

PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DIFERENÇAS ENTRE ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

**PATIENT SAFETY PRACTICES IN PRIMARY HEALTH CARE: DIFFERENCES
BETWEEN NURSES AND NURSING TECHNICIANS**

Ciências da Saúde • 21/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792633876](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792633876)

Leandra Pereira de França¹

Stephanie Marques²

Gláucia Oliveira Abreu Batista Meireles³

Ana Vitória Rosa⁴

Tarcísio Souza Faria⁵

Daiany Marinho Salgado⁶

Juliana Macedo Melo Andrade⁷

Lígia Braz Melo⁸

Joanna Lima Costa⁹

Marcela Daniela Pinheiro¹⁰

Ingrid Berta Lima Ramos¹¹

Núbia de Souza Oliveira¹²

RESUMO

A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) envolve a adoção sistemática de práticas capazes de prevenir riscos e reduzir danos associados ao cuidado. Objetivou-se analisar as estratégias de segurança do paciente adotadas por profissionais de enfermagem na APS de um município de grande porte, com ênfase nas diferenças entre enfermeiros e técnicos de enfermagem. Trata-se de estudo exploratório-descritivo, com análise quantitativa das respostas categorizadas, realizado em 25 Unidades Básicas de Saúde da área urbana de Anápolis, Goiás. Participaram 37 profissionais, sendo 21 enfermeiros e 16 técnicos de enfermagem. A coleta ocorreu em maio de 2025 por meio de roteiro semiestruturado com dez perguntas. Os dados foram analisados por frequências absolutas e relativas e teste exato de Fisher, com nível de significância de 5%. Entre os enfermeiros, 90,48% associaram a segurança do paciente à minimização de riscos e danos, enquanto 62,50% dos técnicos destacaram o atendimento humanizado, com diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,001$). Todos os participantes relataram confirmar a prescrição com outro profissional e verificar a dosagem, utilizar estratégias de comunicação em equipe, realizar higienização das mãos, empregar equipamentos de proteção individual e conferir a identificação do paciente. A notificação de incidentes também diferiu entre as categorias: 100% dos enfermeiros e 75% dos técnicos relataram preencher o formulário conforme protocolo ($p = 0,028$). A maioria informou atualização profissional por cursos, treinamentos e leitura de diretrizes e relatou estimular a participação do paciente. Conclui-se que há ampla adesão autorreferida a práticas essenciais de segurança, porém persistem diferenças na compreensão conceitual e na formalização da notificação de incidentes. Os achados reforçam a necessidade de educação permanente, fortalecimento da cultura

de segurança e padronização dos fluxos de notificação na APS.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Eventos Adversos; Protocolos de Segurança.

ABSTRACT

Patient safety in Primary Health Care (PHC) requires systematic practices aimed at preventing risks and reducing harm associated with health care. This study aimed to analyze patient safety strategies adopted by nursing professionals in PHC in a large municipality, emphasizing differences between nurses and nursing technicians. This was an exploratory-descriptive study with quantitative analysis of categorized responses, carried out in 25 Primary Health Care units in the urban area of Anápolis, Goiás, Brazil. Thirty-seven professionals participated: 21 nurses and 16 nursing technicians. Data were collected in May 2025 using a semi-structured instrument with ten questions. Absolute and relative frequencies and Fisher's exact test were used, with a 5% significance level. Among nurses, 90.48% associated patient safety with minimizing risks and harm, whereas 62.50% of nursing technicians emphasized humanized care, with a statistically significant difference between groups ($p < 0.001$). All participants reported confirming prescriptions with another professional and checking doses, using team communication strategies, performing hand hygiene, using personal protective equipment, and checking patient identification. Incident reporting also differed between professional categories: 100% of nurses and 75% of nursing technicians reported completing the notification form according to protocol ($p = 0.028$). Most participants reported professional updating through courses, training and guidelines, as well as encouraging patient participation. The findings indicate broad self-reported adherence to essential safety practices, but differences remain in conceptual

understanding and formal incident reporting. Continuing education, a stronger safety culture and standardized reporting flows are therefore required in PHC.

Keywords: Patient Safety; Primary Health Care; Nursing; Adverse Events; Safety Protocols.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui um dos principais eixos de organização do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), funcionando como porta de entrada preferencial e espaço de acompanhamento longitudinal dos indivíduos, famílias e comunidades. Sua atuação ultrapassa a abordagem de condições agudas e abrange promoção da saúde, prevenção de agravos, acompanhamento de condições crônicas, educação em saúde, vigilância e coordenação do cuidado. Nesse contexto, a qualidade da assistência depende não apenas do acesso aos serviços, mas também da capacidade das equipes de reconhecer riscos, prevenir incidentes e estabelecer processos seguros no cotidiano assistencial (BRASIL, 2012; Faust; Ramos; Brehmer, 2024).

A segurança do paciente passou a ocupar posição central nas discussões sobre qualidade em saúde nas últimas décadas. No Brasil, a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em 2013, constituiu marco importante ao estabelecer diretrizes voltadas à prevenção e redução de incidentes e eventos adversos nos serviços de saúde. A iniciativa reforçou a necessidade de desenvolver uma cultura organizacional orientada à aprendizagem, à identificação de riscos e à implantação de práticas sistemáticas que minimizem danos evitáveis (BRASIL, 2013; Costa et al., 2024).

Embora historicamente a produção científica sobre segurança do paciente tenha se concentrado no ambiente hospitalar, a APS apresenta características próprias que justificam investigação específica. Os atendimentos são numerosos, distribuídos em diferentes momentos do percurso assistencial, realizados por equipes multiprofissionais e frequentemente dependentes de continuidade, comunicação, registros adequados e integração entre serviços. Falhas aparentemente pequenas podem produzir consequências importantes quando se repetem ou permanecem invisíveis aos mecanismos de vigilância e gestão (Nora; Beghetto, 2020; Barreto; Servo, 2025).

Entre os problemas descritos na APS estão erros e incidentes relacionados a medicamentos, falhas de identificação, comunicação insuficiente entre profissionais e serviços, inadequações na documentação, dificuldades de referência e contrarreferência, risco de infecções, subnotificação de eventos adversos e fragilidades na participação do usuário. A literatura também destaca que muitos incidentes não resultam imediatamente em dano grave, mas podem revelar falhas latentes no sistema e, portanto, constituir oportunidade para prevenção futura. Nesse sentido, a identificação de near miss e outros incidentes sem dano é parte relevante de uma cultura de segurança madura (Amaro; Schveitzer; Bohomol, 2021; Aguiar et al., 2020).

A equipe de enfermagem ocupa posição estratégica nesse cenário. O enfermeiro participa do planejamento, organização e avaliação das ações assistenciais, além de exercer funções de liderança e coordenação de equipes. O técnico de enfermagem, por sua vez, mantém contato contínuo com o usuário e executa atividades assistenciais que exigem atenção a protocolos, comunicação,

identificação e vigilância de riscos. A interação entre essas categorias é decisiva para a continuidade do cuidado e para a implantação de medidas seguras no ambiente da APS (Metelski et al., 2020; Albuquerque; Araújo; Santos, 2024).

A cultura de segurança depende da existência de protocolos, mas não se limita a documentos formais. Requer compreensão compartilhada sobre o significado da segurança, compromisso institucional, educação permanente, condições de trabalho adequadas e possibilidade de comunicar falhas sem que o processo seja reduzido à culpabilização individual. Estudos brasileiros apontam que a percepção dos profissionais sobre segurança do paciente influencia diretamente a forma como incidentes são reconhecidos, comunicados e utilizados para aprendizagem organizacional (Galhardi et al., 2018; Lopes et al., 2023; Silva et al., 2021).

A notificação de eventos adversos e incidentes constitui ferramenta particularmente importante, pois permite identificar padrões recorrentes, fatores contribuintes e áreas prioritárias para intervenção. Entretanto, a literatura reconhece que a subnotificação continua sendo uma barreira relevante. Entre as dificuldades descritas estão desconhecimento sobre fluxos, receio de punição, ausência de retorno institucional, percepção de que determinados eventos são pouco importantes e sobrecarga de trabalho. Em consequência, parte dos riscos assistenciais permanece invisível aos mecanismos formais de gestão (Mascarenhas et al., 2019; Amaro; Schweitzer; Bohomol, 2021).

Além da dimensão profissional e organizacional, a segurança envolve o próprio paciente. A participação ativa do usuário pode

contribuir para conferência de informações, esclarecimento de dúvidas e identificação precoce de inconsistências. O envolvimento do paciente não transfere para ele a responsabilidade pelo cuidado seguro, mas amplia os mecanismos de comunicação e favorece uma relação de maior transparência entre equipe, usuário e família (Carvalho et al., 2021; Villar; Martins; Rabello, 2023).

Diante desse panorama, compreender como profissionais de enfermagem concebem e operacionalizam a segurança do paciente na APS pode oferecer subsídios para ações educativas, gerenciais e assistenciais. O presente estudo teve como objetivo investigar as estratégias de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde em um município de grande porte, analisando medidas preventivas, protocolos, práticas de comunicação, participação do paciente, atualização profissional e processos de notificação entre enfermeiros e técnicos de enfermagem.

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório-descritivo realizado na Atenção Primária à Saúde do município de Anápolis, Goiás. O trabalho de origem caracteriza a investigação como qualitativa; entretanto, os resultados disponibilizados foram organizados em categorias, frequências absolutas e relativas e comparações estatísticas entre grupos profissionais. Por essa razão, para fins deste artigo, apresenta-se de forma explícita a análise quantitativa das respostas categorizadas, sem atribuir ao material uma análise qualitativa que não está demonstrada nos resultados do documento-fonte.

O cenário da pesquisa compreendeu Unidades Básicas de Saúde da área urbana do município. Segundo o trabalho original, foram

selecionadas 25 entre 48 unidades por amostragem aleatória simples, com auxílio do software Epi Info. O documento informa que essa seleção foi planejada com 95% de confiança e margem de erro de 5%. A escolha aleatória das unidades buscou reduzir vieses de seleção e distribuir a coleta entre diferentes pontos da rede municipal.

Foram elegíveis enfermeiros e técnicos de enfermagem com idade entre 18 e 60 anos, atuação mínima de três meses nas unidades selecionadas e registro no Conselho Regional de Enfermagem. Participaram 37 profissionais, dos quais 21 eram enfermeiros e 16 técnicos de enfermagem. A composição final da amostra corresponde aos profissionais que aceitaram participar e atenderam aos critérios descritos no estudo.

A coleta de dados ocorreu em maio de 2025, após autorização institucional e aprovação ética. Os participantes foram convidados individualmente e receberam esclarecimentos sobre objetivos, procedimentos, voluntariedade e possibilidade de desistência sem prejuízo. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram realizadas em ambientes reservados nas próprias unidades, com duração aproximada entre 30 e 60 minutos. Utilizou-se roteiro semiestruturado com dez perguntas sobre: compreensão do conceito de segurança do paciente; medidas adotadas para prevenção de erros de medicação; comunicação entre membros da equipe; protocolos de prevenção de infecções; resposta a situações de emergência; atualização sobre melhores práticas; participação ativa do paciente; documentação e relato de incidentes; verificação da identidade do usuário; e avaliação da

eficácia das medidas de segurança. As respostas foram registradas em formulários digitais. O documento de origem também informa que dados de áudio foram transcritos com auxílio de software, armazenados de forma restrita e excluídos após validação.

Os dados quantitativos foram tratados por estatística descritiva, mediante frequências absolutas e relativas. Para comparação entre enfermeiros e técnicos de enfermagem foi utilizado o teste exato de Fisher. As análises foram realizadas no software Stata, versão 12.0, adotando-se nível de significância de 5%.

A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2025, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniEVANGÉLICA e da Secretaria Municipal de Saúde, respeitando os preceitos éticos conforme a legislação vigente (Lei nº 14.874/2024). Os participantes foram convidados individualmente a participar da pesquisa, mediante explicação detalhada dos objetivos, metodologia e direitos, incluindo a possibilidade de recusa ou desistência sem prejuízo algum. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3. RESULTADOS

Participaram do estudo 37 profissionais de enfermagem, sendo 21 enfermeiros (56,76%) e 16 técnicos de enfermagem (43,24%). A primeira diferença relevante entre os grupos foi observada na própria compreensão sobre segurança do paciente na APS. Entre os enfermeiros, 19 (90,48%) associaram o conceito à minimização de riscos e danos durante o cuidado, enquanto 2 (9,52%) enfatizaram a garantia de atendimento humanizado. Entre os técnicos, 10 (62,50%) relacionaram a segurança ao atendimento humanizado, 5 (31,25%) à

minimização de riscos e danos e 1 (6,25%) à melhoria da estrutura física da unidade. A diferença entre as categorias foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Nas medidas destinadas à prevenção de erros de medicação, todos os participantes relataram confirmar a prescrição com outro profissional e verificar a dosagem. Do mesmo modo, enfermeiros e técnicos informaram, de forma unânime, promover reuniões regulares e utilizar protocolos de comunicação claros para favorecer comunicação eficaz entre os membros da equipe.

A prevenção de infecções relacionadas à assistência também apresentou resposta uniforme entre os participantes: todos referiram higienização das mãos, uso de equipamentos de proteção individual e limpeza de superfícies. Esses itens demonstraram elevada adesão autorreferida a medidas clássicas de segurança assistencial.

Quanto à resposta a situações de emergência, todos os enfermeiros e 13 técnicos (81,25%) relataram seguir protocolos definidos e manter a calma para agir rapidamente. Três técnicos (18,75%) informaram acompanhar a situação e solicitar ajuda quando necessário. A comparação entre as categorias não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,072$).

Em relação à atualização profissional, 20 enfermeiros (95,24%) e 15 técnicos (93,75%) relataram participação em cursos, treinamentos e leitura de diretrizes atualizadas. Um enfermeiro (4,76%) afirmou utilizar apenas a experiência prática cotidiana, enquanto um técnico (6,25%) referiu assistir a vídeos informais na internet. Não houve diferença significativa entre os grupos ($p = 0,685$).

A participação ativa do paciente foi estimulada principalmente por meio de explicação dos procedimentos e incentivo à realização de perguntas, conduta mencionada por 20 enfermeiros (95,24%) e 13 técnicos (81,25%). Um enfermeiro (4,76%) e dois técnicos (12,50%) declararam evitar envolver o paciente para não gerar ansiedade. Um técnico (6,25%) indicou permitir que o usuário leia o prontuário, caso deseje. A diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa ($p=0,377$).

A documentação e o relato de incidentes constituíram um dos principais achados do estudo. Todos os 21 enfermeiros afirmaram preencher o formulário de notificação conforme protocolo. Entre os técnicos, essa conduta foi indicada por 12 profissionais (75,00%); três (18,75%) relataram informar somente a chefia direta e um (6,25%) declarou registrar apenas em situações com dano grave ao paciente. A diferença entre enfermeiros e técnicos foi estatisticamente significativa ($p=0,028$).

A verificação da identidade do paciente foi relatada por todos os profissionais, por meio da confirmação de nome completo, data de nascimento e conferência de pulseiras ou documentos. Na avaliação da eficácia das medidas de segurança implementadas na prática cotidiana, todos os enfermeiros e 14 técnicos (87,50%) indicaram avaliação de indicadores, revisão de protocolos e realização de auditorias internas. Dois técnicos (12,50%) relataram observar a diminuição de reclamações dos pacientes como parâmetro de avaliação. Não houve diferença estatisticamente significativa nesse item ($p=0,180$).

Tabela 1. Práticas e percepções relacionadas à segurança do paciente segundo categoria profissional. Anápolis, Goiás, 2025.

Item	Enfermeiro n (%)	Técnico n (%)	p-valor
Compreensão sobre segurança do paciente na APS			<0,001
Garantir atendimento humanizado	2 (9,52)	10 (62,50)	
Melhorar a estrutura física da unidade	0	1 (6,25)	
Minimizar riscos e danos durante o cuidado	19 (90,48)	5 (31,25)	
Prevenção de erros de medicação			
Confirmar prescrição com outro profissional e verificar dosagem	21 (100,00)	16 (100,00)	—
Comunicação eficaz na equipe			
Reuniões regulares e protocolos claros	21 (100,00)	16 (100,00)	—
Prevenção de infecções relacionadas à assistência			
Higienização das mãos, uso de EPI e limpeza de superfícies	21 (100,00)	16 (100,00)	—
Resposta a situações de emergência			0,072
Acompanha a situação e chama ajuda quando necessário	0	3 (18,75)	

Segue protocolos e mantém a calma para agir rapidamente	21 (100,00)	13 (81,25)	
Atualização sobre melhores práticas			0,685
Apenas experiência prática do dia a dia	1 (4,76)	0	
Vídeos informais na internet	0	1 (6,25)	
Cursos, treinamentos e diretrizes atualizadas	20 (95,24)	15 (93,75)	
Participação ativa do paciente			0,377
Evita envolver o paciente para não gerar ansiedade	1 (4,76)	2 (12,50)	
Explica procedimentos e incentiva perguntas	20 (95,24)	13 (81,25)	
Permite leitura do prontuário, se desejado	0	1 (6,25)	
Documentação e relato de incidentes			0,028
Informa somente a chefia direta	0	3 (18,75)	
Preenche formulário conforme protocolo	21 (100,00)	12 (75,00)	
Registra apenas casos com dano grave	0	1 (6,25)	
Verificação da identidade do paciente			
Nome completo, data de nascimento e documentos/pulseiras	21 (100,00)	16 (100,00)	—

Avaliação da eficácia das medidas			0,180
Indicadores, revisão de protocolos e auditorias internas	21 (100,00)	14 (87,50)	
Observa redução de reclamações dos pacientes	0	2 (12,50)	

Fonte: dados da pesquisa. Valores apresentados em frequências absolutas e relativas. Teste exato de Fisher com nível de significância de 5%. EPI: equipamento de proteção individual; APS: Atenção Primária à Saúde.

4. DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que a equipe de enfermagem investigada reconhece e relata executar diversas práticas essenciais de segurança do paciente na APS. Entretanto, o estudo também mostra que a segurança não é compreendida de maneira homogênea entre enfermeiros e técnicos de enfermagem. A diferença estatisticamente significativa na concepção do tema indica que a formação, as atribuições profissionais e a posição ocupada no processo de trabalho podem influenciar a forma como o conceito é elaborado e aplicado no cotidiano.

Entre os enfermeiros, predominou a associação da segurança do paciente à minimização de riscos e danos. Esse entendimento se aproxima da perspectiva adotada por políticas e documentos institucionais voltados à segurança, nos quais a prevenção de dano evitável constitui elemento central. A formação do enfermeiro inclui componentes de planejamento, gerenciamento, avaliação e

coordenação do cuidado, o que pode favorecer maior familiaridade com terminologias relacionadas a risco, evento adverso, protocolos e melhoria da qualidade (BRASIL, 2013; Metelski et al., 2020).

Entre os técnicos de enfermagem, por outro lado, o atendimento humanizado foi o aspecto mais frequentemente associado à segurança. Esse resultado não deve ser interpretado como compreensão inadequada, mas como valorização de uma dimensão relacional do cuidado que também interfere na segurança. Escuta, acolhimento, comunicação compreensível e construção de confiança podem facilitar o compartilhamento de informações relevantes, aumentar a adesão às orientações e reduzir ruídos que favorecem falhas. A segurança do paciente, portanto, pode ser entendida como resultado da integração entre componentes técnicos, organizacionais e relacionais, e não como simples cumprimento de procedimentos (Silva et al., 2019; Villar; Martins; Rabello, 2023).

A diferença entre as categorias sugere uma necessidade pedagógica importante: programas de educação permanente devem aproximar essas diferentes dimensões. O profissional que compreende segurança apenas como aplicação de protocolo corre o risco de desconsiderar fatores relacionais e contextuais; da mesma forma, uma compreensão restrita à humanização pode não contemplar de modo suficiente a gestão sistemática de riscos. A construção de uma linguagem comum entre todos os membros da equipe pode fortalecer a cultura de segurança e favorecer respostas mais coordenadas diante de incidentes.

Outro achado expressivo foi a unanimidade das respostas sobre prevenção de erros de medicação. Todos os participantes afirmaram

confirmar a prescrição com outro profissional e verificar a dosagem. A segurança medicamentosa constitui uma área prioritária porque erros podem ocorrer em diferentes etapas, desde prescrição, dispensação e preparo até administração e monitoramento. Na APS, a complexidade é ampliada pelo acompanhamento de pacientes com múltiplas condições crônicas, uso simultâneo de medicamentos e transições entre serviços. O Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos reforça a importância de checagens e barreiras sistemáticas capazes de reduzir falhas evitáveis (ANVISA, 2020; Santos et al., 2021).

Embora a frequência de 100% seja positiva, ela deve ser interpretada com prudência. O estudo mede práticas autorreferidas e não observou diretamente o comportamento dos profissionais. Em pesquisas baseadas em entrevistas, respostas relacionadas a condutas socialmente esperadas podem ser influenciadas por desejabilidade social. Assim, os dados demonstram elevado reconhecimento declarado da importância dessas medidas, mas não permitem concluir que as práticas são executadas de forma integral em todas as oportunidades assistenciais. Estudos futuros com observação direta e auditoria de processos poderiam aprofundar esse aspecto.

A comunicação entre os membros da equipe também foi apontada de forma unânime, com menção a reuniões regulares e uso de protocolos claros. A literatura reconhece a comunicação como componente transversal da segurança, porque grande parte das falhas assistenciais envolve perda, distorção ou ausência de informação. Na APS, essa questão ganha relevância diante do acompanhamento longitudinal, da necessidade de articulação entre diferentes profissionais e da circulação do usuário entre níveis de

atenção. A comunicação estruturada pode reduzir ambiguidades e fortalecer a continuidade do cuidado (Silva et al., 2021; Nora; Beghetto, 2020).

Entretanto, a simples existência de reuniões e protocolos não garante comunicação efetiva. A segurança depende de condições para que informações críticas sejam registradas, compartilhadas e compreendidas por todos os envolvidos. A qualidade dos registros, a clareza das responsabilidades e a existência de mecanismos de retorno também são importantes. Nesse sentido, a cultura de segurança deve favorecer ambientes em que profissionais possam expressar dúvidas, alertar para riscos e comunicar falhas sem receio de represálias desproporcionais (Galhardi et al., 2018; Lopes et al., 2023).

Em relação à prevenção de infecções, todos os participantes referiram higienização das mãos, uso de equipamentos de proteção individual e limpeza de superfícies. Essas ações são coerentes com medidas amplamente recomendadas para reduzir infecções relacionadas à assistência à saúde. Embora a APS apresente perfil distinto do ambiente hospitalar, procedimentos, curativos, administração de medicamentos, vacinação e outras atividades podem envolver exposição a microrganismos e demandam adesão a práticas de prevenção (ANVISA, 2017).

A resposta a situações de emergência apresentou maior heterogeneidade. Todos os enfermeiros e a maioria dos técnicos indicaram seguir protocolos e manter a calma para agir rapidamente, enquanto três técnicos relataram acompanhar a situação e solicitar ajuda quando necessário. A diferença não atingiu significância estatística, mas o achado merece consideração porque

a APS também pode receber usuários em condições agudas inesperadas. A capacidade de reconhecer gravidade, iniciar medidas compatíveis com as atribuições profissionais e acionar suporte adequado integra o preparo das equipes para eventos críticos.

Essa heterogeneidade pode refletir diferenças de formação, escopo de prática, experiência profissional e percepção de responsabilidade em situações emergenciais. O dado não permite afirmar que os profissionais que chamam ajuda atuam de maneira inadequada; em determinadas circunstâncias, acionar suporte pode ser exatamente a conduta correta. Contudo, reforça a importância de treinamento periódico baseado em cenários e definição clara das responsabilidades de cada membro da equipe diante de emergências.

A educação permanente mostrou resultado favorável, uma vez que a grande maioria de enfermeiros e técnicos relatou participar de cursos, treinamentos e leitura de diretrizes atualizadas. A atualização contínua é essencial em segurança do paciente porque processos assistenciais, protocolos e evidências se transformam ao longo do tempo. Intervenções educacionais podem contribuir para melhorar adesão a práticas específicas, como identificação correta do paciente, especialmente quando associadas a monitoramento e feedback (Voltan et al., 2024).

A presença de um enfermeiro que relatou apoiar-se apenas na experiência prática e de um técnico que indicou vídeos informais da internet demonstra, entretanto, que fontes não sistematizadas ainda podem participar do processo de atualização. A experiência profissional possui valor, mas não substitui a necessidade de fundamentação em diretrizes, protocolos institucionais e evidências

científicas. A gestão da APS pode reduzir essa vulnerabilidade mediante programas regulares de capacitação, acesso facilitado a documentos oficiais e espaços de discussão de casos e incidentes.

Outro aspecto importante foi a participação ativa do paciente. A maioria dos profissionais afirmou explicar procedimentos e incentivar perguntas. Essa conduta está em consonância com uma abordagem centrada na pessoa, na qual o usuário é reconhecido como participante do processo de cuidado. Quando recebe informações compreensíveis e tem oportunidade de questionar, o paciente pode identificar divergências, informar alergias, relatar dificuldades no uso de medicamentos e contribuir para a conferência de dados importantes (Carvalho et al., 2021; Villar; Martins; Rabello, 2023).

Apesar disso, alguns profissionais relataram evitar o envolvimento do paciente por receio de gerar ansiedade. Esse resultado evidencia uma tensão entre proteção e participação. A comunicação deve considerar condições clínicas, emocionais e cognitivas do usuário, mas a exclusão sistemática do paciente pode limitar sua autonomia e reduzir uma importante barreira de segurança. O desafio não é simplesmente fornecer mais informações, e sim comunicar-se de forma adequada, progressiva e compreensível, respeitando necessidades individuais.

O resultado de maior relevância para a gestão da segurança foi a diferença na documentação e relato de incidentes. Enquanto todos os enfermeiros informaram preencher o formulário conforme protocolo, apenas 75% dos técnicos relataram a mesma conduta. Entre os demais técnicos, alguns comunicavam apenas à chefia e um profissional afirmou registrar somente quando havia dano grave.

Essa diferença foi estatisticamente significativa e revela uma fragilidade concreta no processo de notificação.

A subnotificação é reconhecida como um dos principais obstáculos à aprendizagem em segurança do paciente. Quando somente eventos graves são formalmente registrados, incidentes sem dano e near miss deixam de ser analisados, apesar de poderem revelar condições perigosas antes que um dano ocorra. Estudos sobre notificação apontam dificuldades relacionadas ao medo de punição, à falta de conhecimento, à sobrecarga e à percepção de que o registro não produz mudanças concretas (Mascarenhas et al., 2019; Amaro; Schweitzer; Bohomol, 2021).

Os dados desta pesquisa não permitem identificar qual dessas barreiras explica o comportamento dos técnicos, porque não foram apresentadas perguntas específicas sobre motivos para notificar ou deixar de notificar. Portanto, não é adequado atribuir a diferença a medo, desconhecimento ou sobrecarga sem investigação adicional. Entretanto, o contraste entre as categorias demonstra que o fluxo não é vivenciado de maneira uniforme e justifica ações educativas e gerenciais dirigidas a toda a equipe.

O fato de parte dos técnicos relatar informar somente a chefia também merece atenção. A comunicação verbal à liderança pode ser importante para resposta imediata, mas não substitui necessariamente o registro formal quando o protocolo institucional prevê notificação. O registro estruturado permite análise agregada, acompanhamento temporal, identificação de recorrências e planejamento de intervenções. Sem documentação, o incidente pode permanecer restrito à memória individual ou à esfera informal da unidade.

Do ponto de vista da cultura de segurança, a notificação deve ser apresentada como ferramenta de melhoria, e não exclusivamente como mecanismo de responsabilização. Isso não significa ausência de responsabilidade profissional, mas reconhecimento de que muitos incidentes resultam da interação entre fatores individuais, ambientais, organizacionais e sistêmicos. O foco na aprendizagem favorece maior transparência e pode ampliar a disposição dos profissionais em relatar riscos (Galhardi et al., 2018; Lopes et al., 2023).

A identificação correta do paciente foi relatada por todos os participantes, com utilização de nome completo, data de nascimento e conferência de documentos ou pulseiras. A identificação representa barreira fundamental contra trocas de usuários, procedimentos realizados na pessoa errada, administração inadequada de medicamentos e erros de registro. A elevada frequência observada indica reconhecimento da importância dessa prática. Novamente, por se tratar de autorrelato, não é possível afirmar adesão absoluta em todas as situações, mas o dado demonstra que o princípio está incorporado ao discurso profissional.

Quanto à avaliação da eficácia das medidas de segurança, a maior parte dos profissionais mencionou indicadores, revisão de protocolos e auditorias internas. Esse resultado é relevante porque a segurança depende de monitoramento contínuo e não apenas da implantação inicial de normas. Indicadores podem mostrar tendências, auditorias podem identificar desvios entre protocolo e prática e revisões periódicas permitem atualização diante de novos riscos. A segurança do paciente precisa ser compreendida como processo contínuo de melhoria, sustentado por dados e revisão sistemática das práticas.

Dois técnicos indicaram a diminuição de reclamações como forma de avaliar a eficácia das medidas. Reclamações dos usuários são importantes fontes de informação sobre qualidade e podem revelar falhas não captadas por outros sistemas, mas não devem ser utilizadas isoladamente como indicador de segurança. Muitos incidentes não geram reclamação, e a ausência de queixa não significa necessariamente ausência de risco. A integração entre diferentes fontes de informação oferece visão mais consistente da realidade assistencial.

Os resultados, em conjunto, apontam que as equipes participantes possuem repertório considerável de práticas seguras, especialmente em medicamentos, comunicação, prevenção de infecções e identificação. Ao mesmo tempo, revelam que a consolidação de uma cultura de segurança exige mais do que adesão declarada a protocolos. É necessário garantir compreensão compartilhada dos conceitos, capacidade de reconhecer incidentes, segurança psicológica para comunicar falhas, educação permanente e retorno institucional sobre os problemas identificados.

Para a enfermagem, os achados reforçam o papel do enfermeiro como articulador do cuidado e facilitador de processos educativos, mas também mostram que a segurança não pode ser atribuída apenas a uma categoria. Técnicos de enfermagem participam diretamente de práticas assistenciais e precisam estar igualmente integrados aos fluxos de comunicação e notificação. Uma cultura verdadeiramente compartilhada depende de participação multiprofissional e de processos que sejam acessíveis a todos.

Para a gestão da APS, algumas implicações são evidentes: revisar os fluxos de notificação, garantir treinamento para todas as categorias,

discutir incidentes em espaços coletivos, monitorar indicadores, reforçar protocolos de identificação e medicação, promover atualização com fontes confiáveis e ampliar a participação do usuário. Ações isoladas têm menor potencial de mudança do que estratégias articuladas que integrem educação, liderança, monitoramento e feedback.

Este estudo apresenta limitações que precisam ser consideradas. A amostra foi composta por 37 profissionais de um único município, o que restringe a generalização para outros contextos. As informações são autorreferidas e, portanto, sujeitas a viés de memória e desejabilidade social. Não houve observação direta das práticas. O instrumento utilizado foi elaborado para a pesquisa e o documento disponibilizado não apresenta informações sobre processo formal de validação. Além disso, embora a coleta tenha utilizado perguntas semiestruturadas, o material apresentado no trabalho original não inclui corpus de falas nem resultados de análise temática; por essa razão, este artigo não produz inferências qualitativas além do que os dados categorizados sustentam.

Outra limitação é a elevada proporção de respostas de 100% em diferentes itens. Esses resultados podem refletir reconhecimento consolidado de práticas essenciais, mas também podem ser influenciados pelo formato do instrumento ou pela tendência a responder de acordo com comportamentos socialmente desejáveis. Estudos futuros poderiam combinar entrevistas, observação direta, auditoria de prontuários, análise de notificações e instrumentos validados de cultura de segurança.

Apesar dessas limitações, a pesquisa apresenta contribuição prática ao comparar duas categorias profissionais que atuam de forma

integrada na APS e identificar uma diferença específica na notificação de incidentes. Esse achado pode orientar intervenções locais e gerar hipóteses para estudos multicêntricos. Ao evidenciar simultaneamente pontos fortes e fragilidades, o estudo contribui para uma abordagem de segurança que reconhece tanto práticas já incorporadas quanto processos que ainda necessitam de fortalecimento.

5. CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que enfermeiros e técnicos de enfermagem da Atenção Primária à Saúde investigada relatam ampla adoção de práticas relacionadas à segurança do paciente, incluindo conferência de prescrição e dosagem, comunicação entre membros da equipe, higienização das mãos, uso de equipamentos de proteção individual, limpeza de superfícies e verificação da identidade do usuário.

Entretanto, foram identificadas diferenças relevantes entre as categorias profissionais. A compreensão conceitual da segurança apresentou distribuição distinta, com maior associação à minimização de riscos e danos entre enfermeiros e maior destaque ao atendimento humanizado entre técnicos. Essa diferença indica a necessidade de integrar dimensões técnicas, gerenciais e relacionais nos processos de educação permanente.

A principal fragilidade observada ocorreu na documentação e relato de incidentes. Todos os enfermeiros relataram preencher o formulário conforme protocolo, enquanto parte dos técnicos informou apenas a chefia ou restringiu o registro a casos de dano grave. Esse resultado demonstra que a notificação deve ser tratada

como prioridade de gestão e educação, com fluxos claros, acessíveis e compreendidos por toda a equipe.

Conclui-se que o fortalecimento da segurança do paciente na APS requer manutenção das práticas já consolidadas e investimento sistemático em cultura de segurança, educação permanente, comunicação, monitoramento de indicadores, participação do paciente e aprendizagem a partir de incidentes. A segurança deve ser compreendida como responsabilidade coletiva e contínua, sustentada por processos organizacionais que transformem riscos identificados em oportunidades concretas de melhoria do cuidado.

6. CONSIDERAÇÕES PARA A PRÁTICA E A GESTÃO

Os resultados podem subsidiar programas locais de capacitação destinados a enfermeiros e técnicos de enfermagem, com ênfase na identificação, classificação, documentação e análise de incidentes. Recomenda-se que a educação permanente utilize situações concretas do cotidiano da APS, favorecendo a compreensão de que eventos sem dano e near miss também constituem fontes relevantes de aprendizagem.

É igualmente recomendável que a gestão estabeleça mecanismos de devolutiva sobre as notificações realizadas. Quando o profissional percebe que o registro produz análise, discussão e mudança de processo, a notificação tende a adquirir maior sentido institucional. Reuniões de equipe podem ser utilizadas para discutir tendências e medidas preventivas sem exposição indevida de indivíduos.

A participação do paciente deve ser incorporada de maneira estruturada, por meio de comunicação clara, incentivo a perguntas e conferência compartilhada de informações. Essa participação deve

ser vista como barreira adicional de segurança e não como transferência de responsabilidade. A equipe permanece responsável pela organização do cuidado, enquanto o usuário contribui com informações e percepção de seu próprio percurso assistencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. 2. ed. Brasília: Anvisa, 2017. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, caderno 4).

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília: Anvisa, 2020.

AGUIAR, Tatiane Lima et al. Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, e190622, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190622>.

ALBUQUERQUE, Robson Jancer; ARAÚJO, Patrícia Gonzalez Machado; SANTOS, Valeska Kely. A atuação do enfermeiro como gestor operacional da atenção primária unidade de saúde no Complexo da Maré, no Rio de Janeiro (RJ). Research, Society and Development, v. 13, n. 4, e3213445512, 2024.

AMARO, Meire Augusta Celestino; SCHVEITZER, Mariana Cabral; BOHOMOL, Elena. Near miss na atenção primária à saúde e a segurança do paciente: revisão integrativa. Nursing (São Paulo), v. 24, n. 273, p. 5279-5288, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i273p5279-5288>.

BARRETO, Rejane Santos; SERVO, Maria Lúcia Silva. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: um estudo bibliométrico da produção científica brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 35, n. 1, e350102, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350102pt>.

BARROS, Catherine Marques et al. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: concepções e desafios vivenciados pelos enfermeiros. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, n. 9, e15435, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e15435.2024>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 1 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, Pedro Rodrigues et al. Participação do paciente na segurança do cuidado: percepção de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. 2, e20200773, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0773>.

COSTA, Isabela Nascimento et al. Eventos adversos e promoção da segurança do paciente. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, n. 5, e16227, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e16227.2024>.

FAUST, Sabrina Blasius; RAMOS, Flávia Regina Souza; BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias. Construção de uma escala de avaliação do ambiente de trabalho na atenção primária à saúde. *Escola Anna*

Nery, v. 28, e20230156, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2023-0156pt>.

GALHARDI, Nathalia Malaman et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. Acta Paulista de Enfermagem, v. 31, n. 4, p. 409-416, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800057>.

LOPES, Brenda de Araújo et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem. Cogitare Enfermagem, v. 28, e86111, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.86111>.

MASCARENHAS, Franciane Aceli de Souza et al. Facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde frente ao processo de notificação de eventos adversos. Texto & Contexto Enfermagem, v. 28, e20180040, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0040>.

MESQUITA, Karina Oliveira et al. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: a visão dos profissionais de enfermagem. SANARE - Revista de Políticas Públicas, v. 19, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36925/sanare.v19i1.1417>.

METELSKI, Fernanda Karla et al. Dimensões da gestão do cuidado na prática do enfermeiro na atenção primária: revisão integrativa. Revista Enfermagem UERJ, v. 28, e51457, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.51457>.

NORA, Carlise Rigon Dalla; BEGHETTO, Mariur Gomes. Patient safety challenges in primary health care: a scoping review. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 5, e20190209, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0209>.

SANTOS, Anna Cecília Soares et al. Erros e incidentes de medicação na atenção primária: revisão integrativa. *Ciência, Cuidado e Saúde*, e42645, 2021.

SILVA, Amarílis Pagel Floriano da et al. Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, e20180164, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180164>.

SILVA, Liliane de Lourdes Teixeira et al. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem. *Escola Anna Nery*, v. 26, e20210130, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0130>.

VILLAR, Vanessa Cristina Felipe Lopes; MARTINS, Mônica; RABELLO, Elaine Teixeira. Qualidade do cuidado e segurança do paciente: o papel dos pacientes e familiares. *Saúde em Debate*, v. 46, p. 1174-1186, 2023.

VOLTAN, Pamela et al. Impacto de uma intervenção educacional na adesão à identificação do paciente pelos profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 33, e20230174, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0174pt>.

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Acadêmica do curso de Enfermagem. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Professora da Universidade Evangélica de Goiás. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Enfermeiro da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Pós-graduada em Enfermagem; HMAP pelo SBIBAE. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Enfermeira e docente. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁸ Enfermeira, docente universitária, pesquisadora e profissional de saúde pública. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁹ Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹⁰ Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹¹ Enfermeira da Unidade de Pronto Atendimento (UPA – AMA). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹² Enfermeira e servidora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Goiânia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

