

Estudo de avaliabilidade da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde

Patient safety assessment study in Primary Health Care

Taise Rocha Macedo¹, Maria Cristina Marino Calvo¹, Luciane Possoli¹, Sonia Natal¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313807

RESUMO A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) preocupa-se em reduzir erros e eventos adversos relacionados a assistência à saúde, porém há poucos estudos elaborados com aplicação de modelos avaliativos sobre a temática neste contexto. Este trabalho objetivou desenvolver e propor um modelo avaliativo da segurança do paciente na APS. Realizou-se um estudo de avaliabilidade por meio da análise documental, revisão de literatura, proposição dos modelos e validação dos modelos por meio da conferência de consenso. Idealmente, a teoria do programa, apresentada no Modelo Teórico, evidencia que os recursos, a cultura de segurança, os processos assistenciais e a educação permanente são componentes que viabilizam a implantação do programa, que precisam ser discutidos e aprimorados com envolvimento da gestão, dos profissionais e dos próprios pacientes/familiares e cuidadores, sendo, portanto, explorados no Modelo Lógico e assumidos como fundamentais para a oferta de cuidados mais seguros na APS quando interagem articuladamente. Na Matriz de Análise e Julgamento, esses quatro componentes assumem o mesmo peso no cálculo que determinará o grau de implantação da segurança do paciente na APS. A modelização apresentada pode ser utilizada por diversos atores, de diferentes contextos, para explorar e aprimorar a segurança do paciente na APS.

PALAVRAS-CHAVE Segurança do paciente. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *Patient safety in Primary Health Care (PHC) is concerned with reducing errors and adverse events related to health care, but there are few studies developed with the application of evaluative models on the subject in this context. This study aimed to develop and propose an evaluation model of patient safety in PHC. An evaluability study was carried out through document analysis, literature review, proposition of models and validation of models through consensus conference. Ideally, the theory of the program, presented in the Theoretical Model, shows that resources, safety culture, care processes and permanent education are components that enable the implementation of the program, which need to be discussed and improved with the involvement of management, professionals and the patients/family members and caregivers themselves, being, therefore, explored in the Logical Model and assumed as fundamental for the provision of safer care in PHC when they interact articulately. In the Analysis and Judgment Matrix, these four components assume the same weight in the calculation that will determine the degree of implementation of patient safety in PHC. The modeling presented can be used by different actors, from different contexts, to explore and improve patient safety in PHC.*

KEYWORDS *Patient safety. Primary Health Care. Health evaluation.*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. taiser16@gmail.com



Introdução

A segurança do paciente preocupa-se em reduzir riscos, erros e danos evitáveis relacionados ao cuidado em saúde¹ e tornou-se fonte de preocupação a partir da publicação do relatório 'To Err is Human', que expôs à sociedade os erros que envolvem o cuidado em saúde e os danos que podem causar aos pacientes².

Na tentativa de promover a segurança do paciente e reduzir as consequências físicas e sociais relacionadas aos erros vinculados à assistência à saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e seus países membros lançaram, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente³. No Brasil, a Política Nacional de Segurança do Paciente foi instituída em 1º de abril de 2013, como parte da agenda de comprometimento global com a temática⁴.

A implantação de uma política ou programa demonstra o quanto essa intervenção se encontra adequadamente operacionalizada, enquanto a avaliação possibilita identificar o nível de adequação dessa operacionalização, validando a execução das intervenções e os possíveis fatores que distanciam o planejamento da execução⁵.

As pesquisas que avaliam a segurança do paciente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) têm seu escopo direcionado aos aspectos relacionados à cultura de segurança do paciente. Recentemente, no Brasil, foi produzido um estudo metodológico que elaborou e validou um instrumento autoavaliativo da segurança do paciente na APS por meio das seguintes etapas: elaboração do instrumento, validação de conteúdo, validação de conteúdo de consistência e coerência e análise fatorial⁶. Todavia, diferentemente do presente estudo, não desenvolveu os modelos avaliativos.

Antes de iniciar a avaliação de uma política ou programa, recomenda-se desenvolver o estudo de avaliabilidade que, por meio da modelização, permite conhecer a teoria que fundamenta sua elaboração, a lógica que o estrutura, sua operacionalização e os aspectos envolvidos, evidenciando as justificativas e recomendações para a avaliação propriamente dita⁷.

Na APS, apontam-se estimativas de incidentes de segurança em 12,6%, sendo 55,6% destes evitáveis⁸. No entanto, o enfoque das discussões segue direcionado ao contexto hospitalar⁹, com poucos estudos que elaboraram e aplicaram modelos avaliativos sobre a segurança do paciente na APS.

Estudos de avaliabilidade da segurança do paciente na APS oportunizam o desenvolvimento de avaliações na temática e a produção de novos e importantes conhecimentos que permitam indicar ações e mudanças que tornem os cuidados prestados na APS mais seguros. Nesta perspectiva, este estudo tem o objetivo de desenvolver e propor um modelo avaliativo da segurança do paciente na APS.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de avaliabilidade, desenvolvido no período de janeiro a agosto de 2022, de abordagem exploratória e qualitativa, segundo os elementos recomendados por Thurston e Ramaliu¹⁰, quais sejam: (1) análise documental; (2) revisão de literatura; (3) proposição dos modelos; (4) conferência de consenso; e (5) recomendações para a avaliação.

A análise documental explorou 26 produções técnicas e normativas (inter)nacionais envolvendo a temática da segurança do paciente na APS, que serviram como fonte de evidência para definir os elementos fundamentais para segurança do paciente na APS (*quadro 1*).

Quadro 1. Fontes de evidências para modelização da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde, Florianópolis, 2023

Ano	Instituição/País	Material	Objetivo
2006	NHS/ Reino Unido	Seven Steps to patient safety for primary care	Estabelece sete passos para promover a segurança do paciente na APS: 1- Implantar a cultura de segurança; 2- Liderar e apoiar as equipes da atenção primária; 3- Integrar o gerenciamento de risco às suas atividades cotidianas; 4- Incentivar a notificação de eventos adversos; 5- Envolvimento e comunicação com pacientes e comunidades; 6- Aprender e compartilhar lições de segurança; 7- Implementar soluções para prevenir danos
2010	Canadian Patient Safety Institute and BC Patient Safety & Quality Council/ Canadá	Patient Safety in Primary Care	Explora o atual conhecimento sobre a temática, bem como as principais questões, prioridades, oportunidades e estratégias para o avanço da segurança do paciente na APS do Canadá
2011	OMS/ Suíça	Patient safety curriculum guide: multi-professional edition	Promover o ensino da segurança do paciente na formação dos profissionais de saúde
2013	MS/ Brasil	Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013	Institui a Política Nacional de Segurança do Paciente
2013	ANVISA/ Brasil	RDC nº 36, de 25 de julho de 2013	Instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências
2013	MS/ Brasil	Protocolo de identificação do paciente	Garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes
2013	MS/ Brasil	Protocolo para cirurgia segura	Estabelecer medidas para aumentar a segurança na realização de procedimentos cirúrgicos e reduzir incidentes, eventos adversos e mortalidade cirúrgica
2013	MS/ Brasil	Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde	Instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde, visando a segurança de todos os envolvidos nos cuidados em saúde e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde
2013	MS/ Brasil	Protocolo prevenção de Quedas	Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos serviços de saúde e os danos dela decorrente
2013	MS/ Brasil	Protocolo para prevenção de úlcera por pressão	Promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão e outras lesões de pele
2013	MS/ Brasil	Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde
2014	MS/ Brasil	Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente	Esclarecer dúvidas relacionadas à implantação do Núcleo de Segurança do Paciente pelas instituições de saúde, alinhando conceitos de risco e de ações de prevenção, bem como das notificações.
2015	MS/ Brasil	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	Incentivar os gestores e as equipes de saúde da APS a melhorar e qualificar os serviços de saúde oferecidos aos cidadãos
2016	OMS/ Suíça	Patient engagement	Explora a importância do envolvimento das pessoas que utilizam os serviços de saúde para a sua melhoria e segurança, bem como os modos como podem acontecer
2016	OMS/ Suíça	Education and training	Estabelece o processo de educação como estratégia de fortalecimento da segurança do paciente na APS
2016	OMS/ Suíça	Human factors	Descrever o que são os fatores humanos e como esta abordagem pode melhorar a segurança do paciente na APS

Quadro 1. Fontes de evidências para modelização da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde, Florianópolis, 2023

Ano	Instituição/País	Material	Objetivo
2016	OMS/ Suíça	Administrative errors	Aumentar a conscientização das questões que precisam ser abordadas para apoiar a segurança do paciente na APS
2016	OMS/ Suíça	Diagnostic errors	Descreve a importância de explorar os erros de diagnóstico e as possíveis soluções
2016	OMS/ Suíça	Medication errors	Conscientizar os estados membros da OMS sobre as formas de reduzir os erros de medicação na APS
2016	OMS/ Suíça	Multimorbidity	Apresenta o conceito de multimorbidade como a coexistência de duas ou mais condições crônicas no mesmo indivíduo e como impacta na segurança do paciente na APS
2016	OMS/ Suíça	Transitions of care	Define as transições de cuidado e apresenta áreas de melhorias para que as transições aconteçam de modo eficaz
2016	OMS/ Suíça	Electronic tools	Apresenta como as ferramentas eletrônicas podem melhorar a eficiência e a qualidade dos cuidados de saúde e capacitar os pacientes a desempenhar um papel mais ativo em sua saúde
2017	MS/ Brasil	Política Nacional da Atenção Básica	Segurança do Paciente é apresentada como atribuição de todos os profissionais que atuam na APS e como diretriz para a organização do processo de trabalho na APS e outras políticas de saúde
2018	OECD (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico)/ França	The economics of patient safety in primary and ambulatory care	Apresentar o impacto que os erros e eventos adversos produzidos na APS geram para economia global, evidenciando a necessidade de políticas e lideranças que atuem em prol do fortalecimento da segurança na APS.
2018	OMS/Organization for Economic Cooperation and Development The World Bank	Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage	Apresentar a importância da qualidade da assistência à saúde, por meio de cuidados eficazes, seguros e centrados nas pessoas, ofertados de modo oportuno, equitativos, integrados e eficientes
2020	OMS/ Suíça	Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 Towards Zero Patient Harm in Health Care	Fornecer uma direção estratégica para ações concretas a serem tomadas pelos países, organizações parceiras, unidades de saúde e OMS em prol da segurança do paciente

Fonte: elaboração própria.

A revisão integrativa da literatura foi realizada nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Cinahl, SciELO, Scopus, PubMed, e Web of Science, sem restrição temporal, utilizando os descritores: Segurança do Paciente, Atenção Primária à Saúde e Avaliação em Saúde. Resultaram 32 estudos que atenderam a seguinte questão norteadora: Quais os aspectos fundamentais para garantir a segurança do paciente na APS¹¹?

A partir dos resultados teóricos encontrados, foi realizada a proposta inicial para avaliação da segurança do paciente na APS – Modelo Teórico (MT), Modelo Lógico (ML) e Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) – que foi submetida à validação por meio da técnica mista denominada de conferência de consenso¹².

A conferência de consenso contou com dez especialistas vinculados aos serviços de saúde e/ou academia, selecionados a partir da

expertise relacionada à temática, análise de publicações e currículo lattes, que consentiram em participar.

O consenso aconteceu em três etapas virtuais assíncronas, sendo que a cada rodada os participantes tiveram a oportunidade de se posicionarem em concordância total, parcial ou nula aos itens apresentados, contribuindo descritivamente com as discordâncias identificadas.

A cada rodada da conferência de consenso, os retornos recebidos foram consolidados e os ajustes foram feitos conforme as recomendações dos participantes e as questões teóricas vinculadas. Nova apreciação e manifestação dos especialistas era solicitada e os itens eventualmente não acatados nas sucessivas versões dos modelos, eram justificados nos retornos e apreciados novamente, até que não houvesse mais contestações. O consenso entre os especialistas foi alcançado na terceira rodada da conferência de consenso.

As recomendações para as futuras avaliações foram evidenciadas a partir da construção do MT, ML e MAJ consensualizados neste estudo.

O projeto de pesquisa obedeceu à Resolução nº 422/2016 do Conselho Nacional de Ética e

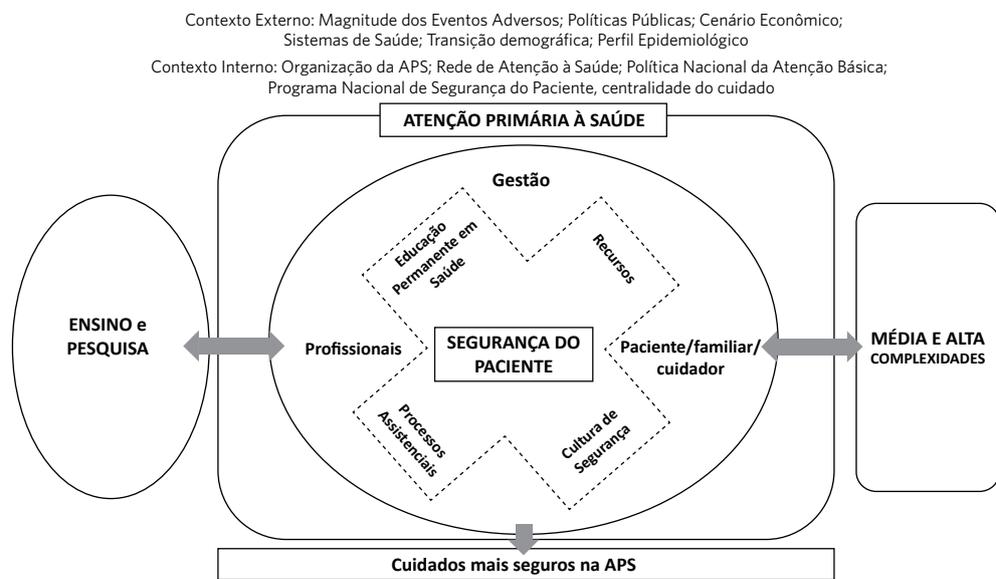
Pesquisa com Seres Humanos¹³, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer 5.172.176/2021.

Resultados

A análise documental e a revisão da literatura apontaram como componentes fundamentais para a segurança do paciente os aspectos estruturais, processos assistenciais, treinamento e cultura, que precisam ser discutidos e aprimorados envolvendo a gestão, os profissionais e os próprios pacientes/familiares e cuidadores¹¹.

O MT (figura 1) construído e validado evidencia os fatores contextuais externos e internos que podem atuar sobre a segurança do paciente na APS. A magnitude dos eventos adversos acarreta impactos de ordem econômica e social¹⁴, que exigem dos sistemas de saúde, influenciados pelo cenário econômico que os cerceiam, organização de políticas públicas que estabeleçam ações direcionadas à segurança do paciente, inclusive na APS¹⁵.

Figura 1. Modelo Teórico da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde, Florianópolis/SC, 2021



Fonte: elaboração própria.

A APS é porta de entrada preferencial do sistema de saúde, executa a maioria dos cuidados prestados à população, e enfrenta os impactos relacionados à transição demográfica e perfil epidemiológico. Uma população mais envelhecida e com multimorbidades exige cuidados mais complexos e sujeitos a riscos de segurança¹⁶⁻¹⁸.

No contexto interno da segurança do paciente na APS, a implantação de políticas públicas, como a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)¹⁹ e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)⁴, normatizam ações que viabilizam a organização, qualificação e melhoria da segurança na APS. As políticas públicas reforçam a participação da APS na Rede de Atenção à Saúde e promovem a articulação dos envolvidos – gestão, profissionais e pacientes – com consequente redução de riscos e de eventos adversos^{4,19}.

Os elementos fundamentais para a implantação da Segurança do Paciente na APS são: os recursos (financeiro, físico, humano, material, tecnológico e de apoio aos processos); a cultura de segurança; os processos assistenciais; e a educação permanente. A articulação desses

elementos deve viabilizar o alcance de cuidados mais seguros na APS.

O ensino e a pesquisa são influenciados e são influenciadores da APS, uma vez que compõem a formação dos profissionais que atuam na APS, além de produzir conhecimento que estimula a percepção de risco e a oferta de cuidados de saúde seguros e de qualidade^{20,21}.

O processo de formação dos profissionais estimula o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes diante da segurança do paciente, estabelecendo a importância de uma força de trabalho que promova os cuidados centrados no paciente²².

Quando as ações de segurança do paciente na APS não ocorrem de forma efetiva para reduzir as falhas e tornar o cuidado prestado mais seguro, os eventos adversos seguem acontecendo e produzindo impacto para além da APS, atingindo o nível secundário e terciário^{14,22-24}.

O ML (*quadro 2*) apresenta a organização e o funcionamento da segurança do paciente na APS, identificando as atividades necessárias para que os resultados sejam alcançados. Neste modelo, as questões de ensino e pesquisa não foram investigadas.

Quadro 2. Modelo Lógico da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Florianópolis (SC), 2022

Compo- nente	Atividades	Produtos	Resultados		
			Iniciais	Intermediário	Final
RECURSOS (financeiro, físico, humano, material, tecnológico e de apoio aos processos)	Dispor recursos financeiros para ações em segurança do paciente	Orçamento e Alocação de recursos para as ações de segurança do paciente inclusos no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde	Recursos financeiros alocados de forma suficiente para a melhoria da estrutura das UBS e para o desenvolvimento de ações vinculadas a segurança do paciente	UBS seguras e ações de segurança do paciente desenvolvidas viabilizando o cuidado seguro, baseados em evidências e nas melhores práticas; Fortalecimento da Cultura de Segurança Competências desenvolvidas para a segurança do paciente entre os interessados	Cuidados mais seguros na APS
	Prover insumos e equipamentos suficientes	Insumos e equipamentos suficientes para o cuidado seguro	Aquisição Equipamentos e insumos disponíveis para equipes de saúde e pacientes para execução de cuidados seguros; Redução dos incidentes por falta de insumos e equipamentos		
	Prover estrutura física de acordo com as normas vigentes	Unidades de saúde adequadas com o preconizado na legislação	Ambientes seguros; reduzir os incidentes causados por deficiências na estrutura da UBS		

Quadro 2. Modelo Lógico da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Florianópolis (SC), 2022

Compo- nente	Atividades	Produtos	Resultados		
			Iniciais	Intermediário	Final
RECURSOS (financeiro, físico, humano, material, tecnológico e de apoio aos processos)	Prover equipes multiprofissionais com cobertura e formação adequada à realidade epidemiológica da população	Trabalhadores com formação e carga horária adequadas para as necessidades da população	Capacidade resolutive e tempestiva aumentada viabilizando atendimento adequado, resolutivo e em tempo oportuno		
	Prover registro eletrônico em saúde	Registro eletrônico disponível na UBS; Registro realizado em Sistemas Eletrônicos; Relatórios de dados relativos aos atendimentos	Erros de registros ou ruídos de comunicação reduzidos; Informação em saúde segura e disponível		
	Fornecer ferramentas de suporte cognitivo e de apoio à decisão clínica	Ferramenta de suporte cognitivo e apoio à decisão clínica implantados	Decisões clínicas e tomadas de decisão embasadas em evidências científicas		
	Instituir estrutura orgânica para gestão da segurança do paciente	Núcleo de Segurança do Paciente implantado	Gestão especializada em ações para segurança do paciente; Instituição de ações de melhorias da qualidade e da segurança do paciente	UBS seguras e ações de segurança do paciente desenvolvidas viabilizando o cuidado seguro, baseados em evidências e nas melhores práticas;	Cuidados mais seguros na APS
	Instituir o plano de segurança do paciente	Plano de segurança do paciente elaborado, implantado e divulgado para as equipes	Estratégias e ações estabelecidas para promoção, execução e monitoramento do cuidado seguro.	Fortalecimento da Cultura de Segurança	
	Construir e implantar os protocolos de segurança do paciente	Protocolos de segurança do paciente implantados de acordo com as especificidades locais	Normativas colaborando para a qualificação do cuidado para redução de eventos adversos	Competências desenvolvidas para a segurança do paciente entre os interessados	
	Instituir diretrizes clínicas/protocolos assistenciais	Diretrizes clínicas e protocolos assistenciais implantados	Normatização dos cuidados a partir do levantamento de evidências correspondente as melhores e mais seguras práticas assistenciais		
	Implantar sistema de notificação de incidentes	Sistema de notificação de incidentes local e/ou centralizado implantados	Viabilização da notificação de incidentes; Incidentes notificados subsidiando ações de segurança do paciente		
	Implantar e/ou implementar plano de gerenciamento de tecnologias	Plano de monitoramento e avaliação das tecnologias utilizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde instituído	Melhoria contínua das tecnologias utilizadas na Atenção Primária à Saúde; Riscos assistenciais identificados e estabelecimento de planos de ação para prevenir recorrências		

Quadro 2. Modelo Lógico da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Florianópolis (SC), 2022

Compo- nente	Atividades	Produtos	Resultados		
			Iniciais	Intermediário	Final
CULTURA DE SEGURANÇA	Avaliar sistematicamente a cultura de segurança institucional	Cultura de segurança do paciente avaliada por meio de instrumento validado	Reconhecimento da cultura de segurança		
	Reduzir gradientes de hierarquia	Valorização do trabalho em equipe	Relacionamento respeitoso e seguro entre gestores, profissionais e pacientes		
	Promover uma cultura justa	Resposta não punitiva ao erro	Erros tratados como falhas sistêmicas e não como falhas individuais		
	Liderar e fornecer apoio a equipe	Equipe motivada e comprometida com a pauta da segurança	Líderes agindo em prol da segurança do paciente		
PROCESSOS ASSISTENCIAIS	Executar o cuidado de acordo com as normativas clínicas e de segurança	Cuidado seguro e de acordo com as recomendações prescritas	Cuidado pautado em práticas baseadas em evidências		
	Envolver o paciente, familiar e/ou cuidador no cuidado	Paciente, família e/ou cuidador participando ativamente do cuidado	Participação dos envolvidos no cuidado	UBS seguras e ações de segurança do paciente desenvolvidas viabilizando o cuidado seguro, baseados em evidências e nas melhores práticas;	Cuidados mais seguros na APS
	Notificar erros e Eventos Adversos	Erros e/ou eventos adversos notificados	Identificação da frequência e gravidade dos erros e eventos adversos	Fortalecimento da Cultura de Segurança;	
	Qualificar o processo de transição de cuidado	Profissionais utilizando ferramentas de comunicação padronizadas	Paciente transitando os pontos de atenção à saúde de forma segura	Competências desenvolvidas para a segurança do paciente entre os interessados	
Realizar ações de educação permanente com a equipe de saúde sobre a temática da segurança e cuidados seguros	Ações de educação permanente em segurança do paciente e/ou cuidados seguros sendo desenvolvidas	Redução dos incidentes relacionados a falhas dos profissionais			
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Desenvolver ações de educação permanente ao paciente/ familiar/ cuidador sobre a temática da segurança		Paciente/familiar cuidador empoderados e aptos para atuar em prol da sua segurança		
	Desenvolver ações direcionadas à saúde do trabalhador	Atividades para a saúde do trabalhador sendo desenvolvidas	Força de trabalho apta a desempenhar suas funções de forma segura		

Fonte: elaboração própria.

O ML é composto por quatro componentes (recursos, cultura de segurança, processos assistenciais e educação permanente) com atividades, produtos e resultados específicos, assumidos como fundamentais para a redução dos eventos adversos e cuidados mais seguros na APS.

- O provimento de recursos financeiro, físico, humano, material, tecnológico e de apoio aos processos remetem para a estrutura necessária ao desenvolvimento de cuidados seguros na APS^{24,25};
- A cultura de segurança trata do “conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento da instituição diante da segurança do paciente, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”⁴, evidenciando o comportamento dos profissionais e da gestão em relação à segurança do paciente;
- Os processos assistenciais exploram como os profissionais seguem os aspectos prescritivos para organizar o seu trabalho e sua prática com vistas a segurança do paciente²⁶,

bem como a maneira como inserem o paciente/familiar/cuidador nos cuidados prestados;

- A educação permanente surge como uma oportunidade de desenvolver continuamente os profissionais da APS por meio do treinamento em serviço²², uma vez que os profissionais necessitam de formação adequada para fortalecer a consciência situacional, a percepção de riscos e a oferta de cuidados de saúde seguros e de qualidade^{20,21}. Da mesma forma, os pacientes, familiares e cuidadores precisam estar capacitados para poderem desenvolver uma postura de liderança em sua segurança²⁷.

De maneira articulada, estes componentes interagem por meio de suas atividades na busca por cuidados mais seguros na APS, como prevê a meta estabelecida pelo programa.

A MAJ consensualizada determina o grau de implantação da segurança do paciente na APS. É composta por quatro componentes de análise de igual peso no cálculo: recursos (nove indicadores), cultura de segurança (cinco indicadores), processos assistenciais (quatro indicadores) e educação permanente (quatro indicadores) (*quadro 3*).

Quadro 3. Matriz de Análise e Julgamento da segurança do paciente na atenção primária. Florianópolis (SC), 2023

Critério/Indicador	Fonte de Evidência e Medida		Parâmetros	Pontuação		
	Cálculo			Máxima Esperada	Pontuação Observada	Grau de Implantação
COMPONENTE- RECURSOS (financeiro, físico, humano, material, tecnológico e de apoio aos processos) (13 pontos = 25%)						
Orçamento para as ações de segurança do paciente inclusos no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde	Checklist itens 1.1, 1.1.1 e 1.1.2	Sim ou Não	Três Sim = 2 demais = 0	2		
Estrutura física da Unidade de Saúde de acordo com as normas vigentes	Checklist item 1.2	Soma dos itens 'SIM'	Sete SIM= 2; seis ou cinco= 1; < de cinco SIM = 0	2		
Equipe multiprofissional composta e com formação adequada para atender as necessidades populacionais	Checklist itens 1.3 e 1.4 e 1.5	Soma dos itens 'SIM'	Item 1.3 SIM = 0,50; Não=0; Item 1.4 SIM= 0,75; Não=0; Item 1.5= 0,75 (cada SIM dos subitens 1.5.1, 1.5.2, 1.5.3 = 0,25; Não=0)	2		
Materiais, equipamentos e insumos a disposição das equipes e dos usuários	Checklist itens 1.6, 1.7 e 1.8	Soma dos itens 'SIM'	Três SIM= 2; Dois SIM= 1; Um SIM = 0	2		

Quadro 3. Matriz de Análise e Julgamento da segurança do paciente na atenção primária. Florianópolis (SC), 2023

Critério/Indicador	Fonte de Evidência e			Pontuação		
	Medida	Cálculo	Parâmetros	Máxima Esperada	Pontuação Observada	Grau de Implantação
Registro Eletrônico em Saúde com ferramentas de suporte cognitivo e de apoio à decisão clínica	Checklist itens 1.9 e 1.10	Soma dos itens 'SIM'	Dois SIM= 1; Um SIM= 0,5; Nenhum SIM = 0	1		
Sistemas internos de notificação de incidentes local (descentralizado) e/ou centralizado implantado (s)	Checklist itens 1.11 e 1.11.1	Soma dos itens 'SIM'	Dois SIM= 1; Um SIM= 0,5; Nenhum SIM = 0	1		
Núcleo de Segurança do Paciente implantado e Plano de Segurança do Paciente instituído	Checklist itens 1.12, 1.13	Soma dos itens 'SIM'	Dois SIM= 1; Um SIM= 0,5; Nenhum SIM = 0	1		
Protocolos de Segurança do Paciente instituído	Checklist item 1.14	Soma dos itens 'SIM'	Sete SIM= 1; Seis SIM= 0,5; < 6 SIM = 0	1		
Diretrizes clínicas/protocolos assistenciais e plano de monitoramento e avaliação das tecnologias utilizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde	Checklist itens 1.15, 1.15.1 e 1.16	Soma dos itens 'SIM'	Item 1.15 SIM = 0,25; Não=0; Item 1.15.1 SIM= 0,25; Não=0; Item 1.16 SIM=0,5; Não=0	1		
Subtotal					13	
COMPONENTE- CULTURA DE SEGURANÇA (10 pontos = 25%)						
Avaliação sistemática da cultura de segurança institucional	Checklist item 2.1	Sim ou Não	Sim = 2; Não =0	2		
Reduzir gradientes de hierarquia	Checklist itens 2.2, 2.3, 2.4	Soma dos itens 'SIM' ou 'EM PARTE'	Para cada item 'SIM'= 0,66; Para cada item 'EM PARTE' = 0,33; Para cada item 'NÃO'= 0	2		
Promover uma cultura justa	Checklist itens 2.5 e 2.6	Soma dos itens 'NÃO' ou 'EM PARTE'	Para cada item 'NÃO' = 1; para cada item 'EM PARTE' = 0,5; para cada item 'SIM'= 0	2		
Liderar e fornecer apoio a equipe	Checklist itens 2.7, 2.8, 2.9	Soma dos itens 'SIM' ou 'EM PARTE'	Para cada item 'SIM' = 0,66; para cada item 'EM PARTE' = 0,33; para cada item 'NÃO'= 0	2		
Identificar, analisar, avaliar, monitorar e comunicar os riscos de segurança	Checklist itens 2.10 até 2.18	Soma dos itens 'SIM'	≥ 7 SIM = 2; menos que 7 =0	2		
Subtotal					10	
COMPONENTE- PROCESSOS ASSISTENCIAIS (8 pontos = 25%)						
Adesão às normativas clínicas e de segurança	Checklist itens 3.1 e 3.2	Soma dos itens 'SIM'	Dois SIM= 2; Um SIM= 1; Nenhum SIM = 0	2		
Paciente, família e/ou cuidador participando ativamente do cuidado	Checklist item 3.3	Sim ou Não	Sim = 2; Não =0	2		
Erros e/ou Eventos Adversos sendo notificados	Checklist itens 3.4- 3.4.1, 3.4.2 e 3.4.3	Análise do SIM apresentado nos itens que formam o item 3.4	SIM para o item 3.4.1 = 2; SIM para o item 3.4.2 =1; SIM para o item 3.4.3 = 0	2		
Qualificar o processo de transição de cuidado	Checklist itens 3.5 e 3.6	Quantidade de respostas 'sim' no grupo de itens que avaliam o indicador	Duas respostas 'sim' =(2); demais = 0	2		
Subtotal					8	

Quadro 3. Matriz de Análise e Julgamento da segurança do paciente na atenção primária. Florianópolis (SC), 2023

Critério/Indicador	Fonte de Evidência e Medida			Pontuação		
	Medida	Cálculo	Parâmetros	Máxima Esperada	Pontuação Observada	Grau de Implantação
COMPONENTE- EDUCAÇÃO PERMANENTE (8 pontos = 25%)						
Profissionais capacitados para a segurança do paciente	Checklist item 4.1	Sim ou Não	Sim = 2; Não =0	2		
Profissionais capacitados para o cuidado seguro	Checklist item 4.2	Sim ou Não	Sim = 2; Não =0	2		
Pacientes capacitados para a segurança do paciente	Checklist item 4.3	Sim ou Não	Sim = 2; Não =0	2		
Desenvolver ações direcionadas à saúde do trabalhador	Checklist item 4.4, (4.4.1, 4.4.2 e 4.4.3)	Sim ou Não	Três Sim =2; Dois Sim=1 < 2 SIM =0	2		
Subtotal					8	

Fonte: elaboração própria.

A MAJ estabelece que, o serviço terá um grau de implantação satisfatório quando obtiver 75% ou mais de respostas positivas no instrumento que avalia a segurança do paciente na APS, implantação parcial quando receber entre 25% e 75% das respostas positivas, implantação incipiente quando auferir 25% ou menos de respostas positivas.

As medidas são aferidas em um *checklist* da segurança do paciente na APS, com itens específicos para cada dimensão, aplicado a informantes chaves das unidades de saúde que compõem o contexto a ser avaliado.

A elaboração do MT, ML e MAJ deixou algumas recomendações para a avaliação e conduziu a algumas perguntas para futuros estudos avaliativos, que viabilizarão discussões e alinhamentos permanentes das ações de segurança do paciente na APS, quais sejam: Qual o grau de implantação da segurança do paciente na APS? Quais os elementos facilitadores e barreiras interferem no processo de implementação da segurança do paciente na APS?

Discussão

A ausência de uma articulação explícita que apresente claramente as mediações

necessárias para a oferta de cuidados primários mais seguros e o fortalecimento da segurança do paciente na APS orientou e justificou o desenvolvimento deste modelo avaliativo.

A APS provê o maior volume de cuidados de saúde à população e possui uma estimativa de incidentes de segurança do paciente – eventos que podem ou não causar danos aos pacientes – de 2 a 3% nas consultas realizadas²⁸. O Brasil executou 78 milhões de consultas médicas em 2019²⁹. Conforme a estimativa de incidente de 2 a 3%, acarretou cerca de 1,5 milhões de incidentes de segurança apenas naquele ano. Neste sentido, é necessário ampliar as discussões sobre a segurança do paciente na APS, qualificando o cuidado ofertado.

O processo de imersão e revisão dos documentos subsidiou a definição do objetivo do programa, que envolve a redução de eventos adversos por meio de cuidados primários mais seguros, bem como dos fundamentos que norteiam o desenvolvimento da teoria do programa e da sua operacionalização lógica, neste estudo validada pelos especialistas, por meio da conferência de consenso.

O MT busca expor o problema que demandou a criação da intervenção, o contexto/cenário em que a política se desenvolve e os atores envolvidos no seu planejamento e

execução, evidenciando as etapas que motivaram o debate sobre a problemática da segurança do paciente na APS anteriormente a sua operacionalização⁵.

O ML deve possibilitar que a plausibilidade no alcance de determinados resultados relacionados a um programa sejam verificadas³⁰. Portanto, o ML elaborado apresenta a operacionalização das conexões necessárias para que os componentes – recursos, cultura de segurança, processos assistenciais e educação permanente – que estruturam a segurança do paciente na APS se desmembrem em atividades, produtos e alcancem os resultados idealmente esperados.

Referente à dimensão recursos, que trata de todo o arcabouço estrutural necessário para a efetivação da segurança do paciente na APS, a literatura evidencia que a infraestrutura das unidades de saúde³¹, disponibilidade de insumos³¹, composição das equipes³², inclusive com a presença do Núcleo de Segurança⁴, uso de tecnologias³¹, incluindo sistemas de notificações de incidentes¹⁷ e normativas que norteiam o trabalho desenvolvido na APS como o Plano de Segurança do Paciente⁴, diretrizes clínicas e protocolos institucionais²⁷, são condições *sine qua non* para o alcance de cuidados primários mais seguros, sendo, portanto, os indicadores utilizados nesta dimensão.

A cultura de segurança é uma dimensão bem consolidada dentro da temática da segurança do paciente, sendo recentemente também explorada no contexto da APS. Instrumentos já validados, como o Medical Office Survey on Patient Safety Culture – MOSPSC (Pesquisa de Consultório Médico sobre Cultura de Segurança na Atenção Primária)^{17,32} e o Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC (Pesquisa Hospitalar sobre a Cultura de Segurança do Paciente)³³, avaliam por meio de escala Likert a cultura de segurança, explorando dimensões como trabalho em equipe, seguimento da assistência ao paciente, aprendizagem organizacional, treinamento de equipe, apoio da gestão para a segurança do paciente, abertura de comunicação, padronização

de processos de trabalho, dentre outras^{17,32,33}.

Como a própria literatura já sinaliza, o fortalecimento da cultura de segurança se inicia com a avaliação da cultura presente na instituição^{32,33}, oportunizando a identificação de fortalezas e fragilidades que viabilizem intervenções no contexto explorado. Dentre as características presentes na cultura de segurança, destaca-se a necessidade de reduzir os gradientes de hierarquia, por meio de uma comunicação respeitosa e confiante, o trabalho em equipe, a liderança, e a promoção da cultura justa, na qual a culpa e a punição oportunizam o aprendizado e as melhorias na atenção à saúde^{17,34}.

Para além da cultura de segurança, a segurança do paciente recebe influência dos fatores organizacionais e dos fatores humanos³⁴. Por isso, a dimensão processos assistenciais, buscou na literatura e transpôs para seus indicadores a premissa de que a segurança apenas será implantada se os profissionais estiverem envolvidos com a causa, seguindo as normativas que conduzem as questões clínicas e de segurança, os conhecidos protocolos assistenciais, institucionais ou de segurança²⁷, notificando os incidentes de segurança³⁵, envolvendo e empoderando o paciente, familiar e/ou cuidador no processo de cuidado²⁷, qualificando a coordenação¹⁶ e a continuidade do cuidado¹⁶ na rede de atenção à saúde.

Tanto os profissionais de saúde, como os pacientes/familiares/cuidadores precisam estar capacitados para guiar sua segurança²². Por isso, a dimensão educação permanente destaca o potencial da educação continuada e permanente envolvendo a participação do paciente/familiar/cuidador e dos profissionais, desenvolvendo inclusive as ações que abordem a saúde dos próprios trabalhadores, uma vez que possui relação direta com a segurança do paciente^{1,22}.

O ML não é um produto estanque, mas sujeito a ajustes a cada nova necessidade identificada. Por isso, aspectos não previstos na proposta apresentada ou que surjam no processo de implementação do programa devem

ser acrescentados, ajustando e aperfeiçoando o modelo inicial⁵. O ML exposto é composto por itens fundamentais para segurança do paciente na APS, foi validado por especialistas e, portanto, é um instrumento importante para explorar e discutir o objeto em questão. Ele não tem o intuito de negligenciar as questões que envolvem a pesquisa, mas sim dar ênfase ao trabalho desenvolvido no âmbito da APS, orientando a condução de ações assertivas para o fortalecimento da segurança do paciente.

A MAJ apresenta uma possibilidade metodológica para condução de futuros estudos avaliativos, estabelecendo critérios/indicadores com parâmetros e juízo de valor para parametrização dos resultados encontrados. Diferente dos parâmetros utilizados neste estudo, a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) estabelece em seu julgamento que as “áreas forte da segurança do paciente” são aquelas que recebem 75% ou mais de respostas positivas no contexto explorado, sendo as “áreas frágeis para a segurança do paciente” aquelas que recebem na avaliação até 50% de respostas positivas³⁶.

Já Togashi⁶, construiu e validou um instrumento de autoavaliação da segurança do paciente na APS composto por uma escala Likert que avalia cinco domínios da segurança do paciente na APS: estrutura (6 itens), equipe e treinamento (6 itens), gestão e liderança (6 itens), processo assistencial (12 itens) e cultura (4 itens), mas não apresentou parâmetros de julgamento para a avaliação, mencionando, apenas, que o propósito avaliativo do instrumento é que quanto mais respostas se aproximarem da opção ‘concordo totalmente’, mais adequado está o serviço em relação à segurança do paciente.

A proposta avaliativa apresentada é inovadora e visa colaborar com o desenvolvimento de ações que fortaleçam a segurança do paciente na APS, no entanto, dependendo da necessidade e do interesse de informação, outros métodos avaliativos podem ser utilizados considerando as condições existentes para sua execução, como recursos, tempo e oportunidade⁵.

Considerações finais

O estudo construiu e apresentou a teoria da segurança do paciente na APS, estabelecendo as conexões necessárias entre atividades, produtos e resultados para alcance das metas estabelecidas pelo programa, qual seja, alcançar cuidados mais seguros neste contexto de atenção à saúde.

Para solidificar a construção da modelização, os especialistas foram envolvidos em todas as etapas, sendo fonte de informações e contribuições para o desenvolvimento do estudo de avaliabilidade. Apesar de tratar-se de uma forte recomendação para os futuros estudos, envolvê-los e mantê-los ativos com as suas participações nos diferentes momentos do estudo é um desafio.

As estratégias utilizadas para oportunizar e potencializar a participação dos especialistas foram a construção das etapas da conferência de consenso de modo virtual e assíncronas, tentando adequar-se às disponibilidades individuais dos participantes e a flexibilidade dos prazos de retorno conforme a necessidade apresentada.

Como potencialidade destaca-se o uso de diferentes técnicas para validação e confiabilidade dos resultados: análise documental, revisão de literatura e a conferência de consenso, com a participação dos especialistas na temática. Por isso, a modelização da segurança do paciente na APS apresentada pode ser utilizada por diversos atores, de diferentes contextos, para explorar e aprimorar a segurança do paciente na APS.

O estudo originou-se de uma demanda acadêmica, constituindo uma produção teórica e a sua utilização extensiva pode estar limitada por não ter sido uma necessidade sentida pelo próprio serviço. Outra limitação foi a dificuldade em incluir um número maior de especialistas e trabalhadores dos serviços nas etapas da conferência de consenso.

Sugere-se que novos estudos avaliativos sejam desenvolvidos, explorando a implantação da segurança do paciente na APS, contextos

e elementos facilitadores e dificultadores do processo de implantação e implementação da segurança do paciente na APS.

Colaboradoras

Macedo TR (0000-0002-9304-3215)* e Possoli L (0000-0002-1663-7909)* contribuíram para

concepção e desenho da obra; análise e interpretação de dados para o trabalho e revisão crítica do conteúdo intelectual. Calvo MCM (0000-0001-8661-7228)* e Natal S (0000-0001-6155-4785)* contribuíram para concepção e desenho da obra; análise e interpretação de dados para o trabalho; revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. 2020. [acesso em 2022 ago 10]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>.
2. Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Errors in health care: a leading cause of death and injury. In: Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health care system. Washington, DC: Institute of Medicine; 2000. p. 26-48.
3. World Health Organization. The Launch of the World Alliance for Patient Safety: “Please do me no harm”. 2004. [acesso em 2022 ago 10]. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013. [acesso em 2022 ago 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
5. Figueiredo TA, Angulo-Tuesta A, Hartz Z. Avaliabilidade da Política Nacional de Regulação no SUS: uma proposta preliminar. *Physis*. 2019; 29(2):e290215.
6. Togashi GB. Construção e validação de um instrumento de avaliação da segurança do paciente para os serviços de atenção primária à saúde. [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2020.
7. Baratieri T, Natal S, Hartz ZA. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(7):e00087319.
8. Madden C, Lydon S, Curran C, et al. Potential value of patient record review to assess and improve patient safety in general practice: A systematic review. *Eur. J. Gen. Pract.* 2018; 24(1):192-201.
9. Pai SD, Alves DB, Pluta P, et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Rev. baiana enferm.* 2020; (34):e34849:1-12.
10. Thurston WE, Ramaliu, A. Evaluability assessment of survivors of torture program: lessons learned. *The Canadian J. Prog. Evaluat.* 2005; 20(2):1-25.
11. Macedo TR, Calvo MCM, Possoli L, et al. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre a literatura. *Revista de APS*. 2022; 25(3):691-712.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Souza LEPEF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programa e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 65-102.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012. [acesso em 2023 mar 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
14. Aaraaen A, Slawomirski L, Klazinga N. The economics of patient safety in primary and ambulatory care: flying blind. OECD Health. Working Pap. 2018 [acesso em 2021 ago 3]; (106):1-57. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/baf425ad-en.pdf?expires=1628017673&id=id&accname=guest&checksum=95B6F3815B58926F1E56483E10C733F8>.
15. World Health Organization. Quality of care: patient safety: report by the Secretariat. 2002 mar 23. [acesso em 2021 jul 3]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf.
16. Avery AJ, Sheehan C, Bell B, et al. Incidence, nature and causes of avoidable significant harm in primary care in England: retrospective case note review. *BMJ Qual. Saf.* 2021; 30(12):961-976.
17. Antonakos I, Souliotis K, Psaltopoulou T, et al. Patient Safety Culture Assessment in Primary Care Settings in Greece. *Healthcare.* 2021; 9(7):880.
18. Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC, et al. Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Enferm.* 2019; 72(1):32-9.
19. Brasil. Ministério da Saúde. 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). Diário Oficial da União. 21 Set 2017.
20. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção COVID-19. Principais elementos. Brasília, DF: CONASS; 2021. 338 p. (v. 1).
21. Grabois V, Duarte SCM. O Papel da Gestão para a Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. In: Dalcin TC, Daudt CG. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: teoria e prática. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento; 2020.
22. World Health Organization. Education and training. 2016. [acesso em 2021 nov 6]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252269>.
23. World Health Organization. Patient engagement. 2016. 26 p. [acesso em 2021 nov 6]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252269>.
24. Woodward S. Seven Steps to patient safety for primary care. Reino Unido: National Patient Safety Agency; 2006.
25. Kingston-Riechers J, Ospina M, Jonsson E, et al. Patient Safety in Primary Care. Vancouver: Canadian Electronic Library; 2010. [acesso em 2023 mar 15]. Disponível em: https://bcpsqc.ca/wp-content/uploads/2018/03/Primary_Care_2010_english_FINAL.pdf.
26. Siman AG, Braga LM, Amaro MOF, et al. Desafios da prática na segurança do paciente. *Rev. Bras. Enferm.* 2019; 72(6):1581-1588.
27. Chaneliere M, Koehler D, Morlan T, et al. Factors contributing to patient safety incidents in primary care: a descriptive analysis of patient safety incidents in a French study using CADYA (categorization of errors in primary care). *BMC Fam. Pract.* 2018; 19(1):121.
28. Panesar SS, Silva D, Carson-Stevens A, et al. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual. Saf.* 2016; 25(7):544-53.
29. Brasil. Ministério da Saúde, Datasus. Produção ambulatorial do SUS - Brasil - por local de atendimento, 2019. [acesso em 2022 set 1]. Disponível em: [SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 47, N. 138, P. 462-477, JUL-SET 2023](http://ta-

</div>
<div data-bbox=)

bnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qauf.def.

30. Souza EC, Guimarães JMX, Silva MRF. Estudos de avaliabilidade de políticas e programas de saúde no Brasil: revisão integrativa. *SANARE*, Sobral. 2017; 16(2):85-92.
31. Marchon SG, Mendes Junior WV. Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(9):1815-1835.
32. Macedo LL, Haddad MCFL, Silva AMR, et al. Culture of patient safety in primary health care in a large municipality in the perception of workers. *Texto & Contexto Enferm*. 2020; (29):e20180410.
33. Tlili MA, Aouicha W, Ben Dhiab M, et al. Assessment of nurses' patient safety culture in 30 primary health-care centres in Tunisia. *East Mediterr Health J*. 2020; 26(11):1347-1354.
34. Webair HH, Al-Assani SS, Al-Haddad RH, et al. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Fam. Pract*. 2015; (16):136.
35. Lawati MHA, Dennis S, Short SD, et al. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC Family Practice*. 2018; 19(1):104.
36. Sorra J, Gray L, Streagle S, et al. *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: user's guide*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. [acesso em 2022 set 18]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>.

Recebido em 11/11/2022

Aprovado em 03/05/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve