

Oficina pedagógica como estratégia para educação de profissionais em segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência em um programa de residência de Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro

Pedagogical workshop as a strategy for educating professionals in patient safety in Primary Health Care: experience report in a Family and Community Medicine residency program in the city of Rio de Janeiro

Taller pedagógico como estrategia de formación de profesionales en seguridad del paciente en Atención Primaria de Salud: relato de experiencia en un programa de residencia de Medicina Familiar y Comunitaria en la ciudad de Rio de Janeiro

Rodrigo de Sousa Batista Vieira¹ , Kaique Jesus da Silva² 

¹Secretaria Municipal de Saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Secretaria Municipal de Saúde – Salvador (BA), Brasil.

Resumo

Problema: O modelo de ecologia dos sistemas de saúde postula que a maioria dos atendimentos em saúde acontece fora dos hospitais. Apesar disso, no Brasil, as discussões sobre segurança do paciente permaneceram predominantemente limitadas à atenção hospitalar até meados de 2013. Um estudo estimou que cerca de 1,11% das consultas e procedimentos realizados na Atenção Primária à Saúde (APS) incluíram algum tipo de incidente, corroborando a necessidade de ampliar as discussões sobre o tema na APS. **Método:** Trata-se de um relato de experiência da elaboração e condução de uma oficina educacional sobre segurança do paciente na APS, proposta por médicos residentes e realizada como atividade teórico-prática de um programa de residência em Medicina de Família e Comunidade, em uma Clínica da Família da Zona Norte do município do Rio de Janeiro. **Resultados:** Durante a atividade, foi realizada uma breve apresentação teórica com o objetivo de promover a sensibilização inicial para o tema, em que foram introduzidos o pensamento sistêmico e a metáfora da “casa” para facilitar a compreensão das barreiras de segurança em um serviço e a visualização do processo de construção social da APS. Utilizando-se do conceito, os autores adaptaram e conduziram uma oficina que estimulou a identificação de questões de segurança do paciente nos oito macroprocessos da APS. Dessa forma, os participantes puderam compreender os níveis de organização dos serviços e a sua complexidade, ao serem convocados ao compartilhamento e à reflexão crítica das práticas de diferentes processos e classes profissionais. **Conclusão:** A sessão propiciou a sensibilização inicial para o tema, evidenciando a eficácia da abordagem escolhida, assim como a necessidade de mais discussões sobre segurança do paciente na APS e de maior envolvimento e capilaridade das ações por todos os setores e profissionais das unidades. Também são necessários mais estudos que avaliem as características dos incidentes e estratégias para melhorar a segurança do paciente nesse contexto.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Segurança do paciente; Educação permanente; Profissionais de saúde.

Como citar: Vieira RSB, Silva KJ. Oficina pedagógica como estratégia para educação de profissionais em segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência em um programa de residência de Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2026;21(48):4228. [https://doi.org/10.5712/rbmfc21\(48\)4228](https://doi.org/10.5712/rbmfc21(48)4228)

Autor correspondente:

Rodrigo de Sousa Batista Vieira

E-mail: rodrigobvieira@outlook.com

Fonte de financiamento:

não se aplica

Parecer CEP:

não se aplica

TCLE:

não se aplica

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 07/04/2024

Aprovado em: 08/06/2026

Editor Associado:

Rodolfo Rêgo Deusdará Rodrigues



Abstract

Problem: The “ecology of medical care” model posits that the majority of healthcare encounters occur outside of hospitals. Despite this, in Brazil, discussions regarding patient safety remained predominantly confined to hospital care until mid-2013. A study estimated that approximately 1.11% of consultations and procedures conducted in Primary Health Care (PHC) involved some type of incident, underscoring the need to broaden discussions on the topic in PHC. **Methods:** This is an experience report on the development and implementation of an educational workshop on patient safety in PHC, proposed by medical residents and conducted as a theoretical-practical activity of a Family and Community Medicine residency program at a Family Clinic in the Northern Zone of the municipality of Rio de Janeiro (RJ). **Results:** During the activity, a brief theoretical presentation was given to raise initial awareness of the topic, in which systemic thinking and the “house” metaphor were introduced to facilitate understanding of safety barriers within a service and the visualization of the social construction process of PHC. Using this concept, the authors adapted and conducted a workshop that encouraged the identification of patient safety issues across the eight macroprocesses of PHC. Thus, participants were able to understand the organizational levels of services and their complexity and were invited to share and critically reflect on the practices of different processes and professional groups. **Conclusion:** The session provided an initial awareness of the topic, highlighting the effectiveness of the chosen approach, as well as the need for further discussions on patient safety in PHC, and greater involvement and broader implementation of actions by all sectors and professionals within the units. More studies are also needed to assess the characteristics of incidents and strategies to improve patient safety in this context.

Keywords: Primary health care; Patient safety; Continuing education; Health personnel.

Resumen

Problema: El modelo de ecología de los sistemas de salud postula que la mayoría de las atenciones médicas ocurren fuera de los hospitales. A pesar de ello, en Brasil, las discusiones sobre la seguridad del paciente permanecieron predominantemente limitadas a la atención hospitalaria hasta mediados de 2013. Un estudio evaluó que aproximadamente el 1,11% de las consultas y procedimientos realizados en la Atención Primaria de la Salud (APS) incluyen algún tipo de incidente, corroborando la necesidad de ampliar las discusiones sobre el tema en la APS. **Método:** Relato de experiencia de la elaboración y conducción de un taller educativo sobre seguridad del paciente en la APS, propuesto por médicos residentes y realizado como actividad teórico-práctica de un programa de residencia en Medicina de Familia y Comunitaria de Rio de Janeiro, en una Clínica de la Familia de la Zona Norte del municipio. **Resultados:** Durante la actividad, se realizó una breve presentación teórica con el objetivo de sensibilizar inicialmente sobre el tema, donde se introdujeron el pensamiento sistémico y la metáfora de la casa, que facilitan la comprensión de las barreras de seguridad en un servicio y la visualización del proceso de construcción social de la APS. Utilizando este concepto, los autores adaptaron y aplicaron un taller que estimuló la identificación de seguridad del paciente en los ocho macroprocesos de la APS. De esta manera, los participantes pudieron comprender los niveles de organización de los servicios y su complejidad, al ser llamados a compartir y reflexionar críticamente sobre las prácticas de diferentes procesos y clases profesionales. **Conclusión:** La sesión propició la sensibilización inicial sobre el tema, demostrando la eficacia del enfoque elegido y también la necesidad de más discusiones sobre la seguridad del paciente en la APS y un mayor involucramiento y capilaridad de las acciones por todos los sectores y profesionales de las unidades. También son necesarios más estudios que evalúen las características de los incidentes y las estrategias para mejorar la seguridad del paciente en este contexto.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Seguridad del paciente; Educación continua; Personal de salud.

INTRODUÇÃO

A máxima *Primum non nocere*, ou “primeiro, não prejudicar” — axioma frequentemente atribuído a Hipócrates (460 a 370 a.C.) — sugere que já nos tempos antigos se teria alguma noção de que o cuidado médico pode levar a danos desnecessários¹. Ao longo da história, muitos outros precursores deram passos importantes nesse sentido, mas o conceito de segurança do paciente de fato entrou em evidência mundial somente a partir da publicação do relatório *To Err is Human*² em 1999, que trouxe um levantamento da incidência de eventos adversos em hospitais nos Estados Unidos da América (EUA) e da sua consequente alta taxa de mortalidade.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, da qual o Brasil é um dos países-membros³, e segue propondo campanhas para maior conscientização sobre o tema, como o recente Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente⁴. No Brasil, a iniciativa Rede de Hospitais Sentinela, criada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), foi um marco importante que desencadeou o estabelecimento de mais estratégias com este

mesmo objetivo⁵. Porém, a despeito dessas iniciativas, as discussões sobre segurança do paciente permaneceram predominantemente limitadas à atenção hospitalar.

O modelo de ecologia dos sistemas de saúde⁶ postula que a grande maioria dos atendimentos em saúde acontece fora dos hospitais, seja nas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, ambulatórios especializados ou unidades pré-hospitalares móveis e fixas, seja nas ruas, ou até mesmo no domicílio de usuários dos serviços de saúde. Sendo assim, em 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente⁷ e atualmente está em fase de minuta a Política Nacional de Segurança do Paciente⁸, ambos com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa a porta de entrada dos usuários na Rede de Atenção à Saúde⁹, tendo como base seus atributos essenciais de acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Sob essa ótica, é fundamental que a APS tenha a segurança do paciente consolidada para desempenhar seus atributos de forma qualificada, conforme a menção ao tema incluída na última atualização da Política Nacional de Atenção Básica¹⁰. Além disso, aplicar conhecimentos de segurança do paciente na abordagem individual representa uma competência essencial esperada do Médico de Família e Comunidade¹¹.

A OMS caracteriza um incidente como um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou — e neste último caso, é chamado de evento adverso — em dano desnecessário ao paciente, podendo decorrer de atos intencionais ou não intencionais¹². O estudo de Montserrat-Capella et al.¹³, conduzido em ambulatórios no México, Peru, Brasil e Colômbia, encontrou uma prevalência de 5,2% de eventos adversos em relação ao total de participantes, dos quais quase metade foi considerada evitável. Já o estudo de Marchon et al.¹⁴, realizado em 13 Unidades de Saúde da Família do estado do Rio de Janeiro, estimou que cerca de 1,11% das consultas e procedimentos realizados pelos participantes incluíram algum tipo de incidente (125 de 11.233), dos quais 82% causaram dano ao paciente e 7% levaram ao óbito. Os achados corroboram a necessidade e a urgência de ampliar e tornar sistemáticas as discussões sobre segurança do paciente, sobretudo na APS e nos demais serviços não hospitalares.

Aproveitando o ensejo do Dia Mundial da Segurança do Paciente, convencionado em 17 de setembro pela OMS, e motivados em ampliar as discussões na Unidade de Saúde da Família na qual são residentes em Medicina de Família e Comunidade, os autores deste relato de experiência elaboraram e conduziram uma oficina direcionada aos profissionais do serviço, conforme descrito e discutido neste trabalho.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência do planejamento e execução de uma oficina educacional sobre segurança do paciente na APS, proposta por médicos residentes e realizada como atividade teórico-prática de um programa de residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro, em uma Clínica da Família da Zona Norte do município, em 25 de outubro de 2023.

A unidade é composta por sete equipes de Saúde da Família, todas com um médico preceptor, um residente do primeiro ano e um do segundo ano de Medicina de Família e Comunidade. Todos são convidados a participar das atividades teóricas semanais na própria clínica, em que duplas de residentes, sendo um de cada ano, apresentam uma sessão clínica desenvolvida por eles sobre um determinado tema definido por necessidades pedagógicas de cada residente, equipe ou da unidade como um todo. Além dos residentes e preceptores, outros profissionais podem ser convidados a assistir às sessões.

Previamente à aplicação da oficina, os autores realizaram um levantamento bibliográfico nas plataformas Biblioteca Virtual em Saúde, Google Acadêmico, PubMed e SciELO, a fim de fundamentar a realização da atividade. Utilizaram-se como descritores os termos “segurança do paciente”, “educação em saúde”, “Atenção Primária à Saúde” e “qualidade da assistência à saúde”, com seleção por conveniência dos textos e artigos para leitura e referência. Além disso, os autores também oportunizaram discussões nos campos de estágio da residência para reunir sugestões de livros e materiais sobre os temas de segurança do paciente e educação em saúde.

A participação na oficina foi voluntária. Os dados obtidos por observação direta não foram registrados em diário de campo. Ademais, não foram citados os nomes ou quaisquer outros dados que pudessem identificar os pacientes ou profissionais envolvidos em cada incidente descrito nos casos disparadores, que foram adaptados livremente pelos autores para fomentar a discussão acerca dos temas propostos. Não foram coletados quaisquer dados de participantes em nenhum momento da confecção deste trabalho. Ademais, não há documentos adicionais relacionados ao trabalho. Como se trata de um relato de experiência que emergiu da realidade, este estudo não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa e foi conduzido em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudos nacionais, como o de Marchon et al.¹⁴, e internacionais¹⁵, indicam que falhas de comunicação são o principal fator contribuinte para a ocorrência de incidentes na APS, seguido por falhas no cuidado. Inúmeras estratégias têm sido implementadas em serviços de saúde ao redor do mundo para minimizar os erros e melhorar a segurança do paciente¹⁶; porém, apesar de esse ser um tema cada vez mais presente em discussões no âmbito da APS, é importante destacar a escassez de estudos encontrados nas bases de dados utilizadas. Essa percepção é compartilhada por Makeham et al.¹⁷, ao afirmar que as pesquisas sobre o tema nesse contexto ainda estão dando seus primeiros passos.

Nesse contexto, diante da curiosidade dos residentes e da ausência de atividades teóricas sobre o tema nas sessões clínicas semanais na Clínica da Família e no cronograma de aulas do programa de residência, definiu-se o tema da atividade. Estiveram presentes os residentes, os preceptores e também a farmacêutica e coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente da unidade. Inicialmente, realizou-se uma busca bibliográfica sobre segurança do paciente na APS em bases de dados indexadas e documentos governamentais nacionais e internacionais.

Elaborou-se, então, uma breve apresentação expositiva inicial sobre o tema para sensibilização dos participantes, seguida da discussão de casos-problema com duração prevista de uma hora. Foram utilizados casos de incidentes reais ocorridos nos diversos setores da Unidade de Saúde da Família como disparadores para as discussões, cada um deles relacionado a um dos oito macroprocessos da APS, envolvendo diferentes categorias profissionais, sem identificação dos envolvidos.

Durante a apresentação teórica inicial, foi apresentado o modelo do queijo suíço de Reason¹⁸, que reforça a necessidade de uma visão sistêmica, em vez de uma abordagem que busca culpabilizar indivíduos, para a criação de uma cultura de segurança. O pensamento sistêmico facilita a compreensão das múltiplas barreiras de segurança existentes em um serviço e mostra que falhas individuais ou mesmo em um único nível de organização normalmente não são suficientes para causar um incidente¹⁹.

Ainda que basilares para a maioria das intervenções até hoje e constituam o primeiro passo para estabelecer uma cultura de segurança²⁰, as seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, que compõem as ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente⁷, foram inicialmente elaboradas como padrões para acreditação de serviços hospitalares²¹, sendo, portanto, pouco específicas para serviços de APS. Por esse motivo, um dos desafios encontrados durante a elaboração da dinâmica foi contextualizar as metas para os processos de trabalho de uma Unidade de Saúde da Família.

Com esse objetivo, foi introduzida a metáfora da casa, que visualiza o processo de construção social da APS e seus macro- e microprocessos como alicerce, paredes, teto, telhado, portas e janelas de uma casa, sendo eles: os macro- e microprocessos básicos; os macroprocessos de atenção aos eventos agudos; os macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, enfermidades e pessoas hiperutilizadoras; os macroprocessos de atenção preventiva; os macroprocessos de demandas administrativas; os macroprocessos de atenção domiciliar; os macroprocessos do autocuidado apoiado; e os macroprocessos de cuidados paliativos²².

Utilizando-se do conceito, os autores adaptaram a oficina proposta por Fernandes et al.²³, que estimula a identificação de questões de segurança do paciente dentro de cada um dos oito macroprocessos. Os 14 profissionais de saúde presentes foram divididos em dois grupos e cada grupo recebeu quatro situações-problema. Foi proposto que se discutisse, propusesse e escrevesse em papéis autoadesivos estratégias de segurança do paciente voltadas para cada incidente, colando-os na casa desenhada previamente no quadro branco. Essa etapa teve duração de cerca de 20 minutos. Posteriormente, foram realizados o compartilhamento e a breve discussão das proposições apresentadas.

Ao discutir os casos disparadores e usar papéis autoadesivos para compartilhar suas proposições com o grupo, os participantes puderam ter uma representação visual de como a edificação da APS ocorre de forma sistêmica e integrada, compreendendo os níveis de organização que compõem um serviço e a sua complexidade. Por meio da observação direta, os autores puderam avaliar que os participantes se mostraram profundamente mobilizados pelos casos, expressando indignação com os incidentes discutidos e surpresa ao perceber que todos foram elaborados com base em casos reais.

Uma revisão de literatura²⁴ mostrou que estratégias como o treinamento de profissionais prescritores, especialmente ao mesclar metodologias passivas e ativas, contribuem de forma eficaz para a redução de erros. Desse modo, ao elaborar a oficina, os autores reservaram um breve momento para uma introdução expositiva, seguido da aplicação da metodologia ativa da metáfora da casa, que alicerçava na estratégia pedagógica da prática reflexiva. Conforme destaca Freire²⁵, o aprendizado de adultos pressupõe, dentre outros aspectos, a reflexão crítica sobre a prática e exige respeito aos saberes do educando. Partindo desses pressupostos, o método escolhido convoca os participantes ao compartilhamento mútuo e à ponderação crítica sobre as práticas profissionais, o que contribuiu para a qualificação do olhar sobre a temática, segundo devolutiva verbalizada pelos participantes ao final da atividade.

Além disso, na contramão de perspectivas reducionistas e desarticuladas entre si, as atividades de educação permanente devem envolver uma diversidade de atores e processos do cuidado, orientadas para o desenvolvimento e mudança institucional das equipes e grupos sociais, conforme reitera a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde²⁶. Sendo assim, por meio dos casos disparadores envolvendo diferentes processos e classes profissionais, buscaram-se estratégias interprofissionais na solução de problemas.

No âmbito da educação formal de profissionais de saúde atuantes na APS, especialmente médicos, observa-se ênfase ao tema nas últimas diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina²⁷ e na

pós-graduação médica¹¹, ainda que sem transversalizar com os múltiplos macroprocessos do cuidado, o que fragiliza a incorporação plena da segurança do paciente na APS. Dessa forma, enquanto residentes de Médico de Família e Comunidade, os autores acreditam que a experiência de elaborar e conduzir a oficina contribuiu para sua formação ao estimular a busca bibliográfica, trabalho em equipe, criatividade e desenvoltura para conduzir discussões em grupo, ampliando sua compreensão sobre métodos de ensino e aprendizagem horizontais e participativos e habilidades de preceptoria, além de expandir os conhecimentos sobre o tema. As metodologias e conteúdos empregados na oficina, bem como as percepções dos autores sobre a sua condução estão resumidos no Quadro 1.

Quadro 1. Metodologias de ensino-aprendizagem, conteúdos e percepções dos ministrantes da oficina.

Metodologia de ensino-aprendizagem	Introdução expositiva sobre conceitos em segurança do paciente e posterior discussão de casos disparadores
Conteúdos	Conceito e marcos históricos no Brasil e no mundo da segurança do paciente; Cultura de segurança do paciente; O modelo de ecologia dos sistemas de saúde e a importância do tema no contexto da Atenção Primária à Saúde; Metas internacionais de segurança do paciente; O processo de construção social da Atenção Primária à Saúde com macro- e microprocessos; Discussão de casos disparadores envolvendo incidentes na Atenção Primária à Saúde.
Percepção dos ministrantes	Os participantes se mostraram visivelmente mobilizados pela atividade, expressando indignação com os incidentes discutidos e descrevendo se sentirem mais preparados para trabalhar a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde ao final da atividade. Os participantes também trouxeram como <i>feedback</i> a necessidade de transversalização do tema nos canais teóricos do programa de residência e reuniões da Clínica da Família. Uma limitação observada na oficina foi a pouca diversidade de categorias profissionais representadas.

Fonte: Elaboração própria.

Apesar do caráter inovador e bem-sucedido da sessão clínica na unidade e no canal teórico do programa de residência médica, os autores compreendem que a limitada diversidade de classes profissionais presentes durante a aplicação da metodologia ativa reduziu a capacidade de análise e construção de estratégias interprofissionais direcionadas à segurança do paciente na APS. Além disso, conforme o *feedback* oral realizado pelos participantes ao final da atividade, esse fato evidenciou a necessidade de transversalização do tema nos canais teóricos do programa de residência médica e da implementação da cultura de segurança do paciente na unidade como algo perene no qual os diversos profissionais, setores e processos específicos se combinam em um projeto global de desenvolvimento ao longo do tempo.

CONCLUSÕES

Na percepção dos autores e participantes, a sessão clínica propiciou a sensibilização inicial para o tema, tido como desconhecido até então, seja pelo momento expositivo de introdução ao tema ou pela aplicação da oficina e pela oportunidade de prática reflexiva e integrada. Isso indica a eficácia da abordagem escolhida, assim como a necessidade de mais discussões sobre a segurança do paciente no âmbito da APS.

Apesar da implementação de algumas estratégias na APS carioca, tais como as comissões de revisão de prontuário e a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente, ainda é necessário maior envolvimento e capilaridade das ações por todos os setores e profissionais das unidades. Por fim, é indispensável a realização de mais estudos que avaliem as características dos incidentes na APS e estratégias para melhorar a segurança do paciente nesse contexto.

CONFLITOS DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

RSBV: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Obtenção de financiamento, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização. KJS: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Obtenção de financiamento, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização.

REFERÊNCIAS

1. Silva Filho CSM. Os princípios bioéticos. *Resid Pediatr*. 2017;7(1):39-41. <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2017.v7n1-09>
2. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academies Press; 2000. <https://doi.org/10.17226/9728>
3. Pittet D, Donaldson L. Clean care is safer care: the first global challenge of the WHO World Alliance for Patient Safety. *Am J Infect Control*. 2005;33(8):476-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2005.08.001>
4. Astier-Peña MP, Martínez-Bianchi V, Torijano-Casalengua ML, Ares-Blanco S, Bueno-Ortiz JM, Fernández-García M. El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. *Aten Primaria*. 2021;53(Suppl 1):102224. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102224>
5. Ue LY, Oliveira DCAN. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. In: Dalcin TC, Daudt CG. *Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: teoria e prática*. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento; 2020. p. 20-30.
6. Green LA, Fryer Jr GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;344(26):2021-5. <https://doi.org/10.1056/nejm200106283442611>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acessado em 04 fev. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Resumo Executivo. 3ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2026 [acessado em 24 maio 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2026/marco/resumo-executivo-3a-reuniao-ordinaria.pdf/@download/file>
9. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde. Cazaquistão; 1978 [acessado em 04 fev. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
10. 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) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acessado em 17 fev. 2024]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>
11. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. EPAs nacionais em Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2025 [acessado em 24 mai. 2026]. Disponível em: <https://sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2025/06/EPAs-Nacionais-em-Medicina-de-Familia-e-Comunidade-Marco-Zero-SBMFC-2025.pdf>
12. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report [Internet]. 2009 [acessado em 12 fev. 2024]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf

13. Montserrat-Capella D, Suárez M, Ortiz L, Mira JJ, Duarte HG, Reveiz L, et al. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. *Int J Qual Health Care*. 2015;27(1):52-9. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu100>
14. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(11):2313-30. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194214>
15. The Health Foundation. Evidence scan: levels of harm in primary care [Internet]. 2011 [acessado em 31 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/LevelsOfHarmInPrimaryCare.pdf>
16. The Health Foundation. Evidence scan: improving safety in primary care [Internet]. 2011 [acessado em 31 mar. 2024]. Disponível em: <http://www.health.org.uk/sites/health/files/ImprovingSafetyInPrimaryCare.pdf>
17. Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Methods and measures used in primary care patient safety research [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [acessado em 30 mar. 2024]. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/ps-research/makeham_dovey_full.pdf
18. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768-70. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
19. World Health Organization. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition [Internet]. 2011 [acessado em 31 mar. 2024]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf
20. Panattieri ND, Dackiewicz N, Arpi L, Godio C, Andión E, Negrette C, et al. Patient safety and the international goals: Consensus document. *Arch Argent Pediatr*. 2019;117(6):S277-S309. <https://doi.org/10.5546/aap.2019.s277>
21. Joint Commission International. International patient safety goals [Internet]. 2024 [acessado em 31 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals>
22. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conass; 2015.
23. Fernandes ATF, Gomes FB, Ellwanger J. Oficinas como estratégias educacionais para profissionais de saúde. In: Dalcin TC, Daudt CG, eds. *Segurança do paciente na atenção primária à saúde: teoria e prática*. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento; 2020. p. 170-95.
24. Figueiras A, Sastre I, Gestal-Otero JJ. Effectiveness of educational interventions on the improvement of drug prescription in primary care: a critical literature review. *J Eval Clin Pract*. 2001;7(2):223-41. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2753.2001.00234.x>
25. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2004 [acessado em 17 fev. 2024]. Disponível em: https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/cgp/coord_sudeste/imagens/NEP/PORTARIA_N_198_de_13_de_fevereiro_de_2004.pdf
27. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 30 de setembro de 2025. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2025 [acessado em 24 mai. 2026]. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2025/10/Resolução-CNE-CES-no-3-2025_DCNs-de-graduação-em-Medicina_-1.pdf