

Segurança do paciente assistido na atenção primária*Patient safety assisted in primary care**Seguridad del paciente asistida en atención primaria***Elbis Abade Simplício^{1*}**

ORCID: 0000-0002-3023-6829

Karen Rocco Ferrari¹

ORCID: 0000-0003-2442-285X

Aline Voltarelli²

ORCID: 0000-0002-3491-616X

Camila Estevão França³

ORCID: 0000-0003-3226-8709

Ben Hesed dos Santos⁴

ORCID: 0000-0002-3901-8297

André Luiz de Arruda¹

ORCID: 0000-0002-6811-0957

Rosangela Sakman¹

ORCID: 0000-0003-0887-8398

¹Faculdade Sequencial. São Paulo, Brasil.²Universidad de Ciencias Empresariales Y Sociales. Buenos Aires, Argentina.³Anhanguera Educacional. São Paulo, Brasil.⁴Universidade Guarulhos. São Paulo, Brasil.***Autor correspondente:** E-mail: elbisabade@gmail.com**Resumo**

A qualidade se tornou um fator de grande significância, encaminhando instituições para os mercados nacionais e internacionais, requerendo êxito organizacional e desenvolvimento. A expressão “segurança do paciente” refere-se à redução, a um nível mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Pode ser considerada uma área relativamente nova do conhecimento, afeita à esfera da gestão e da qualidade, que ganhou impulso a partir da década de 2000. As Unidades de Saúde vêm crescendo gradativamente ao longo das décadas, sendo anualmente acreditadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), atendendo as metas estabelecidas para uma prática segura ao paciente. O presente trabalho tem por objetivo final de demonstrar as metas segurança padronizadas pela ONA, expondo a prática adequada ao paciente assistido em unidades de atenção primária. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica do tipo qualitativa, com recorte temporal nos últimos dez anos, abordando a temática proposta. Foram consultadas as bases de dados científicas PubMed, SciELO, LILACS e Google Acadêmico, considerando também neste trabalho, as citações e referências dentro dos artigos utilizados que antecedem o recorte temporal proposto. Desta forma, para demonstrar minuciosamente estes itens de segurança neste estudo, foi exposto deste a concepção do que é um atendimento em Atenção Primária de Saúde até as metas de segurança aplicadas dentro das unidades de saúde no Brasil.

Descritores: Atenção Primária de Saúde; Acreditação em Saúde; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência.**Como citar este artigo:**Simplício EA, Ferrari KR, Voltarelli A, França CE, Santos BH, Arruda AL, Sakman R. Segurança do paciente assistido na atenção primária. Glob Clin Res. 2023;3(1):e42. <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20210042>

Submissão: 27-06-2022

Aprovação: 12-10-2022



Abstract

Quality has become a factor of great significance, directing institutions to national and international markets, requiring organizational success and development. The expression “patient safety” refers to the reduction, to an acceptable minimum level, of the risk of unnecessary harm associated with health care. It can be considered a relatively new area of knowledge, related to the sphere of management and quality, which gained momentum from the 2000s onwards. The Health Units have been growing gradually over the decades, being annually accredited by the National Accreditation Organization (ONA), meeting the goals established for a safe practice for the patient. The present work has the final objective of demonstrating the safety goals standardized by the ONA, exposing the adequate practice to the patient assisted in primary care units. This is a qualitative literature review study, with a temporal cut in the last ten years, addressing the proposed theme. The scientific databases PubMed, SciELO, LILACS and Google Scholar were consulted, also considering in this work, citations and references within the articles used that precede the proposed time frame. Thus, to thoroughly demonstrate these safety items in this study, it was exposed from this conception of what a Primary Health Care service is to the safety goals applied within health units in Brazil.

Descriptors: Primary Health Care; Health Accreditation; Patient Safety; Quality of Care.

Resumén

La calidad se ha convertido en un factor de gran trascendencia, orientando las instituciones hacia los mercados nacionales e internacionales, exigiendo el éxito y desarrollo organizacional. La expresión “seguridad del paciente” se refiere a la reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de daño innecesario asociado con la atención médica. Puede considerarse un área de conocimiento relativamente nueva, relacionada con el ámbito de la gestión y la calidad, que cobró impulso a partir de la década de 2000. Las Unidades de Salud han ido creciendo paulatinamente a lo largo de las décadas, siendo acreditadas anualmente por la Organización Nacional de Acreditación (ONA), cumpliendo las metas establecidas para una práctica segura para el paciente. El presente trabajo tiene como objetivo final demostrar las metas de seguridad estandarizadas por la ONA, exponiendo la práctica adecuada al paciente atendido en las unidades de atención primaria. Se trata de un estudio cualitativo de revisión bibliográfica, con corte temporal en los últimos diez años, abordando la temática propuesta. Se consultaron las bases de datos científicas PubMed, SciELO, LILACS y Google Scholar, considerando también en este trabajo las citas y referencias dentro de los artículos utilizados que preceden al marco temporal propuesto. Por lo tanto, para demostrar a fondo estos elementos de seguridad en este estudio, se expuso desde esta concepción de lo que es un servicio de Atención Primaria de Salud a las metas de seguridad aplicadas dentro de las unidades de salud en Brasil.

Descriptoros: Primeros Auxilios; Acreditación en Salud; Seguridad del Paciente; Calidad de la Asistencia.

Introdução

As Unidades de Saúde vêm crescendo gradativamente ao longo das décadas, sendo anualmente acreditadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), atendendo as metas estabelecidas para uma prática segura ao paciente. Desta forma, para demonstrar minuciosamente estes itens de segurança neste estudo, foi exposto deste a concepção do que é um atendimento em APS até as metas de segurança aplicadas dentro das unidades de saúde no Brasil^{1,2}.

Nos últimos 30 anos, o Brasil sofreu uma série de mudanças estruturais que o transformaram em um país emergente. No SUS, destacam-se ações e programas estruturantes, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994, visando reorientar o modelo de saúde para uma abordagem integral, fundada na atenção primária, buscando garantir acesso universal a toda a população brasileira. A grande expansão da ESF se deu na última década, priorizando áreas vulneráveis, chegando a uma cobertura de 53,4% da população, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde³⁻⁵.

O envelhecimento populacional, a queda das taxas de fecundidade e as diversas transformações ocorridas na sociedade brasileira, têm trazido novos desafios ao sistema de saúde. As transições demográfica e epidemiológica resultaram em diferentes padrões de saúde entre as regiões e estados. Estudos trazem evidências de que a expansão do SUS nos últimos trinta anos contribuiu para reduzir a carga da doença na população e as desigualdades entre as regiões brasileiras. Assim, torna-se importante analisar as mudanças no cenário de adoecimento do país nas últimas décadas⁶⁻⁸.

O emprego do termo “atenção básica à saúde ABS”, pelo Movimento Sanitário Brasileiro teria buscado uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada⁹⁻¹¹.

A concepção de atenção primária à saúde (APS) em *Alma-Ata* contempla três componentes essenciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social – três componentes caros ao Sistema



Único de Saúde (SUS). Essa concepção abrangente de atenção primária à saúde, que o movimento da medicina social latino-americana cunhou como “atenção primária à saúde integral”, coaduna-se com diretrizes do SUS de garantia do direito à saúde¹¹⁻¹³.

A gestão dos serviços hospitalares é um processo de grande importância ao bom desempenho de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Os pacientes almejam cada vez mais o agrado e o atendimento de suas carências com humanização, qualidade e principalmente cuidados. Dessa maneira, a gestão se transformou em uma instigação e passou a ser um mecanismo de bastante relevância e na conduta e operações dos centros de saúde, não somente os privados, mas também os públicos¹⁴⁻¹⁶.

Com o intento de alcançar os mais altos padrões de assistência, os hospitais e unidades básicas de saúde optam por buscar projetos que correspondam às necessidades dos pacientes. A qualidade se tornou um fator de grande significância, encaminhando instituições para os mercados nacionais e internacionais, requerendo êxito organizacional e desenvolvimento. Uma das iniciativas está diretamente voltada para o processo definido como Acreditação Hospitalar, que institui novas condições no que diz respeito às mudanças comportamentais, concentração frequente dos profissionais na busca de metas e objetivos impostos, além da melhoria fixa e contínua do atendimento prestado¹⁶⁻¹⁸.

O início da Acreditação Hospitalar ocorre em 1910 nos Estados Unidos tendo como principal precursor o médico e professor Ernest Amony Codman, cirurgião do Hospital Geral de Massachusetts. O Professor Codman foi um dos líderes do movimento que proporcionou em 1913, a fundação do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), o qual adotou o Sistema de Resultados Finais cujo objetivo visava à melhoria da qualidade no cuidado prestado nos hospitais americanos. Como desdobramento desse trabalho liderado pelo CAC, foi desenvolvido, em 1917, um conjunto de padrões chamados Programa de Padrões Mínimos (PPH), sendo esses os primeiros padrões relacionados com processos de melhoria da qualidade, oficialmente estabelecidos, relacionados com um programa de padronização hospitalar. Em 1926 é lançado o primeiro manual de padrões¹⁹⁻²¹.

Na busca por ampliar o PPH, o CAC em conjunto com diversas outras associações de assistência médica norte-americana, criou em 1951 a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), entidade descrita como independente, não governamental e sem fins lucrativos, que propunha prover a acreditação em caráter voluntário. Devido à alta aderência dos hospitais, o Congresso Americano passa a recomendar que a Acreditação seja estabelecida como pré-requisito para procedimentos de financiamento em programas oficiais do governo, especialmente o Medicare e o Medicaid. O Medicare e o Medicaid são seguros e programas sociais de saúde, respectivamente, que prestam assistência aos norte-americanos. Atualmente, as unidades de saúde que atendem a parcela da população usuária daqueles programas, apenas recebem o reembolso caso estejam acreditados pela Comissão Conjunta²²⁻²⁴.

Devido ao aumento da procura por ferramentas de Acreditação e certificação, a JCAH muda seu nome *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO) em 1987, uma vez que seu sistema de padrões passa a ser oferecido para outros segmentos de serviços de saúde, que também incluem ambulatorios, laboratórios, saúde mental, *homecare* etc. Aliada a tal iniciativa outra mudança foi a introdução de indicadores de desempenho. O interesse em implementar procedimentos de Acreditação começava a ultrapassar os muros norte-americanos. Diante de mais um momento de expansão a JCAHO cria em 1994 a *Joint Commission International* (JCI) para oferecer a Acreditação em âmbito internacional. É neste momento que a instituição chega ao Brasil²⁵⁻²⁹.

A padronização da JCI chega ao Brasil através do seu representante no país: o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Além da JCI existe outra organização acreditadora representativa no Brasil: a Organização Nacional de Acreditação (ONA) - criada no Brasil em 1999 - sendo reconhecida a operacionalizar o processo no país através da Portaria GM/MS n.º 538 de 17 de abril de 2001³⁰. Neste contexto, a pergunta que será respondida durante esta pesquisa é: Quais principais ações para preparar uma Unidade de Atenção Primária para atender os itens preconizados pela ONA que dizem respeito a adequada assistência segura ao paciente?

Objetivou-se dissertar sobre as metas segurança padronizadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), expondo a prática adequada ao paciente assistido em unidades de atenção primária.

Metodologia

A metodologia adotada para a realização desta pesquisa foi a revisão bibliográfica de literatura, de caráter narrativo e descritivo, com base em artigos científicos, livros, publicações acadêmicas e materiais do Ministério da Saúde que foram localizados nas bases de dados da PubMed, SciELO, LILACS e Google Acadêmico, utilizando como ferramenta a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Como estratégia de busca, foram utilizados os descritores: “Segurança do Paciente”, “Atenção Primária de Saúde” e “Acreditação”.

Dentre os critérios de elegibilidade, foram elencados os critérios de inclusão, tais quais: material científico publicado nas bases supracitadas, sob o recorte temporal de 2002 a 2012 e que abordassem a temática aqui proposta. Como critérios de exclusão, foram preestabelecidos: estudos e materiais científicos não disponíveis na íntegra e de forma gratuita.

Para a análise, procedeu-se à síntese dos materiais selecionados a partir da metodologia narrativa com cunho reflexivo e crítico.

Resultados e Discussão

A gestão dos serviços hospitalares é um processo de grande importância ao bom desempenho de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Os pacientes almejam cada vez mais o agrado e o atendimento de suas carências com humanização, qualidade e principalmente cuidados. Dessa



Simplício EA, Ferrari KR, Voltarelli A, França CE, Santos BH, Arruda AL, Sakman R 36/2013, prorrogando os prazos para a estruturação do NSP, elaboração do PSP e notificação mensal dos Eventos Adversos (EA), contados a partir da data da publicação da norma. Esta publicação tem como objetivos disponibilizar informações para a constituição do NSP, de forma a atender ao Art. 5º da RDC n.º 36/2013 e instrumentalizar a equipe do Núcleo na operacionalização de ações e estratégias para a promoção da segurança do paciente previstas na norma, além de orientar a vigilância e o monitoramento de incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo os EA³³.

Conferindo institucionalidade e responsabilização para se obter a segurança do paciente, faz-se necessário, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, que se organizem e se efetivem o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), com a atribuição de elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP) nos termos definidos pelo PNSP, demonstrando assim, o compromisso e planejamento institucional dos ambientes de cuidado em sistematizar as práticas que podem incorrer em maiores riscos aos pacientes. Neste contexto, é de grande valia o conhecimento sobre ferramentas de gestão de risco, protocolos de segurança e demais instrumentos que favorecem a incorporação de indicadores e promovem a cultura da segurança do paciente³³.

A meta de 100% de adequação dos serviços de saúde em relação à implementação das práticas de segurança do paciente é um desafio para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e todo o Sistema Único de Saúde (SUS)^{32,33}.

Segurança do paciente é um componente fundamental da qualidade de cuidados de saúde. Como as organizações de cuidado de saúde se esforçam continuamente para melhorar, há um reconhecimento crescente da importância de uma cultura de segurança do paciente. A segurança consiste na redução do risco e danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável que, por sua vez, se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada.

A aplicação de medidas associadas à segurança do paciente no cuidado à saúde determina as doenças e agravos aos pacientes, baixa o tempo de tratamento ou o tempo de hospitalização, melhora ou estabelece o nível funcional do paciente e melhora sua percepção de bem-estar. Ainda que, enfermeiros, gestores e outros profissionais da saúde podem manipular pesquisas para entender as melhorias iminentes em seu ambiente de trabalho, reduzindo a influência pela utilização de práticas diárias ineficazes na resolução dos problemas, a OMS, reconhecendo a magnitude do problema e a necessidade de promover a segurança do paciente a nível global, estabeleceu medidas por meio de uma Aliança Mundial para Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*). O propósito dessa iniciativa era definir e identificar prioridades nesta área em diversas partes do mundo e contribuir para uma agenda mundial em pesquisas, os protocolos básicos de segurança do paciente do Ministério da Saúde correspondem às metas internacionais de segurança do paciente e servem para padronizar os processos de trabalho,

maneira, a gestão se transformou em uma instigação e passou a ser um mecanismo de bastante relevância e na conduta e operações dos centros de saúde, não somente os privados, mas também os públicos²⁹.

Em uma constante busca pela perfeição na gestão e objetivando satisfazer as expectativas dos pacientes, é possível perceber que as teorias de gestão em todos os níveis das instituições de saúde têm motivado, no decorrer do tempo, a organização do trabalho dos grupos, fato esse que está se desenvolvendo lado a lado com a humanização do atendimento, na produtividade e na qualificação dos profissionais, na plenitude dos cuidados e na separação de deveres a serem cumpridos³⁰.

Com o intento de alcançar os mais altos padrões de assistência, os hospitais e unidades básicas de saúde optam por buscar projetos que correspondam às necessidades dos pacientes. A qualidade se tornou um fator de grande significância, encaminhando instituições para os mercados nacionais e internacionais, requerendo êxito organizacional e desenvolvimento. Uma das iniciativas está diretamente voltada para o processo definido como Acreditação Hospitalar, que institui novas condições no que diz respeito às mudanças comportamentais, concentração frequente dos profissionais na busca de metas e objetivos impostos, além da melhoria fixa e contínua do atendimento prestado^{30,31}.

A inserção da gestão da qualidade em saúde possui a grande função de despertar uma mudança de comportamento, desde a gestão, corpo de enfermeiros e médicos até os profissionais que operam de forma indireta na realização dos trabalhos dentro do ambiente hospitalar. Para que se consiga de fato essa gestão de qualidade, é necessário introduzir a mesma em união com a Acreditação Hospitalar³².

A expressão “segurança do paciente” refere-se à redução, a um nível mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Pode ser considerada uma área relativamente nova do conhecimento, afeita à esfera da gestão e da qualidade, que ganhou impulso a partir da década de 2000, após a publicação do famoso relatório “*To err is human: building a safer health system*”, do Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA)³³.

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído com a publicação da portaria do Ministério da Saúde (MS) n.º 529, de 1º de abril de 2013, é o marco regulatório que definiu conceitos, estruturas, processos e estratégias de trabalho para garantir melhoria da segurança no cuidado prestado ao paciente em nosso meio. Em 2014, com a publicação do documento de referência para o PNSP, elaborado conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), foi definida a taxonomia a ser adotada nas ações e pesquisas relativas ao tema segurança do paciente, com base na Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS – *International Patient Security Classification* (IPSC), bem como foram determinadas ações prioritárias nesse campo e metas a serem atingidas^{32,33}.

Ainda em 2013, foi publicada a RDC n.º 53, de 14 de novembro de 2013, que alterou o Art. 12 da RDC n.º



melhorando a qualidade da assistência (Portarias n.º 1.377/2013 e Portaria n.º 2.095/2013)³³.

Segundo a JCI e ANVISA, são Metas Internacionais de Segurança do Paciente: identificar corretamente os pacientes; melhorar a eficácia da comunicação; melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância; garantir cirurgia segura; higienização das mãos para o controle de infecção; reduzir o risco de queda e úlceras por pressão³³.

A identificação correta do paciente é uma ação que assegura a assistência e minimiza a ocorrência de erros e danos. Trata-se, por tanto, da primeira atividade que advoga a favor da Segurança do Paciente. Estudos revelam que erros na identificação do paciente desencadeiam consequências potencialmente fatais e que, aproximadamente, 9% deles provocam danos temporários ou permanentes. Salienta-se que a ocorrência de falhas na identificação do paciente promove incidentes a, no mínimo, dois indivíduos: àquele que recebeu uma conduta terapêutica errada e ao outro, que teve a sua omitida. Na realidade brasileira, instituiu-se o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), mediante Portaria n.º 529, de 1º de abril de 2013, que propõe aos serviços de saúde a construção de protocolos, guias e manuais voltados às diversas áreas da SP, como os processos de identificação de pacientes^{33,35}.

A compreensão das informações da prescrição e ações que possibilitem esclarecimentos aos pacientes sobre riscos de medicação e medidas de prevenção deve ser garantida por ações colaborativas entre prescritores, farmacêuticos e enfermeiros. As atividades clínicas dos

Segurança do paciente assistido na atenção primária
Simplício EA, Ferrari KR, Voltarelli A, França CE, Santos BH, Arruda AL, Sakman R
farmacêuticos devem ser incentivadas, pois podem diminuir os erros de prescrição e medicação em geral e têm embasamento em evidência científica comprovada, garantindo cirurgia segura, as medidas adotadas visam assegurar paciente, local, lateralidade e procedimento corretos, a fim de prevenir eventos adversos e danos que podem acontecer antes, durante e após o procedimento anestésico-cirúrgico^{34,35}.

Existem várias consequências para pacientes idosos que sofrem quedas, tais como problemas com mobilidade, perda de independência ou redução da qualidade de vida. Esses problemas geram elevados custos na prestação de serviços de cuidados. Além disso, para indivíduos acima de 80 anos, a taxa de quedas aumenta.

Considerações Finais

É comum a percepção nas unidades sobre a falta de continuidade de projetos/iniciativas estabelecidos pela sede. Conforme avaliação dos pontos fortes e constatações, verifica-se que é necessário um volume considerável de ações relacionadas a estabelecimento e revisão de documentação, treinamento e registros de análise e solução de problemas de forma estruturada. Infere-se também que muitas são as produções científicas disponibilizadas sobre teoria e casos práticos, todavia, deveriam tornar-se modelos para planejamento e implementações para, assim, alcançar a mudança real do cenário sob a circunstância primordial da segurança do paciente e qualidade da assistência prestada.

Referências

1. Aguiar TL, Lima DS, Moreira MAB, Santos LF, Ferreira JMB. Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2020;24(Suppl.1). <https://doi.org/10.1590/Interface.190622>
2. Alves KY, Oliveira PT, Chiavone FB, Barbosa ML, Saraiva CO, Martins CC, Santos VE. Identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(1):79-86. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800012>
3. Andrade LEL. Evolução da cultura de segurança em hospitais antes e após a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente. 122 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Plano Integrado para Gestão Sanitária de Segurança do Paciente. Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente. Brasília (DF): ANVISA; 2022.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília (DF): ANVISA; 2022.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília (DF): ANVISA; 2017.
7. Aspden P, et al. Committee on identifying and preventing medication errors. Preventing medication errors. Institute of Medicine of the National Academies. Washington: The National Academies Press; 2007.
8. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RA, Rodrigues LC. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet*. 32011;77(9780). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60202-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60202-X)
9. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2004;50(2):182-7. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200036>
10. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2013.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n.º 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
14. Broca PV, Ferreira MA. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. *Esc Anna Nery*.



- 2015;19(3). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150062>
15. Cohen MR, et al. Preventing dispensing errors. In: Cohen MR. (ed.). Medication errors. Washington: Am Pharm Assoc; 2016.
 16. Farias ES, Santos JO, Góis RMO. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. Ciências Biológicas e de Saúde Unit [Internet]. 2018 [acesso em 10 jan 2023];4(3):139-154. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5168/2721>
 17. Ferracini FT. Estrutura organizacional. In: Ferracini FT, Filho WM. Prática farmacêutica no ambiente hospitalar: do planejamento à realização. São Paulo: Atheneu; 2005.
 18. Fortes MT. Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública SergioArouca, Rio de Janeiro, 2013.
 19. Giovannella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. Caderno de Saúde Pública. 2018;34(8). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>
 20. James JT. A new evidence-base estimate of patient harms associated with hospital care. J Patient Saf. 2013;9(3):122-8. <https://doi.org/10.1097/pts.0b013e3182948a69>
 21. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 1999.
 22. Lima FDM. A Segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados em saúde. Rev. Espaço para a Saúde [Internet]. 2014 [acesso em 10 jan 2023];5(3):22-29. Disponível em: https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/560/pdf_37
 23. Makeham M, et al. Safety patient: review of methods and measures in primary care research. Geneva: World Health Organization; 2008.
 24. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Cien Saude Colet. 2016;21(2):327-338. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>
 25. Marques FLG, Lieber NSL. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. Rev. de Saúde Coletiva. 2014;24(2):401-420. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000200005>
 26. Matter PS, Feldhaus C, Rutke TCB, Petenon MK, Kolankiewicz ACBK, Loro MM. Higienização das mãos como medida para segurança do paciente na Atenção Básica. RIES. 2019;8(1):28-40. <https://doi.org/10.33362/ries.v8i1.1442>
 27. Néri EDR, et al. Erros de prescrição de medicamentos em um hospital brasileiro. Rev Assoc Méd Bras [Internet]. 2011 [acesso em 10 jan 2023];57(3):306-314. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/fZqPWrs53ZTMFcMz6YYkh3P/?lang=pt&format=pdf>
 28. Mesquita KO, Silva LC, Lira CM, Cavalcante R, Freitas CAL, Vasconcelos GVLS. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. Cogitare Enfermagem. 2016;21(2). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.45665>
 29. Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Brasília (DF): OPAS/ Ministério da Saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.
 30. Silva CFB. O trabalho na saúde pública: uma análise a partir do Programa de Acreditação Hospitalar no Hospital Getúlio Vargas – HGV. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2017.
 31. Penha TA, Nazário FCA. A importância da gestão de qualidade e acreditação hospitalar: uma visita técnica a UBS-Unidade Básica de Saúde Vicente de Paula de Luzinópolis – TO. Braz. J. of Develop. 2020;6(6):38485-38498. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-407>
 32. Rocha MP, Viana ISV, Freitas I. Patient Safety in Primary Health Care in a Brazilian municipality. Physis. 2021;31(4):e310420. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310420>
 33. Mesquita RFS, Rocha RG, Marta CB, Silva RVR, TavaresJMAB, Broca PV, Pereira ER, Machado VP, Francisco MTR. Qualidade do cuidado em centro cirúrgico: ações e estratégias gerenciais para práticas seguras. Glob Clin Res. 2022;2(2):e32. <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20220032>
 34. Nascimento JBS, Silva RTF, Guerra APV, Sé ACS, Freitas VL, Gonçalves RCS. Conhecimento dos enfermeiros sobre catetercentral de inserção periférica. Glob Acad Nurs. 2022;3(Spe.1):e229. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200229>
 35. Reich R, Santos SM, Goes MGO, Romero PS, Casco MF, Kruger J, Silveira LCJ, Matte R. Segurança cirúrgica em laboratório de cateterismo. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180232>

