

## CAPÍTULO 08

DOI: <https://doi.org/10.58871/conimaps24.c08.ed05>

### **O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A SEGURANÇA DO USUÁRIO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES TEÓRICAS**

### **THE SINGLE HEALTH SYSTEM AND USER SAFETY PRIMARY HEALTH CARE: THEORETICAL REFLECTIONS**

#### **REJANE SANTOS BARRETO**

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia (UEFS)

#### **MARIA LÚCIA SILVA SERVO**

Enfermeira. Docente Plena do Curso de Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia (UEFS)

#### **ALBA BENEMÉRITA ALVES VILELA**

Enfermeira. Docente Pleno do Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

#### **DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA**

Enfermeira. Docente Adjunto do Curso de Enfermagem, Universidade Estadual da Santa Cruz, Bahia (UESC)

#### **LACITA MENEZES SKALINSKI**

Enfermeira. Docente Adjunto do Curso de Enfermagem, Universidade Estadual da Santa Cruz, Bahia (UESC)

#### **ENDRIC PASSOS MATOS**

Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM)

#### **LUSICLEIDE GALINDO DA SILVA MORAES**

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia (UEFS)

### **RESUMO**

**Objetivo:** O estudo objetiva refletir sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a segurança do usuário na Atenção Primária à Saúde (APS), trazendo dimensões históricas, conceituais e diretrizes. **Metodologia:** Trata-se de uma reflexão teórica que integra uma tese de doutorado e utiliza a análise de conteúdo de Bardin. Foram revisadas produções científicas e materiais impressos de fevereiro a março de 2024, utilizando descritores específicos e critérios de elegibilidade de publicações, como publicações dos últimos dez anos. A pesquisa também analisou portarias ministeriais, diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), resoluções da ANVISA, e a Declaração de Alma-Ata. **Resultados e Discussões:** O SUS é uma política pública que visa garantir a saúde como um direito fundamental, enfrentando desafios

demográficos e desigualdades socioeconômicas. A APS, surgida na década de 1960, reorienta o sistema de saúde brasileiro, destacando-se como uma das formas mais eficientes de organização do sistema de saúde. A segurança do usuário na APS é abordada através de programas e políticas, como o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e as ações da ANVISA. Estudos mostram a necessidade de desmistificar a ideia de que a APS é segura devido à baixa densidade tecnológica, destacando incidentes e a importância de uma cultura de segurança. **Considerações Finais:** Apesar das diretrizes e esforços para promover a segurança do usuário na APS, ainda há lacunas na implementação de estratégias e na cultura de segurança. Novas investigações são necessárias para entender como a segurança do usuário é planejada e engajada por gestores, trabalhadores da saúde e usuários. É essencial estimular a cultura de segurança e a participação dos usuários nas decisões sobre sua saúde.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** The study aims to reflect on the Unified Health System (SUS) and user safety in Primary Health Care (PHC), bringing historical, conceptual dimensions and guidelines. **Methodology:** This is a theoretical reflection that is part of a doctoral thesis and uses Bardin's content analysis. Scientific productions and printed materials were reviewed from February to March 2024, using specific descriptors and eligibility criteria from publications from the last ten years. The research also analyzed ministerial ordinances, World Health Organization (WHO) guidelines, ANVISA resolutions, and the Alma-Ata Declaration. **Results and Discussions:** The SUS is a public policy that aims to guarantee health as a fundamental right, facing demographic challenges and socioeconomic inequalities. PHC, which emerged in the 1960s, reorients the Brazilian health system, standing out as one of the most efficient forms of organizing the health system. User safety in PHC is addressed through programs and policies, such as the National Patient Safety Program (PNSP) and ANVISA actions. Studies show the need to demystify the idea that PHC is safe due to low technological density, highlighting incidents and the importance of a safety culture. **Final Considerations:** Despite the guidelines and efforts to promote user safety in PHC, there are still gaps in the implementation of safety strategies and culture. Further investigations are needed to understand how user safety is planned and engaged by managers, healthcare workers and users. It is essential to encourage a culture of safety and user participation in decisions about their health.

**Keywords:** Unified Health System; Patient safety; Primary Health Care.

## 1 INTRODUÇÃO

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) à luz de uma concepção ampla do conceito de saúde, determina os níveis de saúde da população, e demanda políticas públicas direcionadas a resolver ou minimizar os problemas da sociedade (Paim *et al.*, 2011). Deste modo, considerando à resposta do SUS frente as demandas emergentes, o direito à saúde e a segurança do usuário são considerados direitos fundamentais no Brasil (Cecílio; Reis, 2018).

Na contemporaneidade, a insegurança nos cenários de cuidados em saúde é tida como um problema social, e de saúde pública global. Nas últimas décadas, a 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, os cuidados que eram prestados em outros níveis de atenção passaram a ser realizados nesse nível de atenção (Caldas, 2019). Portanto, é preciso desmistificar a concepção arraigada de que baixa densidade tecnológica não impõe riscos aos usuários.

Isto posto, cabe inferir, que no âmbito do cuidado primário, o grau de cuidado à saúde, antes simples, de baixa resolutividade e relativamente seguro, passa a ser efetivo, pautado nas melhores evidências, nos indicadores de epidemiológicos, nas possibilidades de estratégias de prevenção e promoção à saúde, mas também configuram-se numa potência de risco, considerando as dimensões e heterogenicidade dos serviços ofertados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS e a densidade tecnológica e de procedimentos incorporados à APS em seu caminhar histórico, exigindo gestão da segurança e qualidade dos serviços ofertados (Alencar *et al.*, 2021). Assim, na APS, onde se objetiva a prevenção de doenças, a promoção, a proteção, 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.

Outro ponto a ser destacado é que as investigações sobre a segurança do usuário, se mostram incipientes quando comparadas às pesquisas centradas na assistência de indivíduos em âmbito hospitalar, possivelmente devido a maior concentração tecnológica e de riscos nesses ambientes. No entanto, os cuidados de saúde prestados nos serviços da APS, também podem resultar em incidentes se não forem orientados por critérios mínimos de qualidade (Marchon; Mendes Junior, 2014).

Frente a magnitude da temática e sua interface com a mitigação de danos em contextos de cuidados primários, o estudo tem por objetivo refletir sobre o Sistema Único de Saúde e a Segurança do Usuário na Atenção Primária à Saúde, trazendo dimensões históricas, conceituais e diretrizes.

## 2 METODOLOGIA

A presente reflexão teórica, se propõe a realizar um diálogo introdutório, sobre o SUS e a segurança do usuário no contexto da APS. Integra a tese de doutorado, intitulada: “Segurança do Usuário: Representações Sociais de Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde”, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia.

Assim, apresenta-se como uma síntese de conhecimentos, que buscou perpassar pela construção histórica do SUS e o surgimento da APS, e pelas diretrizes e estratégias à segurança

do usuário em contexto de cuidados primários. Nesta direção, buscou-se um diálogo orientado por produções nos campos da política, da sociologia e da saúde coletiva, por meio digital e por materiais impressos, reunidos nos meses de fevereiro e março de 2024.

O movimento percorrido para seleção dos conteúdos por meio eletrônico, ocorreu na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), por meio de busca avançada a partir do cruzamento dos descritores: Sistema Único de Saúde; Atenção primária à Saúde; Segurança do Paciente, com o auxílio do operador booleano AND, tendo como critério de elegibilidade, as publicações *open access*, com disponibilidade de texto em sua íntegra, e cuja temporalidade, fossem dos últimos dez anos (2013 a 2023).

Foi considerando como corte inicial o ano de 2013, marco da implantação do PNSP no Brasil. Desse movimento foram selecionados 13 artigos (Cecílio; Reis, 2018); (Barbiani; Nora; Schaefer, 2016); (Giovanella; Almeida, 2017); (Vicente; Amalberti, 2016); (Giovanella; 2018); (Oliveira; Pereira; 2013); (Mendes; 2018); (Marchon; Mendes Junior; Pavão, 2015). (Galhardi; 2017); (Raimondi; Bernal; Oliveira; Matsuda; 2019); (Marchon; Mendes Junior, 2014); (Caldas, 2019); (Mendes, 2018) e (Aguiar *et al.*, 2020).

Para uma abordagem aprofundada, crítica e reflexiva, a presente pesquisa utilizou Portarias Ministeriais: (BRASIL, 2013; 2014; 2017), diretrizes da Organização Mundial de Saúde: (WHO, 2016; 2019), Resoluções (ANVISA 2021; 2023) e a Declaração de Alma-Ata (1978); além de materiais impressos (livros), com produção de conhecimento de autores clássicos como (Starfield, 2002); (Paim *et al.*, 2011); (Perelman; Pontes; Sousa, 2019), e o estudo de (Gil, 2006).

A técnica de análise utilizada foi a Análise de Conteúdo de Bardin (2016), que englobou 3 etapas, a saber: 1) pré-análise, onde se iniciou a organização do material e foi proferida leitura fluente e exaustiva; 2) exploração do material, sendo realizada codificação, isto é, delineando de tópicos analíticos de discussão; 3) tratamento dos resultados, foi realizado a análise inferencial, reflexiva e crítica do material reunido.

Ademais, este estudo cumpriu com as normas éticas e legais ao atribuir devidamente crédito a todos os autores citados através da referência às suas respectivas publicações.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### O caminhar histórico do SUS e os dialogismos sobre os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica

O SUS é uma política pública, oriunda de um longo processo social, que na sua raiz visa

mudar a forma de como o Brasil garante atenção à saúde. Retrata o mais importante ganho obtido com a democratização do país, fomentado pelo movimento da Reforma Sanitária e consolidado pela Constituição de 1988, que carrega princípios de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social (Cecílio; Reis, 2018).

No caminhar histórico, a experiência social do SUS é marcada por avanços, retrocessos e desafios. O Brasil é o único país do mundo com um sistema de saúde universal, público e integral, a despeito de múltiplas adversidades atreladas à sua dimensão continental, às transições demográficas e epidemiológicas e às desigualdades sócios-regionais, que impactam sua consolidação (Barbiani; Nora; Schaefer, 2016).

Objetivando assegurar meios adequados para que indivíduos enfrentem os riscos sociais e processos referentes à saúde, o SUS é um sistema de saúde que abarca um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais, que devem garantir prestação de serviços coordenada, integrada e segura aos seus usuários (Giovanella; Almeida, 2017).

Nessa direção, na tentativa de promover a saúde como direito social, e responder às necessidades da população no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais, a Atenção Primária à Saúde (APS) surge na década de 1960, como um modelo adotado por diversos países, e no Brasil, no âmbito do SUS, como uma estratégia de reorientação da organização do sistema de saúde vigente, com alcance a proporcionar um maior e mais efetivo acesso aos usuários, e ainda reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituídos (Cecílio; Reis, 2018).

Em sua contextualização histórica, o primeiro marco ideológico ao conceito de APS tem registro em 1920, com a publicação do relatório Dawson, documento que distingue três níveis principais de serviços de saúde: centro de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escolas, mas que também destaca a necessidade de vinculação entre esses serviços (Starfield, 2002).

Passados meia década, em 1978, a APS foi declarada como a chave do equilíbrio de um sistema de saúde moderno durante a Conferência Internacional da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre “Cuidados Primários em Saúde”, em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão na antiga União Soviética, e desde então vem se consolidando como uma das formas mais eficientes de organização do sistema de saúde por possibilitar acesso aos serviços com atenção integral e longitudinal (Declaração de Alma-Ata, 1978).

O resultado da conferência culminou em uma Declaração que buscou assegurar a saúde como direito fundamental do ser humano e como objetivo social das nações. Esse documento

destacou a importância de ações intersetoriais, dos determinantes sociais no processo saúde-doença e defendia as premissas de que a APS deve ser científica, prática e com aceitação social, devendo suplantando o entendimento de seletividade, de nível de atenção voltada para atendimento de pobres (Giovannella; 2018).

Nesta perspectiva, desde Alma Alta, a APS é conceituada como assistência sanitária essencial, pautada em métodos de trabalho e tecnologias práticas cientificamente possível e universalmente acessíveis aos indivíduos e às famílias, com a plena participação de seus usuários, a um custo suportável para as comunidades e para os países, devendo dispor de ações ordenadas, que devem ser desenvolvidas com autonomia e autodeterminação. Deste modo, em sua itinerância, buscou abranger a missão de “cuidados indispensáveis” aliado a uma abordagem pautada na medicina preventiva, centrada no paciente e na gestão da doença (WHO, 2016).

No Brasil, a APS é coordenadora e ordenadora dos serviços e das ações às Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, configura-se como portal de acesso dos usuários às práticas de cuidado integrado e gerenciamento qualificado, a partir de uma equipe multiprofissional, que assume responsabilidade sanitária à um território previamente definido (Oliveira, Pereira, 2013). Deste modo, visa desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade, além de abarcar programas, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), um modelo assistencial multiprofissional, humanizado, onde a comunicação entre os cuidadores é fator central (Mendes, 2018).

Entretanto, a APS brasileira nasce atrelada à proposta de pacote mínimo de serviços, influência dos anos 70 e das agências internacionais de financiamento que preconizava ações assistenciais reducionista em países em desenvolvimento, recebendo à denominação de Atenção Básica (AB). Muitas derivações do termo APS surgiram em relação a sua proposta original, à exemplo de atenção primária orientada para a comunidade, atenção primária seletiva, e mais recentemente atenção primária renovada (Cecílio; Reis, 2018).

Entretanto, o termo “Atenção Básica” é uma terminologia Brasileira, e a simultânea utilização dos termos APS e AB guarda divergências e inconsistências. Gil (2006) em uma pesquisa que investigativa sobre as referidas denominações, conclui que os dois termos são usados como sinônimos, e até mesmo superpostos, ora visto na perspectiva de unidades locais de saúde, oras como nível de atenção, sugerindo uma certa inconsistência teórico-conceitual. Destaca que embora “Primary” traduzido literalmente do inglês tem significado diferente do termo “primário” do português, a despeito do termo “básico” que não guarda regionalismo,

expressando seu significado origem: “essencial, fundamental”.

Seguindo nessa análise reflexiva, Giovanella (2018), destaca que o termo “Atenção Básica” utilizado pelo Ministério da Saúde, em portarias e na própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vem desmistificar a lógica de focalização a cuidados mínimos e de atenção primitiva à saúde, e da necessidade de diferenciar a proposta de cuidados primários de saúde, da estratégia de atuação à saúde da família. Recentemente, a Portaria nº 2.436/2017, que aprova a PNAB, estabelece revisão de diretrizes, e considera os termos AB e APS como equivalentes. Em seu artigo 2º, define “Atenção Básica”, como um conjunto de ações de saúde que envolvem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017).

Semelhante ao dialogismo entre os termos AB e APS, o termo “segurança do paciente” expressão usual e preconizada pela OMS quando se trata de cuidado seguro e, portanto, é o termo mundialmente utilizado nos diversos cenários de discussões e níveis de assistência à saúde. No entanto, a expressão “segurança do usuário”, é pouco usual nas produções científicas relacionadas à temática no âmbito da APS sendo necessário reforçar essa prática. Assim, neste ponto, cabe destacar que o termo usuário, isto é, aquele que usa, desfruta de algo coletivo ligado a um serviço público ou privado, perpassa o ideário de passivo ou liberal, que percebe a saúde como um bem de consumo, regulamentado por leis e ofertas de serviços, abarca a concepção de saúde enquanto direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania (Lavras, 2011).

Ademais, a utilização do termo segurança do usuário para o contexto da APS, é mais completa, pois abarcar a complexidade do fenômeno segurança, que é multifacetado, e considerado na contemporaneidade um componente crítico para alcance da excelência, assertividade e resolubilidade no primeiro nível assistência à saúde. Na APS, relaciona-se aos desafios que o trabalhadores de saúde devem buscar no aprimoramento da assistência livre de danos, isto é, isenta de prejuízos à saúde de um ou mais indivíduos, de uma coletividade ou população, e que deve estar norteada por eficácia, eficiência, conhecimento técnico-científico e domínio de tecnologias em saúde (Perelman; Pontes; Sousa, 2019).

### **Iniciativas, programa e política de saúde voltados à Segurança do Usuário**

Desde o relatório “To err is human: building a safer health system” do Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) quando apontou que cerca de mais 100 mil pessoas morriam a cada ano vítimas de cuidados não seguros, discussões globais foram aglutinadas para assegurar a segurança nos serviços de saúde. Nessa direção, a Organização

Mundial de Saúde (OMS), definiu por meio de resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que a segurança dos indivíduos sob cuidados de saúde, devia refletir a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado a assistência à saúde, destacando ainda a gestão de risco como ferramenta primordial para a redução, mitigação e prevenção de incidentes que podem causar danos, isto é, Eventos Adversos (EA) (WHO, 2019).

Em 2012, a OMS constituiu um grupo chamado “Safer Primary Care Expert Working Group”, com objetivo de estudar os riscos a usuários na Atenção Primária, e classifica-los em evitável e inevitável, além de identificar mecanismos de proteção e segurança (Marchon; Mendes Junior; Pavão, 2015).

Os EA evitáveis representam um problema de saúde pública no âmbito mundial, e deste modo, o Brasil, seguindo a itinerância mundial pela segurança do paciente instituiu pela portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 529 de 1º de abril de 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), priorizando a implantação de estratégias e compromissos em desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para essa esfera, a partir de quatro eixos: I- Estímulo a uma prática assistencial segura; II - Envolvimento do cidadão na sua segurança; III - Inclusão do tema segurança do paciente no ensino (educação permanente, pós-graduação e graduações da saúde); e IV- Incremento de pesquisa em segurança do paciente (BRASIL, 2014).

O conjunto de estratégias que perpassa pelos quatro eixos estruturantes do PNSP, compõe ações que as esferas governamentais devem abarcar na garantia da segurança com dimensão da qualidade dos serviços ofertados, promoção à saúde e bem-estar social, e, portanto, configura-se uma política de saúde. Segundo Paim *et al.* (2011), uma política de saúde se configura na ação ou omissão do Estado enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como da produção, distribuição e regulação de bens e serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade.

Enquanto política de saúde, o PNSP, objetiva a promoção e apoio à implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde, fomentando o envolvimento dos pacientes e os familiares nesse processo, a ampliação do acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente, a produção, sistematização e difusão de conhecimentos sobre a temática e, a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2014).

Nesta perspectiva, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) vem protagonizado um conjunto de medidas visando a implementação do PNSP. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 2013 delibera sobre a criação, diretrizes e competências

dos NSP nos serviços de saúde, incluindo os da APS e, estabelece a obrigatoriedade do Plano de Segurança do Paciente (PSP), que deve abranger estratégias e ações de vigilância, monitoramento, notificação e acompanhamento de EA (ANVISA, 2013).

Segundo a ANVISA (2013), compete ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) monitorar dados sobre EA notificados, emitir relatório anual sobre EA com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde, bem como acompanhar, junto às vigilâncias sanitárias distrital, estadual e municipal as investigações sobre as ocorrências que evoluíram para óbito.

Nessa perspectiva, em 2015, com o objetivo de integrar as ações do SNVS para a gestão da segurança do paciente, foi divulgado o “Plano integrado para a gestão sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde - monitoramento e investigação de eventos adversos e avaliação de práticas de segurança do paciente”. Este plano estabeleceu como prioridade a notificação e a investigação como etapas importantes da vigilância e a avaliação da implementação das práticas de segurança essenciais, a começar pelo monitoramento de EA graves que resultaram em óbito (BRASIL, 2017).

Para elaboração deste Plano, a Anvisa, contou com o apoio do Grupo de Trabalho (GT) composto por especialistas na área de vigilância sanitária e segurança do paciente. Em 2020, houve revisão do documento pelo GT e pelos Núcleos de Segurança do Paciente da Vigilância Sanitária das 27 Unidades da Federação. Em março de 2021, foi publicada a Portaria nº 142, de 03 de março de 2021, que aprovou o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025, com o objetivo de nortear os serviços de saúde com as melhores diretrizes para mitigação e gerenciamento de riscos e danos (ANVISA, 2021).

No âmbito da APS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, destaca a necessidade da implantação e efetivação de ações voltadas à segurança do usuário nos seus espaços assistenciais (BRASIL, 2017). Neste ponto, Vicente e Amalberti (2016) destacam que há grande probabilidade de o usuário experimentar EA na APS, uma vez que cerca de 70% dos cuidados de saúde prestados à população ocorre em cenário de cuidados primários, sendo necessário desmistificar a concepção arraigada de que a assistência na atenção primária é relativamente segura por utilizar baixa densidade tecnológica.

Reforçando essa percepção, o estudo de Marchon, Mendes Junior e Pavão (2015), realizado com profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da baixada litorânea do Estado do Rio de Janeiro (2013-2014), apontou que 82% dos incidentes causaram danos, dos quais 50% eram de gravidade baixa ou moderada, 25% eram de gravidade muito

alta ou com dano permanente e 7% resultaram em óbito do paciente.

Nesta direção, a dimensão cultural de segurança do usuário foi destacada em estudos como o de Raimondi; Bernal; Oliveira; Matsuda (2019) que avaliou cultura de segurança entre categorias profissionais atuantes na APS, e destacou que oferta de assistência segura deve abranger competências relacionadas à habilidade, responsabilidade, comprometimento, capacidade para acolhimento e para humanização no atendimento. Ademais, Aguiar *et al.* (2020), sinalizaram a necessidade de engajamento do usuário em uma cultura de segurança, considerando inequívoco a participação deste como eixo para formulação de políticas, protocolos e fomento a práticas seguras.

Conforme dimensões apresentadas, percebe-se que a efetivação da segurança do usuário na APS tende a favorecer cuidados primários seguros e de qualidade. No entanto, para implementar uma cultura de segurança positiva neste cenário se faz necessária a compreensão de crenças e valores coletivos, do conhecimento das normas regulatórias, dos programas, dos processos e ações, e das atitudes e comportamentos voltados à segurança do usuário que são esperados, estimulados e devem ser monitorados neste âmbito (Galhardi, 2017).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A segurança do usuário na Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental, mas ainda pouco explorada na prática e na literatura. Este estudo destacou a importância de fortalecer a cultura de segurança na APS, especialmente em um cenário de crescente complexidade dos cuidados. Apesar dos avanços com a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e diretrizes da ANVISA, há lacunas na aplicação prática dessas estratégias. Dessa forma, a segurança na APS exige o esforço conjunto de gestores, profissionais de saúde e usuários.

É fundamental promover a educação contínua dos profissionais e envolver os usuários nas decisões sobre sua saúde. A criação de Núcleos de Segurança do Paciente e a implementação de planos de segurança específicos para a APS são passos importantes, mas devem ser acompanhados por uma mudança cultural. Novas pesquisas são necessárias para entender melhor a integração da segurança do usuário nos cuidados primários. Questões como o engajamento dos usuários, a gestão de riscos e a implementação de protocolos devem ser aprofundadas. Em resumo, investir na cultura de segurança na APS é essencial para garantir cuidados eficazes, seguros e centrados nas necessidades dos usuários, contribuindo para um sistema de saúde mais equânime e eficiente.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, T.L.; LIMA, D.S.; MOREIRA, M.A.B.; SANTOS, L.F.; FERREIRA, J.M.B.B. Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. **Interface** (Botucatu), v.24(Supl. 1).p: e190622, 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. Ministério da Saúde. ANVISA. RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Instruções para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: **ANVISA**, 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025. Brasília: **ANVISA**, 2021.

ALENCAR, S. V. G. *et al.* Segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Rev Gauch Enferm.**,v.40, p:1-9, 2019.

BARBIANI, R.; NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review . **Revista Latino-Americana de Enfermagem**,v. 24, p: e2721, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo (SP): Edições 70; 2016.

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.

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.

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). Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2017.

CALDAS, B. N. et al. Segurança do paciente e a vigilância sanitária. Rio de Janeiro: **CDEAD, ENSP, Fiocruz**, 2019, 116p.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, p:e00056917, 2018.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: OMS; Unicef. Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; Set. 6-12; **Alma-Ata** (URSS), 1978.

GALHARDI, N. M. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. 2017. 101 f. **Dissertação** (Mestrado em Cuidado e Trabalho em Saúde e Enfermagem) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

- GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 6, p.171-1181, 2006.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública.**, v. 34, n 8, p:e00029818, 2018.
- GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P.F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cad. Saúde Pública.**, v. 33, Sup 2, p:e00118816, 2017.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade.**, v. 20, p.867–874., 2011.
- MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. Patient safety in primaryhealthcare: A systematic review. **Cadernos de Saúde Pública.** v.30, n. 9, p.1815–1835, 2014.
- MARCHON, S.G.; MENDES JUNIOR, W.V.; PAVÃO, A.L.B. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n. 11, p:2313-2330, 2015.
- MENDES, E.V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 23, n.2, p:431-435, 2018.
- OLIVEIRA, M. A.C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, v. 66(spe),p.158-164, 2013.
- PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. Saúde no Brasil. In: **O sistema de saúde brasileiro: História, avanços e desafios.** O sistema de saúde brasileiro, 2011, p.11–21.
- PERELMAN, J.; PONTES, J.; SOUSA, P. Consequências econômicas de erros e eventos adversos em saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras.** 2. ed. (revista e ampliada). Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. p. 41-58.
- RAIMONDI, D.C.; BERNAL, S.C.Z.; OLIVEIRA, J.L.C.; MATSUDA, L.M. Cultura paciente: representações sociais na visão dos profissionais da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.34, n.6 p.123-137, 2021.
- STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia /Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, **Ministério da Saúde**, 2002. 726p.
- VINCENT, C.; AMALBERTI, R. Estratégias de segurança na atenção primária. In: Vincent C, Amalberti R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Riode Janeiro: **PROQUALIS, ICICT/Fiocruz**; 2016. p. 127-41.
- WHO. World Health Organization. Séries técnicas de segurança na atenção primária. Genebra: **World Health Organization**; 2016. 63p.
- WHO. World Health Organization. Patient safety. Global action on patient safety. Geneva: **World Health Organization**; 2019. 8p.