



## SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS: PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**Resumo:** Compreender a percepção de médicos de saúde da família sobre a Segurança do Paciente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa feita com 13 médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde em um município da Zona da Mata de Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro de 2024 e janeiro de 2025 por meio de um roteiro semiestruturado; os resultados foram submetidos à Análise de Conteúdo. Emergiram três categorias temáticas: a concepção de cuidado seguro; desafios para a promoção do cuidado seguro na atenção primária à saúde e ações que podem gerar risco de dano ao paciente. Conclui-se que os achados contribuem para ampliar os estudos sobre a Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde, com destaque para o valor da fusão entre assistência e gestão no compromisso com a integralidade do cuidado.

**Descritores:** Médicos de Família, Atenção Primária à Saúde, Pesquisa Qualitativa, Segurança do Paciente.

### Patient safety in primary health care: perceptions of family physicians

**Abstract:** To understand the perceptions of family physicians regarding Patient Safety within the context of Primary Health Care. This is an exploratory study with a qualitative approach, conducted with 13 physicians working in Primary Health Care in a municipality in the Zona da Mata region of Minas Gerais, Brazil. Data were collected between November 2024 and January 2025 through a semi-structured interview guide, and the results were subjected to Content Analysis. Three thematic categories emerged: the conception of safe care; challenges in promoting safe care in primary health care; and practices that may pose a risk of harm to patients. It is concluded that the findings contribute to expanding studies on Patient Safety in Primary Health Care, with emphasis on the value of integrating care provision and management in the commitment to comprehensive care.

**Descriptors:** Physicians, Family, Primary Health Care, Qualitative Research, Patient Safety.

### Seguridad del paciente en la atención primaria de salud: percepciones de los médicos de familia

**Resumen:** Comprender la percepción de los médicos de familia acerca de la Seguridad del Paciente en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. Se trata de un estudio exploratorio con enfoque cualitativo, realizado con 13 médicos que actúan en la Atención Primaria de Salud en un municipio de la región de la Zona da Mata, en Minas Gerais, Brasil. La recolección de datos se llevó a cabo entre noviembre de 2024 y enero de 2025 mediante un guion semiestructurado, y los resultados fueron sometidos a Análisis de Contenido. Emergieron tres categorías temáticas: la concepción del cuidado seguro; los desafíos para la promoción del cuidado seguro en la atención primaria de salud; y las prácticas que pueden generar riesgo de daño al paciente. Se concluye que los hallazgos contribuyen a ampliar los estudios sobre la Seguridad del Paciente en la Atención Primaria de Salud, destacando el valor de la integración entre la asistencia y la gestión en el compromiso con la integralidad del cuidado.

**Descriptores:** Médicos de Familia, Atención Primaria de Salud, Investigación Cualitativa, Seguridad del Paciente.

#### Joana Ribeiro

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Viçosa, MG, Brasil.

E-mail: [joana.ribeiro@ufv.br](mailto:joana.ribeiro@ufv.br)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3926-4396>

#### Diego de Souza Silva

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Viçosa, MG, Brasil.

E-mail: [diego.silva3@ufv.br](mailto:diego.silva3@ufv.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6320-9149>

#### Beatriz Santana Caçador

Enfermeira. Docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Viçosa, MG, Brasil.

E-mail: [beatriz.cacador@ufv.br](mailto:beatriz.cacador@ufv.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4463-3611>

#### Camilo Amaro de Carvalho

Farmacêutico. Docente do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Viçosa, MG, Brasil.

E-mail: [camilo.carvalho@ufv.br](mailto:camilo.carvalho@ufv.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9539-8653>

#### Camila Mendes dos Passos

Enfermeira. Docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Viçosa, MG, Brasil.

E-mail: [camilapassos@ufv.br](mailto:camilapassos@ufv.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1230-2500>

#### Marilane de Oliveira Fani Amaro

Enfermeira. Docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Viçosa, MG, Brasil.

E-mail: [marilane.amaro@ufv.br](mailto:marilane.amaro@ufv.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9495-0861>

Submissão: 01/09/2025

Aprovação: 06/12/2025

Publicação: 08/01/2026



#### Como citar este artigo:

Ribeiro J, Silva DS, Caçador BS, Carvalho CA, Passos CM, Amaro MOF. Segurança do paciente na APS: percepção de médicos de saúde da família. São Paulo: Rev Recien. 2026; 16(44):3-15. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2026.16.44001>

## Introdução

A Segurança do Paciente (SP) é definida por um conjunto de ações e procedimentos que têm como objetivo reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde<sup>1</sup>. Ao longo da história, vários estudiosos da área da saúde, como Hipócrates, Florence Nightingale, Joseph Lister, Ignaz Semmelweis e Ernest Codman já tinham como embasamento para suas ações o cuidado seguro, sendo expoentes nessa temática<sup>1</sup>.

Mundialmente, a SP vem sendo cada vez mais discutida a partir da publicação que gerou notoriedade global à temática: o Relatório *To Err is Human* (Errar é humano), publicado em 1999 pelo Institute of Medicine<sup>2</sup>. No Brasil, em 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivo geral qualificar o cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde – público ou privado – do território nacional e como objetivos específicos promover e implantar iniciativas voltadas à SP a partir do desenvolvimento de protocolos e a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP)<sup>3</sup>. No ano de 2017, a SP foi oficialmente incluída na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio de incentivo do desenvolvimento de uma assistência segura e da promoção da cultura de segurança entre a equipe de saúde que atua na Atenção Primária à Saúde (APS), configurando-se, assim, como uma estratégia para melhoria da qualidade e remodelamento dos processos, possibilitando que práticas seguras qualifiquem o trabalho multiprofissional e ao mesmo tempo garantam a qualidade da assistência, que é um direito do paciente<sup>4</sup>.

Dessa maneira, a SP está ocupando novos

espaços na Rede de Atenção à Saúde (RAS), migrando de uma visão hospitalocêntrica de cuidado seguro para uma visão mais próxima dos princípios da Atenção Básica, ainda que de forma incipiente. Essa proximidade está consoante com a PNAB, especificamente na seção sobre recomendações para a organização do processo de trabalho, evidenciando em caráter nacional a expressividade de uma prática assistencial que envolva os pacientes nesse processo, criando mecanismos para evitar erros e garantir o cuidado centrado na pessoa, relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos<sup>5</sup>.

Contudo, as evidências de agravos provocados pelo cuidado inseguro na APS ainda são incompletas e há a necessidade de mais pesquisas na área, considerando o grande e heterogêneo universo de pessoas assistidas neste cenário<sup>6</sup>. Nesse sentido, a implementação de ações que resultem no cuidado seguro na APS é fundamental, uma vez que esse ponto de atenção é a porta de entrada do paciente no SUS, coordena o cuidado e ordena as ações e serviços disponibilizados na RAS. Portanto, a redução dos incidentes na APS tem potencial de qualificar os resultados clínicos, melhorar a confiança entre o paciente e o profissional de saúde, reduzir custos, reclamações, além de reduzir internações hospitalares, visto que uma proporção dos incidentes de segurança produzidos na APS pode gerar danos graves e resultar em hospitalizações<sup>7</sup>.

Nesse contexto, há maior chance de que o usuário possa sofrer um incidente na APS pelo fato de que a maior parte da assistência está concentrada nesse cenário, onde o cuidado é longitudinal. Dados da literatura internacional

demonstram que incidentes relacionados à assistência em saúde em nível primário também são comuns, resultando em torno de dois a três incidentes a cada 100 consultas<sup>8</sup>. No Brasil, um estudo realizado no Rio de Janeiro procurou avaliar a ocorrência de incidentes relacionados à SP na atenção primária brasileira e estimou uma razão de 1,11%<sup>8</sup>. Em uma outra pesquisa com usuários atendidos por médicos na APS de Manaus, AM, Brasil, dos 34.087 atendimentos no trimestre, foram notificados 105 incidentes de SP nas unidades incluídas<sup>8</sup>. Essas evidências, portanto, parecem refutar a concepção enraizada de “APS segura”.

Nesse cenário, o papel do médico dentro da equipe multiprofissional na APS, é essencial, pois além de historicamente ter uma figura de referência em saúde para os pacientes, fato que acrescenta peso em suas decisões e condutas referentes à SP, ele desempenha diversas ações no contexto da APS como: consultas clínicas, atividades em grupo de educação permanente, encaminhamento dos usuários aos diferentes pontos de atenção, elaboração de prontuário, dentre outras<sup>5</sup>.

Uma pesquisa demonstrou que a cultura de segurança do paciente (CSP) apresenta-se positiva entre a maioria das categorias profissionais atuantes na APS, mas que existem lacunas significativas no que se refere aos médicos e agentes comunitários de saúde, pois apresentaram percentual de respostas positivas inferiores às outras categorias profissionais<sup>9</sup>.

Assim, considerando a importância do trabalho da equipe multiprofissional na APS e os impactos que a assistência médica pode gerar no cuidado seguro, ressalta-se que a equipe médica é

fundamental para a promoção de uma CSP neste ponto de atenção à saúde e, portanto, deve compreender claramente suas atribuições, os conceitos relacionados à SP e atuar de acordo com os protocolos adequados.

Logo, evidencia-se a necessidade de ampliar o conhecimento a respeito da atuação médica no cuidado seguro na APS. Diante disso questiona-se: qual a percepção dos médicos de saúde da família sobre o cuidado seguro em sua prática na APS?

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é compreender a percepção de médicos da saúde da família sobre a SP no âmbito da APS.

## **Material e Método**

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa. A definição pela linha de pesquisa qualitativa se deu devido ao fato de abranger o nível subjetivo e relacional da realidade social, sendo assim tratado por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais envolvidos<sup>10</sup>.

Cabe destacar que este trabalho faz parte de um macroprojeto, que procura compreender sob a ótica da equipe multiprofissional, as percepções, desafios e práticas de cuidado seguro na APS.

O cenário de estudo foi em um município da Zona da Mata de Minas Gerais, que dispõe de 16 unidades básicas de saúde e 18 equipes de saúde, todas funcionando na lógica da Estratégia Saúde da Família (ESF). A escolha por essas unidades de saúde deve-se ao fato de serem campos de atividades práticas e estágios curriculares dos cursos de enfermagem e medicina de uma universidade federal. Foram incluídos no estudo todos os médicos que atuam nas unidades de APS

independente do tempo em que atuam na unidade. Foram excluídos todos os profissionais que se encontravam afastados do trabalho durante o período de coleta de dados e que se recusaram a participar do estudo. No total, 13 médicos foram entrevistados.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro de 2024 e janeiro de 2025 por meio de um roteiro semiestruturado contendo perguntas que abordavam a percepção dos profissionais acerca do cuidado seguro, a concepção acerca das metas internacionais de SP e a importância delas na APS. O roteiro foi elaborado pelos pesquisadores do estudo. As entrevistas foram agendadas previamente, de acordo com disponibilidade de horário de cada profissional, e aconteceram de forma individual, em sala reservada para que os participantes pudessem expressar suas vivências sem constrangimento. Todas as entrevistas foram gravadas com gravador digital, sendo transcritas na íntegra. Para fins de preservação do anonimato, os participantes foram referidos pela letra M (médico), sucedido do número correspondente à ordem em que foram realizadas as entrevistas, a saber: M1, M2, M3, e assim sucessivamente.

Para análise dos dados, foi realizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin que propõe as seguintes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Assim, inicialmente foi realizada uma leitura flutuante e exaustiva das questões das entrevistas de forma a promover familiarização com o texto e obter uma compreensão sobre o que o sujeito buscava transmitir. Em seguida, procedeu-se à seleção temática a fim de identificar os núcleos de sentido, ou elementos semanticamente semelhantes, para

posterior categorização e interpretação à luz da literatura<sup>11</sup>.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal proponente (Número do Parecer: 5.368.913). As normas éticas para pesquisas que envolvem seres humanos serão rigorosamente seguidas em consonância com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

Com relação ao perfil dos médicos entrevistados, 60% eram mulheres, autodeclarados brancos, com média de idade de 32 anos; 7 participantes possuíam pós-graduação em áreas diversas e os outros 6 ensino superior completo. A maioria possuía tempo de formação igual ou inferior a 5 anos.

Após análise das entrevistas, os resultados foram organizados e sistematizados em três categorias: A concepção de cuidado seguro; Desafios para a promoção do cuidado seguro na APS e Ações que podem gerar risco de dano ao paciente.

### A concepção de cuidado seguro

Nessa categoria foi retratada a concepção dos participantes sobre o que é o cuidado seguro na APS. Notou-se, durante as entrevistas, a dificuldade dos participantes em relatar o conceito de SP, conforme identificado abaixo:

*Pergunta difícil. Cuidado seguro eu entendo como uma atenção ao paciente não só no âmbito da saúde orgânica, mas como num sentido mais amplo de cuidado. Então segurança do paciente: segurança física, mental, sanitária, tudo, higiênica. (M6)*

*Bom, eu não tenho muita informação acerca, mas eu entendo que cuidado seguro seja aqueles cuidados em relação a saúde do paciente e a forma de promover a saúde aí.*

*Sempre agindo nos princípios de ética, de igualdade... acredito que seja isso. (M8)*

*É... nossa, que difícil, né? (risos). Eu acredito que seja os principais princípios do cuidado que é não fazer nada que vai fazer mal ao paciente, acho que é isso. Assim, é um tema que a gente não para muito pra pensar, pra refletir, eu penso mais na segurança como essa coisa da prevenção quaternária, de não gerar malefício pro paciente, mas acho que existe também a questão da segurança do ambiente. (M11)*

### **Desafios para a Promoção do Cuidado Seguro na APS**

Nesta categoria reuniram-se os desafios vivenciados pelos médicos para implementação de um cuidado seguro na APS. Alguns entrevistados relataram que a estrutura física é inadequada, uma vez que a maioria das unidades de saúde é em casas antigas e adaptadas, o que dificulta o atendimento aos pacientes, podendo expor os usuários a maiores riscos:

*A estrutura. Eu acho que o maior desafio em qualquer UBS é a questão da estrutura. Assim, o maior desafio é estrutural na APS. (M3)*

*Nessa Unidade, por exemplo, a gente não dispõe de uma triagem fechada, a triagem é aberta. Mas isso é uma limitação física do espaço, do ambiente, que já poderia ter sido resolvida. Às vezes a colocação de um biombo, uma parede de drywall, gesso... Então isso não cabe muito aos profissionais da Atenção Primária, mas dos gestores, eu acho. Outra coisa na Unidade que não tem muito bem é a acessibilidade pelas calçadas. É muito ruim. (M6)*

*Você pode ver que aqui a gente fala que é uma Unidade adaptada, mal adaptada no caso, porque a gente não tem muita segurança em relação a espaço físico, infelizmente. [...] Acho que o desafio principal é físico. Pelo que eu falei em relação à segurança de acessibilidade. Não tem uma maca com proteção, não tem uma rampa de acesso... eu acho que isso prejudica bem e isso facilita alguns acidentes, chega cadeirante aqui, é vergonhoso. Dá vergonha, dá vontade*

*de sumir. Aí eu imagino como deve ser pro paciente, sabe? Muito desconfortável. E vira foco de atenção, tipo assim, você tem que esperar um homem chegar para ajudar a gente a levantar, levar pra cadeira. (M7)*

Ressalta-se que todos os médicos alegaram que nunca tiveram treinamentos ou capacitações relacionados à temática da SP, somente sobre outros temas. Portanto, pode-se observar a ausência de educação permanente, conforme demonstrado em alguns depoimentos abaixo:

*Não. Nunca. O que eu tenho muito é palestra específica sobre diabetes, saúde de gestante, como funciona o fluxo, pra quem que encaminha (...) Metas do Previnde Brasil que a gente tem no sistema... Nós temos reunião sobre isso, mas agora sobre cuidado... segurança... não me recordo de uma desse tipo. (M1)*

*[...] para acidentes dentro da UBS, não. Nem com o paciente nem com o funcionário. É uma coisa assim, cada um busca. [...] falta esse treinamento. (M3)*

*Não. Capacitações tipo Outubro Rosa, Novembro Azul, Setembro Amarelo. Muito pontuais. (M4)*

*Não, nunca passei. Outros temas, sim. (M8).*

*Não... a gente fica totalmente perdido assim. (M13)*

Considerando o engajamento dos pacientes como ferramenta de promoção de um cuidado seguro na APS e o envolvimento do cidadão como um eixo da PNSP, os participantes relataram ausência de educação em saúde sobre o tema e de educação no sentido mais amplo, de forma que o paciente não consegue se inserir na tomada de decisão compartilhada relacionada ao seu próprio cuidado.

*Desafio? Educação. Eu acho que o principal desafio é quando o paciente chega já armado na unidade e algumas coisas não dependem de nós, na atenção primária. Então pra essa segurança do paciente eu acho que às vezes falta educação de... todo mundo. E você ficar educando todo paciente, eu vejo que nem*

*sempre isso é possível aqui, que alguns não entendem, então perde a segurança de todos os lados, tanto do profissional, quanto do paciente. [...] Eu acho que o melhor pra falar sobre a segurança do paciente é ele mesmo. (M1).*

Outros participantes mencionaram que a ausência de articulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no cenário pesquisado é um dificultador para uma assistência segura, o que contribui para a desinformação dos pacientes e atrasa o desfecho do atendimento. Esse cenário é acentuado, ainda, pela vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada, pois são dependentes do SUS e necessitam de um funcionamento efetivo na RAS.

*Acho que o problema maior que acontece é a comunicação Secretaria de Saúde - Unidade Básica. Algumas informações que o paciente chega lá, busca informação e eles mandam: ah! isso aí é o PSF que faz. Então a gente tem tido alguns problemas de encaminhamento, solicitação de exame. (M7)*

*A população é bem vulnerável em relação ao sistema de saúde, para conseguir exame, para conseguir encaminhamento é muito complicado, agarra muito, demora pra sair. (M11)*

*[...] e às vezes não consegue trabalhar em rede, a gente não consegue uma coisa um pouco mais apurada, um tratamento mais moderno que às vezes é até disponível pelo SUS, mas a gente não consegue ter acesso, a rede não funciona a ponto da gente conseguir isso [...] Então realmente é muito complicado mesmo, acontece muita coisa errada e a pessoa que é mais humilde ela paga o pato, ela sofre as consequências disso demais. (M13)*

Alguns profissionais destacaram a alta demanda de pacientes cadastrados como um desafio vivenciado na rotina de trabalho na APS, sobrecarregando a equipe de saúde, resultando em atendimentos rápidos e, muitas vezes, sem a devida atenção à segurança.

*Tem alguns pontos de fragilidades no sistema*

*que às vezes estão sendo um pouco insuficientes pro tamanho da demanda, isso sempre vai transbordar em algum outro ponto do sistema, porque a gente tem a primária, a secundária, e terciária, e quaternária, então quando algumas estão em falhas, o fluxo fica sobrecarregado. Nós temos demandas que às vezes não eram pra estar na primária, mas que ainda tá um pouco agarrada aqui. Então eu acho que o fluxo tá um pouco sobrecarregado, mas devido às outras esferas. (M1)*

*Intensidade, pela correria que fica às vezes. Todo mundo que chega é atendido, então o fluxo é alto[...] às vezes fica uma coisa muito corrida, aí eu acho que o problema maior é justamente a gente conseguir lidar com os dias que tá mais pesado assim, que é a maior parte dos dias. (M2)*

Outro desafio encontrado foi o número insuficiente de vagas para a equipe e-multi, o que prejudica e fragmenta a assistência ao paciente e o trabalho multiprofissional que é imprescindível para a promoção de um cuidado seguro:

*O que a gente mais vê na Unidade é paciente que fica meses na fila para um atendimento com psicólogo, nutricionista, que são profissionais que são muito demandados, mas que tem muito pouca oferta profissional. Então acho que envolve recurso financeiro, recurso humano, recurso profissional. (M6)*

A comunicação ineficaz entre a equipe de saúde é outro elemento dificultador para o estabelecimento de um cuidado seguro na APS, como descrito nos relatos abaixo:

*Falta de comunicação por conta das poucas reuniões que a gente consegue fazer. (M3)*

*Ah, eu acho que falta um pouco de comunicação. [...] o lugar que trabalha muita gente, aqui nós somos 12 ou 13, então acaba que uma coisa que é falada de uma forma, a pessoa interpreta de outra. (M9)*

*Acho que a comunicação com toda a equipe de uma vez, sabe? Eu acho que às vezes fica muito perdido, tipo assim, eu não vejo todos aqui ao mesmo tempo, por exemplo, é muito raro isso acontecer. Então eu acho que mais seria essa logística, na minha visão. (M11)*

Ao serem questionados se estariam dispostos a relatar erros ou incidentes que eventualmente podem ocorrer, alguns participantes responderam negativamente, devido ao medo da punição, manifestado na insegurança de perderem o emprego ou de atrapalhar o relacionamento entre a equipe de saúde:

*Acho que não. Acho que todo mundo tem seu emprego, não quer se indispor. São processos seletivos, então acho que as pessoas só fazem, obedecem, poucos enfrentam. (M1)*

*Aqui não, não. Muito difícil porque “todo mundo corre”. Ninguém quer a responsabilidade de chegar e assumir que houve um erro. (M3)*

*Não, existe um medo muito grande, até porque a maioria de nós não é efetivo, é contratado através de processo seletivo [...] fica aquele receio de reclamar do colega tal, porque a gente não sabe qual a relação que ele tem com a política. [...] Então mesmo que tenha o problema e esteja escancarado na sua cara, o medo de ter retaliação, de ser mandado embora é muito grande, só quem tem garantia de alguma coisa é que vai lá e dá as caras pra reclamar mesmo. [...] a questão de mudança de gestão, a questão da política, a questão da falta de segurança em relação ao trabalho, tipo assim, de você não saber se você estará nesse trabalho amanhã, caso você reclame, caso você demonstre insatisfação. (M4).*

*Eles relatam na base da fofoca, isso que eu acho pior. [...] Olha, é muito falho, tem muita falha, difícil demais de corrigir, é um sistema que é difícil de você mexer nele, que gera muito erro, muita falha e muito prejuízo ao paciente, infelizmente. Eu vejo isso acontecendo. Muitas vezes eu falo que se eu fosse parar pra fazer uma ouvidoria, um boletim de ocorrência, fazer uma denúncia... praticamente eu teria que parar o meu trabalho e denunciar, eu vejo muita coisa errada. [...] Eu entraria em conflito com muitas pessoas no meu trabalho. (M13)*

*Então, os desafios são principalmente a humildade pra reconhecer o erro, porque muita gente tem medo de errar e acaba não tirando dúvida ou fazendo da forma que*

*pensa ser direito, mesmo com insegurança, e isso acaba ocasionando erro. (M12)*

### **Ações que podem gerar Risco de Dano ao Paciente na APS**

Quando indagados se as ações na APS podem gerar risco de danos à saúde do paciente, muitos participantes afirmaram que sim. Dentre essas ações, alguns médicos relataram que a ausência de acolhimento pode comprometer a SP, uma vez que pode haver perda de confiança e quebra de vínculo no cuidado:

*A falta de acolhimento, eu posso gerar uma consequência na saúde desse paciente[...] desde a recepção até aqui dentro, todas as esferas sofrem alguma consequência. (M1)*

*Ó, um cuidado não humano, por exemplo. Na triagem, a técnica se não tratasse com humanidade o paciente, poderia machucar fisicamente ou até emocional, porque um malefício pode ser não físico. Então, eu acho que não acolher daria risco. (M5)*

*Pode, eu acredito que sim. Por exemplo, chegar numa recepção e conversar alto, já falar o que a pessoa tem, já tá expondo, já tá gerando risco. A forma quando a pessoa chega, o acolhimento, dependendo da forma que conversa com a pessoa [...] Então, a pessoa às vezes já está vulnerável, aí ela se sente mal e não volta ou então fica mais retraída, não fala realmente o que ela queria ou fica com medo, dependendo da forma que é falada, da forma que é conversada, dela ser exposta no meio da comunidade e acaba não aderindo, não criando aquela confiança no atendimento, na equipe em si e aí com isso fica difícil. Fica difícil fazer o melhor pro paciente, porque o tratamento pode estar certo, mas se o paciente perdeu a confiança na equipe, aí já era. (M9)*

Outros participantes relataram que a ausência de limpeza das salas e dos equipamentos utilizados na assistência podem gerar risco ao paciente:

*Sim. Por exemplo, o pessoal na sala de curativo, uma sala que a gente tem que tomar muito mais cuidado, com o aparelho que vai usar, tem que tá esterilizado... faz acesso venoso, o perfurocortante... lógico,*

*tem risco em todas as áreas, mas eu acho que essa, principalmente, mais oferece risco, porque é o que tá mais próximo, mais em contato com o paciente. (M2)*

*Pode gerar sim. Porque pode gerar, por exemplo, uma infecção secundária num procedimento que foi feito numa sala que não está esterilizada. [...] O laringoscópio a gente só tem um e a lâmina é de metal, então exige também uma assepsia diferente. Então os procedimentos invasivos necessitam de locais apropriados para isso. Se a sala não estiver esterilizada conforme o que a gente vai fazer, você pode sim, colocar um paciente em risco de uma infecção. (M3)*

Alguns médicos destacaram que a administração de medicamentos de forma incorreta e a lavagem de mãos ineficaz também pode resultar em risco a segurança do cuidado:

*Por exemplo, um acesso que foi mal colocado, uma simples administração de soro intravenoso já gera risco para o paciente. Dependendo da medicação que é feita intramuscular, pode dar reação anafilática. Então, assim, no sentido de segurança, deixa um pouco a desejar, a gente fala pro profissional: coloca luva, vai pegar acesso, pelo amor de Deus, bota a luva, você não sabe se o paciente tem alguma coisa ali que pode transmitir. (M3)*

*Com certeza. Uma simples consulta que eu preciso examinar, se eu não lavar as mãos, eu estou gerando um risco. (M7)*

*Todo procedimento pode sim, até porque a gente não conhece o paciente por inteiro, pode ser que alguma medicação cause algum efeito colateral. (M8)*

*O enfermeiro na hora de fazer uma medicação, uma vacina ou uma injeção pra dor, o médico na hora de prescrever. (M12)*

Ressalta-se que um participante relatou que o sobrediagnóstico é um fator de risco na APS. Isso ocorre quando um diagnóstico é desnecessário, podendo gerar iatrogenias, como demonstrado no depoimento a seguir:

*O mais importante é tomar cuidado com o que vai ser solicitado para não pedir desnecessariamente, pelo fato de que, além de*

*poder fazer mal, fazer um sobrediagnóstico vai ser uma coisa que vai demorar, vai gerar ansiedade no paciente, pode gerar reclamação também com o pessoal da prefeitura. [...] Na APS a gente tem um pouco mais de calma para resolver as coisas, pra pensar nas condutas, mas com certeza pode gerar, eu acho que principalmente no sentido de exames, condutas desnecessárias que podem gerar mais malefícios. Às vezes você faz uma coisa que não precisa tanto, mas o paciente fica super preocupado com aquilo e você acaba interferindo na qualidade de vida dele, mesmo tentando fazer uma coisa que você achou que ia ser bom. (M13)*

## Discussão

Mais da metade dos participantes terminou sua formação acadêmica há cinco anos, enquanto o documento de referência para o PNSP, que foi publicado em 2013, tem doze anos. Isso significa que, apesar da recomendação legal da inclusão do tema na formação acadêmica dos profissionais de saúde e dos resultados positivos acerca da inserção do ensino de práticas seguras de cuidado, a maioria dos médicos entrevistados têm um conhecimento fragmentado sobre a temática. Além disso, a SP é um tema mais discutido no contexto hospitalar e a incipiente discussão na APS dificulta a implementação de um cuidado seguro efetivo. Dessa maneira, as entrevistas evidenciaram que a inserção do tema no ensino superior é insuficiente na formação profissional e esse fato reflete diretamente na qualidade da assistência ao paciente<sup>12</sup>.

Entretanto, a fragmentação desse saber não foi um entrave para o reconhecimento dos participantes de que existem desafios a serem enfrentados para a implementação de uma CSP nas unidades em que eles trabalham. Nesse sentido, a equipe médica do cenário pesquisado entende o cuidado seguro como um elemento fundamental

para uma assistência de qualidade, mas não tem ferramentas suficientes para implementá-lo na sua integralidade, justificando a necessidade de desenvolver um modelo lógico de organização na APS que operacionalize as conexões entre os componentes – recursos, cultura de segurança, processos assistenciais e educação permanente – que estruturam a SP na APS, transformando-os em atividades e produtos capazes de alcançar a melhor assistência em saúde<sup>13</sup>.

Dentre os desafios citados, a estrutura física inadequada no cenário pesquisado é um fator de risco aos usuários, pois das nove unidades, oito são casas adaptadas para o serviço e não atendem às adequações preconizadas, como locais apropriados para exames, consultas e acessibilidade. De acordo com estudo nacional sobre gastos e infraestrutura da Atenção Básica em municípios brasileiros, o Brasil possui indicadores de resultados inferiores aos outros países no que tange às políticas de saúde, revelando que a governança orçamentária pode exercer papel fundamental na melhoria da gestão e, consequentemente, na melhor alocação de recursos em saúde, sobretudo na infraestrutura da APS<sup>14</sup>.

Portanto, a questão da infraestrutura inadequada para prestar um serviço de qualidade na APS parece ser um problema nacional e, mesmo com o programa Requalifica UBS, instituído em 2011 pelo Ministério da Saúde, ainda há fragilidades no repasse aos municípios. Assim como há a necessidade de investir na ambiência da unidade, como previsto pela Política Nacional de Humanização (PNH), a fim de proporcionar um local de uso social e de trabalho que promova a atenção à saúde em um espaço confortável, seguro e acolhedor, que prioriza não só o aspecto físico do

ambiente, mas sobretudo as relações interpessoais e os impactos sobre os pacientes<sup>15</sup>.

Além disso, dado que todos os participantes relataram não terem tido treinamentos ou capacitações sobre SP na APS, destaca-se a necessidade de programas de educação permanente no nível primário de atenção à saúde, que tratem especificamente sobre esse tema. Em um artigo de revisão de literatura, 100% da amostra evidenciou que a capacitação profissional e as ações educativas voltadas à prática profissional podem diminuir significativamente o número de EAs<sup>16</sup>. Portanto, o ensino continuado é capaz de lapidar o cuidado com o paciente, pois quanto mais preparado e qualificado o profissional, menor a chance de ocorrência de danos relacionados à assistência à saúde.

Outro desafio que também emergiu na pesquisa, foi a necessidade do engajamento dos pacientes em seu próprio cuidado. No ano de 2023, a OMS elegeu o tema “Engajando o paciente para a segurança do paciente”, com o *slogan* “Vamos fazer ouvir a voz dos pacientes!”. No Brasil, a Portaria MS/GM nº 529/2013 define como um dos objetivos do PNSP o envolvimento dos pacientes e dos familiares neste processo. Isso demonstra que a inserção do paciente em seu cuidado é um imperativo ético para as organizações de saúde, tendo em vista que o paciente e seus familiares podem ser a testemunha mais importante do ocorrido e prover *insights* que são críticos para prevenir a sua repetição. Assim, engajá-los incrementa a compreensão acerca do ocorrido e, potencialmente, a prevenção de incidente similar no futuro, na medida em que a apreensão de todas as experiências subjetivas é importante para a

investigação<sup>17</sup>.

Nesse sentido, o paciente deve estar envolvido em nível micro, meso e macro, que correspondem respectivamente ao cuidado direto, à organização de saúde (desenho do serviço e governança) e no sistema de saúde (estabelecimento de prioridades e de políticas). Contudo, na realidade brasileira e conforme identificado nesta pesquisa, ainda falta engajamento e empoderamento do paciente, o que de acordo com a OMS, são instrumentos poderosos para melhorias na SP, uma vez que promovem protagonismo ao usuário do serviço de saúde<sup>17</sup>.

Acerca da desarticulação da RAS, é interessante destacar que a APS é a porta de entrada do SUS, responsável dentre outras funções, pela coordenação, integralidade e longitudinalidade do cuidado, logo se nesse ponto da RAS já acontecerem erros, toda a rede fica prejudicada. Uma pesquisa brasileira que buscou saber a percepção da equipe médica acerca dos impactos da COVID-19 na segurança dos pacientes atendidos na APS, evidenciou que a sobrecarga profissional, a falta de capacitação e a dificuldade de acesso à RAS interferem na CSP<sup>18</sup>.

Nesse sentido, uma RAS desarticulada representa um obstáculo na referência e contrarreferência dos pacientes, gera falha em encaminhamentos para exames e a morosidade do serviço pode levar, inclusive, à automedicação<sup>18</sup>. Esses fatores contribuem para a desinformação do usuário, desorientação quanto aos próximos passos no seu cuidado em saúde, e provocam desconfiança na resolutividade do serviço. Dessa forma, a maior parcela da população brasileira atendida na APS, cerca de 55% da classe social C da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP)<sup>19</sup>, são

pacientes que se encontram em situação de vulnerabilidade socioeconômica e que, ao dependerem do serviço público de saúde, sofrem o impacto negativo de uma RAS irresoluta.

No que diz respeito à alta demanda de pacientes e ao número insuficiente de vagas para a equipe e-multi, conforme os relatos dos médicos entrevistados na pesquisa, são fatores que geram sobrecarga profissional e diminuição da qualidade da assistência. Nesse sentido, há necessidade de um diálogo com os gestores, considerando, se necessário, o redimensionamento dos pacientes nas unidades básicas de referência, o incentivo público na abertura de editais para contratar mais profissionais, bem como o fortalecimento da capacitação dos profissionais da APS, especialmente na formação em Medicina de Família e Comunidade<sup>20</sup>.

Em termos de política pública, é essencial que o SUS amplie seus recursos, tanto humanos quanto materiais, para enfrentar a sobrecarga das especialidades. Outro caminho é a implementação de tecnologias de informação e comunicação (TICs), como a telemedicina, que pode representar uma alternativa para aliviar a pressão sobre os serviços presenciais, oferecendo maior acessibilidade e agilidade no cuidado<sup>20</sup>.

A despeito da comunicação ineficaz entre os profissionais de saúde, os resultados de pesquisa recente apontam que uma comunicação com diálogo participativo, baseado em relações interpessoais simétricas, aumenta a confiança entre profissional, paciente e familiares<sup>21</sup>. Além disso, a comunicação é uma das metas internacionais da SP. Logo, em um ambiente de trabalho em que a comunicação é atravessada por poucas reuniões

entre a equipe, pela dificuldade na convivência, a qualidade da assistência oferecida cai e, consequentemente, a SP é afetada.

O medo da demissão, de consequências legais, da perda de respeito pelos colegas de profissão também é uma das barreiras para a comunicação de incidentes e faz com que os profissionais não notifiquem os EAs. Um estudo brasileiro procurou saber a percepção de equipes de saúde da família sobre a notificação de EAs associados a medicamentos, e identificou que o medo aparece como categoria importante na pesquisa. O medo de represália aparece em 29,1% das respostas, o de exposição em 34,3% dos respondentes e o de perda de reputação profissional em 25% das respostas<sup>22</sup>.

Nesse sentido, considerando o modelo do Queijo Suíço, proposto por James Tootle Reason, a segurança é influenciada não apenas pelas pessoas que realizam o trabalho final, mas por todo o conjunto de decisões tomadas durante o processo e pelas fragilidades do sistema. Nesse contexto, os erros podem ser provenientes de situações pessoais, bem como das condições de trabalho oferecidas pelas instituições de saúde. Assim, denota-se que o sistema de saúde encontra-se em um momento de crise paradigmática no que diz respeito a SP. É nitidamente visível a importância da transição do paradigma punitivo para outro que seja voltado à educação dos profissionais. Daí urge a necessidade de adoção da cultura de segurança pelos serviços de saúde<sup>23</sup>.

Com relação às ações que podem gerar risco de dano aos pacientes na APS, destaca-se a necessidade de desenvolver melhor acolhimento ao paciente. O acolhimento transcende a prática individual, configura-se como uma intervenção

estratégica de saúde pública. Portanto, considerando o acolhimento como uma tecnologia leve da saúde, ele desempenha papel fundamental no cuidado, na medida em que favorece a construção de vínculo com o paciente, preserva seus direitos e faz com que o usuário usufrua de uma assistência humanizada. Dessa maneira, acolher a partir de escuta qualificada, da validação do sofrimento e da comunicação eficaz, promove qualidade de vida, adesão ao tratamento e confiança dos pacientes na equipe<sup>24</sup>. Assim, no contexto da APS, esses fatores aumentam a resolutividade do serviço e fortalecem o cuidado integral, contribuindo para a SP.

As principais diretrizes do PNSP envolvem protocolos de uso e administração de medicamentos e também a lavagem de mãos adequada. Quanto à lavagem adequada de mãos, os entrevistados reconhecem a relevância dessa ação para a SP. Já os erros relacionados a medicamentos constituem o segundo evento adverso mais comum, de acordo com os dados do estudo IBEAS (Ibero-American Study of Adverse Events)<sup>22</sup>.

Erros de medicação geram impactos que vão desde danos físicos aos pacientes até implicações legais e financeiras para as organizações. Os erros podem ocorrer em diversas etapas do processo, como prescrição, dispensação, administração e monitoramento pós-administração, e particularmente na transição de cuidado. Dessa forma, os pacientes estão submetidos, sobretudo, a falhas de comunicação entre a equipe de saúde<sup>22</sup>, fato que poderia melhorar com a implementação da dupla checagem de medicamentos, por exemplo.

Estima-se que, na APS, 2-3% das consultas realizadas produzem um incidente de SP, ou seja,

eventos que podem ou não causar danos aos pacientes. 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%). Relacionado à equipe médica, portanto, erros na prescrição podem gerar sobrediagnóstico, polifarmácia e elevação de riscos à saúde do paciente<sup>7</sup>.

As limitações do estudo envolvem o cenário da pesquisa, que não conta com políticas públicas que contemplem a segurança do paciente na APS.

## Considerações Finais

O estudo identificou que, apesar da dificuldade em falar sobre o conceito de cuidado seguro, na prática a equipe médica atuante no cenário pesquisado realiza ações em prol da SP e reconhece a importância de abordar esse tema na APS. Contudo, é necessário mais envolvimento dos profissionais com relação à comunicação entre a equipe, acolhimento dos pacientes e maior busca de aprimoramento no assunto, baseando-se em evidências científicas. É importante que haja a implementação de programas de educação permanente para os profissionais atuantes na APS, especificamente sobre SP e investimento na estrutura física das unidades.

Dessa maneira, evidencia-se que é fundamental o trabalho conjunto entre as equipes de saúde e os gestores da APS, visando minimizar a ocorrência de EAs e a melhora da qualidade da assistência prestada no SUS, por meio de tomada de decisão colaborativa, interdependência e com responsabilidade compartilhada.

Espera-se que este estudo desperte reflexões e

contribua para o desenvolvimento de novas pesquisas na área, influenciando na formação acadêmica e profissional da equipe de saúde, sobretudo a equipe médica. Ressalta-se, nesse sentido, o papel histórico da figura do médico enquanto referência em saúde para os pacientes, o que amplifica suas atitudes referentes à SP.

Destaca-se o valor da fusão entre assistência e gestão na garantia da eficiência do cuidado, evidenciada pelo trabalho dos gestores públicos de saúde e da equipe de enfermagem, na medida em que os enfermeiros desempenham, com frequência, funções na gerência do cuidado e na liderança da equipe multiprofissional na APS. Portanto, a SP é um tema pertinente a todas as categorias profissionais, configurando-se como um pilar da assistência em saúde.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 1ª. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>.
2. Krishnamoorthy Y, Samuel G, Elangovan V, Kanth K, Krishnan M, Sinha I. Development and validation of questionnaire assessing the perception of hospital patient safety practices in public health facilities of India. *Int J Qual Health Care*. 2022; 34:mzac087.
3. Andrade AM, Rodrigues JS, Lyra BM, Costa JS, Braz MNA, Sasso MAD, et al. Evolução do programa nacional de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Vigilância Sanitária em Debate* 2020; 8:37-46.
4. Arboit ÉL, Bellini G, Schütz CR, Moraes MCS, Kinalski S da S, Barcellos RA. A cultura de segurança do paciente na perspectiva multiprofissional. *Research, Society and Development* 2020; 9:e125953088-e125953088.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436,

de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>.

6. Organization WH. Global patient safety report 2024. World Health Organization. 2024.

7. Macedo TR, Calvo MCM, Possoli L, Natal S. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: um olhar sobre a literatura. Rev APS 2023;25.

8. Aguiar TL, Lima DS, Moreira MAB, Santos LFD, Ferreira JMBB. Incidentes de segurança do paciente na atenção primária à saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. Interface (Botucatu) 2020;24:e190622.

9. Raimondi DC, Bernal SCZ, Oliveira JCL de, Matsuda LM. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40.

10. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento. São Paulo: Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO; 1992.

11. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70. 2015.

12. Aranha D de S, Brum AKR. Mapeamento de tecnologias educacionais e estratégias de ensino-aprendizado aplicadas ao ensino superior em enfermagem no Brasil: uma revisão integrativa sobre segurança do paciente. Rev CLCS. 2024; 17(1):2623-39.

13. Macedo TR, Calvo MCM, Possoli L, Natal S. Estudo de avaliabilidade da segurança do paciente na atenção primária à saúde. Saúde Debate. 2023; 47:462-77.

14. Kashiwakura HK, Gonçalves AO, Azevedo RR, Nunes A, Silva CAT. Retrato da atenção básica no Brasil: gastos e infraestrutura em municípios brasileiros. Cien Saúde Coletiva. 2021; 26:3397-408.

15. Monteblanco GVL, Denardi TC, Bender MS. A ambiência como dispositivo de humanização na atenção básica. Rev Multidiscip Saúde. 2024; 5(2):1-5.

16. Barros FF de, Guedes J, Ribeiro ER. Educação permanente como estratégia de promoção da cultura de qualidade e segurança do paciente: revisão integrativa. Rev Thêma et Scientia 2020; 10:08-17.

17. Webseis. Engajamento do paciente e de familiares na segurança do paciente. Atena Editora. 2023. Disponível em: <<https://atenaeditora.com.br/catalogo/ebook/engajamento-do-paciente-e-de-familiares-na-seguranca-do-paciente>>.

18. Silocchi C, Junges Jr. Percepção dos médicos sobre os efeitos colaterais permanentes da Covid e seus desafios para a segurança do paciente no contexto da Atenção Primária à Saúde. APS em Rev. 2025; 7:236-43.

19. Guibu IA, Moraes JCD, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FDA, Costa KS, et al. Principais características dos usuários de serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Rev Saúde Pública 2017; 51:17s.

20. Marinho Barbosa J, Torres Valente GG, Crepaldi V, Neto C, Falcão S. Percepções do SUS: uma análise da acessibilidade do referenciamento e agendamento de consultas médicas sob a ótica dos pacientes e médicos da cidade de Gurupi-Tocantins. Observatório da Economia Latinoamericana 2025; 23:166.

21. Nora CRD, Junges Jr. Segurança do paciente e aspectos éticos: revisão de escopo. Rev Bioét 2021; 29:304-16.

22. Pereira LB, Jobim L, Bueno D. Percepção de Equipes de Saúde da Família sobre a notificação de eventos adversos a medicamentos. Saúde Redes. 2019; 4(3):49-61.

23. Gomes ATL, Silva MF, Moraes SHM, Chiavone FBT, Medeiros SM, Santos VEP. Erro humano e cultura de segurança à luz da teoria “queijo suíço”: análise reflexiva. Rev Enferm UFPE on line. 2016; 10(4):3646-52.

24. Rocha LHF, Moura CS, Bruz AN, Alves LA, Souza MS, Silva ÍRV, et al. Tecnologias leves e o bom atendimento prestado pelos enfermeiros da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. Rev Saúde e Tecnologia - JHT. 2025;4:e4160.

## Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Número do edital: PIBIC UFV 2025-2026.