

ARTIGO DE REVISÃO

Clima de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão integrativa

Patient safety climate in Primary Health Care in Brazil: an integrative review
Clima de seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud en Brasil: una revisión integradora

Larissa Brandão Monte Mor¹ ORCID 0000-0002-3176-9889

Beatriz Francisco Farah¹ ORCID 0000-0002-3345-0601

Izabela Palitot da Silva¹ ORCID 0000-0002-9880-0019

Camila Ribeiro Araujo¹ ORCID 0000-0001-6511-6475

André Luiz Silva Alvim¹ ORCID 0000-0001-6119-6762

Luciane Ribeiro de Faria¹ ORCID 0000-0001-7856-5659

Herica Silva Dutra¹ ORCID 0000-0003-2338-3043

¹Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

Endereço: Universidade Federal de Juiz de Fora – Faculdade de Enfermagem

Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Bairro São Pedro – Juiz de Fora, MG

E-mail: herica.dutra@ufjf.br

Submetido: 25/09/2023

Aceite: 22/12/2023

RESUMO

Justificativa e Objetivos: embora atenção primária à saúde tenha papel central no contexto brasileiro, grande parte das pesquisas que avaliam a cultura e o clima de segurança têm enfoque no âmbito hospitalar e poucas investigações sobre essa temática exploram essa realidade, justificando a elaboração deste estudo. Dessa forma, objetivou-se identificar as características do clima de Segurança do Paciente em serviços atenção primária à saúde no Brasil. **Métodos:** estudo de revisão integrativa. As bases de dados MEDLINE via Pubmed, LILACS, CINAHL e SciELO foram utilizadas para busca das publicações. **Resultados:** foram selecionados nove artigos, que relataram sobre o clima de segurança negativo na atenção primária à saúde. As cinco classes geradas no dendrograma se dividem em duas categorias principais: (1) cuidado à saúde seguro na atenção primária à saúde e (2) avaliação do clima de Segurança do Paciente nos serviços de atenção primária à saúde. Comunicação, aprendizagem organizacional e trabalho em equipe foram citados como potencializadores do cuidado à saúde seguro. Os agentes comunitários de saúde apresentaram percepção mais negativa do clima de segurança. As condições de trabalho e o suporte da gerência foram avaliados negativamente. **Conclusão:** o fortalecimento do clima de segurança nos serviços primários de saúde favorece a qualidade da assistência e o cuidado à saúde seguro.

Descritores: *Segurança do Paciente. Cultura Organizacional. Atenção Primária à Saúde. Brasil.*

ABSTRACT

Justification and Objectives: although primary health care plays a central role in Brazil, much of the research that evaluates safety culture and climate focuses on hospitals and few studies on this subject have explored this reality, thus justifying this study. The aim was therefore to identify the characteristics of the Patient Safety climate in primary health care

services in Brazil. **Methods:** integrative review study. The MEDLINE via Pubmed, LILACS, CINAHL and SciELO databases were used to search for publications. **Results:** nine articles were selected which reported on the negative safety climate in primary health care. The five classes generated in the dendrogram are divided into two main categories: (1) safe health care in primary health care and (2) evaluation of the Patient Safety climate in primary health care services. Communication, organizational learning and teamwork were cited as enhancers of safe healthcare. Community health workers had a more negative perception of the safety climate. Working conditions and management support were rated negatively. **Conclusion:** Strengthening the safety climate in primary health care services favors quality of care and safe health care.

Keywords: *Patient Safety. Organizational Culture. Primary Health Care. Brazil.*

RESUMEN

Justificación y Objetivos: a pesar de que la atención primaria de salud desempeña un papel central en Brasil, gran parte de las investigaciones que evalúan la cultura y el clima de seguridad se centran en los hospitales y pocos estudios sobre este tema han explorado esta realidad, lo que justifica el desarrollo de este estudio. Por lo tanto, el objetivo fue identificar las características del clima de Seguridad del Paciente en los servicios de atención primaria de salud en Brasil. **Métodos:** estudio de revisión integradora. Se utilizaron las bases de datos MEDLINE vía Pubmed, LILACS, CINAHL y SciELO para la búsqueda de publicaciones. **Resultados:** fueron seleccionados nueve artículos que informaban sobre el clima de seguridad negativo en los servicios de atención primaria de salud. Las cinco clases generadas en el dendrograma se dividen en dos categorías principales: (1) atención de salud segura en la atención primaria de salud y (2) evaluación del clima de Seguridad del Paciente en los servicios de atención primaria de salud. La comunicación, el aprendizaje organizativo y el trabajo en equipo se citaron como potenciadores de una asistencia sanitaria segura. Los trabajadores sanitarios comunitarios tenían una percepción más negativa del clima de seguridad. Las condiciones de trabajo y el apoyo de la dirección se valoraron negativamente. **Conclusión:** reforzar el clima de seguridad en la atención primaria favorece la calidad de la atención y la seguridad de la asistencia sanitaria.

Palabra Clave: *Seguridad del Paciente. Cultura Organizacional. Atención Primaria de Salud. Brasil.*

INTRODUÇÃO

Os eventos adversos relacionados à atenção à saúde são uma das principais causas de mortes no mundo. Entretanto, sabe-se que muitas são situações evitáveis por meio da implementação de estratégias voltadas ao controle de riscos e redução de danos.¹ Esse tema recebeu destaque a partir da publicação do documento “*To Err is Human: Building a Safer Health Care System*” (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro) que evidenciou altos índices de eventos adversos relacionados aos cuidados à saúde.²⁻³

Nesse sentido, foram estabelecidas áreas de atuação prioritárias para a Segurança do Paciente, sendo elas: identificar corretamente os pacientes; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhoria da segurança na administração de medicamentos de alta-vigilância; assegurar maior segurança em procedimentos cirúrgicos; diminuir o risco de

infecções relacionadas à assistência à saúde; e diminuir o risco de lesões por pressão e decorrentes de quedas.⁴ No Brasil, as ações direcionadas à Segurança do Paciente se intensificaram a partir da publicação de regulamentações específicas e a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente visando o cuidado em saúde qualificado a partir de ações direcionadas à promoção da cultura de segurança.⁵

Para desenvolvimento das estratégias para melhoria da segurança do cuidado prestado, é importante que haja uma cultura de segurança positiva nos serviços de saúde.⁶ A cultura de segurança é caracterizada como uma prática na qual todos os trabalhadores, incluindo gestores e trabalhadores da assistência direta ao paciente, são responsáveis pela própria segurança, pela segurança dos seus colegas, dos pacientes e familiares; a segurança é prioridade para além de interesses financeiros e operacionais; a identificação, comunicação e resolução de problemas relacionados à segurança são valorizados; a ocorrência de acidentes é base para o aprendizado organizacional; a manutenção de sistemas de saúde seguros se dá pelo fornecimento de recursos, estrutura e responsabilização de todos os envolvidos.⁷

O clima de segurança figura como a porção mensurável dessa cultura de segurança, podendo ser avaliado através das percepções, comportamentos e atitudes dos indivíduos em um tempo determinado, no ambiente em que estão inseridos.⁸ A avaliação do clima de segurança dos serviços de saúde é capaz de apontar as lacunas e necessidades de melhoria do cuidado prestado através do fortalecimento da Segurança do Paciente.⁸⁻¹¹

Cabe ressaltar que a atenção primária à saúde (APS) representa um modelo de mudança e reorganização da atenção à saúde no Brasil¹² fundamentada na prevenção de doenças e promoção da saúde.¹²⁻¹³ Existe uma percepção de que a APS é relativamente segura devido à baixa densidade tecnológica empregada nesse setor. No entanto, a ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde nos serviços de atenção primária é comum,¹⁴⁻¹⁷ o que justifica a elaboração deste estudo. Cabe ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica e (PNAB) e o Programa Nacional de Segurança do Paciente destacam a necessidade e importância de implementar ações de segurança do paciente no âmbito da APS.¹⁶

Assim, o objetivo deste estudo é identificar as características do clima de Segurança do Paciente em serviços atenção primária à saúde no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa da literatura realizada entre maio e outubro de 2021. Optou-se pela revisão integrativa por ser um método que possibilita a síntese e análise das evidências publicadas acerca de uma temática, englobando estudos de diferentes metodologias e contribuindo para o aprofundamento a respeito do tema estudado.¹⁸

Para a realização do presente estudo, seguiu-se a sistematização composta por procedimentos organizados em cinco blocos: 1) conceitual; 2) metodológico; 3) inferencial; 4) teórico; e 5) apresentação. A primeira etapa, constituída pela parte conceitual da revisão, engloba a identificação do tema e a elaboração da questão. Já no que diz respeito à metodologia, segue-se as etapas de levantamento e seleção dos estudos e coleta de dados. O bloco inferencial compreende a avaliação dos estudos e análise dos dados, enquanto o bloco teórico traz a interpretação dos achados e a discussão dos resultados. Por fim, é feita a apresentação através da síntese da revisão.¹⁹

Para a elaboração da pergunta de pesquisa, foi utilizada a estratégia PICO para estudos qualitativos, sendo aplicada da seguinte forma: População ou Problema (Atenção Primária à Saúde), Interesse (Clima de segurança), Contexto (Brasil). Dessa forma, foi definida a questão norteadora: Quais as características do clima de Segurança do Paciente em serviços atenção primária à saúde no Brasil?

A busca foi realizada nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Foram definidos os seguintes termos para busca na literatura: Segurança do Paciente, cultura organizacional, cultura de segurança, clima de segurança, atenção primária à saúde, atenção básica, cuidados primários e Brasil. Os termos foram associados com os operadores booleanos (AND e OR). A estratégia empregada foi: "Segurança do Paciente" OR "Patient Safety" OR "Seguridad del Paciente" AND "cultura de segurança" OR "safety culture" OR "cultura de seguridad" OR "clima de segurança" OR "safety climate" OR "clima de seguridad" OR "cultura organizacional" OR "organizational culture" OR "cultura organizacional" AND "atenção primária a saúde" OR "primary healthcare" OR "atención primaria de salud" OR "atenção básica" OR "atención básica" OR "cuidados primários" OR "primary care") AND ("Brasil" OR "Brazil).

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos disponíveis em formato eletrônico, na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, com data de publicação a partir de 25 de novembro de 2011. A limitação temporal se justifica pela data de publicação da regulamentação que orientou a respeito dos requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde.⁵ Os critérios de exclusão foram: artigos que não tivessem relação com o objetivo do estudo, pesquisas realizadas em outros países, publicações duplicadas, artigos que não utilizaram instrumento que avalia o clima de segurança, artigos de revisão, relatos de

experiência e pesquisas que foram publicadas em periódicos que não tiveram o processo de avaliação por pares.

Para facilitar a seleção dos estudos foi utilizada a ferramenta *Rayyan*, *website* e aplicativo de gerenciamento de referências bibliográficas.²⁰ As buscas nas bases de dados foram salvas e exportadas para a ferramenta *Rayyan*.

O tratamento dos dados foi realizado com o apoio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), o qual permite a análise estatística de textos com o uso de representações gráficas, facilitando a organização e a compreensão dos materiais estudados.²¹ O corpus textual foi construído a partir dos nove artigos selecionados, incluindo introdução, resultados e conclusão destes e adequando-os às especificações do *software*. Foi feita a revisão do arquivo e correção dos erros de digitação. A seguir, realizou-se o processamento do corpus textual no IRAMUTEQ e adotou-se o dendrograma gerado pelo programa para a análise dos dados.

O nível de evidência dos artigos foi avaliado de acordo com as recomendações da *Agency of Healthcare Research and Quality* (AHRQ).²² Para análise dos dados, optou-se pela modalidade da análise de conteúdo.²³ A análise de conteúdo é estruturada em três fases. Na primeira fase, também chamada de pré-análise, desenvolve-se a leitura flutuante do material, seleção dos documentos que serão analisados, formulação dos objetivos e preparação do material. A exploração do material é a segunda fase de análise e é caracterizada pela codificação e categorização do material. A última fase é o tratamento dos resultados, onde é realizada a interpretação dos resultados por meio da inferência.

RESULTADOS

Foi utilizada versão adaptada do fluxograma do protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) para expor as etapas do processo de busca (Figura 1).

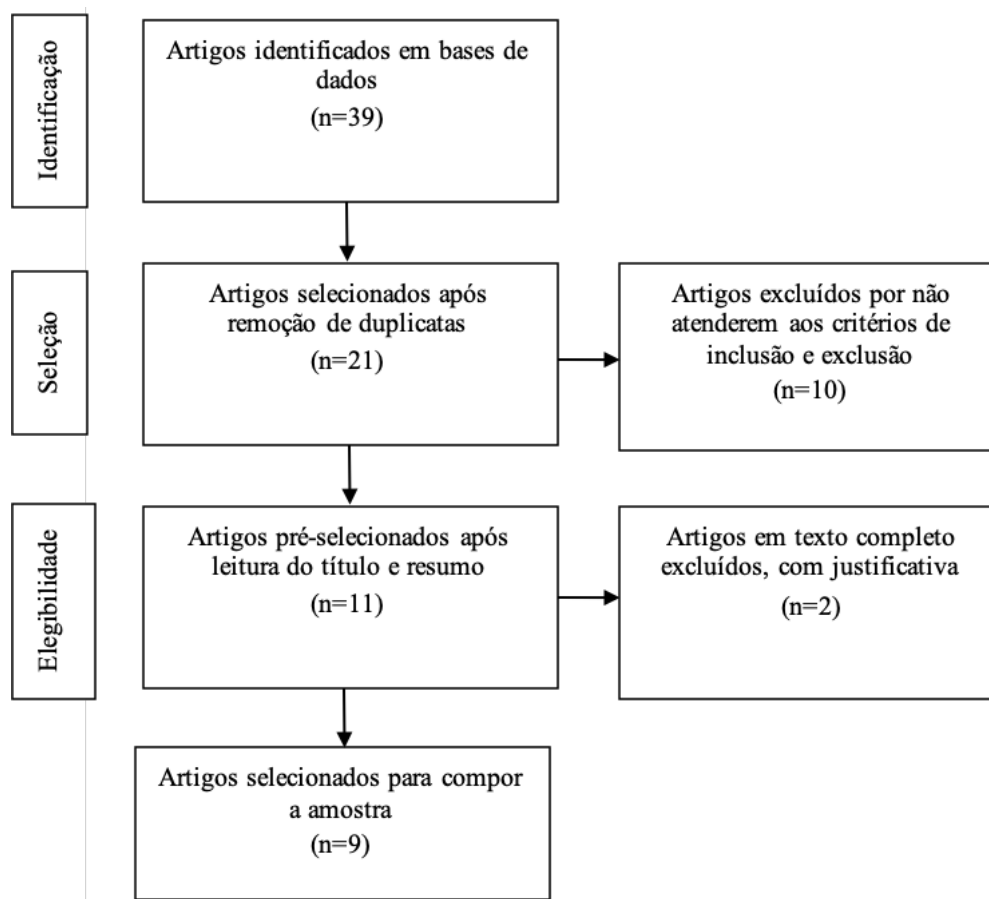


Figura 1. Fluxograma do processo de busca de acordo com o protocolo PRISMA. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2022

Após a identificação e exclusão dos estudos duplicados, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos estudos, sendo excluídos os que não estavam adequados aos critérios de inclusão e exclusão e pré-selecionados aqueles se adequavam a tais critérios. Em seguida, foi realizada a leitura na íntegra dos 11 artigos pré-selecionados e excluídos dois deles, um por se tratar de uma dissertação de mestrado e o segundo por não ter utilizado instrumento para avaliação do clima de segurança. Por fim, foram selecionados nove artigos para compor a amostra do estudo.

Os estudos selecionados foram agrupados no Quadro 1 e caracterizados de acordo com o autor principal, título da revista e ano de publicação; título do artigo; local e amostra da pesquisa; instrumento de coleta de dados utilizado e síntese dos principais resultados obtidos. Dos nove artigos selecionados, oito foram publicados em português e um em inglês. O ano de publicação variou de 2013 a 2021. O número de participantes das pesquisas variou de 51 a 513, com média de 198 participantes.

Quadro 1. Caracterização dos estudos selecionados segundo autor principal, periódico, ano, local, amostra, instrumentos de coleta de dados utilizados e principais resultados. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2022.

Autor, periódico/ano	Local e Amostra	Instrumento de coleta de dados	Principais resultados
Paese; Dal Sasso, Texto Contexto Enferm/ 2013 ²⁴	Santa Catarina (n=96)	<i>Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version (SAQ-AV)</i>	A atitude “segurança do paciente” se evidenciou como mais relevante para os participantes do estudo. Já a atitude “erro” foi avaliada como a de menor relevância.
Galhardi NM, et al. Acta Paul Enferm/ 2018 ²⁵	São Paulo (n=240)	Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária	Os profissionais apresentaram percepções positivas em relação à dimensão da qualidade do serviço e clima de segurança do paciente. A dimensão “suporte da liderança” mostrou-se fragilizada, necessitando de melhorias.
Raimondi DC, et al. Rev Gaúcha Enferm/2019 ⁷	Paraná (n=144)	Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária	O clima de segurança do paciente foi avaliado como positivo pelos participantes do estudo.
Souza MM, et al. Rev Bras Enferm/ 2019 ²⁶	Rio Grande do Sul (n=349)	<i>Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version (SAQ-AV)</i>	A avaliação dos profissionais a sobre o clima de segurança foi negativa. Somente o domínio “segurança do paciente” apresentou avaliação positiva. Os domínios que apresentaram as médias mais baixas foram “condições de trabalho” e “erro”.
Dal Pai S, et al. Rev baiana enferm/ 2020 ²⁷	Rio Grande do Sul (n=188)	Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária	A avaliação dos profissionais participantes do estudo em relação ao clima de segurança foi positiva, exceto na dimensão “pressão e ritmo de trabalho”.
Lousada LM, et al. BMC Family Practice/ 2020 ²⁸	Ceará (n=147)	Questionário de Atitudes de Segurança	O clima de segurança do paciente foi avaliado de forma negativa. A satisfação no trabalho foi o domínio que obteve melhor pontuação, enquanto percepção da gestão e condições de trabalho foram os que apresentam os menores escores.
Macedo LL, et al. Trab. Educ. Saúde/ 2020 ²⁹	Paraná (n=513)	Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária	Foi identificada avaliação negativa do clima de segurança do paciente. As dimensões mais fragilizadas de acordo com as avaliações foram: “processo de trabalho no serviço de saúde” e “apoio dos gestores”.
Vasconcelos PF, et al. Rev Min Enferm/ 2021 ³⁰	Ceará (n=55)	Questionário de Atitudes de Segurança	O clima de segurança do paciente no cenário estudado foi avaliado negativamente. Todos os domínios avaliados apresentaram valores menores que os recomendados, entre eles, três evidenciaram necessidade de intervenções para melhoria do clima de segurança do paciente.
Bohrer JKL, et al. Rev Rene/ 2021 ³¹	Distrito Federal (n=51)	Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária	Não foram identificadas dimensões fortes do clima de segurança. A dimensão “trabalho em equipe” foi a que obteve melhor avaliação.

Os instrumentos empregados para avaliar o clima de Segurança do Paciente variaram entre os artigos. Dentre eles, dois utilizaram a versão traduzida e adaptada culturalmente do *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*, traduzido como “Questionário de Atitudes de Segurança” e cinco optaram pela versão traduzida e adaptada culturalmente do *Medical Office Survey on Patient Safety*, sendo a tradução original “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do

Paciente para Atenção Primária”.³²⁻³³ O instrumento *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version* (SAQ-AV) foi adotado em dois artigos.³⁴

Cabe mencionar que a primeira publicação²⁴ incluída na revisão que utilizou o SAQ-AV informa a autorização dos autores para traduzir, adaptar e aplicar o instrumento em unidades básicas de saúde. Porém, não foram apresentadas as evidências de validade do referido instrumento no contexto brasileiro. O segundo estudo²⁶ incluído na revisão que utiliza o SAQ-AV faz referência ao estudo mencionado anteriormente²⁴. Apesar desta observação, ressalta-se que os estudos foram publicados em periódicos indexados em bases de dados conceituadas da área da saúde, com rigoroso processo de revisão de pares. Dessa forma, decidiu-se mantê-los na amostra selecionada para esta investigação.

Todos os artigos incluídos neste estudo tiveram delineamento transversal, sendo classificados com nível de evidência igual a 6. Nota-se que apesar de usarem termos e especificações distintas, os instrumentos convergem no sentido de avaliarem temas mais amplos acerca do clima de segurança, tais quais as relações interpessoais, abrangendo a comunicação e o trabalho em equipe, a relação com a gerência e as condições de trabalho.

Dentre os estudos avaliados, as categorias profissionais participantes foram: enfermeiros, médicos, ACS, técnicos de enfermagem, dentistas, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, gerentes, nutricionistas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, atendentes administrativos, auxiliares de enfermagem, auxiliares de farmácia, auxiliares de saúde bucal, auxiliares de serviços de patologia clínica e laboratório e agentes de endemias.

Neste estudo, optou-se pela utilização da classificação hierárquica descendente (CHD), a qual permite a organização dos vocábulos e a formação de classes a partir da relação de contexto e associação entre as palavras.²¹ Após o agrupamento das palavras, é criado um dendrograma evidenciando as classes geradas e a proporção de segmentos de texto que compõem cada classe (Figura 2).

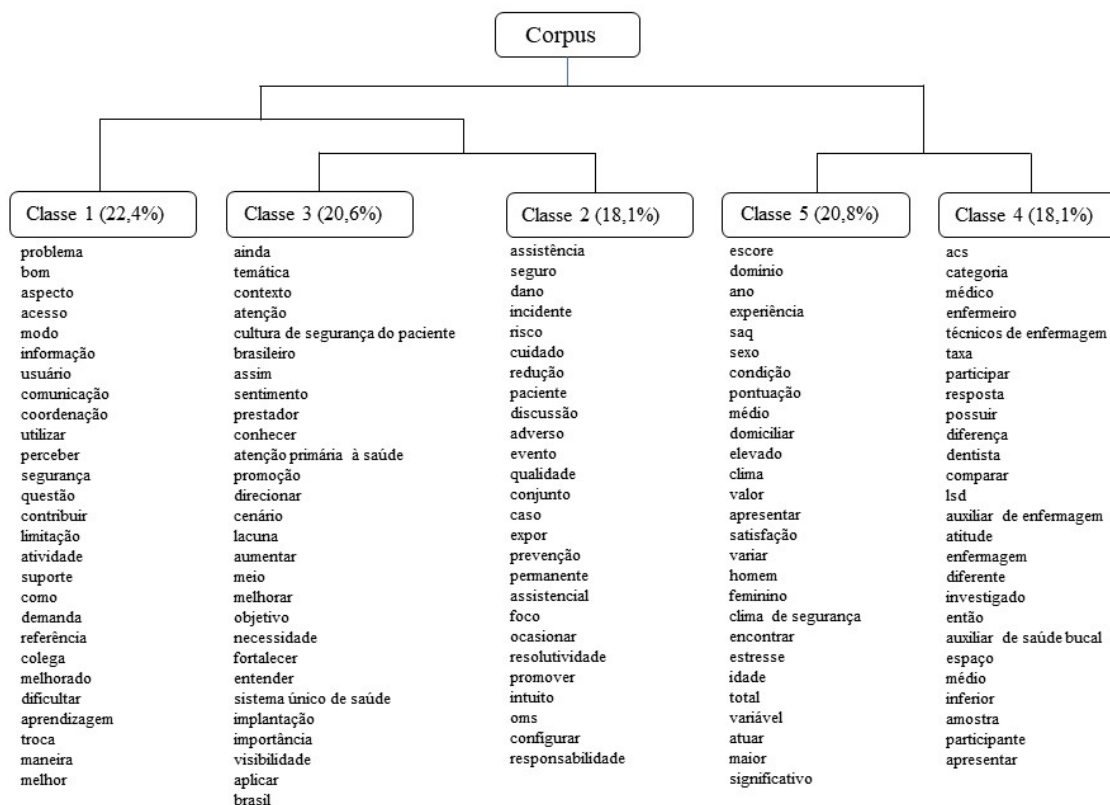


Figura 2. Dendrograma das classes geradas pelo *software* IRAMUTEQ.

A classificação do *corpus* possibilitou a identificação de duas categorias principais, incluindo na categoria 1 três classes e na categoria 2 duas classes, a saber: 1) cuidado à saúde seguro na APS (classe 1: aspectos da assistência à saúde segura na APS; classe 2: Segurança do Paciente; e classe 3: cultura de Segurança do Paciente na APS); e 2) avaliação do clima de Segurança do Paciente nos serviços de APS (classe 4: percepções sobre o clima de Segurança do Paciente segundo as categorias profissionais; e classe 5: avaliação do clima de Segurança do Paciente nos serviços de APS. Dessa forma, a proximidade temática entre as classes permitiu que estas fossem abordadas e discutidas de forma integrada dentro de cada categoria correspondente.

Na categoria 1 “Cuidado à saúde seguro na APS” evidenciaram-se os principais aspectos para a assistência à saúde segura na APS, com vistas a melhoria da cultura de Segurança do Paciente. Comunicação e trabalho em equipe foram destacados como potencializadores para o cuidado seguro. Dentro dessa categoria, a relevância da aprendizagem organizacional sobressaiu como um elemento capaz de promover transformações positivas no ambiente de trabalho por meio do compartilhamento de informações e implementação de estratégias nos serviços de saúde. Além disso, a cultura não-punitiva é caracterizada como um diferencial para a promoção da Segurança do Paciente.

Na categoria 2 “Avaliação do clima de Segurança do Paciente nos serviços de APS” é apresentada a percepção dos profissionais da APS sobre o clima de Segurança do Paciente. Cabe destacar o desafio enfrentado no presente estudo relacionado à utilização de diferentes instrumentos de avaliação. O modelo estratégia de saúde da família (ESF) foi positivamente associado ao clima de Segurança do Paciente e tempo de experiência na APS. De maneira oposta, ser agentes comunitários de saúde (ACS), deficiências na gerência e liderança, além de condições de trabalho inadequadas foram relacionadas a uma percepção desfavorável do clima de segurança. O clima de segurança na APS foi considerado negativo.

DISCUSSÃO

As características do clima de Segurança do Paciente em serviços de APS no Brasil apontam aspectos relacionados à assistência segura aos usuários, bem como fatores identificados na percepção dos trabalhadores de saúde.

A comunicação segue sendo um desafio no contexto da APS. Problemas e falhas na comunicação podem prejudicar a qualidade e a segurança do cuidado realizado. É necessária uma comunicação eficaz tanto entre os profissionais quanto entre profissional e usuário(s) para a prevenção de incidentes e fortalecimento da assistência à saúde segura.^{7,26,30-31}

Entre os desafios para a comunicação efetiva no processo de trabalho em saúde é possível citar: a atuação uniprofissional; o processo de formação tradicional; e a questão hierárquica, que por vezes impede estabelecer comunicação fluida e compartilhamento de informações. Para a comunicação efetiva e a qualidade do cuidado à saúde é necessário que os profissionais conheçam as atribuições uns dos outros e entendam a importância do trabalho em equipe. Diante disso, investir em capacitações pode ser uma estratégia eficaz para estreitar as relações entre a equipe, favorecer a comunicação aberta e colaborar para o processo de trabalho.³⁵⁻³⁶

O trabalho em equipe foi avaliado positivamente em alguns dos estudos analisados.^{24-25,27} Uma equipe integrada está mais apta a desenvolver seu processo de trabalho de maneira eficaz, tendo objetivos e estratégias em comum para o alcance de uma assistência segura.³⁷⁻³⁸ O trabalho em equipe é determinante para a integralidade do cuidado e a qualidade da assistência na APS. A prática colaborativa interprofissional se alicerça na comunicação eficaz entre a equipe, nos objetivos comuns e metas desenvolvidas coletivamente e na responsabilidade compartilhada pela qualidade do trabalho.³⁵⁻³⁸

A aprendizagem organizacional foi um aspecto considerado importante para a segurança dos cuidados na APS. A avaliação sobre a aprendizagem organizacional variou nos estudos

que avaliaram esse elemento. No entanto, entendem que a aprendizagem no trabalho por meio da educação permanente é essencial para a atualização profissional, promoção do diálogo e da troca de conhecimentos para a construção do pensamento crítico para um trabalho voltado para práticas seguras.^{7,24-27,30-31}

A aprendizagem organizacional é um conceito amplo e ainda muito discutido. Entende-se como uma estratégia para transformar conhecimento em ação e criar um conhecimento que seja compartilhado entre as equipes de saúde de uma instituição.³⁹ A educação permanente propicia o aprendizado significativo a partir da realidade e da demanda do cotidiano do serviço permitindo ao trabalhador ampliar sua autonomia e tornar-se protagonista na assistência segura para os usuários e para si mesmo promovendo mudanças na cultura organizacional.⁴⁰

Para o fortalecer a Segurança do Paciente, outro ponto a ser destacado é a aprendizagem pelo erro em substituição à culpabilização individual. Nesse sentido, faz-se necessária a compreensão do erro como uma falha no sistema e não uma falha individual, levando o profissional a ser corresponsável pelo incidente ocorrido e estimulando o aprendizado coletivo a partir do erro.^{4,7,16}

Trabalhar na equipe de ESF e ter de cinco a 12 anos de trabalho foram fatores significativos para cultura de segurança positiva.²⁶ A ESF é pautada no cuidado integral, desenvolvida por equipe multiprofissional e direcionada à população em território delimitado. A atuação profissional na equipe de ESF pode contribuir para a criação de vínculo com o usuário e a satisfação profissional.¹² Da mesma forma, maior tempo de atuação no serviço promove maior satisfação no trabalho, contribuindo para assistência segura e de qualidade.⁶

A avaliação do clima de segurança entre as categorias profissionais variou entre os estudos. Três dos artigos selecionados^{7,24,29} apontaram haver uma percepção mais fragilizada do clima de segurança entre os ACS. As dimensões avaliadas negativamente por estes profissionais estavam ligadas ao trabalho em equipe e comunicação, à gerência da unidade de saúde e às condições de trabalho. Esse achado pode ser justificado pelo trabalho do ACS ser desenvolvido na unidade de saúde, mas principalmente na comunidade em que está inserido,⁷ o que pode criar um distanciamento em relação aos outros membros da equipe.

Percepção e apoio da gerência foi um dos aspectos mais avaliados negativamente nos estudos.^{7,24-25,28-30} Por vezes a relação com a gerência é pouco efetiva, o que pode prejudicar o trabalho em equipe e, conseqüentemente, a Segurança do Paciente. O papel de coordenador na APS demanda ferramentas como a liderança, aspecto necessário para a melhoria dos processos de trabalho e modificações nos serviços de saúde.¹⁶ A fragilidade da interação com

a gerência pode influenciar atitudes relacionadas à Segurança do Paciente. Nesse sentido, é importante que a gestão esteja aberta ao diálogo e apoie o trabalho diário dos profissionais a fim promover a comunicação acerca da segurança e elaborar conjuntamente ações direcionadas à melhoria do clima de segurança.³⁸

Condições de trabalho desfavoráveis podem impactar na Segurança do Paciente.^{24,26-29} Entre os fatores citados pelos profissionais estão: sobrecarga de trabalho, esgotamento profissional, ausência de gerente na unidade, recursos escassos, falta de insumos e vínculos de trabalho frágeis. Esses fatores influenciam na oferta de serviços e na qualidade do cuidado prestado, além de contribuírem para a insatisfação profissional.⁴

A maioria dos estudos^{26,28-31} evidenciou que o clima de Segurança do Paciente foi avaliado como negativo. Conhecer o clima de segurança na APS é importante para identificar tanto os pontos fortes quanto as fragilidades do serviço em relação à Segurança do Paciente e assim buscar estratégias para a melhoria das condições avaliadas.^{14,16} Os resultados da avaliação institucional podem subsidiar a elaboração de um plano de ação para ser trabalhado junto a equipe, gestão e usuários dos serviços de saúde.

As limitações deste estudo incluem a limitação de bases de dados e a inclusão de estudos publicados em apenas três idiomas. Justifica-se a escolha das bases de dados e idiomas devido ao cenário escolhido ser o Brasil. Dessa forma, as bases de dados e idiomas contemplam os principais veículos de estudos produzidos no contexto brasileiro. Além disso, o uso de diferentes instrumentos de mensuração do clima de Segurança do Paciente nos estudos selecionados não possibilitou o desenvolvimento de comparações entre os estudos. Como fragilidade ressalta-se o nível de evidência dos estudos incluídos. O rigor metodológico e a avaliação dos estudos por revisores independentes foram as estratégias adotadas para promover maior robustez ao estudo e mitigar as limitações apontadas. A ausência de evidências de validade do SAQ-AV nos estudos que utilizaram esse instrumento pode sinalizar fragilidade nos resultados de ambas as publicações (Paese F, Dal Sasso GTM, 2013²⁴ e Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC et al, 2019²⁶) podendo impactar nas conclusões desta revisão. Nesse sentido, destaca-se a importância de estudos de adaptação transcultural de instrumentos de medida estrangeiros para adequação ao contexto brasileiro e cenários de investigação.

Para além das questões apontadas, cabe destacar que são recomendadas estratégias para melhoria do clima de segurança na APS, tais como: implementação de educação permanente nos serviços de saúde com foco na aprendizagem pelo erro; realização periódica de reuniões de equipe para melhorar a interação e promover discussões e troca de conhecimentos;

utilização de protocolos e *checklists*, melhoria das condições de trabalho e apoio da gestão para aprimoramento do processo de trabalho.^{7,24-27,29,31}

CONCLUSÃO

O clima de segurança na atenção primária à saúde foi negativo na maioria dos estudos analisados. Comunicação, aprendizagem organizacional e trabalho em equipe foram citados como potencializadores do cuidado à saúde seguro. Ter de cinco a 12 anos de trabalho e atuar na equipe de estratégia de saúde da família foram aspectos significativos para cultura de segurança positiva. Os agentes comunitários de saúde apresentaram pior avaliação do clima de segurança quando comparados aos demais trabalhadores da atenção primária à saúde. Apoio da gerência e condições de trabalho foram as dimensões que apresentaram piores avaliações.

REFERÊNCIAS

1. Andrade AM, Rodrigues JS, Lyra BM, et al. Evolução do programa nacional de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Vigil Sanit Debate*. 2020;8(4):37-46. doi: <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01505>
2. Schiff G, Shojanian KG. Looking back on the history of patient safety: an opportunity to reflect and ponder future challenges. *BMJ Qual Saf*. 2022;31:148-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014163>
3. Pierre MS, Grawe P, Bergstrom J et al. 20 years after To Err Is Human: A bibliometric analysis of ‘the IOM report’s’ impact on research on patient safety. *Saf Sci*. 2022;147:105593. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105593>
4. Silva AP, Backes DS, Magnago TS et al. Patient safety in primary care: conceptions of family health strategy nurses. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180164. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180164>
5. Silva LC, Caldas CP, Santos I. Políticas públicas de saúde orientadas para a segurança do paciente: uma reflexão teórica. *Saúde Colet*. 2020;10(53):2430-5. doi: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i53p2430-2435>
6. Magalhães FHL, Pereira ICA, Luiz RB et al. Patient safety atmosphere in a teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180272. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272>
7. Raimondi DC, Bernal SCZ, Oliveira JLC et al. Patient safety culture in primary health care: analysis by professional categories. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180133. doi: <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180133>
8. Lee J, Huang YH, Cheung JH et al. A systematic review of the safety climate intervention literature: Past trends and future directions. *J Occup Health Psychol*. 2019;24(1):66-91. doi: <https://doi.org/10.1037/ocp0000113>

9. AlMaani MM, Salama KF. Assessment of Attitude of Primary Care Medical Staff Toward Patient Safety Culture in Primary Health-care Centers Al-Ahsa, Saudi Arabia. *J Multidiscip Healthc*. 2021;14:2731-40. doi: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S323832>
10. Vallières F, Mubiri P, Agyemang AS et al. Determinants of safety climate at primary care level in Ghana, Malawi and Uganda: a cross-sectional study across 138 selected primary healthcare facilities. *Hum Resour Health*. 2021;19(73). doi: <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00617-9>
11. Racziewicz D, Owoc J, Krakowiak J et al. Patient safety culture in Polish Primary Healthcare Centers, *Int J Qual Health Care*. 2019;31(8):G60-G66. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz004>
12. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. National Primary Health Care Policy: where are we headed to?. *Cienc Saude Colet*. 2020;25(4):1475-82. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
13. Epperly T, Bechtel C, Sweeney R et al. The shared principles of primary care: a multistakeholder initiative to find a common voice. *Fam Med*. 2019;51(2):179-84. doi: <https://doi.org/10.22454/FamMed.2019.925587>
14. Kuriakose R, Aggarwal A, Sohi RK et al. Patient safety in primary and outpatient healthcare. *J Family Med Prim Care*. 2020;9:7-11. doi: http://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_837_19
15. Aguiar TL, Lima DS, Moreira MAB et al. Patient safety incidents in primary healthcare in Manaus, AM, Brazil. *Interface Comun Saude Educ*. 2020;24(supl.1):e190622. doi: <http://doi.org/10.1590/Interface.190622>
16. Nora CR, Beghetto MG. Patient safety challenges in primary health care: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190209. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0209>
17. Panesar SS, Desilva D, Carson-Stevens A et al. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2016; 25:544-53. doi: <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004178>
18. Snyder H. Literature review as a research methodology: An overview and guidelines author links open overlay panel. *J Bus Res*. 2019;104:333-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
19. Dantas HLL, Costa CRB, Costa LMC et al. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. *Rev Recien*. 2022; 12(37):334-45. doi: <http://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.334-345>
20. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20170204. doi: <http://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>
21. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC et al. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03353. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>
22. Galvão CM. Evidence hierarchies [editorial]. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(2):5-5. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-2100200600020000120>

23. Menezes EO, Maitan Filho PL. Análise de conteúdo: contextualização, operacionalização, discussões e perspectivas. *Rev Valore.* 2022;7:e7047. doi: <https://doi.org/10.22408/revva7020221043e-7047>
24. Paese F, Dal Sasso GTM. Patient safety culture in primary health care. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(2):302-10. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>
25. Galhardi NM, Roseira CE, Orlandi FS et al. Assessment of the patient safety culture in primary health care. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(4):409-16. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800057>
26. Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC et al. Patient safety culture in the Primary Health Care. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(1):32-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>
27. Dal Pai S, Alves DFB, Pluta P et al. Evaluation of the patient safety culture in primary health care. *Rev Baiana Enferm.* 2020;34:e34849. doi: <http://doi.org/10.18471/rbe.v34.34849>
28. Lousada LM, Dutra FCS, Silva BV et al. Patient safety culture in primary and home care services. *BMC Fam Pract.* 2020;21:188. doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01263-1>
29. Macedo LL, Silva AMR, Silva JFM et al. A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. *Trab Educ Saúde.* 2019;18(1):e0023368. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00233>
30. Vasconcelos PF, Carvalho REFL, Sousa Neto PH et al. Patient safety atmosphere in Primary Health Care: root cause analysis. *Rev Min Enferm.* 2021; 25:e1371. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762-20210019>
31. Bohrer JKL, Vasconcelos ACL, Bezerra ALQ et al. Patient safety culture in Primary Health Care. *Rev Rene.* 2021;22:e70874. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212270874>
32. Carvalho REFL, Cassiani SHDB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012;20(3):575-82. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
33. Timm M, Rodrigues MCS. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. *Acta Paul Enferm.* 2016;29(1):26-37. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600005>
34. Modak I, Sexton JB, Lux TR et al. Measuring safety culture in the ambulatory setting: The safety attitudes questionnaire - Ambulatory version. *J Gen Intern Med.* 2007;22(1):1-5. doi: <http://doi.org/10.1007/s11606-007-0114-7>
35. Alsabri M, Boudi Z, Lauque D et al. Impact of teamwork and communication training interventions on safety culture and patient safety in emergency departments: a systematic review. *J Patient Saf.* 2022;18(1):e351-61. doi: <http://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000782>
36. Mohsen MM, Gab Allah AR, Amer NA et al. Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety at primary healthcare units: effect on patients' outcomes. *Nurs Forum.* 2021;56(4):849-59. doi: <https://doi.org/10.1111/nuf.12627>
37. Shen W, Skelly k Hemesath K et al. Implementation of TeamSTEPPS concept at an academic primary care clinic. *J Interprof Educ Pract.* 2020;20:100352. doi: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2020.100352>

38. Brommelsiek M, Graybill TL, Gotham HJ. Improving communication, teamwork and situation awareness in nurse-led primary care clinics of a rural healthcare system. *J Interprofessional Educ Pract.* 2019;16:100268. doi: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.100268>
39. Schuttner L, Coleman K, Ralston J et al. The role of organizational learning and resilience for change in building quality improvement capacity in primary care. *Health Care Manage Rev.* 2021;46(2):E1-7. doi: <http://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000281>
40. Koerich C, Erdmann AL, Lanzoni GMM. Professional interaction in management of the triad: Permanent Education in Health, patient safety and quality. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020;28:e3379. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4154.3379>

Contribuições dos autores:

Larissa Brandão Monte Mor contribuiu para a pesquisa bibliográfica, redação do resumo, introdução, metodologia, discussão, interpretação e descrição dos resultados, elaboração de tabelas, conclusões, revisão e estatísticas. **Beatriz Francisco Farah** contribuiu para a redação do resumo, revisão e estatísticas. **Izabela Palitot da Silva** contribuiu para a redação do resumo, revisão e estatísticas. **Camila Ribeiro Araujo** contribuiu para a redação do resumo, revisão e estatísticas. **André Luiz Silva Alvim** contribuiu para a redação do resumo, metodologia, interpretação dos resultados, conclusões, revisão e estatísticas. **Luciane Ribeiro de Faria** contribuiu para a redação do resumo, revisão e estatísticas. **Herica Silva Dutra** contribuiu para a administração de projetos, pesquisa bibliográfica, redação do resumo, introdução, metodologia, discussão, interpretação e descrição dos resultados, conclusões, revisão e estatísticas.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.