

CONCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

NURSE'S CONCEPTION OF PATIENT SAFETY IN PRIMARY HEALTH

Giovanna Maria Menezes Lucarelli ¹; Fabrício Oliveira Ramos ²;
Cleidiane Maciel Marinato ³; João Paulo Ciribeli ⁴;
Maria Clara Otaviano Coelho ¹; Thalysia Peron Gargiulo ¹;
Wallace Alves Pires de Amorim ¹



cleidiane.marinato@unifagoc.edu.br

¹ Bacharel em Enfermagem

² Mestre em Genética e Melhoramento e Professor do curso de Enfermagem do UNIFAGOC

³ Mestre em Ciências da Saúde e Professora do curso de Enfermagem do UNIFAGOC

⁴ Doutor em Administração e Professor Adjunto do UNIFAGOC

RESUMO

Introdução: A grande oferta de serviço na Unidade Básica de Saúde justifica a preocupação com a segurança do paciente que procura assistência na Unidade. **Objetivo:** Identificar os aspectos reconhecidos pelo Enfermeiro da Atenção Primária de Saúde (APS) modalidade Estratégia Saúde da Família sobre a segurança do paciente e os fatores que afetam a segurança do paciente e a qualidade do cuidado. **Metodologia:** Pesquisa original classificada como estudo epidemiológico transversal, descritivo, abordagem qualitativa, realizada no município de Ubá com a participação de 8 Enfermeiros entrevistados. Utilizou-se o instrumento Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) para avaliar a cultura de segurança do paciente; os dados foram analisados conforme Agency for Healthcare and Research in Quality (AHRQ) adaptado e os comentários foram submetidos à análise de conteúdo proposta. **Resultados:** Os enfermeiros reconhecem o instituição como segura para o paciente, entretanto se contradizem ao identificar a necessidade de uma assistência baseada em conhecimento científico, a padronização de protocolos, assim como fragilidades e lacunas que trazem riscos à segurança do paciente. **Conclusão:** A padronização de protocolos e o investimento em capacitação contínua são essenciais para mitigar riscos e promover um cuidado seguro.

Palavras-chave: Enfermagem. Segurança do Paciente. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The wide range of services provided in Primary Health Care Units justifies concerns regarding patient safety for individuals seeking healthcare assistance in these settings. **Objective:** To identify the aspects recognized by nurses working in Primary Health Care (PHC), under the Family Health Strategy model, regarding patient safety and the factors affecting patient safety and quality of care. **Methodology:** This original research was classified as a cross-sectional, descriptive epidemiological study with a qualitative approach, conducted in the municipality of Ubá, involving the participation of eight interviewed nurses. The Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) instrument was used to assess patient safety culture. Data were analyzed according to the adapted Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) guidelines, and participants' comments were subjected to the proposed content analysis. **Results:** Nurses recognized the institution as providing

*a safe environment for patients; however, contradictions emerged when they identified the need for care based on scientific knowledge, protocol standardization, and acknowledged weaknesses and gaps that may pose risks to patient safety. **Conclusion:** The standardization of protocols and investment in continuous training are essential to mitigate risks and promote safe care.*

Keywords: Nursing. Patient Safety. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de contato entre os indivíduos e o sistema de saúde, sendo a base para uma assistência integral e coordenada em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Executa ações destinadas à saúde, como promoção, prevenção, proteção e redução de danos relacionados à saúde. Destaca-se sua responsabilidade pelos cuidados primários e problemas comuns, pela atenção contínua e integral, com atendimento conforme as necessidades em saúde de uma população e da região (Brasil, 2023).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi estabelecida pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006 e revista pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a qual direciona sobre a organização, diretrizes e princípios da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na Rede de Atenção à Saúde. Diante disso, a AB vem sendo reformulada a fim de melhorar e ampliar sua função de porta de entrada do SUS e da Rede de Atenção à Saúde. A PNAB considera, como sinônimos, os termos Atenção Básica em Saúde (ABS) e Atenção Primária à Saúde, de forma a equivaler suas práticas em saúde (Brasil, 2017).

A Segurança do Paciente (SP) tem se tornado um assunto muito discutido, principalmente porque as instituições de saúde cada vez mais abrangem procedimentos em maior quantidade, novas tecnologias e assistência mais complexa, causando grande possibilidade de ocorrerem falhas no serviço e gerar danos ao usuário. A SP é necessária para ofertar ao paciente serviços de saúde de qualidade, tolerando o menor risco de dano à saúde. Muitas das complicações decorrentes do primeiro contato da população, realizado na APS, precisam ser encaminhadas para níveis de maior complexidade e tecnologia de assistência. Os descuidos que ocorrem no atendimento ao paciente na APS podem ser evitados com atitudes simples, como: uma atenção individualizada no tratamento e no usuário, atenção a marcação de consultas e exames, ao manejo e registros do prontuário, trabalho em equipe e comunicação entre a equipe e o usuário, entre outros (Rodrigues, 2023).

Entre os desafios listados para alcançar a qualificação da UBS estão a precariedade da rede, a falta de infraestrutura, a sobrecarga dos profissionais de saúde, inadequadas condições de trabalho, a incapacidade de realizar atendimento a patologias agudas e a baixa resolutividade das equipes (Brasil, 2012).

No Brasil, o movimento de Segurança do Paciente iniciou-se nas Unidades Hospitalares com a criação do programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH). Em 2013, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Segurança do Paciente e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), para auxiliar na melhoria da assistência à saúde em todos os estabelecimentos de saúde. A PNSP foi fundada pela necessidade de gerar planos direcionados aos administradores, servidores e aos responsáveis pela segurança do paciente do serviço de saúde (Brasil, 2022).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) ressalta a redução de um risco de dano associado à assistência à saúde para um nível mínimo aceitável. A política instituiu o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), o qual propõe e valida protocolos operacionais padrões, guias e educativos relacionados à SP, voltados às infecções relacionadas à assistência, lesões decorrentes da falta do cuidado, administração incorreta de injetáveis, sangue e hemoderivados, entre outras áreas que podem trazer incidentes que resultam dano ao paciente (Brasil, 2013).

A APS segue os princípios e as diretrizes estabelecidos pelo SUS, cujos valores são baseados em alcançar o objetivo do Programa, dentre os quais se destaca a criação de uma organização com resposta positiva, com resolutividade diante das dificuldades, que reduza danos e perigos ao usuário e efeitos adversos causados por erro do profissional (Brasil, 2012). A equipe da Atenção Primária à Saúde oferta assistência aos indivíduos e famílias da comunidade em todas as etapas do desenvolvimento, sendo a mais indicada pelo serviço amplo e eficaz.

Contudo, considera-se que a APS pode ter capacidade de atender 80% dos agravos da população brasileira. Diante desse cenário, torna-se necessário identificar os riscos e mecanismos que podem levar a danos no usuário (Pierro, 2020). A publicação de estudos sobre identificação da segurança do paciente é restrita ao cuidado hospitalar, porém a grande oferta de serviço na UBS justifica e reflete a preocupação com a segurança do usuário que procura assistência na unidade de saúde.

Diante do exposto, percebe-se a importância da temática, segurança do paciente, em especial na Atenção Primária à Saúde, visto que essa unidade oferta assistência para a maioria da população. Nesse sentido, diante da necessidade de maiores estudos sobre a temática, surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: como os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família compreendem a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde?. Os achados deste estudo podem contribuir para a identificação de falhas nos processos assistenciais e subsidiar a adoção de estratégias voltadas à redução de eventos adversos e ao aprimoramento das práticas de cuidado.

O objetivo geral da pesquisa consiste em identificar os aspectos reconhecidos pelo Enfermeiro da Atenção Primária de Saúde (APS), modalidade Estratégia Saúde da Família, sobre a segurança do paciente e identificar os fatores que afetam a segurança do paciente e a qualidade do cuidado.

METODOLOGIA

Classificação Metodológica

Este estudo consiste em uma pesquisa original com dados primários, estudo epidemiológico transversal, classificado como descritiva-exploratória com abordagem qualitativa, realizada no município de Ubá, região da Zona da Mata Mineira. O referido município, em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde, possui 29 Unidades Básicas de Saúde, até o momento: 27 Equipes Estratégia Saúde da Família (ESF), 1 Consultório de Rua e 1 Equipe de Atenção Primária Prisional.

Procedimentos Metodológicos

A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista estruturada e individual aos Enfermeiros da ESF, na própria UBS dos participantes. A escolha por essas

Unidades de Saúde se justifica em função do número de pessoas vinculadas ao ESF. Foram incluídas as Unidades localizadas na zona urbana, modalidade Estratégia Saúde da Família, com abrangência de mais de 4.000 usuários cadastrados.

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão para a participação dos enfermeiros

CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO	CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO
Idade igual ou superior a 18 anos	Enfermeiros que estiverem em licença maternidade, férias e atestado médico
Mais de um ano de experiência na Unidade de Saúde	Unidades de Saúde da Zona Rural
Enfermeiros que estejam disponíveis para responder às questões propostas no projeto de pesquisa	Enfermeiros que se recusem a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Enfermeiros que ocupam o cargo de Coordenadores de equipe da Estratégia de Saúde da Família	
Enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde, modelo ESf que contam com mais de 4.000 mil usuários cadastrados	

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Participaram deste estudo os profissionais enfermeiros das Unidades de Saúde que contemplassem os critérios de inclusão, conforme descrito no Quadro 1. Destaca-se que, caso se identificasse o não cumprimento de algum critério no momento da entrevista, esta seria interrompida imediatamente, sendo utilizados posteriormente os dados correspondentes a cada situação para análise e discussão.

Para tanto, com base nos critérios de inclusão e exclusão, foram consideradas 8 Unidades Básicas de Saúde do Município de Ubá. Conforme estabelecido no Termo de Consentimento, para garantir o anonimato dos Enfermeiros e das Unidades, as Instituições foram reconhecidas como Unidade Básica de Saúde E-X, sendo X, o número do respectivo Enfermeiro, na sequência em que foi feita a entrevista, conforme identificadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Unidades que atendem ao critério de inclusão

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	USUÁRIOS CADASTRADOS
Unidade Básica de Saúde. E-1	4.430 usuários cadastrados
Unidade Básica de Saúde. E-2	4.126 usuários cadastrados
Unidade Básica de Saúde. E-3	4.534 usuários cadastrados
Unidade Básica de Saúde. E-4	4.567 usuários cadastrados
Unidade Básica de Saúde. E-5	4.282 usuários cadastrados
Unidade Básica de Saúde. E-6	4.025 usuários cadastrados
Unidade Básica de Saúde. E-	4.887 usuários cadastrados

7	
Unidade Básica de Saúde. E- 8	4.566 usuários cadastrados

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

O projeto foi submetido para apreciação ética, aprovado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP). O número de identificação do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética é 89527325.4.0000.8108. e o parecer foi o de número 7.748.043.

O acesso aos enfermeiros foi realizado após a aprovação do projeto CEP, conforme preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Na sequência, foi solicitada uma autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ubá (SMS) para os Enfermeiros das Unidades participarem das entrevistas, as quais ocorreram entre os meses de julho a agosto de 2025, após a aprovação do CEP e a autorização da SMS.

Foi necessário entrar em contato com os participantes por meio de uma ligação telefônica para informar sobre o projeto e agendar a entrevista com os enfermeiros.

Diante do encontro marcado, a pesquisadora se programou para ir à UBS. Antes de iniciar a entrevista, o enfermeiro foi escarecido quanto ao objetivo do estudo, à duração estimada da entrevista (30 minutos), à apresentação e à leitura do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); em seguida, foi recolhido a assinatura do participante.

A coleta de dados foi realizada no ambiente de trabalho do entrevistado, nos meses de julho e agosto de 2025, por meio de uma entrevista estruturada, contendo um instrumento de roteiro preestabelecido com as mesmas perguntas para todos os candidatos.

Os dados foram coletados por meio do instrumento Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) para avaliar a cultura de segurança do paciente, elaborado pela Agency for Healthcare and Research in Quality (AHRQ) traduzido, adaptado e validado por Timm & Rodrigues (2016) para: Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária- (PCSPAP), mantendo as 9 (nove) seções do instrumento original .

Quadro 3 - Classificação das respostas e categorias

Seção	Classificação das respostas
Seção A	1- Diariamente 2- Pelo menos uma vez na semana 3- Pelo menos uma vez ao mês 4- Várias vezes nos últimos 12 meses
Seção B	
Seção C	
Seção E	
Seção F	5- Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses 6- Não aconteceu nos últimos meses 9- Não se aplica ou não sei
Seção D	1- Discordo totalmente 2- Discordo 3- Não concordo nem discordo 4- Concordo 5- Concordo totalmente 9- Não se aplica ou não sei
	1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre 9- Não se aplica ou não sei

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

O questionário não sofreu modificações no decorrer da entrevista. O instrumento “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária” contou com questões que abordam a segurança e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes; comunicação aberta; comunicação sobre o erro; troca de informações com outros setores; processo de trabalho; troca de prontuário; registro de paciente errado; percepção geral da segurança do paciente e qualidade; apoio dos gestores financeiros na segurança do paciente; seguimento da assistência ao paciente; questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade; treinamento da equipe e afirmativas envolvendo a equipe. Todas as seções foram consideradas por situações que tenham acontecido nos 12 meses anteriores ao dia da pesquisa.

Para tratamento e análise dos dados do Instrumento MOSPC, a AHRQ recomenda a avaliação da porcentagem de respostas positivas quanto à cultura de Segurança do Paciente. As seções utilizam variação de respostas, conforme identificado no Quadro 3.

Após a classificação das respostas concordando ou discordando do item, foi considerada uma resposta fortalecida quando 6 ou mais dos 8 participantes respondem concordando nos itens redigidos positivamente, ou seja, em afirmativas positivas, ou discordando dos itens negativos, em afirmativas negativas.

A interpretação do questionário foi feita a partir da adaptação do modelo criado pela AHRQ, que avalia pontos fortes e áreas de melhoria de acordo com o percentual de respostas positivas (Mendes, 2018). As afirmativas das seções foram classificadas em afirmativas negativas e positivas, conforme o Quadro 4.

A partir da classificação dos itens, a resposta foi considerada fortalecida, uma vez que 75% (6 ou mais) dos participantes concordam das afirmativas positivas ou

discordam das afirmativas negativas. As respostas assinaladas concordando do item, porém, com porcentagem menor a 75% (menor que 6 dos participantes) sugerem necessidade de melhorias (Mendes, 2018).

Quadro 4 - Itens classificados e suas categorias

Seções	Afirmativas negativas	Afirmativas positivas
Seção A: Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade	A1; A2; A3; A4; A5; A6; A7; A8; A9	-
Seção B: Troca de Informações com outras instituições	B1; B2; B3; B4; B5	-
Seção C: Trabalhando neste serviço de saúde	C3; C6; C8; C10; C12; C14	C1; C2; C4; C5; C7; C9; C11; C13; C15
Seção D: Comunicação e Acompanhamento	D4; D7; D10	D1; D2; D3; D5; D6; D8; D9; D11; D12
Seção E: Apoio de Gestores/ administradores/ líderes	E1; E2	E3; E4
Seção F: Seu serviço de Saúde	F3; F4; F6	F1; F2; F5; F7
Seção G: Seção global	-	G1a; G1b; G1c; G1d; G1e; G2

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

As afirmativas foram classificadas como: Forte, quando a maior parte dos itens das seções classificou-se como fortalecidas; Neutra, quando a quantidade de itens se assemelha em “fortalecida” e “enfraquecida”; e Fraco, quando a maior parte dos itens das seções foram classificados como enfraquecidas.

As entrevistas foram aplicadas em local reservado, respeitando os princípios éticos de sigilo, anonimato e voluntariedade. As falas foram registradas com a autorização dos enfermeiros mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, através da ferramenta “gravador”, disponível no dispositivo eletrônico “Iphone X” da marca Apple, que possui 64 gigabytes de armazenamento, pertencente a pesquisadora. Ademais, os relatos foram identificados com a letra “E”, seguida do número correspondente à ordem dos entrevistados.

As informações coletadas foram referentes ao conhecimento e à análise do Enfermeiro sobre a segurança e os riscos ao usuário na UBS. A entrevista foi gravada e posteriormente transcrita, utilizando o Microsoft Excel, para gerenciar os dados.

A exploração dos comentários dos entrevistados foi feita utilizando a técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Minayo (2014). Na 1º fase de análise, foram organizados e transcritos os trechos relevantes, a partir da escuta das gravações e leitura do material; na 2º fase, realizaram-se a releitura, o recorte de informações encontradas nas falas transcritas e a separação destas em sistemas de codificação, agrupando-as em categorias pela característica e mesma semântica; na 3º e última etapa, foram realizadas a interpretação dos dados e a discussão, os fragmentos das narrativas foram analisados para obter uma compreensão, relacionando-os com materiais científicos e o contexto da pesquisa (Almeida, 2024).

Ainda que as entrevistas tenham sido realizadas individualmente, todos os enfermeiros entrevistados diante de uma mesma realidade apresentaram uma visão semelhante.

Os resultados foram discutidos para esclarecer as questões levantadas pelo

estudo e relacionados com nas base nas literaturas científicas: LILACS, PUBMED, SCIELO e BDENF, com os seguintes descritores: “Enfermagem”, “Segurança”, “Paciente, “ Atenção Primária à Saúde”, permitindo a discussão teórica diante dos resultados encontrados. Finalmente, foi realizada a transcrição das falas da entrevista, seguida da discussão conforme literatura para analisar a concepção do enfermeiro e melhorias para o atendimento.

Após concluído o estudo, foi elaborada uma cartilha, a qual foi entregue às Unidades participantes, conforme solicitado pelo CEP em parecer da Plataforma Brasil, com base nas principais fragilidades percebidas, apresentando as possibilidades de prevenir falhas e promover a segurança do paciente na Atenção Primária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 8 enfermeiros, cuja carga horária de trabalho varia de 33 a 40 horas semanais, os quais relataram estar há mais de 1 ano no serviço como enfermeiros coordenadores da ESF.

O processo de análise dos resultados do Instrumento foi realizado a partir das respostas obtidas pela entrevista aos enfermeiros sobre as dimensões da cultura e segurança do paciente pelo questionário (MOSPC) . As respostas foram classificadas conforme descrição a seguir.

Perguntas	Respostas fortalecidas	Respostas enfraquecidas	Seção classificada
Seção A: Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade.	A1; A2; A3; A4; A5; A7; A9.	A5; A6; A8.	Forte
Seção B: Troca de Informações com outras instituições	-	B1; B2; B3; B4; B5.	Fraca
Seção C: Trabalhando neste serviço de saúde	C1; C2; C4; C5; C6; C9; C13; C15.	C3; C7; C8; C10; C11; C12; C14.	Neutra
Seção D: Comunicação e Acompanhamento	D1; D2; D3; D5; D6; D8; D9; D11; D12.	D4; D7; D10.	Forte
Seção E: Apoio de Gestores/ administradores/ líderes	-	E1; E2; E3; E4.	Fraca
Seção F: Seu serviço de Saúde	F1;F2; F5; F7.	F3; F4; F6.	Neutra
Seção G: Seção global	G1e.	G1a; G1b; G1c; G1d; G2.	Fraca

Quadro 5 - Classificação das respostas de acordo com as categorias
Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

O Quadro 5 revela que, ao analisar a Seção A, a lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade foi identificada como uma Seção Forte. Nota-se que os enfermeiros entrevistados demonstram boa concepção sobre a qualidade da segurança do paciente diante da assistência. Isso ocorre com base na análise da seguinte forma: a seção contém 9 afirmativas negativas e, quando o enfermeiro responde discordando do item, o item é considerado Fortalecido; quando 6 ou mais enfermeiros discordam da afirmativa negativa, a seção é classificada como Forte; quando isso não ocorre, ela

se identifica como enfraquecida. Dessa forma, as afirmativas A1, A2, A3, A4, A5, A7 e A9, respondidas positivamente, foram classificadas em positivas; contudo, as afirmativas A5, A6 e A8 não foram respondidas positivamente, sendo identificadas como negativas. Entretanto, identificou-se a maioria das afirmativas como positivas, por isso a seção foi classificada como Forte, justificando uma boa compreensão do enfermeiro sobre a segurança do paciente.

Nesse mesmo sentido, a Seção B: Troca de informações com outras Instituições de Saúde foi considerada como Fraca. Os profissionais alegam não ter contra referência das Instituições, o que dificulta a continuidade da assistência e afeta a segurança do paciente, necessitando de estratégias que facilitem a troca de informações. Ao observar a Seção C: Trabalhando neste serviço de saúde, entende-se que os enfermeiros dispõem de boa relação interprofissional, mantendo respeito mútuo e garantindo organização, contudo, devido à ausência de atualizações e treinamentos para a equipe, a seção foi classificada como Neutra, identificando-se, portanto, a necessidade de melhoria.

A Seção D: Comunicação e Acompanhamento foi avaliada como Forte, uma vez que se identificou uma boa comunicação entre a equipe sobre ideias para melhorias no trabalho, assim como um bom monitoramento para cuidados preventivos e acompanhamento de pacientes crônicos, visando a qualidade e a segurança do paciente na APS. Nessa mesma lógica, a Seção E: Apoio de Gestores/administradores/líderes foi identificada como Fraca, uma vez que se constatou que, na concepção dos enfermeiros, os gestores financeiros não priorizam recursos e melhorias para o atendimento do usuário, afetando a excelência do cuidado.

Já a Seção F: Seu serviço de Saúde foi avaliada como Neutra. Embora se reconheça a necessidade do serviço para a identificação de erros e prevenção de problemas, conferindo qualidade e segurança ao usuário, verificou-se que ainda necessista de melhorias para a eficiência do serviço. Já a Seção G: Seção global foi considerada como Fraca, uma vez que se demonstrou baixa qualidade no cuidado de saúde sobre as preferências individuais e assistência baseada no conhecimento científico, não garantindo o cuidado pontual e de bom custo benefício, comprometendo a prevenção e identificação de problemas que possam afetar o paciente, necessitando de melhorias no cuidado e no monitoramento do paciente.

Os comentários relevantes realizados na entrevista pelos enfermeiros da pesquisa foram digitados, selecionados e categorizados. Após a leitura, emergiram 5 categorias temáticas: a segurança de procedimentos na Atenção Primária à Saúde; a segurança do paciente diante a compreensão das prescrições; a sobrecarga da equipe reflete na falta de monitoramento do paciente; a concepção do enfermeiro sobre a segurança do paciente no atendimento; e a necessidade de protocolos padronizados.

Após a categorização, seguem as falas dos entrevistados, seguidas da discussão de pontos importantes envolvendo a temática.

CATEGORIA TEMÁTICA 1: a segurança de procedimentos na Atenção Primária à Saúde

A categoria expõe a concepção do enfermeiro sobre o serviço realizado na APS. Os depoimentos relatam a identificação de um serviço seguro que exige cuidados e atualizações contínuas.

O serviço ele é bem feito, é seguro ao paciente. A gente segue técnica e normas técnicas para executá-lo, mas falta muita educação permanente, visto que nada

na saúde é engessado, vou dar um exemplo, a vacina, é um serviço da enfermagem nosso, privativo da enfermagem, mas é um serviço muito dinâmico, então tem que manter em constante processo de atualização, por isso, sem atualização eu posso sim colocar meu paciente lá na frente em risco. Vou dar outro exemplo, a receita médica, uma coisa simples, administração de uma medicação, quando a gente não tem segurança, é frizado sempre entre nós da enfermagem, quando não tem segurança a gente não faz, a gente não faz. Passa por mim enfermeira e eu discuto com a médica, para podermos sempre prezar pela segurança do paciente. (E-1)

Sobre a segurança de administração de medicamentos, é importante sempre ler o rótulo né, até na hora de receber a vacina tem que saber o que estamos recebendo direitinho. São várias coisas na atenção primária que tem chance de errar, porque no hospital tem mais chance de errar porque a pressão é maior, mas na a atenção primária também tem erros, às vezes a gente não tem intenção de errar e acaba errando, quando está tumultuado, ou a gente não presta atenção. (E-3)

Os profissionais aqui não fazem coisas que não estão treinados, por exemplo vacina, teve um técnico emprestado aqui que treinou e agora que as técnicas daqui estão fazendo, depois de muito treinar, só faz depois que é treinado e tirado as dúvidas. (E-6)

Nesse sentido, conforme evidenciado na fala dos profissionais E-1, E-3 e E-6, os enfermeiros consideram o serviço seguro, porém identificam a necessidade da educação permanente, visto que, na APS, a equipe de enfermagem realiza procedimentos de administração de injetáveis e imunizantes. Esses procedimentos necessitam da preparação e administração correta, além de saber identificar prováveis erros na prescrição e efeitos adversos após a administração.

Devido à alta complexidade e constante alteração dos calendários vacinais, a educação permanente é fundamental. As diretrizes sofrem alterações anuais, com atualizações de componentes, expansão de faixa etária, alterações de intervalos e introdução de novas vacinas. Assim, a sala de vacina exige formação contínua da equipe e supervisão constante dos profissionais que atuam na vacinação. A supervisão dos procedimentos e da sala de vacinação é responsabilidade técnica do Enfermeiro, conforme estabelece a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 302, de 16 de março de 2005. O enfermeiro deve assistir o usuário, capacitar a equipe, buscar atualização de técnico-científica, além de acompanhar efeitos adversos e orientar o usuário sobre a segurança da vacinação (Oliveira; Martins, 2024).

A administração de medicamentos é um procedimento complexo que necessita de atenção e grandes cuidados em todas as etapas, desde a distribuição até a preparação e a administração correta. Essa complexidade no processo está associada a erros que podem acontecer na etapa do procedimento, trazendo consequências graves para o paciente e sua segurança. O enfermeiro é o principal prestador de cuidado que acompanha o paciente em todas as etapas. Analisar e identificar os erros de medicação e eventos adversos auxilia a prevenir erros e melhorar o cuidado do usuário (Braiki; Douville; Gagnon, 2024).

A falta de supervisão e de atualizações do serviço de enfermagem sobre a administração de medicação e o calendário vacinal compromete diretamente a segurança do paciente e gera riscos para assistência. Diante disso, o enfermeiro precisa

planejar, monitorar e promover educação continuada para a evolução da equipe, além de identificar erros, falhas no procedimento e prevenir ocorrências.

CATEGORIA TEMÁTICA 2: A segurança do paciente diante a compreensão das prescrições

A categoria disserta sobre a concepção do enfermeiro sobre a segurança do paciente diante das prescrições. As falas identificam falta de compreensão e legibilidade das prescrições.

Ah isso do paciente voltar para corrigir prescrição, acontece muito. Porque nem sempre as prescrições são feitas no computador né, aí eles ficam com dúvida e procuram mesmo a unidade e procuram orientação, não que foi erro, mas pela letra ilegível, quando não utilizam prontuário eletrônico, aí eles procuram aqui que eles tem mais acesso. (E-2)

Geralmente o paciente vem pra corrigir receita quando vem do hospital, eles não sabem o que tá escrito, aí eles costumam vim cá e a gente tem que saber o quê que foi passado porque às vezes nem a gente sabe, entendeu? Agora os daqui geralmente saem bem orientado, o médico orienta direitinho, vem escrito também tudo digitalizado, então assim, tá bem claro né, então assim, acontece quando vem de outros lugares ou vem escrito a mão, e vem ilegível a letra, aí eles vêm pra pegar a medicação, vê se tem, e pra saber o quê que é, então isso acontece, às vezes nem a gente sabe o que tá escrito, aí a gente pede pra voltar na consulta e perguntar porque nem o médico sabe o quê que o outro escreveu, a gente procura um, conversa com outro, pra tentar decifrar mas não decifra. (E-7)

Nesse contexto, conforme identificado nas falas E-2 e E-7, os entrevistados destacam o comprometimento da segurança do paciente, ao precisar decifrar prescrições ilegíveis e inadequadas. A falta de uma escrita legível na prescrição pode comprometer a compreensão dos profissionais de saúde e do próprio paciente. Os problemas de legibilidade são frequentemente relacionados ao uso da prescrição manuscrita ou pré-digita, o que pode gerar dúvidas e ocasionar erros, como a dose incorreta, administração incorreta, via incorreta, prescrições incompletas, ilegibilidade, intervalos de dosagem inadequados e erros de transcrição, comprometendo a segurança do paciente (Brasil, 2021).

Diante do impacto negativo de erros de medicamentos na segurança do paciente, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529/2013, estabeleceu atualizações sobre práticas do cuidado nas instituições brasileiras, objetivando a redução da ocorrência de eventos adversos, inclusive no que se refere ao uso de medicamentos (Rodriguez *et al.*, 2017).

Considerando a problemática, é fundamental que os profissionais de saúde adotem prescrições eletrônicas, medidas de revisão de prescrições e registros da assistência para o acompanhamento do cuidado seguro e a assistência correta ao paciente.

CATEGORIA TEMÁTICA 3: Sobrecarga da equipe reflete na falta de monitoramento do paciente

A categoria aborda a sobrecarga da equipe e a falta de funcionários específicos para a função. Os comentários sugerem falhas de monitoramento do paciente.

A nossa equipe de ESF já está saturada pelo número de pessoas, a gente comportaria no máximo até 3500 pessoas e a gente está comportando quase 6000 pessoas. E cada agente comunitário de saúde (ACS), você pode pegar nas novas orientações de Atenção Primária, na nova PNAB, o teto para se cadastrar é até 750 pessoas, aqui em Ubá, antes da pandemia foi passado que os ACS tinham que cadastrar no mínimo 750 pessoas, a coordenação mandou por escrito né, então os agentes de saúde estão com um teto, tem agente de saúde com quase 1000 pessoas cadastradas, então tá muito além da nossa capacidade. (E-1)

Pensando na Atenção Primária, pensando na Política, quantitativamente está adequado, mas tem critérios de vulnerabilidade que não têm instrumentos para mensurar, talvez, levando em consideração a vulnerabilidade, não seria um quantitativo de profissional adequado. (E-4)

Bom o ideal seria ter um recepcionista que aí treinaria aquela pessoa para ter aquela função, e se tivesse algum erro no serviço nós saberíamos a quem ou cobrar, ou pedir, a quem instruir, a quem delegar, porque tanto revezamento assim de ACs, o filho não tem pai e o erro fica solto, e sem contar que sobrecarrega elas, porque fica fora da função. (E-6)

A gente tem as dificuldades da gente né, por aqui ser uma área muito grande, por ser uma população muito grande, então às vezes isso deixa de ser uma assistência de qualidade, porque a gente tem uma demanda enorme para 1 médico, 1 enfermeiro, uma equipe mínima, né. Então eu acredito assim, que quando redividir essa área aqui da gente, a gente consiga trabalhar melhor com menos pessoas né pra dar a assistência que a gente deveria dar. Uma demanda muito grande sempre são os mesmos que consulta, então às vezes muita gente fica sem passar pelo atendimento porque não consegue chegar, e muitas vezes fica sem consulta. (E-7)

Nessa lógica, conforme evidenciado no discurso de E-1, E-4, E-6 e E-7, fica claro que, devido à sobrecarga de serviço dos funcionários e ao remanejamento destes para funções às quais não são destinados, a assistência e o cuidado permitem margens de riscos para a segurança do paciente.

Conforme a Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe deve ser definido de acordo com a população em critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos; recomenda-se a cobertura da população com no máximo 750 usuários cadastrados para cada 1 agente comunitário de saúde. Na Unidade básica de Saúde, o serviço do ACS é fundamental para a assistência de todo o território adscrito. Entre suas atribuições, estão: realizar diagnóstico territorial, mapeamento da área de atuação da equipe, registrar todos os indivíduos de sua microárea, desenvolver atividades de promoção, prevenção de doenças, marcação de consultas, acompanhar as famílias, além de realizar a visita domiciliar frequentemente (Brasil, 2017).

As visitas domiciliares (VD) são planejadas por toda a equipe, permitindo uma avaliação ampliada conforme as necessidades de saúde da população e diante da vulnerabilidade e do risco (Silva *et al.*, 2019). Nessa perspectiva, é necessário destacar que são os agentes comunitários que estabelecem contato direto com a população, aumentando o acesso aos cuidados e recursos de saúde, detecção precoce de agravos,

notificações e monitoramento de doenças e condições de saúde, trazendo segurança e qualidade na assistência do usuário (Bellas *et al.*, 2025).

Assim, a sobrecarga de serviço dos funcionários afeta a diminuição de VD pelos ACs e, conseqüentemente, a falta de monitoramento dos usuários pelo restante da equipe.

CATEGORIA TEMÁTICA 4: Concepção do enfermeiro sobre a segurança do paciente no atendimento

A categoria aborda a necessidade de identificação correta do paciente livre de falhas e erros. As falas sugerem a identificação incorreta do paciente na recepção.

Ah eu acredito que a segurança do paciente é desde a recepção, a recepção favorece a segurança do paciente, porque se o erro começar lá ele pode perdurar no fluxo todo. Porque, por exemplo, o dia que tá muito cheio aqui, se ela lança um paciente errado e como a gente abre o sistema no automático para poder o fluxo funcionar e não atrasar o atendimento médico, acredito que isso pode repercutir no paciente, porque por exemplo, vai atender em um prontuário que não é do paciente, aí quando o outro paciente retornar pra consultar, vai ter várias coisas que não são dele, isso já aconteceu, então a segurança vem desde a recepção. (E-3)

Assim, se bem que a partir do momento que foi atendido no nome de outro, você inseriu informações, depois a gente entra e entra corrigindo, volta no prontuário para ir corrigindo a informação que foi registrada de forma incorreta prontuário homônimo e tal, mas assim, é raríssimo de acontecer, no máximo uma ou duas vezes no ano e olhe lá, acho que nem isso. (E-5)

Informações clínicas de um foram inseridas ao prontuário de outro paciente, isso pode acontecer né, por causa do nome homônimo né, às vezes lança, e ali na portaria lança errado, e acaba digitando as informações no nome de outro, que é uma data de nascimento diferente. (E-7)

Através dessa perspectiva, fica evidente que os entrevistados E-3, E-5 e E-7 reconhecem a necessidade de uma identificação correta do paciente, porque esse fato pode trazer riscos e falhas no atendimento do usuário.

Dentre as seis metas Internacionais sobre a segurança do paciente definidas pela OMS, estão: identificar o paciente corretamente e melhorar a comunicação efetiva. A PNSP promove e apoia implementação de medidas para a identificação correta do paciente em diferentes áreas de Atendimento à Saúde para promover segurança ao paciente. Situações que identificam o paciente incorretamente aumentam o risco dos usuários receberem um cuidado errado (Hemesath *et al.*, 2015).

A identificação do paciente é um fator preocupante na assistência à saúde. A troca de dígitos no número do registro, dados incorretos, informações incompreensíveis e incompletas, nomes homônimos e o uso de etiquetas erradas são fatores que influenciam para os erros na identificação do paciente (Tase *et al.*, 2013).

Logo, faz-se necessária a implementação de protocolos na recepção do paciente, como a confirmação verbal de dados do usuário em todas as etapas de atendimento, a obrigatoriedade de documento pessoal e o preenchimento de todos os dados para a identificação. Esses fatos podem prevenir erros e evitar a identificação incorreta do paciente, além de promover a segurança do usuário.

CATEGORIA TEMÁTICA 5: Necessidade de protocolos padronizados

A categoria expõe sobre a concepção dos enfermeiros diante a necessidade da padronização de protocolos. Os comentários afirmam a necessidade de protocolos.

Bom, mas ainda falta protocolos clínicos, não só protocolos de enfermagem, protocolos clínicos para seguir a mesma diretriz em todas as unidades de saúde, porque é o modo que se atende tem que ser padronizado. Não assim, a maneira, o cuidado, o acolhimento não, isso é individual a cada cidadão. Mas, a maneira de se fazer a conduta clínica tem que ser padronizada, se não cada um, há você é hipertenso leve então você é acompanhado aqui, há mas você é hipertenso mesmo leve eu vou mandar você pro cardiologista. Tem que ter linha de cuidado, tem que ter padronização de protocolo clínico, em Ubá não tem. (E-1)

É a gente tem a nossa padronização, nem todas as unidades daqui de ubá trabalham da mesma forma, cada enfermeiro cria seu fluxo, seu processo de trabalho, então de acordo com o que é padronizado aqui, a gente segue o que é padronizado por nós. (E-5)

Quando trocou o sistema, a capacitação meio que foi não foi oportuna e não foi completa, a gente não sabia quando a data que tinha que colocar ali para fornecer o exame, a gente achava que era a data de fazer o exame, mas não, aquela era a data limite, mas até saber, a gente aprender na marra, mas não teve problema, teve algumas intercorrências pra trocar isso e aquilo.” “ Mandaram um pedido para a Unidade aqui, falei: isso aqui não é com a gente, mas parece que a informação se perde, não é uma coisa de outro mundo, tem coisa que não é para vir para cá, e demora. Se fosse para pegar remédio para o paciente atrasaria, era para fulano de tal, isso aqui é pra lá você mandou para cá, ou você mandou para lá e era para cá. (E-6)

Acho que hoje o primordial, o que falta, são mais protocolos. Hoje no município não tem tantos protocolos e a gente precisaria da criação desses protocolos para poder nos ajudar a embasar mais ter mais segurança para o paciente e segurança também dos profissionais que estão trabalhando, e nos respaldarem nas técnicas que a gente tá fazendo, então acho esse é o ponto que hoje falta o investimento do município. (E-8)

Diante disso, nota-se que as falas de E-1, E-5, e-6, E-8 são voltadas para a necessidade de padronização de protocolos, uma vez que a falta de protocolos reflete na variabilidade da conduta clínica e da linha de cuidado. Os protocolos respaldam o serviço do profissional e promovem a segurança do paciente.

O Ministério da Saúde determina algumas estratégias para a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), dentre as quais a elaboração e o apoio à implementação de protocolos, guias e manuais da segurança do paciente. O PNSP institui o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP); esse programa propõe e valida a elaboração de protocolos, diretrizes e manuais com fundamentação técnica científica, a fim de promover ações destinadas à melhoria da segurança do cuidado em saúde e obter um cuidado seguro em todos os estabelecimentos de saúde a nível nacional (Brasil, 2013).

A implementação de protocolos assistenciais promove a segurança dos pacientes e dos profissionais que utilizam o serviço de saúde. O serviço de enfermagem e a complexidade do cuidado exigem padronização de protocolos para a

resolução de problemas, reduzir a variabilidade da assistência, auxiliar nas decisões, incorporar atualizações tecnológicas e respaldar os profissionais envolvidos. O profissional que utiliza a criatividade e adapta o protocolo à realidade é considerado incorreto, visto que não está seguindo fielmente o protocolo instituído (Moritz *et al.*, 2023).

Dessa forma, é necessária a implementação de protocolos padronizados na Atenção Primária à Saúde para promover a segurança do paciente e respaldar os profissionais; além disso, estabelecer um cuidado efetivo baseado no conhecimento científico e imparcial, fornecendo a mesma qualidade do cuidado a todos os indivíduos.

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou que os enfermeiros apresentam compromisso ético com a qualidade do cuidado e a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Os profissionais reconhecem a Unidade como eficiente e livre de erros; contudo, refletem sobre a falta de atualizações nos procedimentos, a necessidade de fornecer uma assistência baseada em conhecimento científico e de protocolos padronizados nas diferentes Unidades, fatores que podem comprometer a segurança do usuário e levar danos ao paciente.

Os resultados evidenciam o potencial da APS como espaço estratégico para a promoção da segurança do usuário. Embora ainda existam lacunas relacionadas ao conhecimento, é imprescindível a padronização da assistência sobre a administração de injetáveis, padronização de protocolos e a sistematização de práticas seguras nesse nível de atenção. Essa organização traz fundamento e segurança no cuidado ao paciente. Além disso, a comunicação entre as unidades através de referência e contrarreferência de informações e se mostra fundamental entre as equipes de saúde, visto que estas são responsáveis pela continuidade da assistência nas redes de saúde.

Nessa perspectiva, as falhas existentes na atenção à saúde relacionadas à segurança do paciente podem ser reduzidas mediante o envolvimento da equipe multiprofissional e dos administradores. Assim, devem propor e planejar condutas seguras, capacitar a equipe objetivando a mesma linha de cuidado, permitir que os profissionais da assistência reconheçam e manejem os erros que afetam a segurança do paciente, além de motivar os trabalhadores à comunicação interprofissional e à promoção da saúde livre de erros.

O enfermeiro deve ser responsável pelo aperfeiçoamento de técnicas da equipe e do próprio conhecimento; além disso, deve assegurar e persuadir os gestores para a iniciativa de protocolos e padronização entre as Unidades, para mitigar riscos e promover um cuidado seguro na APS.

Este estudo apresenta limitações, como o número reduzido de participantes e a pequena área de abrangência; assim, sugere-se que futuras pesquisas ampliem a amostra e explorem diferentes contextos da APS, de modo a fortalecer a discussão sobre práticas seguras ao paciente nesse nível de atenção.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. M. **Gerenciamento de enfermagem após a pandemia de Covid-19 em uma unidade neonatal**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis, 2024. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/256645/TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 set. 2025.

BELLAS, H. C.; HARRIS, M.; SOUZA, J. T. V.; MINTON, C. J. A Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e a importância do ACS na política de atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025306.22322024>. Acesso em: 15 set. 2025.

BRAIKI, R.; DOUVILLE, F.; GAGNON, M. P. Factors influencing the reporting of medication errors and near misses among nurses: a systematic mixed methods review. **Int J Nurs Pract.**, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39225448/>. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS): teoria e prática**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/publicacoes/seguranca-do-paciente-na-aps-teorica-e-pratica-versao-digital.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 25 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acesso e qualidade no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual Instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acesso_qualidade_programa_melhoria_pmaq.pdf. Acesso em: 26 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)**. Políticas de saúde, Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) no Brasil. Programa Saúde com Agente, e-book 6. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. 62 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_atencao_basica_vigilancia.pdf. Acesso em: 1 abr. 2025.

BRASIL. Instituto Para Práticas Seguras no uso de Medicamentos (ISMP). Prevenção de erros de prescrição. Belo Horizonte: ISMP Brasil, v. 10, n. 2, mar. 2021. **Boletim ISMP Brasil**. Disponível em: https://ismp-brasil.org/wp-content/uploads/2024/06/Boletimismpprevencao_errosprescricao.pdf. Acesso em: 29 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 302, de 16 de março de 2005. Baixa normas para anotação da responsabilidade técnica de Enfermeiro(a) em virtude de chefia de serviço de enfermagem. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2005/03/RESOLUCAO-COFEN-302-2005.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2025

HEMESATHA, M. P.; SANTOS, H. B.; TORELLY, E. M. S.; BARBOSA, A. S.; MAGALHÃES, AM. M. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.54289>. Acesso em: 25 ago. 2025.

MENDES, P. M. **Cultura de segurança do paciente em unidades básicas de saúde de uma capital do Nordeste brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Teresina, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/2966>. Acesso em: 15 ago. 2025.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. Sp: Hucitec Editora, 2014.

MORITZ, A. C.; CARVALHO, M. DE; MATOS, F. G. DE O. A.; MACHINESKI, G. G.; KASSIM, M. J. N. Reflexões acerca da instrumentalização do trabalho de enfermagem por meio dos protocolos de padronização do cuidado. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Acesso em: 30 abr. 2023. DOI: 10.25248/reas.e12426.2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/12426/7462>. Acesso em: 20 ago. 2025.

OLIVEIRA, E. F.; MARTINS, W. Salas de Vacinação: desafios e dificuldades enfrentados pelos profissionais da enfermagem no processo de educação permanente. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, v. 7, n. 15, p. e151244, jul. 2024. DOI: 10.55892/jrg.v7i15.1244. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg>. Acesso em: 20 ago. 2025.

PIERRO, L. M. C. **Desafios da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde**. Dissertação (Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde) - Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://bibliotecatede.uninove.br/bitstream/tede/2236/2/Luiz%20Marcelo%20Chiarotto%20Pierro.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2025.

RODRIGUES, E.G. **Avaliação da cultura de segurança do paciente utilizando o instrumento MOSPSC**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa. 2023. Disponível em: <https://locus.ufv.br/items/7ca42f78-f3e5-4baf-80dc-d972002a9fe2>. Acesso em: 4 abr. 2025.

RODRIGUEZ, E. O. L.; SILVA, L. S. L.; MENEZES, M. O; OLIVEIRA, J. K. A.; CURRIE, L. M. Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/78329>. Acesso em: 29 ago. 2025.

SILVA, A. P. F.; BACKES, D. S.; MAGNAGO, T. S. B. S.; COLOMÉ, J. S. Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, (spe), 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180164. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/89087>. Acesso em: 15 ago. 2025

TASE, T. H.; LOURENÇÃO, D. C. A.; BIANCHINI, S. M.; TRONCHIN, D. M. R. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, 2013. DOI: 10.1590/S1983-14472013000300025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SnPQCmsHh38mCkbLyd9YcSJ/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2025.

TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paul Enferm.**, Universidade de Brasília. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600005> Acesso em: 5 mar. 2025.