salud												
Coordinación	26	17,57	6	15,38	6	20,00	5	15,63	7	22,58	2	12,50
Atención	122	82,43	33	84,61	24	80,00	27	84,37	24	77,42	14	87,50
Tipo de Equipo												
ESF [‡]	119	84,41	30	81,08	28	93,33	27	93,10	19	65,51	15	93,75
EACS [§] y UBS	22	15,60	7	18,91	2	6,67	2	6,89	10	34,48	1	6,25
Sin información	7		2		0		3		2		0	
Número de equipos												
Un equipo	13	8,78	1	2,56	2	6,67	2	6,25	8	25,81	0	0,00
Dos equipos	37	25,00	18	46,15	2	6,67	2	6,25	9	29,03	6	37,50
Tres equipos	34	22,97	5	12,82	10	33,33	10	31,25	9	29,03	0	0,00
Cuatro equipos	54	36,49	15	38,46	16	53,33	17	53,13	1	3,23	5	31,25
Cinco equipos	10	6,76	0	0,00	0	0,00	1	3,13	4	12,90	5	31,25
Equipo Completo												
Sí	50	35,21	16	44,44	16	53,33	10	33,33	4	13,33	4	25,0
No	92	64,79	20	55,55	14	46,67	20	66,66	26	86,66	12	75,0
Sin información	6		3		0		2		1		0	

*n = Muestra; †% = Porcentaje; ‡ESF = Estrategia de Salud de la Familia; §EACS = Estrategia de Agentes Comunitarios de Salud; ||UBS = Unidad Básica de Salud

En cuanto a las variables de desempeño organizacional, los enfermeros asignaron un puntaje promedio de 75,29 (DE=21,03) para satisfacción laboral, un promedio de 8,08 (DE=2,91) para intención de permanecer en el empleo y 7,68 (DE=1,38) para percepción de la calidad de la atención brindada al usuario.

En lo que respecta a la percepción del clima de seguridad, los puntajes promedio para las dimensiones fueron: carga de trabajo (M=4,52; DE=1,06), comunicación (M=5,33; DE=1,19), liderazgo (M=5,20; DE=1,25), trabajo en equipo (M=5,08; DE=0,97), sistema de seguridad y aprendizaje (M=5,12; DE=1,16) y 5,10 (DE=0,91) para el puntaje total.

En los análisis que comparaban las dimensiones del *PC-SafeQuest* con las variables personales (género, estado civil) y profesionales (función en el CS y completitud del equipo), se comprobó que diferían en cuanto a la función y la completitud del equipo. Los enfermeros que se desempeñaban como coordinadores les asignaron puntajes más altos a todas las dimensiones del *PC-SafeQuest* que los enfermeros asistenciales, se observaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones comunicación (p=0,0093), trabajo en equipo (p=0,0116), sistema de seguridad y aprendizaje (p=0,0030) y en el puntaje total (p=0,0035).

A su vez, al comparar el *PC-SafeQuest* con la completitud del equipo, se verificó que quienes informaron

que trabajaban con un equipo incompleto les asignaron puntajes más altos a las dimensiones liderazgo (p=0,0111) y trabajo en equipo (p=0,0163) que quienes informaron que trabajaban con el equipo completo.

En cuanto a la percepción del clima de seguridad de los enfermeros en los DS, hubo diferencias estadísticas significativas en las dimensiones carga de trabajo y liderazgo y puntaje total, como se puede ver en la Tabla 2.

En cuanto a la frecuencia de incidentes relacionados con el cuidado de la salud, los enfermeros informaron un 9,52% de incidentes frecuentes o muy frecuentes por falla en la identificación del usuario en procedimientos y exámenes, un 23,29% por falla de identificación del usuario en la consulta e historia clínica, un 29,73% por falta de adherencia a la higiene de manos y 64,19% por falla en la comunicación entre profesionales y usuarios. Las comparaciones entre las variables personales, profesionales, calidad de la atención, satisfacción laboral y dimensiones del *PC-SafeQuest* y la frecuencia de incidentes se presentan en la Tabla 3.

Otro aspecto analizado en el presente estudio consiste en evaluar la existencia de una correlación entre las dimensiones del *PC-SafeQuest* y las variables personales, profesionales y de desempeño organizacional, cuyos resultados fueron correlaciones de magnitud alta, moderada y baja (Tabla 4).

Tabla 2 – Comparación de la percepción de los enfermeros sobre el clima de seguridad entre distritos de salud (n* = 148). São Paulo, Brasil, 2020

PC-SafeQuest†	Muestra Total		Distrito Sul		Distrito Norte		Distrito Suroeste		Distrito Noroeste		Distrito Este		p-valor¶
	Media/ Mediana	DE‡/ IIC§											
Carga de trabajo	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**
Comunicación	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††
Liderazgo	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††
Trabajo en equipo	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 seguridad y aprendizaje	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††
Puntaje 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 = Muestra; †PC-SafeQuest = Primary Care Safety Questionnaire; ‡DE = Desviación estándar; §IIC = Intervalo intercuartílico; ¶p-valor = Probabilidad de significación; ††Postest de Tukey: Norte vs Noroeste significativo; **Prueba ANOVA – Comparaciones basadas en la media y la desviación estándar; †††Prueba de Kruskal-Wallis – Comparaciones basadas en la mediana e IIC; ††††Postest de Dunn: Sul vs Suroeste significativo; **§§Postest de Dunn: Sul vs Noroeste significativo

Tabla 3 – Comparación entre variables personales, profesionales, calidad de la atención, satisfacción laboral, dimensiones del *PC-SafeQuest** y frecuencia de incidentes (n† = 148). São Paulo, Brasil, 2020

Variables	Frecuencia	Incidente A‡			Incidente B§			Incidente C¶			Incidente D†		
		Media/ Mediana	DE‡/ IIC††	p-valor†††									
Edad	1§§	36,00	9,00	0,0949¶¶¶	36,00	10,50	0,5540¶¶¶	36,00	9,50	0,6787¶¶¶	37,00	15,00	0,3943¶¶¶
	2¶¶	41,50	12,00		36,00	8,00		36,50	11,50		36,00	9,00	

(continúa en la página siguiente...)

(continuacion...)

Variables	Frecuencia	Incidente A [‡]			Incidente B [§]			Incidente C			Incidente D [¶]		
		Media/ Mediana	DE ^{**} / IIC ^{††}	p-valor ^{**}	Media/ Mediana	DE ^{**} / IIC ^{††}	p-valor ^{**}	Media/ Mediana	DE ^{**} / IIC ^{††}	p-valor ^{**}	Media/ Mediana	DE ^{**} / IIC ^{††}	p-valor ^{**}
Tiempo de experiencia en el equipo actual	1 ^{§§}	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	
Tiempo de experiencia en la Atención Primaria	1 ^{§§}	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	
Intención de permanecer en el empleo	1 ^{§§}	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	
Percepción de la calidad de la atención	1 ^{§§}	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	
Satisfacción laboral	1 ^{§§}	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 trabajo	1 ^{§§}	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	
Comunicación	1 ^{§§}	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	
Liderazgo	1 ^{§§}	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	
Trabajo en equipo	1 ^{§§}	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 seguridad y aprendizaje	1 ^{§§}	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	
Puntaje total	1 ^{§§}	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 = Muestra; [§]Falla de identificación del usuario en procedimientos y exámenes; ^{||}Falla de identificación del usuario en la consulta e historia clínica; [¶]Falta de adherencia a la higiene de manos; ^{§§}Falla en la comunicación entre profesionales y usuarios; ^{**}DE = Desviación estándar; ^{††}IIC = Intervalo intercuartílico; ^{**}p-valor Probabilidad de significación; ^{§§}Nunca/Rara vez; ^{||||}Prueba de Mann-Whitney – Comparaciones basadas en la mediana e IIC; ^{¶¶}Con frecuencia/Muy a menudo; ^{***}Prueba t de Student no pareada – Comparaciones basadas en la media y la desviación estándar

Tabla 4 – Coeficientes de correlación de Spearman entre las dimensiones del PC-SafeQuest* y las variables personales, profesionales y de desempeño organizacional (n[†] = 148). São Paulo, Brasil, 2020

PC-SafeQuest [*]	Edad	Tiempo APS [‡]	Número de equipos en el CS [§]	Intención de permanecer en el empleo	Calidad de la atención	Satisfacción laboral
Carga de trabajo	0,0427	-0,0436	-0,2209	0,0846	0,3532	0,2969
Comunicación	0,0082	-0,0995	0,0239	0,1417	0,2834	0,4395
Liderazgo	0,1448	0,0284	-0,0250	0,2062	0,3187	0,4376
Trabajo en equipo	0,1102	-0,0116	-0,0454	0,2484	0,3957	0,6444
Sistema de seguridad y aprendizaje	0,1813	0,0889	-0,0588	0,2278	0,4324	0,5052
Puntaje total	0,1419	0,0112	-0,0663	0,2468	0,4401	0,5826

*PC-SafeQuest = Primary Care Safety Questionnaire; [†]n = Muestra; [‡]Atención Primaria de la Salud; [§]CS = Centro de Salud; ^{||}p-valor<0,05

Discusión

La muestra de enfermeros de este estudio estuvo compuesta por adultos jóvenes, en su mayoría mujeres, responsables de actividades asistenciales en los diferentes centros y DS. El tiempo de experiencia del enfermero en la APS y en el equipo actual, y tener una sola relación laboral, indica que es un profesional preparado y dedicado al desarrollo de sus actividades. Con el correr del tiempo en el servicio, el profesional puede comprender como se lleva a cabo su trabajo, cuáles son los recursos disponibles y como es la interacción con el equipo de trabajo en un proceso colaborativo responsable para brindar una atención segura y eficiente⁽²⁾.

En el presente estudio se identificó una discrepancia en la disponibilidad de recursos humanos, por lo que la mayoría respondió que su equipo de trabajo no estaba completo, pero manifestó que brindaba una buena calidad de atención a los usuarios, satisfacción laboral e intención de permanecer en el empleo. Por otro lado, un estudio realizado en España con enfermeros de la APS también indicó problemas relacionados con la adecuación de los recursos humanos, como cantidad insuficiente de profesionales para realizar el trabajo, falta de tiempo y oportunidad para discutir temas relacionados con la atención y escasos servicios de apoyo que le permitan al enfermero dedicarles más tiempo a los usuarios, que fueron destacados como falencias en el ambiente de la práctica profesional del enfermero en la APS, para garantizar la calidad de la atención brindada⁽²⁶⁾.

Los enfermeros informaron una percepción positiva del clima de seguridad, cuyos valores se aproximan a los de estudios realizados en el Reino Unido^(9,27-28) e Irlanda⁽²⁹⁾, que utilizaron el mismo instrumento. Estos se comparan con estudios realizados con profesionales de la salud de la APS que utilizaron otros instrumentos, como la *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*, en Grecia⁽²⁾ y Kuwait⁽³⁰⁾ y, la *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, en Omán⁽¹⁷⁾.

La percepción positiva del clima de seguridad indica que los profesionales consideran que la coordinación de la unidad se enfoca en la seguridad de los procedimientos de atención y en la seguridad de los profesionales, a través de una comunicación clara, participativa y acciones que siguen una política institucional comprometida con la seguridad y la calidad⁽³¹⁾. Este estudio permitió identificar diferencias estadísticamente significativas en la percepción del clima de seguridad entre los enfermeros coordinadores y los responsables de las actividades de atención al usuario, en las que los coordinadores les asignaron puntajes más altos a las dimensiones comunicación,

trabajo en equipo, sistema de seguridad y aprendizaje y al puntaje total del *PC-SafeQuest*.

Estas dimensiones también fueron evaluadas en un estudio realizado en Inglaterra⁽⁹⁾, por el *PC-SafeQuest*, que muestra que los directivos calificaron el clima de seguridad como significativamente más positivo que quienes no eran directivos. Al igual que otro estudio realizado en Escocia⁽²⁷⁾, que obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre la percepción del clima de seguridad de los profesionales directivos y la de otros grupos de trabajadores. Ambos estudios concluyen que la variación en la percepción del clima de seguridad, entre ciertos grupos de profesionales, debe coincidir para crear una cultura de seguridad sólida^(9,27).

Un resultado inesperado en este estudio fue que los enfermeros que mencionaron que trabajaban con un equipo incompleto tuvieron una percepción más positiva de las dimensiones liderazgo y trabajo en equipo que aquellos que informaron que trabajaban con un equipo completo. Dado que se trata de un estudio con una muestra específica de enfermeros, no se encontraron otros estudios para realizar una comparación, pero una de las posibles causas se debe a que estos enfermeros, independientemente de que ejerzan o no la función de coordinador de la unidad, ocupan el lugar del líder del equipo y son capaces de realizar un trabajo colaborativo con autonomía que les permite priorizar las demandas de atención de la unidad. Un estudio destaca que el liderazgo eficaz es esencial para desarrollar una cultura de seguridad dentro de una organización⁽¹⁶⁾.

Cabe destacar que, trabajar con un equipo incompleto puede comprometer la seguridad del paciente debido a la sobrecarga de trabajo⁽¹⁸⁾. Un estudio nacional con enfermeros de la APS, en varias regiones de Brasil, identificó que los profesionales de los equipos de Salud de la Familia están expuestos a cargas de trabajo físicas y mentales, derivadas del exceso de demanda y de un número insuficiente de profesionales, que pueden comprometer su salud y la calidad de la atención⁽³²⁾. Un estudio realizado en Inglaterra destaca la relación entre el aumento de la carga de trabajo y la exposición al estrés de los profesionales de la salud involucrados en la práctica clínica y la gestión⁽⁹⁾.

Las dimensiones carga de trabajo y liderazgo difirieron entre los enfermeros de los diferentes DS, los enfermeros del Distrito Noroeste tienen una percepción más positiva de la carga de trabajo que los enfermeros del Distrito Norte. A pesar de que el Distrito Noroeste es responsable de atender a los usuarios en un contexto de mayor vulnerabilidad y que tiene mayor dificultad para retener a los profesionales de la APS, debido a su ubicación geográfica con respecto al Distrito Norte, presentó una

percepción más positiva del clima de seguridad en la dimensión carga de trabajo.

Asimismo, los enfermeros del Distrito Noroeste y Suroeste tienen una mejor percepción de liderazgo que los enfermeros del Distrito Sur. Una de las justificaciones de la percepción negativa del clima de seguridad para el liderazgo puede estar relacionada con el hecho de que el Distrito Sur es considerado el mayor del municipio en términos de población y servicios de la APS, lo que constituye un desafío para las acciones de liderazgo.

Cabe destacar que, los Distritos Noroeste y Suroeste están ubicados en un territorio que cuenta con servicios de atención para la salud de mediana y alta complejidad para dar soporte a los profesionales y usuarios del SUS. Las prácticas de salud en zonas de mayor vulnerabilidad y con mayor número de usuarios pueden tener un impacto negativo sobre el clima de seguridad, una alta carga de trabajo y tensiones en la toma de decisiones, especialmente cuando la región no cuenta con equipos sociales y de salud para continuar con la atención⁽³³⁾.

Los enfermeros con mayor experiencia en la APS, mayor intención de permanecer en el empleo, más satisfacción laboral y mejores percepciones de la calidad de la atención y el clima de seguridad informaron menores frecuencias de incidentes relacionados con la atención de la salud. Si bien no hay un consenso en la literatura sobre estos incidentes en la APS, los autores enfatizan que no deben asociarse con los de la atención hospitalaria. En la APS, las directrices de trabajo, la estructura y la dinámica de la atención difieren mucho y es fundamental identificar los incidentes que informan los profesionales a partir de la experiencia de su práctica diaria⁽⁷⁾.

Se identificó una menor frecuencia de fallas de identificación del usuario en procedimientos y exámenes, relacionadas con una mayor intención del enfermero de permanecer en el empleo, al igual que las fallas de identificación del usuario en la consulta e historia clínica, que también ocurrió con menor frecuencia para los enfermeros que reportaron satisfacción laboral, mejor percepción de la calidad de la atención y mayor experiencia en la APS. Una mayor experiencia, tanto en el equipo actual como en la APS, y una mejor percepción de la calidad de la atención también se relacionaron con menores incumplimientos en la higiene de manos. Se observó que una mejor percepción de calidad y satisfacción laboral se relacionan con una menor frecuencia de fallas de comunicación entre profesionales y usuarios.

La correcta identificación del usuario, en todos los entornos de atención de los servicios por los que circula dentro del CS, es un procedimiento básico e imprescindible para evitar errores. Sin embargo, está claro que este no es un procedimiento de rutina en la APS, ya que se ha

informado que las fallas en la historia clínica son factores que contribuyen a que haya errores, especialmente en las unidades de la ESF, en las que la disposición en el formato de la historia clínica familiar, compuesto por múltiples usuarios, tiene fallas de organización y conservación, debido a su manipulación y almacenamiento⁽⁶⁾.

En el presente estudio, los resultados mostraron que cuanto menor es la frecuencia de falla de identificación del usuario en la consulta y en la historia clínica, más positiva es la percepción del clima de seguridad que tienen los enfermeros en las dimensiones liderazgo, trabajo en equipo y sistema de seguridad y aprendizaje, excepto en las dimensiones carga de trabajo y comunicación. También es interesante destacar que una menor frecuencia de fallas de comunicación entre profesionales y usuarios dio como resultado una percepción más positiva del clima de seguridad en todas las dimensiones del *PC-SafeQuest*.

La evaluación de la existencia de correlaciones entre las dimensiones del *PC-SafeQuest* y las variables personales y profesionales reveló que las dimensiones sistema de seguridad y aprendizaje y trabajo en equipo dieron como resultado correlaciones de magnitud alta con la satisfacción laboral y de magnitud moderada con la percepción de la calidad de la atención. Las dimensiones comunicación y liderazgo arrojaron como resultado una correlación moderada con la satisfacción laboral. A su vez, las dimensiones liderazgo y carga de trabajo tuvieron una correlación moderada con la percepción de la calidad de la atención.

La Organización Mundial de la Salud enfatiza que uno de los factores para garantizar mejoras en la seguridad de la atención de la salud es la capacitación sobre liderazgo y, por lo tanto, hay que valorar los programas de educación continua en las instituciones de salud⁽¹⁴⁾. Un estudio que evaluó el impacto de un programa de capacitación sobre liderazgo en seguridad del paciente, sobre enfermeros con funciones directivas y enfermeros clínicos en una institución hospitalaria, en China, dio como resultado una mejora en la autoeficacia y el comportamiento de liderazgo de los enfermeros con funciones directivas y en el comportamiento de seguridad de los enfermeros clínicos, además promovió la autoeficacia, el comportamiento de seguridad y redujo el agotamiento en el trabajo de los últimos⁽³⁴⁾.

Se destaca la importancia que tienen los estudios sobre este tema en la APS, en el contexto de los programas y políticas de salud actuales, dado que dichos servicios incorporan esa prerrogativa como coordinadores y organizadores de la atención en el ámbito de la RAS.

Los resultados del presente estudio son motivadores debido a lo innovador que es el tema en la APS, además puede incentivar a los coordinadores para que fortalezcan

la cultura de seguridad en dichos puntos de la atención de la salud, e indican que los coordinadores y enfermeros clínicos deben valorar las dimensiones carga de trabajo y comunicación para que haya un buen funcionamiento de las relaciones de trabajo y del equipo en el contexto de la APS.

Se considera una limitación el hecho de haber tenido que interrumpir la recolección de datos en el Distrito Este debido a la pandemia de COVID-19, lo que reduce la representatividad de este distrito. Además, el número de participantes de los distritos Norte y Suroeste no siguió lo previsto en el cálculo de la muestra.

Conclusión

La percepción del clima de seguridad de los enfermeros en la APS fue positiva y difirió entre los DS en las dimensiones carga de trabajo y liderazgo. Las variables profesionales y las dimensiones del clima de seguridad difirieron con respecto a la frecuencia de los incidentes, principalmente con respecto a las fallas de comunicación entre profesionales y usuarios y en la identificación del usuario en la consulta y en la historia clínica. Las dimensiones relativas al trabajo en equipo y al sistema de seguridad y aprendizaje mostraron correlaciones de magnitud alta con la satisfacción laboral y de magnitud moderada con la percepción de la calidad de la atención.

Los gestores, profesionales y usuarios podrán planificar e implementar acciones con el fin de fortalecer las dimensiones que contribuyen a un clima de seguridad positivo y reevaluar aquellas que requieren mejora continua, que sigan las indicaciones del PNSP, a fin de fortalecer la cultura y los procedimientos de seguridad en la APS. Se recomienda realizar futuros estudios, dada la relevancia y escasez de estudios que aborden el tema seguridad del paciente en la APS.

Referencias

1. 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>
2. 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>
3. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

4. 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.
5. 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>
6. 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>
7. Aguiar TL, Lima DS, Moreira MAB, Santos LF, Ferreira JM. Patient safety incidents in primary healthcare in Manaus, AM, Brazil. *Interface*. 2020;24(Supl. 1):e190622. <https://doi.org/10.1590/Interface.190622>
8. 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>
9. 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>
10. 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>
11. 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>
12. 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>
13. 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>
14. 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. ALFadhlah 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>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Edinêis de Brito Guirardello, Mariana Véó Nery de Jesus. **Obtención de datos:** Mariana Véó Nery de Jesus, Lilian Ceroni Vieira. **Análisis e interpretación de los datos:** Edinêis de Brito Guirardello, Mariana Véó Nery de Jesus, Lilian Ceroni Vieira, Henrique Ceretta Oliveira, Maria Silvia Teixeira Giacomasso Vergilio. **Análisis estadístico:** Mariana Véó Nery de Jesus, Henrique Ceretta Oliveira, Maria Silvia Teixeira Giacomasso Vergilio. **Obtención de financiación:** Edinêis de Brito

Guirardello. **Redacción del manuscrito:** Edinêis de Brito Guirardello, Mariana Véó Nery de Jesus, Lilian Ceroni Vieira, Henrique Ceretta Oliveira, Maria Silvia Teixeira Giacomasso Vergilio. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Edinêis de Brito Guirardello, Lilian Ceroni Vieira, Henrique Ceretta Oliveira, Maria Silvia Teixeira Giacomasso Vergilio.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 02.07.2022
Aceptado: 19.09.2023

Editora Asociada:
Aline Aparecida Monroe

Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Edinêis de Brito Guirardello

E-mail: guirar@unicamp.br

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