



## Marcos históricos e desafios da implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente na atenção primária à saúde

Historical milestones and challenges in implementing the National Patient Safety Program in primary health care

Hitos históricos y desafíos en la implementación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente en atención primaria de salud

Rejane Santos Barreto<sup>1</sup>, Marcelo Torres Peixoto<sup>1</sup>, Lacita Menezes Skalinski<sup>2</sup>, Simone Santos Souza<sup>2</sup>, Maria Lúcia Silva Servo<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Discorrer sobre marcos históricos e desafios da implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Sistema Único de Saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Revisão bibliográfica:** A insegurança nos cenários de cuidados em saúde é um problema social e de saúde pública global. As estratégias de segurança do paciente no Brasil foram iniciadas na atenção hospitalar, somente após a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, que foram incorporadas diretrizes voltadas às dimensões da qualidade e segurança do usuário como forma essencial e estratégica. A segurança do usuário ainda é pouco discutida na esfera de cuidados primários, sendo necessário o incremento de pesquisas, principalmente quando observa-se a incorporação tecnológica no seu caminhar histórico. **Considerações finais:** Os atributos, conhecimento do território e longitudinalidade se mostram como dimensões estratégicas capazes de potencializar o gerenciamento de riscos nestes cenários.

**Palavras-chave:** Atenção básica, Atenção primária à saúde, Segurança do paciente, Sistema Único de Saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** Discuss historical milestones and challenges in implementing the National Patient Safety Program in the Unified Health System within the scope of Primary Health Care. **Bibliographic review:** Insecurity in care settings in health is a global social and public health problem. Patient safety strategies in Brazil began in hospital care, only after the review of the National Primary Care Policy in 2017, which guidelines focused on the dimensions of quality and user safety were incorporated as an essential and strategic form. User safety is still little discussed in the sphere of primary care, requiring increased research, especially when observing the

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana - BA.

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus - BA.

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia- FAPESB, Bolsa Doutorado, Nº BOL0168/2021.

SUBMETIDO EM: 7/2024

ACEITO EM: 8/2024

PUBLICADO EM: 10/2024

incorporation of technology into its historical path. **Final considerations:** The attributes knowledge of the territory and longitudinality appear to be strategic dimensions capable of enhancing risk management in these scenarios.

**Keywords:** Basic care, Primary health care, Patient safety, Unified Health System.

---

### RESUMEN

**Objetivo:** Discutir hitos históricos y desafíos en la implementación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente en el Sistema Único de Salud en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. **Revisión bibliográfica:** La inseguridad en los entornos de atención en salud es un problema social y global. problema de salud pública. Las estrategias de seguridad del paciente en Brasil comenzaron en la atención hospitalaria, recién después de la revisión de la Política Nacional de Atención Primaria en 2017, cuyas directrices centradas en las dimensiones de calidad y seguridad del usuario se incorporaron como forma esencial y estratégica. La seguridad de los usuarios aún está poco discutida en el ámbito de la atención primaria, lo que requiere una mayor investigación, especialmente cuando se observa la incorporación de la tecnología a su trayectoria histórica. **Consideraciones finales:** Los atributos conocimiento del territorio y longitudinalidad parecen ser dimensiones estratégicas capaces de potenciar la gestión del riesgo en estos escenarios.

**Palabras clave:** Atención básica, Atención primaria de salud, Seguridad del paciente, Sistema Único de Salud.

---

### INTRODUÇÃO

A busca pela garantia de uma assistência à saúde livre de danos, aglutinou discussões sobre desfechos negativos associados ao cuidado em saúde e impulsionou a formulação de políticas públicas orientadas para segurança do usuário em todo mundo. No Brasil, a ampliação do escopo de ações voltadas à segurança do usuário, teve maior alcance de compromisso político e regulatório, com a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pela Portaria do Ministério da Saúde nº 529 de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013). No contexto de cuidados primários, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi revisada em 2017, trazendo um avanço na incorporação da questão da segurança do usuário como uma atribuição comum a todos os trabalhadores que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) e como uma diretriz para a organização segura do processo de trabalho (BRASIL, 2017).

Nas últimas décadas, APS vem incorporando mudanças com o avanço dos conhecimentos científicos, da evolução tecnológica e da complexidade do cuidado à saúde, ampliando assim o escopo das suas funções clínicas, ou seja, cuidados que eram prestados em outros níveis de atenção passaram a ser realizados no nível primário. Portanto, é preciso desmistificar a concepção arraigada de baixa densidade tecnológica, considerando os movimentos de reestruturação e adequação às dimensões sociais de uma APS de qualidade, que vem se fortalecendo, e que imprime gestão de riscos, direcionamento e racionalização objetiva do uso de recursos básicos e especializados para a manutenção e melhoria da saúde do usuário (AGUIAR TL, et al., 2021).

Na itinerância da APS, o grau de cuidado à saúde, antes simples, de baixa resolutividade e relativamente seguro por pautar-se em tecnologias ditas leves ou leves duras, ganha corpo e passa a ser mais efetivo, pautado nas melhores evidências, nos indicadores de epidemiológicos, nas possibilidades de estratégias de prevenção e promoção à saúde, entretanto também configura-se numa potência de risco, considerando as dimensões e heterogenicidade dos serviços ofertados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo gestão da segurança e qualidade dos serviços ofertados. Assim, nos cenários de cuidados primários, onde se objetiva a prevenção de doenças, a promoção, a proteção, o diagnóstico, a vigilância e a recuperação da saúde, os trabalhadores devem identificar os possíveis riscos da assistência e manter intrínseca relação com a segurança do usuário.

Contudo, a temática segurança do usuário ainda é pouco explorada na esfera da APS, sendo necessário investimentos em produção do conhecimento nesse nível de atenção, principalmente quando observa-se a

incorporação tecnológica no seu caminhar histórico. Cabe ainda destacar, que nesta narrativa foi optado por utilizar a expressão “segurança do usuário”, por melhor retratar o objeto em análise reflexiva. De forma esporádica, utilizaremos o termo “segurança do paciente”, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que será mencionado quando se tratar de Portarias, Resoluções e estudos que tratam a temática. Nesta direção, o objetivo do presente estudo é discorrer sobre a PNSP tendo como foco marcos históricos e desafios da sua implementação no SUS, no âmbito da APS. Ademais, esta revisão buscou um diálogo orientado por referências nos campos da política, da sociologia e da filosofia, com vistas a identificar fundamentos que nos permitam refletir a cerca de uma APS acessível, integral, segura e resolutiva.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A preocupação com a segurança do usuário nos contextos de cuidado em saúde não é um fenômeno recente, percebida desde Hipócrates (400-377a.C.), que defendia como primeiro princípio da medicina: “não causar dano”, embasando posteriormente um dos princípios da bioética contemporânea, a “não-maleficência”, que propõe a obrigação de não infringir dano intencional. Não obstante, Florence Nightingale, precursora da Enfermagem Moderna, sugeriu padronização de cuidados focados na higienização, na aeração, como estratégias de redução de danos e de mortalidade (NORA CRD e JUNGES JR, 2021; BARRETO RS, SERVO MLS e RIBEIRO AMVB, 2020).

A notoriedade global alertando para a necessidade de intervenção nesse campo, surgiu com a publicação em 1998 do relatório “Errar é Humano”, que trouxe à tona a questão dos Eventos Adversos à Saúde (EAS), isto é, incidentes no contexto de saúde que provocam danos. Este relatório destacou que mais de 90 mil pessoas morriam todos os anos nos Estados Unidos vítimas de erros médicos, em sua maioria tidos como danos evitáveis (ROMERO MP, et al, 2018).

A partir da década de 2000, a temática segurança do usuário passa a ser internacionalmente reconhecida como uma dimensão essencial da qualidade em saúde, passando a ser explorada por pesquisadores de todo o mundo, à exemplo de Gallotti RMDG (2004) que investigou e detalhou o conceito de evento adverso e Cassiani SHB (2005) que estudou segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. A percepção errônea de que incidentes aos usuários são inerentes à negligência ou imperícia profissional passou a ser questionada, e a tratativa dos erros, antes de forma individual e punitiva, dar espaço para abordagem sistêmica, contextualizada por Reason JT (2009). A saúde requeria mudanças de práticas e um olhar direcionando para dimensão segurança e qualidade assistencial sob lente da gestão de risco (SERVO MLS e BARRETO RS, 2022).

No entanto, o exercício de repensar a saúde pela ótica da segurança dos usuários nos cenários de cuidados primários, permeia discussões em torno da promoção à saúde e dos determinantes sociais de saúde, considerando que historicamente a assistência à saúde sofre interferências de fatores ambientais, sociais, econômicos, culturais, comportamentais e históricos que podem influenciar nas ocorrências de problemas de saúde e determinar a qualidade do serviço prestado à população (MIRANDA WD, et al, 2023; WHO, 2019, 2021). Isto posto, é válido ressaltar que conhecer e enfrentar os macro determinantes atrelados à promoção da saúde que fazem interface com o desafio da mitigação de riscos nos cenários de cuidados, sem, contudo, deixar de lado a relação indissociável entre aspectos biológicos e sociais como forma de entendimento da determinação social, se tornou uma necessidade emergente (SIMPLÍCIO EA, et al, 2020).

Na perspectiva histórica, destaca-se um momento importante para a segurança do usuário, que foi a criação pela OMS da Aliança Mundial para Segurança do Paciente (AMSP), durante a 57ª Assembleia Mundial de Saúde em 2004, cujo propósito era despertar consciência e compromisso político, operacionalizar estratégias de segurança nos serviços de saúde. E deste modo, ações voltadas para melhorar a segurança na assistência à saúde se tornou uma prioridade na agenda política dos 130 Estados-Membros da OMS, incluindo o Brasil, que estabeleceram cooperação técnica entre diversas instituições de saúde pelo mundo.

O fomento à socialização de conhecimentos voltados à construção e implantação de políticas públicas orientadas à segurança do paciente, também fez parte do rol de ações estratégicas da AMSP (BRASIL, 2014,

WHO, 2019). Neste ponto é pertinente inferir, que a formulação e implementação de políticas públicas abarcam um conjunto de políticas sociais, dentre elas as políticas de saúde, que tem alcance de assegurar que a assistência à saúde seja prestada de forma eficaz e segura. A reflexão sobre políticas públicas entretanto, envolvem pactos sociais, interesses e relações de poder, e em outras dimensões englobam recursos, ideias, atores, arenas e negociação (PASE HL, PATELLA APD e SANTOS ER, 2023). Lazarine WS e Sodré F (2019), compactuam com esses aspectos, quando afirmam que a política de saúde ao ser considerada uma política social, assume a saúde como um direito inerente à condição de cidadania, conforme previsto na Constituição Brasileira.

Pode-se incrementar então, que essa compreensão é balizada pela percepção da ação ou omissão do Estado ante aos problemas de saúde e de seus macros determinantes, e frente aos problemas de segurança do usuário, abarcam questões estruturais, recursos, treinamentos, entre outros investimentos em prol da redução de ocorrências de eventos adversos e de condições inseguras à saúde. Ainda na projeção histórica, o relatório intitulado “Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca”, publicado em 2008 pela OMS, discutia a garantia de níveis de segurança nos cuidados de saúde primário como uma limitação à prestação de cuidados.

Em 2012, a OMS considerando a existência de riscos atrelados a APS, cria o grupo de estudos, “Safer Primary Care Expert Working Group”, que evidenciou EAS relacionados ao ambiente e tipo de cuidado primário ofertado, destacando erros de diagnóstico, de tratamento, inadequação na terapia medicamentosa, erros relacionados a organização do serviço e à comunicação ineficaz interprofissional e entre profissional e paciente (WHO, 2012). Desfechos relacionados aos atrasos ou erros de diagnósticos, incoerências na adequação da terapia medicamentosa de pacientes assistidos na APS, refletem em outros níveis de assistência, uma vez que estes podem ter sua condição de saúde agudizada e sobrecarregar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) na esfera de serviços de emergência hospitalar.

Marchon SG, Mendes Junior WV e Pavão ALB (2015) se reportam a essa questão como número de internações por condições sensíveis, isto é, por situações adversas, ou melhor dizer má condução assistencial, iatrogenias no cuidado primário. Vale destacar, que condições sensíveis, segundo estes autores são indicadores indiretos da qualidade da APS, e representa cerca de 20% das internações no SUS na assistência hospitalar, fato que só reforça a necessidade de processos e práticas seguras na APS.

Seguindo a tendência mundial de criação de políticas de saúde orientadas para qualidade e segurança do usuário, o Ministério da Saúde (MS) em 2013 por meio da Portaria nº 529, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que normatiza a dimensão “segurança do paciente” como possibilidade de contribuição à qualificação do cuidado em saúde no Brasil (BRASIL, 2013).

Este Programa trouxe como um dos objetivos específicos, a necessidade da implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), que funcionariam como instâncias dos serviços de saúde responsáveis pela promoção de ações com foco na segurança. Mais tarde, a Portaria nº 774/2017, define normas para o cadastramento dos NSP no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sinalizando diretrizes para seu funcionamento (BRASIL, 2013; 2017).

O PNSP em sua origem profícua, abarcava um leque de estratégias de ações voltadas à transparência e acesso a informações sobre segurança do usuário por parte da sociedade; ao incentivo do envolvimento de pacientes e familiares no atendimento à saúde; e, à inclusão da temática no processo de formação e capacitação de trabalhadores da saúde. O programa orienta a vigilância e monitoramento de EAS à nível nacional, pelo Sistema de Notificação para Vigilância Sanitária, o NOTIVISA, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2013).

Em paralelo ao lançamento do PNSP, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA nº 36/2013, que estabeleceu obrigatoriedade de adoção de ações mínimas voltadas à segurança do usuário nos serviços de saúde. Outro produto do PNSP foi a implantação de protocolos básicos de segurança do paciente pela Portaria nº 1.377/2013, abrangendo de modo inicial as temáticas: Prevenção de quedas; Identificação do paciente; Prescrição e administração de medicamentos (BRASIL, 2013a). Contudo, a despeito das

diretrizes de segurança do paciente no Brasil terem sido iniciadas na atenção hospitalar, desde sua implantação, o PNSP se propunha a trabalhar em “todos estabelecimentos de saúde no território nacional” (Portaria MS/GM nº529/2013). Assim considerando as RAS, foi no âmbito da APS, que surgiu as primeiras iniciativas de estratégias voltadas à segurança do usuário (BRASIL, 2013).

A compreensão da APS como coordenadora do cuidado no SUS, e preferencial porta de entrada dos usuários aos diversos cenários de atenção das RAS, alavancou o desafio de trabalhar o fenômeno segurança do usuário. Assim, em 2017 a partir da revisão da Política Nacional de Atenção Básica, foram incorporadas em suas diretrizes dimensões da qualidade e da segurança do usuário, como forma essencial e estratégica, determinando atribuições a todos trabalhadores de cuidados primários (BRASIL,2017).

No entanto, mesmo após revisão da PNAB em 2017 e há cerca de uma década da implantação do PNSP no Brasil, ações resolutivas voltadas ao gerenciamento da segurança nos cuidados primários, pouco foram implementadas, despertando-nos algumas indagações: Temos núcleos de segurança implantados pelas RAS no âmbito do SUS em todo território nacional? Existem profissionais capacitados, estrutura física para composição e implantação dos núcleos de segurança? Existem protocolos de segurança do usuário implantados e gerenciados nos serviços da APS brasileira? Os eventos são notificados? Existem fluxos de notificações implantados nos serviços de assistência primária? O gerenciamento de EAS nestes cenários, são efetivos? Tais questões nos reportam a pensar nas diversidades de contextos da APS, considerando a dimensão continental brasileira e os desafios loco-regionais, um agravante à implementação efetiva das diretrizes do PNSP.

Outra dimensão importante é o desenvolvimento de uma cultura de segurança do usuário, e o sentido de corresponsabilização. Neste aspecto, questionamos: Os profissionais da APS estão envolvidos pelos serviços na cultura de segurança do usuário? Os profissionais da APS recebem capacitações periódicas sobre o tema ou participam das elaborações das estratégias de segurança? Os usuários participam do planejamento de estratégias voltados à sua segurança no âmbito dos serviços da APS, considerando que é preconizado pelo PNSP, envolver o cidadão na sua segurança?

Frente ao exposto, cabe reforçar que a cultura de segurança do usuário, deve ser estimulada pelos serviços, com vista a favorecer à implantação de um contínuo de práticas seguras, a partir de valores que são construídos coletivamente, contribuindo para redução de EAS. Já a corresponsabilização, empodera o usuário, trazendo-o para o centro de decisões sobre sua saúde, tem efeito positivo na adesão às condutas, ao plano terapêutico, e nos desfechos de saúde.

Assim, mesmo considerando os desafios que permeiam o gerenciamento da segurança do usuário da APS, no que se refere às questões dialogadas (estrutura física, capacitação profissional, elaboração e implantações de protocolos, fluxos, investimento em cultura de segura, envolvimento do cidadão na sua segurança, entre outros), é pertinente destacar, que os atributos da APS dialogam com dimensão segurança do usuário, se configurando uma potência para mitigação de EAS no nível primário.

Segundo Costa APB, Guerra MR e Leite ICG (2022), para a APS ser considerada factual, esta deve cumprir um conjunto de atributos, intitulados como essenciais, são: o acesso de primeiro contato, definido também como acessibilidade, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado composta pela integração de cuidados e sistemas de informações, e a integralidade, integrando os serviços ofertados e prestados. E para esses autores também devem agregar atributos considerados derivados, tais como: orientação comunitária, familiar e competência cultural. Tal concepção reflete que o forte grau de orientação desses atributos, resulta em serviços de atenção primária mais resolutivos e de melhor qualidade.

Neste direção, pensando na interface entre os atributos essenciais e derivados da APS com a segurança do usuário, é possível elencar: o conhecimento do território adstrito, a capacidade de análise epidemiológica e de diagnóstico situacional, o que possibilita o planejamento adequado do processo de trabalho favorecendo vínculo positivo, a possibilidade de acompanhamento longitudinal do estado atual e dos desfechos atrelados à saúde dos indivíduos, a abordagem comunitária e familiar, que auxilia o trabalhador da saúde no conhecimento integral das pessoas, no cuidar com maior assertividade e proteção, na identificação de riscos

oriundos de erros de diagnóstico, ou na terapêutica medicamentosa, ou nas prescrições de intervenções desnecessárias, constituindo desse modo uma potência para segurança do usuário e integralidade do cuidado (RIBEIRO HC, et al., 2021).

Harzheim E, et al. (2020), defende que para definir um serviço de cuidados primários como efetivo e orientado para as dimensões da APS, faz-se necessário a identificação da presença e o reconhecimento empírico de seus atributos, e considera que a associação entre atributos e resultados, delineiam a efetividade da atenção prestada sobre a saúde da população. Nessa perspectiva, quanto melhor a orientação para os atributos, melhores são os indicadores de saúde e a satisfação do usuário, menores são os custos e maior é a equidade, gerando impactos positivos no estado de saúde dos usuários e na segurança do cuidado prestado.

Ressalta-se ainda que os atributos essenciais e derivados da APS estão intimamente ligados aos determinantes sociais que permeiam o processo saúde-doença-cuidado e, desta forma, se articulam também com a segurança do usuário. Entretanto, se por um lado os atributos da APS se inclinam favoráveis ao alcance da dimensão segurança, outros elementos que permeiam a parte operacional, são duramente criticados, a exemplo da garantia de acesso a serviços em consonância com as necessidades dos indivíduos. Este fato foi pontuado pela OMS em 2019, quando incluiu o acesso aos serviços primários de saúde como uma das dez ameaças para a saúde humana global, intitulando-a “atenção primária frágil” (OPAS, 2019).

A garantia do acesso universal é um dos grandes desafios do SUS, engloba a dimensão segurança e perspectivas dinâmicas e multidimensional. Tal fato é consolidado por Assis e Jesus (2012) quando afirmam que a discussão de acesso articula cinco dimensões explicativas: a política, a econômica-social, a organizacional, a técnica e a simbólica, tornando-se difícil isolar a participação de cada uma delas em um momento definido.

A dimensão política, originária do modelo sanitário politicista, reporta a organização popular e o desenvolvimento da consciência sanitária, enquanto que a dimensão econômica-social ou modelo economicista retrata a relação entre oferta e demanda. A dimensão organizacional se reporta ao fluxo do atendimento. A dimensão técnica, traz um modelo sanitário planejador, isto é, um conjunto de estratégias educacionais voltadas a aprimorar os conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes nos trabalhadores da saúde com vista à organização e qualificação dos processos assistenciais, estimulando a reflexão sobre o funcionamento da rede de serviços, no âmbito do SUS. E a dimensão simbólica, abarca o modelo das representações sociais sobre a atenção à saúde nos serviços (ASSIS MMA, JESUS WLA, 2012).

Cabe destacar, que o aumento da demanda de acesso às ações e serviços reflete em toda RAS, exigindo, de forma regionalizada e hierarquizada a formulação e gestão dos fluxos e de cuidados. Deste modo, o acesso está relacionado à disponibilidade de consultas tanto para cuidados continuados, como para demanda espontânea, abarca as atividades coletivas, a ampliação de horário de funcionamento, o atendimento individual e em grupos, procedimentos, exames, entre outros. (FARIA PL, MOREIRA PS e PINTO LS, 2019; BRASIL, 2014).

A segurança do usuário é um dos pilares da qualidade em saúde, e falar de acesso à saúde, remete ao acesso a serviços de qualidade e com segurança, que deve englobar a identificação deste paciente na chegada ao serviço, à coordenação, gestão e transição do cuidado como práticas seguras, à comunicação orientada para o cuidado assertivo, a integralidade sob a ótica de promoção da saúde e prevenção, e a prevenção quaternária objetivando evitar excessos de procedimentos desnecessários e consequentes danos associados (RAIMONDI DC, BERNAL SCZ e MATSUDA LM, 2019; BEZERRIL MS, et al., 2022). O acesso deve garantir aos usuários fluxos e cuidados seguros dentro da RAS.

É pertinente ainda destacar que a organização do serviço e o financiamento são questões do sistema de saúde que interagem com a segurança do usuário, e que a despeito dos mecanismos de planejamento e de regulação existirem, estes não asseguram recursos suficientes para implementação efetiva e contínua de políticas voltadas à segurança nos cuidados primários (SIMPLÍCIO EA, et al., 2020). Considera-se ainda que a organização do processo de trabalho e dos serviços ofertados nas RAS sejam primordiais ao

desenvolvimento de estratégias de segurança alinhadas às práticas de saúde, ampliando deste modo medidas efetivas, macro ações e pactuação com diversas instâncias. As ações devem ser claras e constarem no plano de segurança estadual, municipal e em instrumentos de gestão do SUS, de modo que todos elos da cadeia da saúde possam desenvolver e entregar serviços assistenciais seguros à população (RIBEIRO HC, et al., 2021).

A implantação dos NSP é outro entrave na APS, que de acordo com a Portaria MG/MSnº259/2013 poderia ocorrer de forma regionalizada ou individualizada. Os NSP são considerados âmbitos regulatórios, mas sob a perspectiva gerencial e prática tem alcance de favorecer a promoção de ações diárias com foco na segurança do usuário, e de fomentar uma cultura de segurança, entendida como um guia de atitudes, valores e de alinhamento de condutas profissionais (BRASIL, 2013). Os desafios que precisam serem superados para o alcance de uma assistência de qualidade e segurança na APS, se reportam também às iniciativas voltadas ao desenvolvimento de cultura de segurança do usuário, melhor organização e estruturação de equipes de trabalho, com foco na compreensão da magnitude do problema, e na adoção de estratégias de gerenciamento de riscos, por meio de um processo permanente e estruturante, que identifique problemas e trace ações preventivas cotidianamente (BEZERRIL MS, et al, 2022).

Integrando o escopo de desafios de implementação da PNSP na APS, pode-se ainda citar a lacuna do saber, tendo em vista que a magnitude dos EAS nos cuidados primários, suas características e desfechos carecem de maiores estudos a fim de estimar indicadores, que direcionem oportunidade de melhorias. Outro desafio evidente é o processo de formação para mitigação de risco no cuidado primário, assim como a educação permanente que se torna um processo complexo em virtude de alguns fatores, como a rapidez da disseminação de conhecimentos tecnológicos e a alta rotatividade dos trabalhadores nos serviços de saúde, entre outros aspectos (SIMPLÍCIO EA, et al, 2020).

Ademais, fica evidente o desafio que a APS enfrenta no cumprimento de diretrizes orientadas à segurança do usuário preconizadas pelo PNSP, considerando que prevenção e promoção de saúde, o diagnóstico, a vigilância e a recuperação da saúde esbarram com dimensões políticas, disputas de poder, recursos, organização do serviço, financiamento, engajamento de pares. Fica, no entanto, a reflexão sobre o papel do controle social na gestão da segurança nos cuidados primários, incluir a voz dos usuários, pois esses são quem mais compreendem suas necessidades de saúde e segurança. Sem fortalecer a participação do usuário não haverá a possibilidade de implantar efetivamente o PNSP no âmbito da APS.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

São evidentes os desafios de implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente como eixo norteador de práticas seguras na Atenção Primária à Saúde, que englobam desde acesso ao serviço de saúde, à organização do processo de trabalho, financiamento e disputas de poder. Políticas de Saúde orientadas para a dimensão segurança do usuário devem estar direcionadas ao reforço do vínculo entre os pares responsáveis (gestor, profissional e usuário), e voltadas à identificação de problemas loco-regionais, a fim de promover estratégias de ações efetivas que se adaptem a cada realidade, valorizando a participação do usuário e sua necessidade de saúde. Nesta direção, a implantação de núcleos de segurança do usuário, se constituem estratégias de fomento a cultura de segurança e boas práticas nestes cenários. É sabido, que a atenção primária acessível e segura é essencial para fortalecer o Sistema Único de Saúde. Deste modo, a prestação de cuidados primários seguros é uma prioridade, na medida em que uma assistência insegura podem causar danos e lesões evitáveis, levando a internações desnecessárias, sobrecarga de outros níveis de atenção à saúde, aumento de custos relacionados aos sistemas de cuidado e, em alguns casos, provocar incapacidade e até a morte. Por essas razões, e considerando os seus principais atributos, dentre eles as dimensões conhecimento do território e longitudinalidade, a segurança do usuário na APS se justifica como uma estratégia capaz de gerenciar os riscos, maximizar benefícios e minimizar danos a longo prazo.

## **AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO**

Fundação de Amparo à Pesquisa do estado da Bahia- FAPESB, Nº de concessão: BOL0168/2021.

## REFERÊNCIAS

1. AGUIAR TL, et al. Patient safety incidents in Primary Healthcare in Manaus, AM, Brazil. *Interface (Botucatu)*, 2020; 24(1): 190622.
2. ASSIS, MMA e JESUS, WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(11): 2865-2880.
3. BARRETO SR. Representações sociais sobre segurança do paciente na ótica de enfermeiras intensivistas. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2020; 1(34).
4. BEZERRIL MS, et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. *Enfermagem Global*, 2022; 21(3): 376–408.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário oficial da União: Brasília*, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acessado em: 10 Jun. 2024.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. RDC n° 36 de 25 de julho de 2013. Instruções para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário oficial da União: Brasília*, 2013a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 10 Jun. 2024.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 10 de Jun 2024.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acessado em: 10 Jun. 2024.
9. CASSIANI SHB. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Rev Bras Enferm*, 2005; 58(1): 95-99.
10. COSTA GL. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 2022; 17(44): 3085.
11. FARIA MP. Direito e Segurança do paciente. In: SOUSA P, MENDES W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: DEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019; 115–34.
12. GALLOTTI RMDG. Eventos adversos o que são? *Rev Assoc Med Bras*, 2004; 1(50): 109-126.
13. HARZHEIM E, et al. Bases para a Reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2020; 15(42): 2354.
14. LAZARINI WS e SODRÉ F. O SUS e as políticas sociais: Desafios contemporâneos para a atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2019; 14(41): 1904.
15. MARCHON MP. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2015; 31(11): 2313-2330.
16. MIRANDA WD, et al. Desigualdades de saúde no Brasil: proposta de priorização para alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. *Cadernos de Saúde Pública*, 2023; 39(4): 00119022.
17. NORA CRD e JUNGES JR. Segurança do paciente e aspectos éticos: revisão de escopo. *Revista Bioética*, 2021; 29(2): 304–316.
18. OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Dez ameaças à saúde que a OMS combaterá em 2019. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-oms-combatera-em-2019&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-oms-combatera-em-2019&Itemid=875). Acesso em: 11 de Jun 2024.
19. PASE PS. O pacto federativo e a implementação da política pública de saúde no Brasil. *Caderno CRH*, 2023; 1(36): 023013.
20. RAIMONDI BM. Cultura de segurança do paciente na ótica de trabalhadores e equipes da atenção primária. *Rev Saude Pública*, 2019; 53: 42.
21. REASON JT. *Human error*. New York: Cambridge University Press, 2009; 20: 320.
22. RIBEIRO HC, et al. Segurança do doente na atenção primária: percepção de profissionais de equipes de saúde da família. *Revista de Enfermagem Referência*, 2021; 5(6): 20082.



23. ROMERO MP, et al. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. *Rev. Bioét. (Impr.)*, 2018; 26 (3): 333-42.
24. SERVO MLS e BARRETO RS. Gerenciamento de riscos e segurança do paciente. In: ARAÚJO MO, et al. (Org.). *Gerenciamento em Enfermagem: teoria e prática em diferentes contextos*. Curitiba: CRV, 2022; 343-370. DOI: 10.24824/978652512005.8.
25. SIMPLÍCIO EA, et al. O caráter ontológico da determinação social da saúde. *Serv. Soc. Soc*, 2020; 137(1): 174-191.
26. WHO. World Health Organization. *Global Patient Safety action Plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>. Acesso em: 10 Jun. 2024.
27. WHO. World Health Organization. *Patient safety. Global action on patient safety*. Geneva: World Health Organization; 2019; 8. Provisional agenda item 12.5. Report n.º A72/26. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_26-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf). Acesso em: 10 Jun. 2024.
28. WHO. World Health Organization. *Safer Primary Care Expert Working Group* [Internet]. Geneve: WHO. 2012 [cited 2020 May 21]. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/safer\\_primary\\_care/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/index.html). Acesso em: 10 Jun. 2024.