

Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre a literatura

Patient safety in Primary Health Care: a look at the literature

Taise Rocha Macedo¹, Maria Cristina Marino Calvo², Luciane Possoli³, Sonia Natal⁴

Artigo de revisão

RESUMO

Preocupações com a segurança do paciente vêm crescendo em todo o mundo, sendo uma dimensão da qualidade do cuidado. O tema na Atenção Primária à Saúde (APS) está em ascensão e visa reduzir os riscos desnecessários aos pacientes ao longo do cuidado com a saúde. O objetivo deste estudo é analisar os aspectos fundamentais relacionados à segurança do paciente na APS. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre a segurança do paciente, realizada em agosto de 2021 em todas as bases de dados da BVS, Cinahl, Scielo, Scopus, PubMed, e Web of Science. Participaram 31 artigos publicados desde 2005 até os dias atuais, de 14 diferentes países. Os resultados foram organizados em três categorias temáticas: incidentes de segurança, cultura de segurança e instrumentos de avaliação da segurança do paciente, revelando que a prevenção de incidentes de segurança perpassa os componentes estruturais, processuais, de treinamento e cultura, que precisam ser constantemente acompanhadas e fortalecidas pela gestão, equipe de saúde e pacientes. Muitas ações fortalecedoras da segurança do paciente são viáveis de serem executadas e não impactam em novas demandas de trabalho para a equipe de saúde. Indicadores de segurança do paciente na APS precisam ser aprimorados, tornando-os representativos, viabilizando a construção de instrumentos e consequente avaliação. Sugere-se ampliar os estudos nessa temática devido sua importância durante a atenção à saúde.

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

ABSTRACT

Concerns about patient safety have been growing around the world, being a dimension of the quality of care. The theme in primary health care (PHC) is on the rise and aims to reduce unnecessary risks to patients throughout health care. The objective of this study is to analyze the fundamental aspects related to patient safety in PHC. This is an integrative review of the literature on patient safety, carried out in August/2021 in all VHL, Cinahl, Scielo, Scopus, PubMed, and Web of Science databases. 31 articles published from 2005 to the present day, from 14 different countries participated. The results were organized into three thematic categories: safety incidents, safety culture and patient safety assessment instruments, revealing that the prevention of safety incidents permeates the structural, procedural, training and culture components, which need to be constantly monitored. and strengthened by management, healthcare staff and patients. Many actions to strengthen patient safety are feasible to be carried out and do not impact new work demands for the health team. Patient safety indicators in PHC need to be improved, making them representative and enabling the construction of instruments and subsequent evaluation. It is suggested to expand studies on this topic due to its importance during health care.

KEYWORDS: Patient Safety. Primary Health Care. Health Evaluation.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <<https://orcid.org/0000-0002-9304-3215>>. E-mail: taiserm16@gmail.com

² Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <<https://orcid.org/0000-0001-8661-7228>>

³ Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul). <<https://orcid.org/0000-0002-1663-7909>>

⁴ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <<https://orcid.org/0000-0001-6155-478>>

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente compreende o conjunto de atitudes e ações que visam reduzir os riscos de danos desnecessários aos pacientes ao longo do cuidado à saúde¹. Discussões sobre a temática têm sido fundamental para a melhoria da qualidade nas organizações de saúde no cenário mundial, visto que a segurança do paciente é reconhecida como um atributo da qualidade do cuidado em saúde¹⁻⁴.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), estima-se que 2-3% das consultas realizadas produzem um incidente de segurança do paciente, ou seja, eventos que podem ou não causar danos aos pacientes⁵. Os erros mais comuns nesse ambiente envolvem os diagnósticos (26% a 57%), tratamento medicamentoso (13% a 53%), tratamentos (7% a 37%), organização do serviço (9% a 56%) e a comunicação entre os profissionais e os pacientes (5% a 72%)⁶.

A APS é a porta de entrada preferencial ao sistema público de saúde^{7, 8}, executando aproximadamente 90% de todos os cuidados prestados à saúde da população⁷. Apesar da produção de conhecimento nesse contexto ter se fortalecido a partir de 2012, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) estruturou o *Safer Primary Care Expert Working Group*^{4, 9}, percebe-se que a ênfase das pesquisas relacionadas à segurança do paciente tem se mantido no setor hospitalar^{2, 3, 8-21}.

Além disso, as evidências apontam que 50% dos danos produzidos na APS dos países desenvolvidos são evitáveis, podendo chegar a 60% nos países de baixa renda¹⁷, reforçando a necessidade de maiores investigações envolvendo a temática.

Para contribuir com o avanço do conhecimento sobre essa temática, o objetivo deste estudo foi analisar os aspectos fundamentais relacionados à segurança do paciente na APS.

DESENVOLVIMENTO

Metodologia

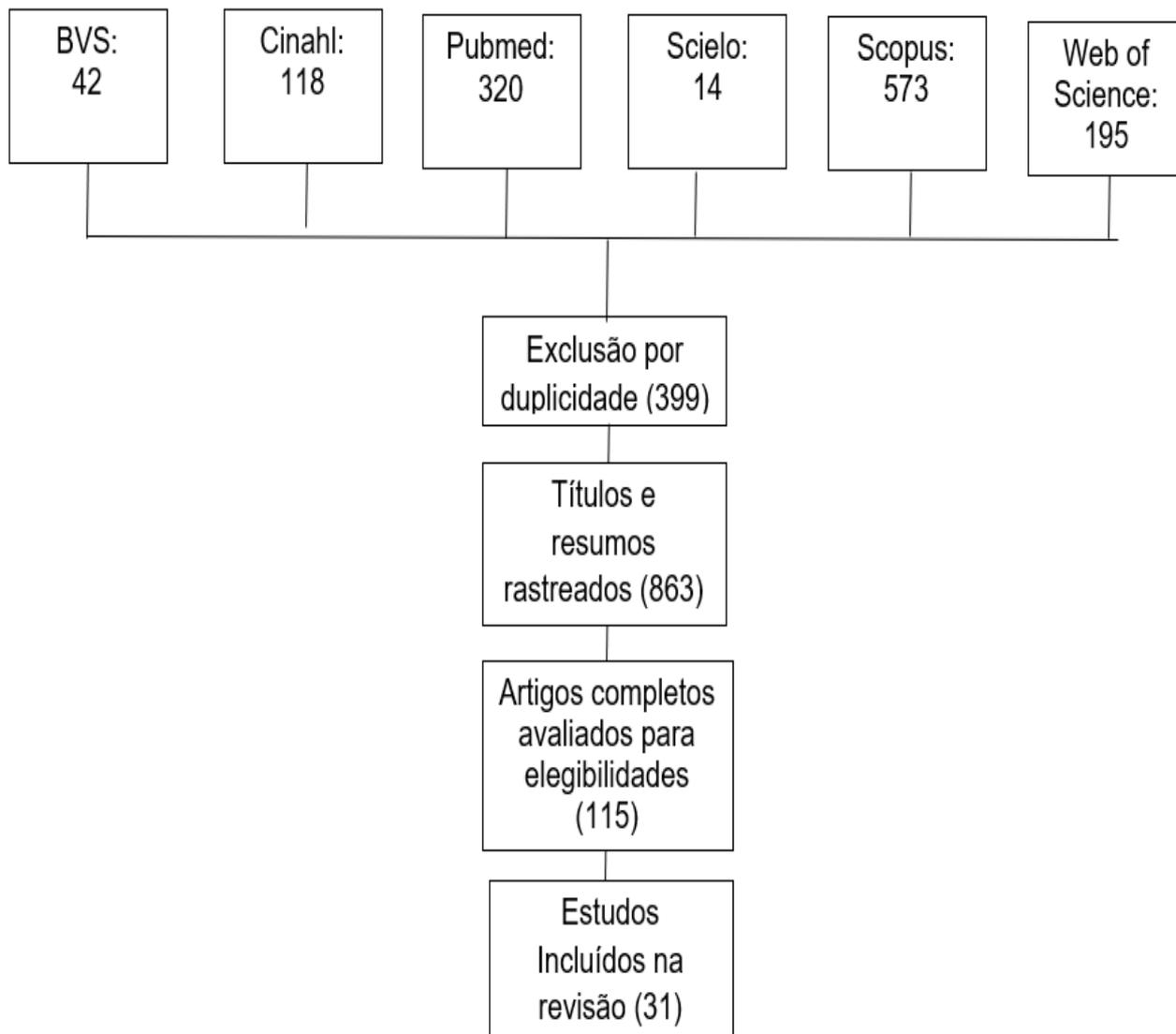
Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, conduzida a partir da identificação do tema e escolha da pergunta de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; seleção da amostra; organização dos estudos selecionados em formato de tabela no Microsoft Excel; análise, discussão e apresentação dos resultados²².

Para guiar a presente revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão norteadora: Quais os aspectos fundamentais para garantir a segurança do paciente na APS?

Com base na questão norteadora, os descritores utilizados para a busca foram: (“Segurança do Paciente” OR “*Seguridad del Paciente*” OR “*patient safety*” OR “*Patient Safeties*” OR “*Safety management*”) AND (“Atenção Primária à Saúde” OR “*Atención Primaria de Salud*” OR “Atendimento Básico” OR “Atendimento Primário” OR “Atendimento Primário de Saúde” OR “Atenção Básica” OR “Atenção Primária” OR “Cuidado de Saúde Primário” OR “Cuidado Primário de Saúde” OR “Cuidados de Saúde Primários” OR “Cuidados Primários” OR “Primeiro Nível de Assistência” OR “Primeiro Nível de Atendimento” OR “Primeiro Nível de Atenção” OR “Primeiro Nível de Cuidado” OR “Primeiro Nível de Cuidados” OR “Asistencia Primaria” OR “*Asistencia Primaria de Salud*” OR “*Asistencia Sanitaria de Primer Nivel*” OR “*Atención Básica*” OR “*Atención Primaria*” OR “*Atención Sanitaria de Primer Nivel*” OR “*Primer Nivel de Asistencia Sanitaria*” OR “*Primer Nivel de Atención*” OR “*Primer Nivel de la Asistencia Sanitaria*” OR “*Primary Health Care*” OR “*Primary Care*” OR “*Primary Healthcare*” OR “*First line care*”) AND (*Assessment* OR *Evaluation*)).

Para inclusão foram considerados os artigos originais disponíveis gratuitamente na íntegra, e que respondessem ao objetivo do estudo. Foram excluídos todos os editoriais e boletins. As buscas das referências aconteceram em agosto de 2021, em todas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Cinahl, Scielo, Scopus, PubMed e Web of Science, sem delimitação quanto ao período de publicação.

Conforme a Figura 1, na primeira etapa do estudo foi realizada a busca de artigos nas bases de dados selecionadas, levantando-se 1262 artigos. Na sequência, procedeu-se com a leitura individual dos títulos e resumos de todos os trabalhos encontrados, permanecendo 115 para apreciação na etapa subsequente. Na segunda etapa, todos os 115 estudos foram lidos na íntegra para definir aqueles que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, sendo definidos que 31 artigos seriam objeto deste estudo. Na terceira etapa foi realizada nova leitura dos 31 artigos participantes do estudo, para explorar o conteúdo apresentado e identificar as categorias de análise, que emergiram a partir dessa análise e definiram a apresentação dos resultados deste estudo. Na quarta e última etapa, um segundo membro validou a etapa anterior, procedendo nova leitura dos artigos participantes, explorando as categorias de análise, discutindo as divergências encontradas, buscando consensos e organizando os resultados que foram apresentados.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos, Florianópolis (SC) 2021

Fonte: elaborada pelas autoras

RESULTADOS

Os trabalhos selecionados para participação neste estudo foram publicados entre 2005 e 2021, sendo o ano de 2015^{11, 12, 16, 19, 23, 24} (18,8%), 2020^{3, 13, 15, 25, 26} (15,6%) e 2018^{2, 16, 27, 28} (12,5%) os destaques, com maior número de publicações. Em relação ao local de publicação, são predominantemente do Reino Unido (31,3%)^{10, 14, 15, 20, 21, 24, 29-31} e do Brasil (21,9%)^{2, 3, 4, 8, 12, 13, 32}. No entanto, países como Estados Unidos^{19, 33}, Irlanda^{7, 28} e Holanda^{23, 34} também tiveram dois estudos publicados; enquanto a Alemanha³⁵, Austrália¹⁶, Canadá³⁶, França²⁷, Grécia¹⁷, Tunísia²⁵, Suécia²⁶, Polônia¹⁹ e o Lêmen¹¹ tiveram uma publicação vinculada ao seu país.

Após a leitura do material bibliográfico, a análise direcionou a organização das três categorias temáticas, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos segundo autor, ano de publicação, país de realização do estudo, título e categoria temática, Florianópolis (SC) 2021

Autores	Ano/País	Título	Categoria Temática
Morris CJ et al. ³⁰	2005/Reino Unido	Patient safety features of clinical computer systems: Questionnaire survey of GP views	i
Verstappen W et al. ³⁴	2005/ Holanda	Patient safety improvement programmes for primary care. Review of a Delphi procedure and pilot studies by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care	i, ii
Kirk S et al. ³¹	2007/Reino Unido	Patient safety culture in primary care: Developing a theoretical framework for practical use	ii, iii
Byrd J et al. ³⁶	2008/Canadá	"It's safe to ask": promoting patient safety through health literacy	i
Kaprielian V et al. ¹⁰	2008/Reino Unido	A System to Describe and Reduce Medical Errors in Primary Care	i
Szecsényi J et al. ³⁵	2011/Alemanha	Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices	iii
Lapane KL et al. ³³	2011/EUA	E-prescribing and patient safety: results from a mixed method study	i
McGuire MJ et al. ¹⁹	2013/EUA	Patient safety perceptions of primary care providers after implementation of an electronic medical record system	i, ii, iii
Marchon SG et al. ⁴	2014/Brasil	Patient safety in primary health care: a systematic review	i
Bell BG et al. ²¹	2014/Reino Unido	Tools for measuring patient safety in primary care settings using the RAND/UCLA appropriateness method	iii

(Continuação)

Autores	Ano/País	Título	Categoria Temática
Webair HH et al. ¹¹	2015/Lêmen	Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen	i, ii, iii
Marchon SG et al. ¹²	2015/Brasil	Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil	i
Verbakel NJ et al. ²³	2015/Holanda	Effects of patient safety culture interventions on incident reporting in general practice: A cluster randomised trial a cluster randomised trial	i, ii
Parker D et al. ²⁴	2015/Reino Unido	Measurement tools and process indicators of patient safety culture in primary care. A mixed methods study by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care	i,iii
Godycki-Cwirko M et al. ¹⁹	2015/Polônia	Patient safety initiatives in Central and Eastern Europe: A mixed methods approach by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care	iii
Wet C de et al. ¹⁴	2017/Escócia	Implementation of the trigger review method in Scottish general practices: Patient safety outcomes and potential for quality improvement	i
Ricci-Cabello I et al. ²⁰	2017/Reino Unido	Patients' evaluations of patient safety in English general practices: A cross-sectional study	iii
Galhard NM et al. ²	2018/Brasil	Assessment of the patient safety culture in primary health care	i, ii, iii
Chaneliere M et al. ²⁷	2018/França	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)	i

(Continuação)

Autores	Ano/País	Título	Categoria Temática
Lawati MHAL et al. ¹⁷	2018/Austrália	Patient safety and safety culture in primary health care: A systematic review	i, ii
Madden C et al. ²⁸	2018/Irlanda	Potential value of patient record review to assess and improve patient safety in general practice: A systematic review	i
Curran C et al. ⁷	2019/Irlanda	An analysis of general practitioners' perspectives on patient safety incidents using critical incident technique interviews	i
Souza MM et al. ⁸	2019/Brasil	Patient safety culture in the Primary Health Care	i, ii, iii
Macedo SMK et al. ³²	2019/Brasil	Patient safety culture: Evaluation of nurses in primary health care	ii,iii
Tlili MA et al. ²⁵	2020/Tunísia	Assessment of nurses' patient safety culture in 30 primary health-care centres in Tunisia	i, ii, iii
Macedo LL et al. ¹³	2020/Brasil	Culture of patient safety in primary health care in a large municipality in the perception of workers	i, ii, iii
Pai SD et al. ³	2020/Brasil	Evaluation of the patient safety culture in primary health care	ii, iii
Avery A et al. ¹⁵	2020/Reino Unido	Incidence nature and causes of avoidable significant harm in primary care in England: Retrospective case note review	i

(Conclusão)

Autores	Ano/País	Título	Categoria Temática
Fernholm R et al.26	2020/Suécia	Patient and provider perspectives on reducing risk of harm in primary health care: a qualitative questionnaire study in Sweden	i
Hernan AL et al.29	2021/Reino Unido	Nature and type of patient-reported safety incidents in primary care: cross-sectional survey of patients from Australia and England	i, iii
Antonakos J et al.17	2021/Grécia	Patient safety culture assessment in primary care settings in Greece	ii, iii

Legendas: (i) Incidentes de Segurança do Paciente; (ii) Cultura de Segurança; (iii) Instrumento para avaliar a segurança do paciente

Fonte: elaborado pelas autoras

Incidentes de segurança do paciente (i)

Os incidentes de segurança do paciente são definidos como eventos não intencionais que podem ou não gerar danos desnecessários ao paciente^{14, 28}. Conhecê-los é imprescindível para que os serviços de saúde aprendam com os eventos já ocorridos e identifiquem aqueles passíveis de intervenção, construindo cuidados de saúde mais seguros^{15, 27, 34}.

Reduzir os incidentes de segurança para reduzir os eventos adversos vinculados ao cuidado em saúde é um desafio global^{25, 26}, uma vez que os danos decorrentes dos cuidados em saúde são uma ameaça à saúde pública¹⁵. A redução dos incidentes na APS qualifica os resultados clínicos, melhora a confiança entre o paciente e o profissional de saúde, reduz custos, reclamações, além de reduzir hospitalizações^{4, 10}, visto que uma proporção dos incidentes de segurança produzidos na APS pode gerar danos graves e resultar em hospitalizações^{4, 11, 25}.

Neste sentido, conhecer os fatores que contribuem para a ocorrência e para a prevenção dos incidentes de segurança na APS é útil para que as organizações tomem consciência sobre os perfis de pacientes e as circunstâncias que colaboram para a ocorrência dos erros, possibilitando ações e aprendizados que se traduzam em evitabilidade ou prevenção de erros e eventos adversos^{7, 34} (Quadro 2).

Fatores externos como as “políticas nacionais” e os “desenhos de equipamentos” foram mencionados⁷ como fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes de segurança. No

entanto, a própria estrutura da APS também colabora para tal. A literatura evidencia que a infraestrutura da unidade de saúde^{4, 25}, falhas na gestão^{4,10}, incluindo falta ou atraso na realização de exames^{13, 19}, limitação de recursos e insumos^{4, 12, 25}, quantitativo de profissionais na equipe de saúde^{7, 13}, tecnologia obsoleta que geram falhas nos prontuários eletrônicos^{4, 13, 27} e sistema de informação inadequado⁴ são barreiras para execução de cuidados seguros na APS^{13, 27}.

Quadro 2 – Fatores contribuintes para ocorrência e prevenção de incidentes de segurança na Atenção Primária à Saúde, Florianópolis (SC), 2021

Componentes	Fatores contribuintes para ocorrência de incidentes na APS	Fatores contribuintes para prevenção dos incidentes na APS
Estrutura	Infraestrutura da unidade de saúde ^{4, 25} , recursos e insumos ^{4, 12, 25} , composição da equipe ^{7, 13} , tecnologia da informação ^{4, 13, 27}	Adequação das estruturas físicas das unidades de saúde ⁴ ; implementação de tecnologias que auxiliem o cuidado seguro ^{4, 15, 16, 17, 19, 33}
Processos Assistenciais	Perfil do paciente ^{15, 27} ; fatores vinculados ao profissional de saúde ^{4, 7, 13, 19, 27} ; fatores institucionais ^{4, 7, 8, 12, 13, 15, 26, 27}	Envolvimento do paciente, familiar e/ou cuidador na gestão do cuidado ^{4, 12, 27, 28} ; inclusão dos profissionais nas decisões gerenciais ⁴ ; implantação de protocolos assistenciais ^{8, 27, 34} e de comunicação ¹³
Treinamento	Falhas de treinamento ²⁷	Educação continuada e permanente ^{20, 27, 29}
Cultura	Comunicação ^{4, 7, 12, 13, 19, 27}	Notificação de incidentes ^{10, 12, 17} ; Incidentes produzindo aprendizado organizacional ^{4, 10, 13, 17} ; fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde ^{4, 13} ; qualificação do processo de comunicação ^{4, 7, 12, 13, 15, 26, 27}

Fonte: elaborado pelas autoras

Os estudos apontam que dentro dos processos assistenciais, fatores vinculados ao paciente, como multimorbidade, idade e complexidade do cuidado são fatores que contribuem para ocorrência de incidentes^{15, 27}. Aspectos relacionados aos profissionais de saúde, como a (sobre)carga de trabalho^{4, 13, 19, 27}, distração^{13, 27}, cansaço^{4, 27}, problemas de comunicação^{4, 7, 12, 13, 19, 27}, incluindo as inadequações dos registros efetuados em prontuário^{4, 34}, formação profissional⁴ e inexperiência profissional^{4, 13} também são mencionados como fatores contributivos.

A ausência de protocolos clínicos^{27, 34}, falhas na continuidade^{7, 15, 26} e coordenação da atenção em saúde^{15, 26}, envolvendo a interação com outros pontos de atenção^{7, 12, 13} são fatores de ordem processual e institucional associados aos incidentes. Também contribuem para a ocorrência de incidentes as falhas vinculadas ao cuidado⁴, como falhas no tratamento

medicamentoso⁴, falhas no diagnóstico⁴, falhas envolvendo interpretação dos achados laboratoriais⁴, falhas em identificar a urgência da doença⁴, falhas de treinamento²⁷, aliados ao grande volume de atendimento prestado na APS^{7, 8}.

Na APS, os eventos adversos mais frequentes estão associados a medicamentos^{4, 15, 26}, diagnósticos^{4, 15, 26} e encaminhamentos atrasados¹⁵, sendo também as três principais origens de danos evitáveis¹⁵. No entanto, a dificuldade de estimar a quantidade de erros na APS ainda é presente, em função da imprecisão dos registros e na falta de padronização desses incidentes¹¹.

Os sistemas de notificação utilizam diferentes métodos de abordagem para obter informações de incidentes e eventos adversos vinculados a APS, destacando-se como uma ferramenta que subsidia o delineamento de situações de riscos relacionados à segurança do paciente na APS¹⁶. A análise de sistemas de notificação de incidentes, alimentados por profissionais de saúde ou pacientes e familiares⁴, para explorar os incidentes de segurança na APS, é uma alternativa potente apontada pela literatura^{4, 7, 16}. Fornece dados valiosos sobre ameaças à segurança do paciente, porém é uma abordagem reativa e possui limitações relacionadas às subnotificações dos incidentes, falhas em capturar os seus fatores contribuintes e validade questionável quanto a prevenção de erros futuros^{7, 28}.

Outra técnica mencionada na literatura é a revisão de prontuários médicos, também conhecida como ferramenta de gatilho¹⁶. É um método retrospectivo, de abordagem proativa, que busca identificar nos registros evidências de um potencial incidente de segurança, suas causas, gravidade e evitabilidade, possibilitando melhorias corretivas e sistemáticas que podem gerar prevenção de eventos futuros^{16, 28}. As críticas para esse método versam sobre o risco de viés retrospectivo, dependência da qualidade dos registros e a necessidade de treinamento para os revisores a fim de aumentar a confiabilidade interna^{14, 28}. Grupos focais⁴, entrevistas^{4, 7}, questionários⁴, observação direta⁴, consenso com especialistas⁴, envolvendo os profissionais de saúde^{4, 7, 12} e os próprios pacientes^{4, 28, 29} também são utilizados, uma vez que os incidentes são diversos e requerem a combinação de mais de um método para qualificar os resultados obtidos^{2, 4, 28}.

Na tentativa de tornar o cuidado na APS mais seguro, a literatura evidencia algumas estratégias que podem ser utilizadas para reduzir os incidentes na APS. Elas foram agrupadas nas dimensões estrutura, processo assistencial, treinamento e cultura, conforme já apresentado no quadro 2. Adequar as estruturas físicas das unidades de saúde^{4, 8}, com quantitativo adequado de profissionais⁸, implementando tecnologias mais eficazes para o cuidado seguro^{4, 15, 16, 17, 19, 33}, ampliando e qualificando o uso do prontuário eletrônico, bem como de softwares que auxiliem na segurança do paciente e dos profissionais de saúde^{16, 33} são algumas das recomendações.

Ajustes envolvendo o processo assistencial versam sobre a necessidade de melhorar a coordenação do cuidado¹⁵, envolvendo o paciente, familiar e/ou cuidador^{4, 12, 27, 28} na gestão do

cuidado, incluindo os profissionais nas decisões gerenciais⁴, qualificando a continuidade do atendimento^{15, 26}, implementando protocolos assistenciais^{8, 27}, bem como de comunicação^{8, 13} utilizando ferramentas padronizadas como a técnica SBAR (Situação; Histórico; Avaliação e Recomendação)²⁷. Se tratando do envolvimento do paciente, familiar e/ou cuidador, eles devem ser empoderados, exercendo papel de liderança em sua segurança^{4, 12, 27}, comunicando-se abertamente com os profissionais de saúde^{12, 27} e colaborando no processo de identificação de fatores contribuintes para os incidentes de segurança²⁸.

Referente aos treinamentos, as recomendações evidenciam o potencial da educação continuada e permanente^{8, 27, 28, 34}, bem como das reuniões de equipe⁸ para sensibilizar e motivar os profissionais para agir em prol da segurança do paciente^{4, 34}. E no componente cultura, destaca-se a importância de instituir a notificação de incidentes na rotina dos profissionais e dos serviços de saúde^{10, 12, 16} como meio de fortalecer a cultura de segurança^{12, 23}, sempre tomando como referência as práticas bem-sucedidas e que devem ser adaptadas ao contexto local¹⁰.

Os sistemas de notificação podem ser locais com benefícios de aprendizado organizacional, implementação mais rápida de melhorias e maior disponibilidade em relatar os incidentes; ou centralizados, recebendo notificações de várias unidades, otimizando a tratativa de problemas de segurança comuns e recorrentes^{10, 16}. Ambas as abordagens são importantes, podendo ser combinadas¹⁶.

Gerar aprendizado a partir dos incidentes^{4, 15}, discutindo os casos de forma horizontal e coletiva^{4, 13}, fortalecendo o vínculo entre os trabalhadores da equipe^{4, 13}, melhorando a comunicação da equipe e dos profissionais com o paciente/familiar/cuidador^{4, 7, 12, 13, 15, 26, 27, 36}, explorando a experiência do paciente que já vivenciou um incidente de segurança^{4, 26, 29} são atividades que contribuirão para fortalecimento da cultura de segurança, reduzindo os erros e a ocorrência de danos^{13, 19, 25}, conforme será explorado na temática a seguir.

Cultura de segurança (ii)

A cultura de segurança é caracterizada como o conjunto de atitudes, valores, percepções e competências individuais e grupais que determinam o comprometimento com a gestão da segurança de uma organização^{8, 13, 16, 19, 20, 23-25, 31}. Envolve uma apreciação dos princípios, expectativas e padrões do que é importante nas instituições diante da segurança do paciente^{2, 17}.

Quanto aos níveis de cultura de segurança, modelo proposto por Parker e Hudon e apresentado por Kirk et al.³¹ (2007), classificam-na em cinco níveis a partir das características organizacionais (Quadro 3):

Quadro 3 – Níveis de cultura de segurança organizacional (Parker e Hudson)

Nível de cultura de segurança organizacional	Caracterização
Nível1 – patológico	Por que precisamos perder nosso tempo com gerenciamento de riscos e questões de segurança?
Nível 2 – reativo	Levamos o risco a sério e fazemos algo sempre que ocorre um incidente
Nível 3 – calculativo	Temos sistemas implantados para gerenciar todos os riscos possíveis
Nível 4 – pró-ativo	Estamos sempre alertas, pensando nos riscos que podem surgir
Nível 5 – generativo	A gestão de risco é parte integrante de tudo o que fazemos

Fonte: Kirk et al. (2007)

Corroborando esse achado, a literatura sinaliza que são características inerentes às organizações com uma cultura de segurança positiva, uma comunicação respeitosa e confiante^{11, 17, 24}, trabalho em equipe^{11, 24} com posicionamentos sinérgicos sobre a importância da segurança na instituição, confiança nos métodos de prevenção de incidentes¹⁷, liderança^{11, 24}, substituição da culpa e da punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde^{3, 8, 11}.

A cultura de segurança influencia o exercício profissional, bem como a forma como a segurança é incluída no processo assistencial¹³. Seu fortalecimento está presente nas instituições preocupadas com o cuidado seguro, sendo apontada como um pilar na melhoria da qualidade da assistência e redução de incidentes^{3, 16, 17}. É apreciada de maneira distinta por diferentes categorias profissionais e com diferentes experiências¹.

Sua métrica tem sido utilizada como medida indireta da segurança do paciente e correlacionada a melhores resultados¹⁹. Na APS, compreendê-la é imprescindível para melhorar atitudes ou práticas que carecem de qualificação^{11, 16}, como falhas de comunicação, eventos adversos e uma resposta não punitiva aos erros¹⁶.

O desenvolvimento da cultura de segurança do paciente inicia-se com sua apreciação^{11, 13, 25}, ou seja, compreendendo o nível de cultura de segurança presente na organização¹⁷. Diversos estudos têm explorado a cultura de segurança do paciente na APS^{2, 3, 8, 11, 13, 16, 17, 25, 31, 32}, e essa análise possibilita identificar fortalezas e fragilidades referentes à segurança do paciente nesse contexto de atenção à saúde, estabelecendo intervenções que visem a qualificação dos serviços^{2, 11, 16, 17}.

Implantar a cultura positiva para a segurança do paciente tem sido um dos grandes desafios enfrentados pelas organizações de saúde, demandando a participação de toda a equipe de saúde e dos pacientes^{2, 34}. Dentre os domínios da cultura de segurança mais bem avaliados estão o “Trabalho em Equipe”^{2, 3, 17, 25}, “Seguimento da Assistência ao Paciente”^{3, 17}, “Segurança do Paciente”⁸ e “Aprendizagem Organizacional”¹⁷. Já dentre os domínios mal avaliados estão “Pressão e ritmo de Trabalho”^{3, 11, 17}, “Apoio da gestão para a segurança do paciente”^{2, 17}, “Frequência de eventos relatados”^{17, 25}, “Condições de trabalho”⁸, “Números inadequados de funcionários e provedores para lidar com os pacientes na atenção primária à saúde”¹⁶ e “Rastreamento/acompanhamento de atendimento ao paciente”¹¹.

Na tentativa de fortalecer a cultura de segurança na APS, a literatura apresenta algumas recomendações que viabilizam essa concretude. Qualificar a estrutura das unidades de saúde é fundamental, uma vez que unidades bem equipadas e de posse de melhores recursos humanos e materiais foram associadas a percepções mais positivas da cultura de segurança^{8, 25}.

O fortalecimento do uso de tecnologias na rotina da assistência^{13, 25}, como prontuário eletrônico^{13, 18}, boletins de acompanhamento¹³, sistema de notificação anônimo²⁵, contribui com a proteção e segurança dos profissionais, encorajando-os a notificar os eventos adversos²⁵ e propiciando oportunidades de aprendizados, o que é elementar em uma cultura de segurança.

Neste sentido, o desenvolvimento de treinamentos³, capacitações³ e educação permanente^{3, 8, 13, 25} que discutam a temática da segurança do paciente, o trabalho em equipe e os papéis desenvolvidos pelos profissionais dentro da equipe de saúde, geram melhorias no processo de comunicação, tornando-a mais aberta e eficaz^{2, 3, 8, 25} contribuindo no fortalecimento da cultura de segurança.

A aplicação de instrumentos que exploram a cultura de segurança aliados a um workshop abordando a cultura de segurança, a segurança do paciente e a engenharia de fator humano podem gerar resultados melhores em termos de notificação e análise dos incidentes²³.

Outras atividades que permeiam a reorganização dos processos de trabalho^{2, 8} como a implantação de protocolos⁸, envolvimento do paciente e familiar/responsável na avaliação e planejamento das estratégias de segurança do paciente^{2, 8, 13}, envolvimento dos profissionais no aprendizado organizacional por meio da abordagem sistêmica, livre de culpas, apoiada na ocorrência de incidentes^{2, 3, 25} também são ações que precisam ser implementadas para se alcançar uma cultura de segurança positiva.

Instrumentos de avaliação da segurança do paciente (iii)

A APS carece de ferramentas para prevenir, monitorar e melhorar a segurança do paciente²¹. Se tratando da cultura de segurança, existem alguns instrumentos já validados que

permitem identificar a cultura presente na instituição de saúde, oportunizando intervenções que qualifiquem o cenário explorado.

Alguns desses instrumentos já validados mencionados na literatura são: *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) [Pesquisa de Consultório Médico sobre Cultura de Segurança na Atenção Primária]^{2, 3, 11, 13, 17, 18, 32}, *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) [Pesquisa Hospitalar sobre a Cultura de Segurança do Paciente]²⁵ ambos elaborados pela *Agency for Healthcare and Research and Quality* (AHRQ) [Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde dos Estados Unidos]; o *Manchester Patient Safety Framework* (MaPSaF) [Questionário de Segurança do Paciente de Manchester]^{18, 24, 31} desenvolvido pela Universidade de Manchester e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) [Questionário de Atitudes de Segurança]^{8, 19} desenvolvido pela Universidade do Texas. Os domínios/dimensões da cultura de segurança exploradas pelas diferentes ferramentas são apresentados no Quadro 4:

Quadro 4 – Quadro comparativo dos domínios/dimensões explorados nos instrumentos de avaliação da cultura de segurança, Florianópolis (SC), 2021

	Instrumento			
	HSOPSC	MSOPSC	MaPSaF	SAQ
Domínios	1 – Frequência de relatórios de erros	1 – Trabalho em Equipe	1 – Melhoria Contínua	1 – Satisfação no Trabalho
	2 – Número de relatórios de erros	2 – Seguimento da assistência ao paciente rastreamento/acompanhamento	2 – Prioridade dada à equipe	2 – Clima de Segurança
	3 – Expectativas e ações dos supervisores	3 – Aprendizagem Organizacional	3 – Erros de sistema e responsabilidade individual	3 – Clima de Trabalho em equipe
	4 – Aprendizagem organizacional	4 – Percepção geral da qualidade e segurança do paciente	4 – Notificação de incidentes	4 – Condições de Trabalho
	5 – Trabalho em equipe dentro das unidades	5 – Treinamento de Equipe	5 – Avaliação de Incidentes	5 – Percepção da gestão da unidade/hospital
	6 – Abertura de comunicação	6 – Apoio dos gestores para a segurança do paciente	6 – Aprendizado e efetivação de mudanças	6 – Reconhecimento de estresse
	7 – Feedback e comunicação sobre os erros	7 – Comunicação sobre os erros	7 – Gestão de pessoal e comunicação	

(Conclusão)

	Instrumento			
	HSOPSC	MSOPSC	MaPSaF	SAQ
Domínios	8 – Reposta não punitiva aos erros	8 – Abertura de comunicação	8 – Educação da equipe	
	9 – Pessoal	9 – Padronização de processos de trabalho	9 – Trabalho em equipe	
	10 – Suporte de gestão	10 – Pressão e ritmo de trabalho		
	11 – Trabalho em equipe entre as unidades			
	12 – Transferências e passagem de plantão			

Fonte: elaborado pelas autoras

Algumas adaptações desses instrumentos foram desenvolvidas para aplicação em contextos locais. Na Holanda, o HSOPSC foi traduzido e adaptado para a atenção primária do país, originando a Pesquisa Sistemática da Cultura de Segurança do Paciente (SCOPE)¹¹. Já na Polônia, as adaptações dos instrumentos MaPSaF e do MSOPSC também contribuíram para a construção de um instrumento local que avaliou a segurança do paciente polonesa¹⁸.

Os instrumentos que avaliam a cultura de segurança exploram uma diversidade de domínios, mas possuem seus indicadores concentrados nos processos²⁴. Na tentativa de dimensionar a cultura de segurança de modo mais abrangente, estudo britânico construiu um kit de medida de segurança com 101 indicadores, sendo 73 deles de estrutura, 22 de processo e 6 de resultado, organizados a partir de quatro dimensões: diagnóstico, prescrição, comunicação entre profissionais de saúde e pacientes e questões organizacionais²¹.

Na Alemanha, a ferramenta *The European Practice Assessment* é um instrumento validado para avaliar a gestão da qualidade na APS. O instrumento se estrutura em cinco domínios, quais sejam: informação, infraestrutura, pessoas, financiamento e qualidade e segurança, que por meio de indicadores de qualidade avaliam a gestão da atenção primária³⁵.

Uma outra ferramenta, desenvolvida pela ARHQ, se preocupou em contemplar o paciente no processo de avaliação da segurança na APS. Trata-se do questionário *The Primary Care Patient Measure of Safety (PCPMOS)* [Medida de Segurança do Paciente na Atenção Primária], por meio de nove domínios: acesso, comunicação, política externa, fluxo de informações, planejamento de cuidados da organização, fatores relacionados ao paciente, ambiente físico,

referências e desempenho da tarefa, os pacientes avaliam o desempenho da APS para a segurança do paciente nos domínios explorados por meio de uma escala likert^{8, 29}.

Outro instrumento validado com a mesma finalidade é o questionário *Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care* (PREOS-PC) [Experiências Relatadas pelo Paciente e Resultados de Segurança na Atenção Primária], por meio de cinco domínios: ativação da prática, ativação do paciente, experiências de eventos de segurança do paciente, resultados da segurança do paciente e a percepção geral da segurança do paciente²⁰.

DISCUSSÃO

A análise da produção científica relacionada com a segurança do paciente na APS levantou publicações de diversos países, possibilitando inferir que a temática é fonte de preocupação em diversos países, muitos dos quais com diferentes configurações de sistemas de saúde, como é o caso do Reino Unido, Irlanda, Austrália, Canadá, Estados Unidos, Alemanha e Suécia, que transcenderam sua sensibilidade as ações de segurança para além dessas obras, agindo na prática, criando institutos e organizações que atuam diretamente na causa da segurança do paciente, como é o caso do *National Patient Safety* no Reino Unido ou o *Australian Patient Safety Agency* na Austrália^{37, 38}.

O aumento no número de publicações nos últimos anos também reflete essa sensibilidade e corresponde às expectativas almejadas pela OMS com a estruturação do *Safer Primary Care Expert Working Group*, grupo de trabalho que impulsionou o debate sobre a segurança do paciente na APS^{9, 37}. Afinal, a APS possui um escopo abrangente, com uma variabilidade de estrutura e infraestrutura que a torna mais vulnerável a erros quando comparado ao ambiente hospitalar³⁹.

Corroborando para os achados deste estudo, a literatura reforça que a APS possui condições que contribuem para a ocorrência de incidentes vinculados aos profissionais, pacientes, equipe, ambiente de trabalho, tarefas, sistemas de computador, gestão, integração na rede de atenção à saúde e contexto institucional, que por se tratar de condições latentes, devem ser exploradas, oportunizando intervenções e consequente redução de erros e eventos adversos⁴⁰.

Intervenções nos componentes estruturais, processuais, culturais e de treinamentos devem ser promovidos a fim de reduzir os incidentes na APS. Para agir nos fatores que potencializam ou que previnem a ocorrência dos incidentes dentro desses componentes, a gestão de risco deve estar presente nas instituições de saúde, viabilizando a identificação, análise, avaliação e monitoramento constante e sistemático desses fatores²⁵.

No Brasil, a gestão de risco nos serviços de saúde é competência do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), órgão obrigatório nos diferentes serviços de saúde do âmbito nacional, mas

ainda distante de concretizar-se no contexto da APS. Dados de 2021 revelam que apenas 0,95% dos municípios possuem NSP implantados e cadastrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), evidenciando uma fragilidade na formalização da segurança do paciente da APS brasileira^{41, 42}.

Uma das estratégias que colabora para a gestão de risco nas instituições de saúde são os sistemas de notificação de incidentes, que auxiliam na identificação dos riscos, coleta e análise de dados, feedback e monitoramento das medidas adotadas a partir dos levantamentos iniciais. Para sua efetivação, como fonte de aprendizado e redução dos incidentes na APS, as notificações precisam ser simples, garantir a confidencialidade dos dados, sigilo do notificador e envolver a participação do paciente/familiar/cuidador⁴³.

Aliás, a participação do paciente/familiar/cuidador na segurança tem se destacado como uma ação fundamental para prevenção de incidentes, uma vez que são uma fonte valiosa de informação, identificando fatores de risco e incidentes não detectados por outros métodos⁴⁰. Na Finlândia, estudo que explorou os relatos de incidentes de pacientes, identificou que 76% dos relatos oportunizaram ações que preveniriam a recorrência do incidente⁴⁴. No entanto, o envolvimento do paciente/familiar/cuidador extrapola a contribuição no processo de detecção de incidentes e eventos adversos, capacitando-os para um atendimento seguro e oportunizando melhorias na cultura de segurança⁴⁵.

O fortalecimento da cultura de segurança tem contribuído para a robustez dos sistemas de saúde, aprimorando as práticas assistenciais, qualificando os processos, dentre eles o de comunicação, o trabalho em equipe e a socialização do conhecimento³⁸. Ela deve ser incorporada e estimulada dentro dos serviços de saúde, caracterizando-se como um estopim para o desenvolvimento de melhores práticas e de cuidado em saúde mais seguro⁴⁶.

O desenvolvimento de uma cultura de segurança requer tempo e senso de equipe/coletividade, considerando que implicará na compreensão do contexto e na forma como o cuidado/assistência está sendo prestado, implicando em sensibilidade e transformações que envolverão todos os membros da equipe, do nível gerencial e de apoio⁴⁶.

O fortalecimento da cultura de segurança escancara a necessidade de rever o processo de formação dos profissionais de saúde, bem como da educação permanente em saúde, que precisa transpor a valorização do biológico em detrimento ao humano, abordando e explorando a temática da segurança do paciente durante todo o processo de formação e atuação profissional, viabilizando o fortalecimento da segurança do paciente⁴⁶.

A segurança do paciente recebe influência da cultura de segurança, dos fatores humanos e também dos fatores organizacionais¹¹. No entanto, é a partir das avaliações que se definirão os indicadores que serão explorados, permitindo que se identifique o desempenho das organizações para o fenômeno explorado, no caso a segurança do paciente na APS, auxiliando

os gestores no planejamento, tomada de decisão, melhor alocação dos recursos públicos e melhorias contínuas nos processos por meio de uma visão crítica.

Essa revisão localizou quatro instrumentos validados para dimensionar a cultura de segurança e algumas adaptações desses instrumentos para aplicação em contextos locais, expondo uma carência de indicadores e ferramentas que subsidiem a prevenção, monitoramento e melhorias para a área da segurança. Quando se trata de instrumentos que envolvam a participação do paciente, são ainda mais escassos⁴⁰, e essa revisão localizou apenas dois. No entanto, tal como ocorreu nos hospitais, a compreensão da epidemiologia dos erros é crucial para melhorar a segurança do paciente, precisando ser também aprimorada e fortalecida na APS²¹.

O estudo possui limitações metodológicas quanto a não inclusão de artigos de bases bibliográficas de acesso restrito. Da mesma forma, os autores reconhecem que pesquisas podem ter sido omitidas em função da chave de busca utilizada. No entanto, traz um panorama sobre a temática da segurança do paciente na APS e evidência a necessidade de aprofundar o conhecimento a respeito dos incidentes de segurança, instrumentos e técnicas que podem subsidiar esse processo tornando-o mais robusto e confiável, subsidiando ações que se traduzam em cuidados mais seguros.

CONCLUSÃO

Este estudo identificou que a redução dos incidentes de segurança, o fortalecimento da cultura de segurança e da cultura avaliativa são elementos mencionados na literatura como aspectos importantes para garantir a segurança do paciente na APS.

Para auxiliar no processo de redução de incidentes na APS, o estudo explora os fatores que contribuem para a sua ocorrência e prevenção, dentro dos componentes estrutura, processos assistenciais, treinamento e cultura. Evidencia-se que muitas ações geradoras de barreiras que fortalecem a segurança do paciente na APS são viáveis de serem executadas e não impactam em novas demandas de trabalho para a equipe de saúde.

A cultura de segurança precisa ser constantemente acompanhada e fortalecida, construindo um envolvimento coletivo para os aspectos que envolvem a segurança do paciente, qualificando o processo de comunicação, aprendizagem e melhoria contínua, a partir de sistemas de notificação de incidentes robustos e geradores de evidências.

É necessário aprimorar a identificação de indicadores representativos da segurança do paciente na APS, viabilizando a estruturação e validação de instrumentos que conduzam a avaliação da segurança do paciente na APS. Afinal, para uma APS mais segura é importante manter ativa a cultura avaliativa, explorando os componentes e dimensões fundamentais para

sua estruturação dentro dos diversos contextos, para que as ações bem sucedidas sejam mantidas, mas que a gestão possa ter subsídios para planejar intervenções que conduzam para uma APS segura de maneira eficiente, eficaz e efetiva.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). The conceptual framework for the international classification for patient safety v1.1. Final technical report and technical Annexes. Geneva; 2009 [acesso 2022 jun 04]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>
2. Galhardi NM, Roseira CE, Orlandi FS, Figueiredo RS. Assessment of the patient safety culture in primary health care. *Acta Paul Enferm.* 2018 [acesso 2022 jun 04] 31 (4):409-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800057>
3. Pai SD, Alves DFB, Pluta P, Winter VDB, Kolankiewicz ACB. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária a Saúde. *Rev baiana enferm.* 2020 [acesso 2022 jun 04] 34 (e34849): 01-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.34849>
4. Marchon SG, Mendes Junior WV. Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cad Saude Publica.* 2014; 30 (9): 1815-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114113>
5. Panesar SS, Silva D, Carson-Stevens A, Cresswell KM, Salvilla SA, Slight SP et al. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2016 [acesso em 2022 jun 04] 25(7):544-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004178>
6. Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research. World Health Organization: Swit Zerland, 2008 [acesso em 2022 jun 04]. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/ps-research/makeham_dovey_full.pdf?sfvrsn=6b6b7669_7
7. Curran C, Lydon S, Kelly ME, Murphy AW, O'Connor P. An analysis of general practitioners' perspectives on patient safety incidents using critical incident technique interviews. *Fam Pract.* 2019 [acesso em 2022 jun. 04] 36(6):736-742. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz012>
8. Souza MM, Ongaro JD, Ianes TC, Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnano TSBS. Patient safety culture in the Primary Health Care. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72 (1): 32-9.
9. World Health Organization (WHO). Technical Series: Safer Primary Care, 2016 [acesso em 2021 jun. 27]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safer-primary-care>.
10. Kaprielian V, Østbye T, Warburton S, Sangvai D, Michener L. A System to Describe and Reduce Medical Errors in Primary Care. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. 2008 [acesso em 2022 jun. 04] 1-11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43616/>
11. Webair HH, Al-Assani SS, Al-Haddad RH, Al-Shaeeb WH, Bin Selm MA, Alyamani AS. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Fam Pract.* 2015 [acesso em 2022 jun. 04] 16:136. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0355-1>
12. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão ALB. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. *Cad Saude Publica.* 2015 [acesso em 2022 jun. 04] 31 (11): 2313-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194214>

13. 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):01-15.
14. de Wet C, Black C, Luty S, McKay J, O'Donnell CA, Bowie P. Implementation of the trigger review method in Scottish general practices: patient safety outcomes and potential for quality improvement. *BMJ Qual Saf.* 2017 [acesso em 2022 jun. 04]; 26(4):335-342. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004093>
15. Avery AJ, Sheehan C, Bell B, Armstrong S, Ashcroft DM, Boyd M et al. Incidence, nature and causes of avoidable significant harm in primary care in England: retrospective case note review. *BMJ Qual Saf.* 2020 [acesso em 2022 jun. 04] 30(12), 961–976. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011405>
16. Lawati MHA, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC Fam Pract.* 2018 [acesso em 2022 jun. 04] 19(1):104. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0793-7>
17. Antonakos I, Souliotis K, Psaltopoulou T, Tountas Y, Kantzanou M. Patient Safety Culture Assessment in Primary Care Settings in Greece. *Healthcare (Basel).* 2021 [acesso em 2022 jun. 04] 9(7):880. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare9070880>
18. Godycki-Cwirko M, Esmail A, Dovey S, Wensing M, Parker D, Kowalczyk A et al. Patient safety initiatives in Central and Eastern Europe: A mixed methods approach by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract.* 2015 [acesso em 2022 jun. 04] 21 Suppl(sup1):62-68. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13814788.2015.1043727>
19. McGuire MJ, Noronha G, Samal L, Yeh HC, Crocetti S, Kravet S. Patient safety perceptions of primary care providers after implementation of an electronic medical record system. *J Gen Intern Med.* 2013 [acesso em 2022 jun. 04] 28(2):184-192. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2153-y>
20. Ricci-Cabello I, Marsden KS, Avery AJ, Bell BG, Kadam UT, Reeves D et al. Patients' evaluations of patient safety in English general practices: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 2017 [acesso em 2022 jun. 04] 67(660): e474-e482. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgp17X691085>
21. Bell BG, Spencer R, Avery AJ, Campbell SM. Tools for measuring patient safety in primary care settings using the RAND/UCLA appropriateness method. *BMC Fam Pract.* 2014 [acesso em 2022 jun. 04]; 15:110. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-110>
22. Ganong LH. Integrative reviews of nursing. *Rev. Nurs Health.* 1987;10(1):1-11.
23. Verbakel NJ, Langelaan M, Verheij TJ, Wagner C, Zwart DL. Effects of patient safety culture interventions on incident reporting in general practice: a cluster randomised trial. *Br J Gen Pract.* 2015 [acesso em 2022 jun. 04] 65(634):e319-29. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgp15X684853>
24. Parker D, Wensing M, Esmail A, Valderas JM. Measurement tools and process indicators of patient safety culture in primary care. A mixed methods study by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract.* 2015 [acesso em 2022 jun. 04] 21 Suppl(sup1):26-30. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13814788.2015.1043732>
25. Tlili MA, Aouicha W, Ben Dhiab M, Mallouli M. Assessment of nurses' patient safety culture in 30 primary health-care centres in Tunisia. *East Mediterr Health J.* 2020 [acesso em 2022 jun. 04] 26(11):1347-1354. Disponível em: <https://doi.org/10.26719/emhj.20.026>
26. Fernholm R, Holzmann MJ, Malm-Willadsen K, Härenstam KP, Carlsson AC, Nilsson GH et al. Patient and provider perspectives on reducing risk of harm in primary health care: a

- qualitative questionnaire study in Sweden. *Scand J Prim Health Care*. 2020 [acesso em 2022 jun. 04] 38(1):66-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1717095>
27. Chaneliere M, Koehler D, Morlan T, Berra J, Colin C, Dupie I 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 [acesso 2022 jun. 04]19(1):121. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0803-9>
 28. Madden C, Lydon S, Curran C, Murphy AW, O'Connor P. Potential value of patient record review to assess and improve patient safety in general practice: A systematic review. *Eur J Gen Pract*. 2018 [acesso 2022 jun. 04] 24(1):192-201. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13814788.2018.1491963>
 29. Hernan AL, Giles SJ, Carson-Stevens A, Morgan M, Lewis P, Vicente J. Nature and type of patient-reported safety incidents in primary care: cross-sectional survey of patients from Australia and England. *BMJ Open*. 2021 [acesso 2022 jun. 04]11(4): e042551. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042551>
 30. Morris CJ, Savelyich BS, Avery AJ, Cantrill JA, Sheikh A. Patient safety features of clinical computer systems: questionnaire survey of GP views. *Qual Saf Health Care*. 2005 [acesso 2022 jun. 04]14(3):164-168. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011866>
 31. Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Health Care*. 2007 [acesso em 2022 jun. 04] 16(4):313-320. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.018366>
 32. Macedo SMK, Barboza ARCA, Borges F, Figueiredo KC, Peres AM, Assis F. Patient safety culture: evaluation of nurses in primary health care. *Enfermeria Global*.2019 [acesso em 2022 jun. 04] 56:387-97.b. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.352261>
 33. McGuire MJ, Noronha G, Samal L, Yeh HC, Crocetti S, Kravet S. Patient safety perceptions of primary care providers after implementation of an electronic medical record system. *J Gen Intern Med*. 2013 [acesso 2022 jun. 04] 28(2):184-192. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2153-y>
 34. Verstappen W, Gaal S, Esmail A, Wensing M. Patient safety improvement programmes for primary care. Review of a Delphi procedure and pilot studies by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract*. 2015 [acesso 2022 jun. 04] 21 Suppl(sup1):50-55. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13814788.2015.1043725>
 35. Szecsenyi J, Campbell S, Broge B, Laux G, Willms S, Wensing M et al. Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. *CMAJ*. 2011 [acesso 2022 jun. 04] 183 (18): E1326-E1333. Disponível em: <https://doi.org/10.1503/cmaj.110412>
 36. Byrd J, Thompson L. It's Safe to Ask": Promoting Patient Safety through Health Literacy. *Healthcare quarterly*. 2008 [acesso 2022 jun. 04] 11(3 Spec): 91-4. Disponível em: <https://doi.org/10.12927/hcq.2008.19656>
 37. Mesquita KO, Silva LCC, Lira RCM, Freitas CASL, Lira GV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*.2016 [acesso 2022 jun. 04] 21(2):01-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.45665>
 38. Reis CT, Martins M, Laguardia J. Patient safety as a dimension of the quality of health care: a look at the literature. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013 [acesso 2022 jun. 04] 18(7): 2029-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000700018>
 39. Kostopoulou O, Delaney B. Confidential reporting of patient safety events in primary care: results from a multilevel classification of cognitive and system factors. *Qual Saf Health Care*. 2007 [acesso 2022 jun. 04] 16(2):95-100. Disponível em <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.020909>

40. Giles SJ, Parveen S, Hernan AL. Validation of the Primary Care Patient Measure of Safety (PC PMOS) questionnaire. *BMJ Quality & Safety*. 2019 [acesso 2022 jun. 04] 28(5): 389-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-007988>
41. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução- RDC nº36, de 25 de Julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providencias. 2013. [acesso em 2022 jun. 04]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
42. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Núcleos de Segurança do Paciente. 2021. [acesso 2022 jun. 04]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/nucleos-de-seguranca-do-paciente>
43. Harada MJCS, Silva AEBC, Feldman LB, Tavares SS, Gerhardt LM, Lima Jr AJ et al. Reflections on patient safety incident reporting systems. *Rev Bras Enferm*. 2021 [acesso 2022 jun. 04] 74(Suppl 1): e20200307. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0307>
44. Sahlström M, Partanen P, Turunen H. Patient-reported experiences of patient safety incidents need to be utilized more systematically in promoting safe care. *Int J Qual Health Care*. 2018 [acesso 2022 jun. 04] 30(10):778-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy074>
45. AHRQ- Agency for Healthzare Research and Quality. Patient Engagement and Safety. 2019 [acesso 2022 jun. 04]. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/primer/patient-engagement-and-safety>
46. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. *Esc. Anna Nery*. 2016 [acesso em 2022 jun. 04];20(3): e20160068. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>

Artigo recebido em junho de 2022

Versão final aprovada em setembro de 2022