



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL- CAMPUS PASSO FUNDO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE ÊNFASE
SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE NÚCLEO DE ENFERMAGEM**

ALESSANDRA SUPTITZ CARNEIRO

**SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

PASSO FUNDO

2018

ALESSANDRA SUPTITZ CARNEIRO

**SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, ênfase Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Orientadora: Profa. Dra. Adriana Remião Luzardo Coorientadora: Enfa. Leila Juliana Antunes Riggo

PASSO FUNDO

2018

PROGRAD/DBIB - Divisão de Bibliotecas

Carneiro, Alessandra Suptitz
SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / Alessandra Suptitz
Carneiro. -- 2018.
135 f.:il.

Orientadora: Adriana Remião Luzardo.
Co-orientadora: Leila Juliana Antunes Riggo.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Programa
de Residência Multiprofissional em Saúde, Ênfase Saúde
da Família e Comunidade , Passo Fundo, RS, 2018.

1. Segurança do Paciente. 2. Atenção Primária à
Saúde. 3. Residência Multiprofissional. I. Luzardo,
Adriana Remião, orient. II. Riggo, Leila Juliana
Antunes, co-orient. III. Universidade Federal da
Fronteira Sul. IV. Título.

ALESSANDRA SUPTITZ CARNEIRO

**SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, ênfase Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Remião Luzardo

Coorientadora: Enfa. Leila Juliana Antunes Riggo

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:

27 / 02 / 2018

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Adriana Remião Luzardo – UFFS



Profa. Dra. Ivana Loraine Lindermann – UFFS



Prof. Dr. Rafael Kremer – UFFS



Enfa. Leila Juliana Antunes Riggo – Prefeitura Municipal de Marau/RS

*Dedico aos meus pais, Ilone e Luiz, aos
meus irmãos, Andréia, André e Joe,
e ao meu noivo, Maiquel, que apesar de me desejarem
por perto sempre entenderam e apoiaram meu desejo de
voar mais longe.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me conceder força e saúde para trilhar esse lindo caminho o qual sonhei durante tanto tempo. Que sua proteção divina continue a me guiar durante cada escolha.

Aos meus pais, que por diversas vezes renunciaram seus desejos para possibilitarem os meus e de meus irmãos. Em especial, a minha mãe, Ilone, exemplo de mulher forte e batalhadora que desde cedo me ensinou, mesmo que empiricamente, sobre a “arte de cuidar”.

Aos meus irmãos Andreia, André e Joe. Singulares em cada pedacinho, mas que durante minha caminhada uniram-se a um desejo em comum, o apoio incondicional. Sei que fui presença constante nas orações de cada um.

Ao meu amor, Maiquel. Que tem me acompanhado desde o início de minha história com a Enfermagem, de lá até aqui, já são sete anos de cumplicidade entre nós. Fico tão feliz quando vejo em teu olhar o orgulho que sente diante das minhas conquistas, que na verdade sempre foram nossas. Obrigada por entender minha ausência sempre que necessário, e também por tornar os meus sonhos nos teus sonhos. A ti, todo meu amor e gratidão. À família Bohnenberger, que tem sido meu segundo lar há alguns anos. Obrigada pelas mensagens de apoio e estímulo, vocês são especiais.

As minhas colegas, amigas, cúmplices e confidentes, também conhecidas como residentes: Gabrieli, Daniele, Marina, Gabriela e Andressa. Com vocês aprendi que ser “residente” vai muito além do intenso processo agridoce que passamos ao longo desses dois anos. Saibam que quando pensar neste período vocês serão sempre a minha lembrança mais bonita.

À nossas eternas “Rs”: Francine, Viviane, Rosane e Bruna, que tão bem nos acolheram e foram as melhores R2 que poderíamos ter tido.

À Equipe da ESF Santa Rita. Que belo exemplo pude ter junto de vocês! Hoje carrego comigo um pedacinho de cada um na enfermeira em que me tornei, e tenham certeza que gosto muito dessa composição.

À UFFS, que por meio de seus docentes e colaboradores vem dando força e forma ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Em especial, a professora Vanderléia, que acompanha esse processo desde sua concepção. É

notório em teu olhar todo o amor que tens pela causa, e que tua energia positiva tornou esse caminho mais leve.

À minha orientadora Adriana, pelos conhecimentos compartilhados mesmo que a distância. Gratidão por ter me acolhido!

Ao município de Marau/RS que abraçou a Residência e nos possibilitou vivenciar esse processo com tanta qualidade. Que continue sendo palco da realização de mais sonhos como este, tão necessários a saúde pública de qualidade.

As preceptoras e facilitadoras da Residência, que se empenham diariamente na construção e manutenção do programa. Especialmente a minha preceptora, enfermeira Leila, que durante esses dois anos me acolheu e me impulsionou a voar mais alto.

Aos meus amigos “barreirenses”, que compartilharam comigo deste e de outros sonhos, que se renovam e ganham forças a cada encontro nosso.

À vida, em toda a sua intensidade e plenitude. Por ter me proporcionado conhecer tantos lugares e pessoas incríveis. E que através da educação pública de qualidade, tem me possibilitado crescer pessoalmente e profissionalmente de uma forma que jamais sonhei que poderia.

Eu admiro aquele que sabe que entre o plantar e
colher, existe o regar e esperar.

Caio Fernando Abreu

RESUMO

O presente estudo insere-se no campo de discussões da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS). Teve como objetivo geral analisar os conhecimentos sobre a segurança do paciente na APS em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do Rio Grande do Sul (RS). A proposta metodológica deste estudo combinou as abordagens quantitativa e qualitativa através de uma pesquisa-intervenção. No aspecto quantitativo foi realizado um estudo transversal por meio de um seminário de campo, utilizando-se de pré e pós teste e a aplicação de um instrumento de Investigação de Incidentes. Já na abordagem qualitativa foi realizado um estudo exploratório e descritivo. Para tanto, utilizou-se a metodologia do grupo focal por associação livre. Para análise dos dados da parte quantitativa utilizou-se o programa de computação Stata for Windows, e para a análise da abordagem qualitativa foi utilizado o método da categorização de dados proposto por Bardin. Os resultados do estudo mostraram que o conhecimento dos profissionais sobre segurança do paciente ainda é incipiente, entretanto, através de abordagens educativas pode-se mudar esse panorama e instigar a introdução de novos conhecimentos visando a promoção do cuidado de forma segura.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

This study is part of the discussion on patient safety in Primary Health Care (PHC). The general objective was to analyze the knowledge about patient safety in PHC in a Family Health Strategy (ESF) of a municipality in Rio Grande do Sul (RS). The methodological proposal of this study combined the quantitative and qualitative approaches through an intervention research. In the quantitative aspect, a cross-sectional study was carried out through a field seminar, using pre and post test and the application of an Incident Investigation tool. In the qualitative approach, an exploratory and descriptive study was carried out. For this, we used the focal group methodology by free association. Stata for Windows was used to analyze the quantitative data, and for the analysis of the qualitative approach we used the data categorization method proposed by Bardin. The results of the study showed that the knowledge of professionals about patient safety is still incipient, however, through educational approaches can change this panorama and instigate the introduction of new knowledge to promote the care safely.

Key words: Patient Safety. Primary Health Care. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura Gerencial da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Marau/RS.....	22
Figura 2 – ESF Santa Rita.....	30
Figura 3 – Microáreas de abrangência da ESF Santa Rita.....	30
Figura 4 – Teoria do Queijo Suiço.....	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis Sociodemográficas.....	50
Quadro 2 – Variáveis do Instrumento; Conhecimento sobre Segurança do Paciente.....	51

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas, obtidas de pesquisa em uma Estratégia de Saúde da Família. Marau, Rio Grande do Sul, 2017,(N= 17)....61
- Tabela 2 – Distribuição de características da profissão, obtidas de pesquisa direta em uma Estratégia de Saúde da Família. Marau, Rio Grande do Sul, 2017, (N= 17)..... 61
- Tabela 3 – Distribuição das características da equipe, obtidas de pesquisa direta em uma Estratégia de Saúde da Família. Marau, Rio Grande do Sul, 2017, (N= 17)..... 62
- Tabela 4 – Distribuição das características da formação dos participantes, obtidas de pesquisa direta em uma Estratégia de Saúde da Família. Marau, Rio Grande do Sul, 2017, (N= 17)..... 63
- Tabela 5 - Distribuição da avaliação do conhecimento acerca da segurança do paciente, obtida de pesquisa direta em uma Estratégia de Saúde da Família. Marau, Rio Grande do Sul, 2017, (N= 17)..... 65
- Tabela 6 – Distribuição de incidentes no cuidado à saúde do paciente, obtida de pesquisa direta em uma Estratégia de Saúde da Família. Marau, Rio Grande do Sul, 2017, (N= 17)..... 66
- Tabela 7 – Distribuição da avaliação do conhecimento - questões de 17 a 21, acerca da segurança do paciente, obtida de pesquisa direta em uma Estratégia de Saúde da Família. Marau, Rio Grande do Sul, 2017, (N= 17)..... 68
- Tabela 8 – Distribuição da ocorrência de incidentes vivenciados pelos participantes, obtidas de pesquisa direta em uma Estratégia de Saúde da Família. Marau, Rio Grande do Sul, 2017, (N= 17)..... 69
- Tabela 9 – Distribuição da variável ocorrência de outros incidentes vivenciados pelos participantes, obtidas de pesquisa direta em uma Estratégia de Saúde da Família. Marau, Rio Grande do Sul, 2017, (N= 17)..... 70

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. DESENVOLVIMENTO.....	20
2.1 DIAGNÓSTICO: CONHECENDO O MUNICÍPIO DE MARAU (RS)	20
2.1.1 Contextualização do município onde está sendo realizada a residência.	20
2.1.2 Contextualização do Sistema e da rede de saúde local e regional.....	21
2.1.3 Contextualização do engajamento público da Unidade de Saúde.....	24
2.1.4 Contextualização da estrutura da Unidade de Saúde.....	25
2.1.5 Contextualização do processo de trabalho na Unidade de Saúde.....	28
2.1.6 Contextualização da população.....	29
2.2 ESCOLHA E PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO.....	32
2.2.1 Introdução.....	33
2.2.2 Objetivos.....	38
2.2.2.1 Objetivo geral.....	38
2.2.2.2 Objetivos específicos.....	38
2.2.3 Referencial teórico.....	39
2.2.3.1 A segurança do paciente como elemento fundamental e necessário no cuidado em saúde.....	39
2.2.3.2 Segurança do paciente no contexto da atenção primária à saúde: tecendo reflexões.....	42
2.2.4 Metodologia.....	45
2.2.4.1 Tipo de estudo.....	45
2.2.4.2 Local de estudo.....	46
2.2.4.3 População e amostra.....	47
2.2.4.4 Coleta de dados.....	48
2.2.4.4.1 Instrumentos utilizados.....	49
2.2.4.4.2 Variáveis em estudo.....	49
2.2.4.5 Análise de dados.....	52
2.2.4.6 Aspectos éticos.....	53
2.2.5 Recursos.....	56
2.2.6 Cronograma.....	57

2.3	EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO DEFINIDO.....	58
2.3.1	Características dos participantes.....	60
2.3.2	Avaliação da segurança do paciente.....	65
2.3.3	Incidentes no cuidado à saúde ao paciente.....	69
2.3.4	Resultados do Grupo Focal.....	71
2.3.4.1	O conhecimento sobre Segurança do Paciente.....	71
2.3.4.2	Segurança do paciente: APS versus Hospital.....	72
2.3.4.3	A segurança do paciente e o processo de trabalho da APS.....	75
2.3.4.4	A educação permanente na segurança do paciente: instigando novas reflexões e aprendizados	80
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS.....	86
	APÊNDICE 1 – ARTIGO: SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS: SIGNIFICANDO O PROCESSO DE TRABALHO.....	96
	APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)...	117
	APÊNDICE 3 – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS.....	119
	ANEXO 1 – NORMAS DA REVISTA.....	121
	ANEXO 2 – INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL.....	126
	ANEXO 3 – INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO SOBRE CONHECIMENTO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	128
	ANEXO 4 – INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO SOBRE A OCORRÊNCIA DE INCIDENTES*	131
	ANEXO 5 – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.	133

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresentará o caminho percorrido durante o planejamento e execução de um projeto de pesquisa intervenção pensado e executado durante a realização da residência em Saúde da Família e Comunidade pela presente autora. Ao longo desse trabalho será possível refletir sobre alguns momentos importantes para a saúde pública brasileira e de como a residência multiprofissional se insere nesse espaço.

Logo após, encontraremos uma breve contextualização do município de Marau e de sua rede de atenção à saúde, seguido do projeto de pesquisa enquanto proposta de intervenção realizada e seus respectivos resultados, que serão apresentados e discutidos sob a luz de referencial teórico pertinente ao tema.

Ao iniciarmos essa discussão é preciso refletir sobre como a história da saúde pública brasileira vem se desenhando desde a década de 80, quando pode-se afirmar que o Brasil começara a dar um grande passo para avanços no campo da saúde, tendo em vista que o Sistema Único de Saúde (SUS) ganhava força e forma, por meio de intelectuais, profissionais da saúde e outras entidades da sociedade civil que buscavam uma reforma sanitária e discutiam a necessidade de reformulação do modo de ofertar saúde à população. Nesse período, através do lema “saúde é democracia”, a Reforma Sanitária de 1986 passou a evidenciar a acessibilidade à saúde como um direito do cidadão brasileiro, almejando quebrar o paradigma da saúde meramente como um ato de consumo médico curativista (BRASIL, 2003).

Diante disto, em 1988 efetivou-se a criação do SUS por meio da Constituição Federal, momento em que ficou definido no Artigo 196 do Capítulo II, que “Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 122).

Para tanto, o SUS foi organizado de modo a abranger as três esferas governamentais (Federal, Estadual e Municipal), atuando por meio dos princípios básicos da universalidade, equidade e integralidade. Assim, tais mudanças visavam garantir à população acesso ao serviço público de saúde por meio de propostas e ações que envolvessem o cuidado integral ao usuário, à descentralização de recursos e também mecanismos de controle social (BRASIL, 2003).

Para regulamentar esse sistema e nortear gestores, profissionais da saúde e usuários, foi criada, ao longo dos anos, uma gama de leis, decretos e manuais que dispõem sobre a organização e funcionamento do SUS. Entre essas, pode-se citar: a Lei 8.080 do ano de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; a Lei 8.142 do ano de 1990, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências; o Decreto 7.508 do ano de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 do ano de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências (BRASIL, 2011; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A partir de então, o modelo curativista vem aos poucos sendo substituído por outro modelo centrado na atenção à família, na qualidade de vida das comunidades e nos determinantes sociais que interferem no processo saúde doença, e assim, auxiliar as equipes que trabalham junto aos usuários a ter uma compreensão ampliada do conceito de saúde e da necessidade de intervenções que ultrapassam as práticas curativas (BRASIL, 2000; COSTA, 2012).

O SUS oferta atendimento aos seus usuários em três níveis de atenção, sendo eles: primário, secundário e terciário. E cada vez mais o primeiro nível, conhecido como Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária em Saúde (APS) vem se afirmando como estratégia de organização do sistema de saúde e forma de resposta às necessidades de saúde da população (CUNHA; SÁ, 2013). Ainda, destaca-se a APS como estratégia para desenvolver o mais alto grau de descentralização e capilaridade, já que essa busca acontecer próxima da vida das pessoas e traduz-se como a principal porta de entrada e comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012; STARFIELD, 2002).

Nessa perspectiva, no ano de 1994 o Ministério da Saúde complementou a proposta da AB por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) que no mesmo ano deixou gradativamente de ser um programa verticalizado e focalizado, para tornar-se uma estratégia (ESF) para a orientação do modelo de ações às necessidades em saúde (PERES, et al. 2011). Desde então, a APS encontrou campo fértil para desenvolver o exercício de práticas de cuidado e gestão, de forma democrática e

participativa, por meio do trabalho em equipe e populações adstritas em territórios definidos (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

A fim de reafirmar o papel da APS, no ano de 2012, é lançada no Brasil a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que ressalta a APS como um conjunto de ações individuais e coletivas, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Essa política surgiu em revisão à PNAB de 2006 e objetiva desenvolver ações de atenção integral que impacte na autonomia dos indivíduos e nos determinantes sociais.

Para tanto, utilizam-se variadas tecnologias de cuidado que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde por meio da capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade dos problemas existentes, além de proporcionar uma importante relação custo-efetividade nas ações em saúde (BRASIL, 2012; FILGUEIRAS, 2011).

Diante desta nova abordagem da APS no Brasil, propõe-se que o trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) seja multiprofissional, de maneira que as equipes atuem integrando as diferentes competências e categorias profissionais, possibilitando orientar a integralidade nos cuidados de saúde pautada em relações interpessoais de complementaridade e interação dos profissionais atuantes (MORETTI-PIRES; CAMPOS, 2010).

Segundo Araújo e Rocha (2007), o trabalho em equipe na ESF deve objetivar a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, e dessa forma, a ação multiprofissional e interdisciplinar deve possibilitar a prática de um profissional reconstruir-se na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

A busca por formas diferentes de produzir saúde na APS também vem sendo evidenciada, como se pode observar nas ações políticas, assistências e ainda na formação profissional dos últimos tempos. Assim, observa-se a ampliação de propostas para a formação e qualificação de recursos humanos para o SUS, principalmente focalizando a atuação multidisciplinar.

Este é o caso dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, que existem desde 1975, mas somente no ano de 2005 foram regulamentadas pela Lei nº 11.129, quando se efetivou a proposta para a formação do novo trabalhador em

saúde. A partir de então, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação assumiram a responsabilidade de orientar a formação dos profissionais da saúde para atender as necessidades do SUS ao apoiarem a implantação de pós-graduações *lato sensu*, na modalidade residência (BRASIL, 2006).

Dentre as diversas ênfases que a residência multiprofissional busca formar trabalhadores, está a ênfase na Saúde da Família, que vem crescendo progressivamente nos últimos tempos. Para Nascimento e Oliveira (2010) e Gil (2005) a residência multiprofissional em Saúde da Família configura-se como uma alternativa para gerar a mudança da prática assistencial em saúde, capaz de favorecer o trabalho em equipe, as trocas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população. Tem como intenção preparar os diferentes profissionais para atuar em equipe multidisciplinar na ESF com base nos princípios e diretrizes do SUS.

Dessa forma, a vivência prática nos serviços associada a um suporte pedagógico específico e voltado para as necessidades da população, concretiza-se em uma formação técnica e humanística do profissional de saúde. Assim, busca-se não apenas o crescimento profissional dos residentes, mas, para além disso, almeja-se a transformação do serviço de saúde que recebe residentes, incitando a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites para sua transformação (NASCIMENTO; QUEVEDO, 2008).

Logo, é possível afirmar que apesar do SUS ainda ser um sistema em constante transformação e com muitos desafios, devido à dinamicidade da vida e das questões sociais, várias ações têm sido implementadas para ampliar e melhorar a qualidade das ações voltadas à saúde da população. Como exemplo disso, a preocupação em implementar e reafirmar políticas públicas para melhorar o acesso, a integralidade e a qualidade dos atendimentos ofertados por meio da qualificação profissional e formação em serviço.

Entretanto, para pensar uma ação em saúde é necessário conhecer a população alvo do processo de trabalho, a quem se destina o cuidado. Após um diagnóstico adequado de demandas locais é possível traçar ações estratégicas e que sejam resolutivas para o indivíduo e para a coletividade. Posto isso, o próximo capítulo apresentará um breve diagnóstico do município de Marau e sua rede de atenção à saúde.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 DIAGNÓSTICO: CONHECENDO O MUNICÍPIO DE MARAU (RS)

2.1.1 Contextualização do município onde está sendo realizada a residência

O município de Marau, emancipado em 28 de fevereiro de 1955, deve seu nome à trágica história de um cacique bravo, de nome Marau, que, conforme a historiografia, percorria as vastas selvas da Serra Geral em busca de alimento frente a um bando de índios Coroados.

Em seus primórdios, sua população era constituída majoritariamente por imigrantes italianos, sendo a agricultura sua principal atividade econômica. Entretanto, nas últimas décadas, a economia se diversificou devido ao aparecimento de indústrias, inicialmente relacionadas ao setor frigorífico e, posteriormente, se expandindo para os setores metal-mecânico e couro. Também houve o fortalecimento do setor terciário e a cidade tornou-se referência microrregional para o comércio e prestação de serviços.

O crescimento econômico ocasionou uma forte migração e, conseqüentemente, um alto crescimento demográfico, que hoje é um dos maiores do Estado. Diante disso, afirma-se que atualmente a população marauense é bastante diversificada, com moradores oriundos de várias regiões do Estado, do País e até de outros países.

Localizado no Planalto Médio, na região da produção, o município tem área territorial de 649,3 m², e faz limites com os municípios de Passo Fundo, Mato Castelhano, Gentil, Vila Maria, Camargo, Soledade, Nicolau Vergueiro, Ernestina e Ibirapuitã. Seu clima é classificado como temperado e tem altitude de 650 m.

A estimativa da população atual do município é de 40.174 habitantes, distribuindo-se 86,7% na área urbana e 13,2% na rural (IBGE, 2015). Embora tenha uma expectativa de vida acima da média do Estado (74,64 anos contra 75,9 anos), o contingente de pessoas com mais de 60 anos é menor que a média (10,9% contra 13,6%), resultado da migração de trabalhadores jovens de outros municípios. A população conceituada como jovem (15 a 24 anos) representa 17,59%, sendo maior que o percentual de 16,39%, encontrado no Estado. A população considerada jovemadulta (15 a 59 anos) representa 68,97% da população, percentual abaixo da média Estadual, que é de 76,37% da população (IBGE, 2010).

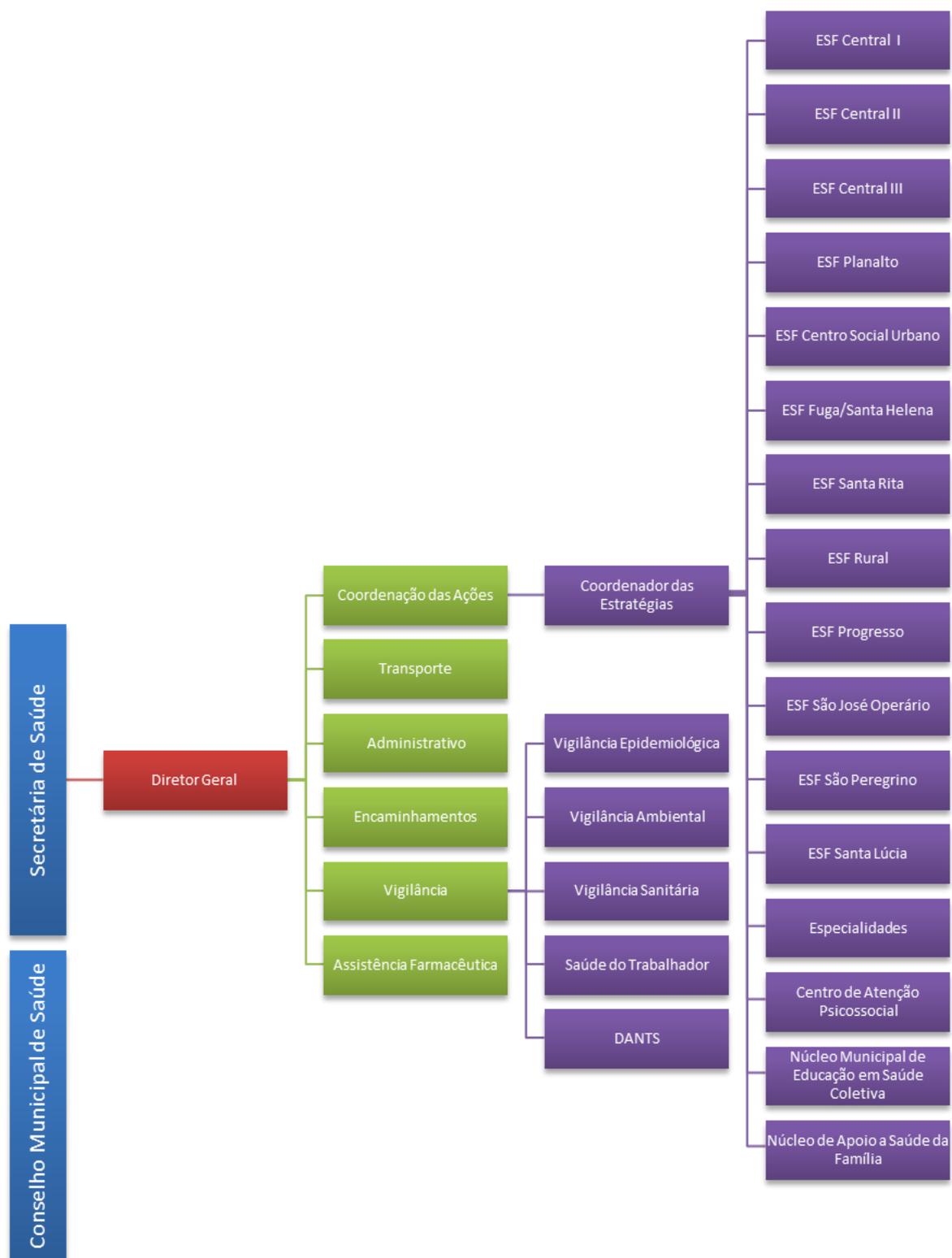
O município apresenta crescimento econômico destacado, com Produto Interno Bruto de R\$ 1.652.319,99 e tem como peculiaridade a participação da indústria (principalmente frigorífica, metal-mecânica e couros), que corresponde a 45,5% de participação na economia do PIB, seguido pelo setor de serviços (35,7%). A agricultura se mantém como setor importante, ocupando uma parcela significativa dos trabalhadores. O PIB per capita é de R\$ 41.627,49, segundo dados do DATASUS. No ranking nacional, o município se encontra entre os PIB municipais em 443º lugar e no estadual em 39º lugar (DATASUS 2013).

2.1.2 Contextualização do Sistema e da rede de saúde local e regional

Em nível macrorregional, o município de Marau pertence a 6ª Coordenadoria Regional de Saúde. Já a nível municipal, se organiza através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), instalada em 1988. A Atenção Básica do município presta atendimento à população através de 12 ESFs, correspondendo a 100% de cobertura, um Posto de Saúde Central e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cadastrados junto ao Cadastro Nacional Estabelecimentos (CNES) (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

Abaixo podemos observar a Estrutura Gerencial da Secretaria Municipal de Saúde (figura 1).

Figura 1: Estrutura Gerencial da Secretaria Municipal de Saúde



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Marau, 2017.

O município possui algumas peculiaridades na área da saúde, como por exemplo, três ESFs são mistas (compostas por duas equipes) e uma equipe de ESF presta atendimento em duas estruturas físicas distintas.

Todas as ESFs funcionam de segunda à sexta-feira, das 07h30min às 11h30min e das 13h às 17h, proporcionando os seguintes atendimentos: Consultas médicas; Consultas odontológicas; Consultas psicológicas; Consultas de enfermagem; Assistência farmacêutica; Atendimento ambulatorial; Visitas domiciliares; Atividades coletivas (grupos de gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos, expressão corporal, grupo de artesanato, grupo de mulheres, ente outros); Imunizações; Vigilância Epidemiológica; Limpeza, desinfecção e esterilização de instrumental; Planejamento familiar; Pré-natal e puericultura; Notificações; Coleta de exame citopatológico; Administração de medicamentos; Saúde bucal curativa e preventiva, entre outras (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

Quanto ao Posto de Saúde Central, está localizado junto a SMS e fornece atendimentos especializados, tais como: consultas pediátricas, consultas ginecológicas e obstétricas e consultas com especialista em saúde mental. Além disso, é neste espaço que funciona o chamado “Terceiro turno” que conta com o atendimento de um médico, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem no horário de 18hr00min às 22hr00min para demandas agudas que excederam a capacidade de atendimento das ESFs durante o dia.

A Assistência Farmacêutica de Marau disponibiliza de 215 medicamentos da lista básica, na farmácia municipal e nos núcleos de Farmácia que ficam localizados nas ESF Santa Rita, Centro Social Urbano, São José Operário, Planalto/Central 3 e Rural/Progresso, onde atuam cinco farmacêuticas, quatro residentes do núcleo de farmácia e quatro atendentes. Ao lado da Farmácia Básica encontra-se a Farmácia de Dispensação de Medicamentos do Estado e de medicações provenientes de processos judiciais.

Ainda, são dispensadas medicações provenientes de processos estaduais, glicômetros, medicamentos especiais provenientes dos Hospitais da Cidade e São Vicente da cidade de Paaso Fundo/Rio Grande do Sul, dispensação de fraldas e dietas especiais.

O município conta com o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), que está alocado junto à Secretaria Municipal de Saúde. O mesmo é

responsável pela implementação da estratégia de descentralização da formação e capacitação dos trabalhadores do SUS em Saúde Coletiva, através da Educação Permanente (EP), firmando a consolidação das diretrizes e princípios do SUS. Além disso, objetivando apoiar as equipes de ESF, existe o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que, além de aumentar a resolutividade das equipes, amplia a possibilidade de ações a serem desenvolvidas.

No que tange a assistência hospitalar, o município tem como referência o Hospital Cristo Redentor (HCR). O mesmo pode ser acessado em casos de emergência, por indicação dos profissionais das ESF e pela necessidade de internação hospitalar e para realização de procedimentos. Além disso, o município possui convênio com os seguintes hospitais: Hospital Ortopédico de Passo Fundo (HO), IOT (Instituto de Ortopedia e Traumatologia), Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e Hospital da Cidade (HC). A SMS também possui contratos com o HCR, HC, HSVP, Centro de Diagnóstico (CD) e diversos laboratórios de análises clínicas para a realização de exames. Quanto aos casos que demandam atenção especializada de alta complexidade, os pacientes são encaminhados para grandes centros de referência do Estado, conforme fluxo de atendimento estabelecido pela SMS e 6ª CRS (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

A seguir, descrever-se-á sobre aspectos da ESF Santa Rita. Considerando que essa é campo prático da autora deste trabalho e, portanto, constitui-se como local de estudo da presente pesquisa.

2.1.3 Contextualização do engajamento público da Unidade de Saúde

O Controle Social na ESF Santa Rita se dá através de três espaços: o Conselho Local de Saúde (CLS), que acontece mensalmente na própria ESF, e conta com a participação da equipe de saúde e da comunidade; o Conselho Municipal de Saúde, que ocorre mensalmente na SMS e o Orçamento Participativo (realizado pela Prefeitura Municipal, tendo como local os bairros).

Quanto à educação em saúde, a ESF oferece os seguintes grupos: grupo de mulheres, gestantes, tabagismo, hiperdia, artesanato, caminhada e de expressão corporal. Também desenvolve ações nas escolas pertencentes ao território de abrangência, por meio de atividades de prevenção em saúde.

Além disso, a equipe da ESF participa das feiras de saúde promovidas pelo município e realizam anualmente um brechó de roupas (por meio de doações), com o intuito de arrecadar fundos para auxiliar nas atividades desenvolvidas com a comunidade ao longo do ano.

2.1.4 Contextualização da estrutura da Unidade de Saúde

A estrutura física da ESF é composta por um consultório médico com sanitário, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico com área para escovário, um consultório da psicologia, uma cozinha, dois sanitários para usuários, uma sala de reuniões, uma sala de recepção, uma sala de esterilização e estocagem, um almoxarifado, uma área para estocagem de material de limpeza, uma área para abrigo de material sólido, uma sala de utilidade, uma área para compressor e bomba a vácuo, estando de acordo com o previsto na RDC nº 50, de fevereiro de 2002. Entretanto, alguns itens previstos na Resolução não estão presentes na ESF, tais como: de uma a três salas de espera para pacientes e acompanhantes, uma sala de recepção, lavagem e descontaminação, duas salas de procedimentos. Há, ainda, uma sala de vacinas que não é exigida pela presente Resolução.

Além disso, a ESF conta com a atuação de equipe multiprofissional exigida pela legislação, conforme Portaria nº 2488, de 2011. Sendo eles: médico, enfermeira, técnico de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e, também, conta com psicólogo e farmacêutico (que não fazem parte da equipe mínima, conforme a portaria citada acima). Desta forma, a existência de uma equipe multidisciplinar possibilita a atuação em ações multiprofissionais e interdisciplinares, além de ações peculiares a cada núcleo profissional. Como descrito a seguir:

A enfermeira, que realiza atividades referentes à atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas, consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, solicita exames complementares e encaminha os usuários para outros serviços quando necessário. Realiza atividades programáticas e de atenção à demanda espontânea; planeja e avalia ações desenvolvidas pelas ACS juntamente com a equipe; realiza ações de educação permanente e educação em saúde e participa do gerenciamento dos insumos necessários. No município, o enfermeiro não prescreve medicações, entretanto sabe-se que esta é uma prática reconhecida e prevista pela

legislação (mediante protocolo assistencial assegurado por lei municipal). Ainda, a enfermeira de cada ESF desenvolve o papel de coordenação e gerencia da equipe onde atua, mesmo que de forma informal.

Já a técnica em enfermagem realiza procedimentos, atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, ações de educação em saúde, participa do gerenciamento de insumos e também realiza ações de educação permanente e educação em saúde.

A ESF conta com duas médicas, sendo que uma destas é profissional efetiva da prefeitura (concurso público) e outra contratada através do Programa Mais Médicos (entretanto, a legislação preconiza apenas um profissional médico por ESF). As médicas atuantes na ESF Santa Rita realizam ações de atenção à saúde da população adstrita, consultas clínicas, procedimentos ambulatoriais, atividades em grupo, atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, encaminhamento de usuários a outros pontos da rede de atenção à saúde (quando necessário, mantendo o acompanhamento do caso), indicam, quando necessário, internação hospitalar ou domiciliar, realizam e participam de atividades de educação permanente e educação em saúde e participam do gerenciamento dos insumos.

Ainda, a ESF conta com 100% de cobertura de ACS, totalizando cinco profissionais. As mesmas trabalham com adstrição de famílias, cadastram os usuários de sua microárea, orientam as famílias quanto à utilização dos serviços, realizam atividades programadas, acompanham as famílias por meio de visitas domiciliares, desenvolvem ações que integrem a equipe de saúde e a população, ações de promoção e educação em saúde, prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde e acompanhamento dos participantes do Programa Bolsa Família. Ademais, no município de Marau, as ACS realizam também na área de abrangência da ESF ações de controle a Dengue, ação que encontra-se respaldada pela Portaria vigente em situações de surtos e epidemias.

No que tange a equipe de Saúde Bucal (SB), a ESF conta com uma cirurgiã dentista que realiza atenção em saúde bucal, procedimentos clínicos de saúde bucal, incluindo atendimentos de urgência, pequenas cirurgias ambulatoriais, realiza também atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; desenvolve ações referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe e ações de educação

em saúde, além de realizar supervisão do Técnico em Saúde Bucal e participar do gerenciamento dos insumos.

A equipe de SB da ESF também conta com uma técnica em saúde bucal, que realiza atenção em saúde bucal, coordena a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, desenvolve atividades de saúde bucal com os demais membros da equipe, apoia as atividades dos ACS na prevenção e promoção da saúde bucal, participa do gerenciamento dos insumos, realiza atividades programas e de atenção à demanda espontânea e realiza o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal. Na ESF não há serviços de radiografia odontológica, desta forma, pacientes que necessitam deste serviço são encaminhados para serviços especializados que possuem convênio com o município.

A jornada de trabalho da equipe de SB é de apenas 20 horas semanais, e por isso, o trabalho de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e de diagnóstico do perfil epidemiológico para planejamento e programação em saúde bucal, previstos pela Portaria, ficam prejudicados devido à crescente demanda para atendimentos clínicos e a redução da carga horária de atuação na ESF.

A ESF conta com uma psicóloga e uma farmacêutica na composição de sua equipe mínima, com carga horária de 20 horas semanais cada, o que não é previsto pela Portaria, como já citado anteriormente. Ainda, a ESF Santa Rita conta com a atuação de um agente administrativo e uma sanificadora.

Ademais, a ESF conta ainda com a atuação de residentes do Programa Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e Grupo Hospitalar Conceição (GHC), sendo duas enfermeiras, duas psicólogas e uma farmacêutica. Os profissionais residentes atuam em jornada de 60 horas semanais, sendo 40 horas de atividades em campo de prática, e 20 horas em atividades teóricas previstas pela matriz curricular da residência. Estes profissionais atuam junto aos demais profissionais da equipe, de forma a complementar o processo de trabalho e movimentar transformações *in loco*. Além disso, a ESF também é campo de imersão dos alunos da Graduação em Medicina da UFFS.

Quanto à dispensação de medicamentos a ESF conta com os 182 medicamentos disponíveis na lista básica do município (conforme previsto no RENAME - Relação

Nacional de Medicamentos Essenciais). No que se referem a insumos, esses estão de acordo com as necessidades e demandas do dia a dia, tanto para procedimentos como para demais ações.

2.1.5 Contextualização do processo de trabalho na Unidade de Saúde

O município de Marau conta com o auxílio do prontuário eletrônico do paciente (PEP), exercido através do programa GMUS. O mesmo possibilita registros e evoluções clínicas de acompanhamento dos pacientes, facilitando o cuidado integral e transversal preconizado pelo Ministério da Saúde.

Quanto às formas de acesso ao serviço, objetivando unificar a forma de agendamento do município, foi implementado o método de agenda aberta para consultas médicas, podendo se agendar atendimento médico em qualquer dia do mês.

Em relação aos atendimentos odontológicos e as consultas de enfermagem (principalmente para coleta de exame citopatológico e realização de testes rápidos), estes são agendados no primeiro dia útil de cada mês. Ademais, os atendimentos a demandas espontâneas do dia são realizados essencialmente pela equipe de enfermagem e ainda não possuem classificação de risco. Esta situação tem intrigado constantemente a equipe, gerando inúmeras discussões de como descentralizar o acolhimento das demandas da equipe de enfermagem e fazer com que todos os profissionais participem deste momento, e se utilizem de uma classificação de risco para fins de organização do processo de trabalho, conforme preconizado nos Cadernos de Atenção Básica (CAB) nº 28 (Acolhimento à demanda espontânea – Queixas mais comuns na AB. Volumes I e II) (BRASIL, 2012).

Para respaldar e orientar os atendimentos, os diversos profissionais da ESF utilizam inúmeros protocolos e cadernos de AB, tais como: CAB 32, Pré-natal de baixo risco; CAB 26, Saúde Sexual e reprodutiva; CAB18, HIV/AIDS e Hepatites e outros; CAB 21 Vigilância; CAB 37 Hipertensão; CAB 28 Acolhimento à demanda espontânea, vol. I e II; CAB 35 Estratégias para o cuidado das pessoas com Doença Crônica, entre outros. Também, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos, no ano de 2011, a ESF Santa Rita aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ/AB) e desde então

vem trabalhado para adequar as ações desenvolvidas e as estruturas disponíveis, a fim de qualificar a assistência ofertada aos usuários.

No que diz respeito à vigilância em saúde, são realizadas ações de acompanhamento, busca ativa, notificações e discussão dos casos em equipe.

As reuniões de equipe são realizadas semanalmente com duração de 2 horas, tratando-se de um importante momento respaldado e assegurado enquanto parte do processo de trabalho da unidade. Além de proporcionar aos profissionais um espaço de discussão e reflexões, a reunião de equipe proporcionada também espaço de Educação Permanente, onde é realizado o Seminário de Campo de forma mensal.

Por conseguinte, são realizadas visitas domiciliares rotineiramente pelas ACS e também pela equipe, principalmente aos pacientes idosos, acamados, portadores de necessidades especiais, pacientes com dificuldade de locomoção, paciente com dificuldades de adesão ao tratamento, puérperas e recém-nascidos, usuários em situação de vulnerabilidade e usuários acompanhados pela saúde mental. Ações estas, previstas pelas legislações da AB.

2.1.6 Contextualização da população

Inicialmente, o território da ESF Santa Rita foi formado por famílias oriundas do interior do próprio município, que se mudaram para a área urbana a fim de trabalhar na BRF-Foods (empresa frigorífica instalada no território). Devido a este fato, a população do território cresceu progressivamente nos últimos anos, integrando imigrantes de outras regiões que também vieram em busca de trabalho.

No ano de 2003, inaugurou-se no território a ESF Santa Rita (Figura 2), que compreende a equipe nº 04 do município de Marau, que atende a população adstrita no território e atua em consonância com os princípios e diretrizes previstas pelo SUS.

Figura 2: ESF Santa Rita



Fonte: Plano Municipal de Saúde, Marau, RS, 2017.

O território abrangido pela ESF é dividido em 05 microáreas, sendo que, em cada uma delas, existe uma ACS atuando. Conforme a figura abaixo (Figura 3):

Figura 3: Microáreas de abrangência da ESF Santa Rita



Fonte: Plano Municipal de Saúde, Marau, RS, 2017.

Atualmente, a ESF é responsável pelo atendimento de 1.479 indivíduos, provenientes de 564 famílias. Dentre essa população, 54 são crianças menores de 02 anos e 176 são idosos. Ainda, soma-se 272 indivíduos são hipertensos e 57 diabéticos (dados advindos do levantamento realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde da ESF).

Entretanto, dados do IBGE do ano de 2010 apontam que a população atendida pelo território abrangente da ESF Santa Rita seria de 3.364 pessoas, sendo 1.716 homens, 1.648 mulheres num total de 1.163 domicílios (IBGE, 2010).

Devido à alta rotatividade de moradores do território, consequência da procura por emprego nas empresas da área, entende-se que é difícil fazer um levantamento adequado da população adstrita. Dessa forma, os números do levantamento do IBGE, do cadastramento das ACS e do sistema GMUS são divergentes e não refletem fidedignamente a realidade da população assistida pela ESF, fato que muitas vezes dificulta o planejamento e organização das ações desenvolvidas.

Entre as principais dificuldades vivenciadas pelos indivíduos do território e que influenciam no processo de trabalho da equipe, estão o adequado controle das doenças crônicas, principalmente diabetes e hipertensão, uso de drogas lícitas e ilícitas, violência de gênero, doenças ocupacionais e problemas relacionados à saúde mental. Posto isso, entende-se que a população adstrita possui demandas diversificadas, tornando-se essencial a atuação multidisciplinar para a qualificação da assistência ofertada.

2.2 ESCOLHA E PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO

Considerando a diversidade das demandas reveladas no diagnóstico do território, pensou-se na elaboração de um projeto de pesquisa intervenção que pudesse qualificar a assistência prestada aos usuários atendidos na ESF de uma forma geral, vindo ao encontro da proposta da residência multiprofissional que é de qualificar o processo de trabalho dos profissionais que atuam nos serviços públicos em APS do Município de Marau.

A seguir, no capítulo 2, encontra-se o projeto de pesquisa do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), bem como a organização e apresentação dos resultados como um todo. O referido projeto foi apresentado pela pesquisadora responsável à Banca Examinadora composta pelos docentes Profa. Dra. Ivana Loraine Lindemann (UFFS); Prof. Ms. Rafael Kremer (UFFS); Profa. Dra. Adriana Remião Luzardo (orientadora, UFFS); e Enfa. Leila Juliana Antunes Riggo (coorientadora, Prefeitura de Marau), no dia 05 de abril de 2017 nas dependências da UFFS/ Campus Passo Fundo.

Após a qualificação, o projeto de pesquisa foi submetido a análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFFS e obteve aprovação sob o parecer do Parecer Consubstanciado nº 2.222.279 (anexo 5).

Cabe ressaltar que a construção e execução deste projeto deu-se durante os dois anos de formação do programa de residência multiprofissional, visto que foi modificado e aperfeiçoado conforme o andamento das aulas teóricas ofertadas pelo programa. Assim, as atividades de campo prático enquanto residente e pesquisadora tiveram de ser conciliadas com a construção do projeto, coleta de dados, análise e construção desta monografia.

O PROJETO DE PESQUISA: SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

O presente estudo insere-se no campo de discussões da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Tem-se como objetivo geral analisar os conhecimentos e sobre segurança do paciente na APS em uma ESF de um município do Rio Grande do Sul (RS). A proposta metodológica deste estudo combina as abordagens quantitativa e qualitativa através de uma pesquisa-intervenção. No aspecto quantitativo será realizado um estudo transversal por meio de um seminário de campo, utilizando-se de pré e pós teste. Já na abordagem qualitativa será realizado um estudo exploratório e descritivo. Para tanto, será utilizado a metodologia de grupo focal por associação livre e a aplicação de um instrumento de Investigação de Incidentes. Para análise dos dados da parte quantitativa será utilizado o programa de computação *Stata for Windows*, e para a análise da abordagem qualitativa será utilizado o método da categorização de dados proposto por Bardin. Serão cumpridas as especificações éticas e legais acerca de pesquisas com seres humanos contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

2.2.1 Introdução

Na década de 80, pode-se afirmar que o Brasil começara a dar um grande passo para avanços no campo da saúde, tendo em vista que o Sistema Único de Saúde (SUS) ganhava força e forma, por meio de intelectuais, profissionais da saúde e outras entidades da sociedade civil, que buscavam uma reforma sanitária e discutiam a necessidade de reformulação do modo de ofertar saúde à população. Nesse período, através do lema “saúde é democracia”, a Reforma sanitária de 1986 passou a evidenciar a acessibilidade à saúde como um direito do cidadão brasileiro, almejando quebrar o paradigma da saúde meramente como um ato de consumo médico curativista (BRASIL, 2003).

Diante disto, em 1988 efetivou-se a criação do SUS por meio da Constituição Federal, momento em que ficou definido no Artigo 196 do Capítulo II, que “Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 122).

Para tanto, o SUS foi organizado de modo a abranger as três esferas governamentais (Federal, Estadual e Municipal), atuando por meio dos princípios básicos da universalidade, equidade e integralidade. Assim, tais mudanças visavam garantir à população acesso ao serviço público de saúde por meio de propostas e ações que envolvessem o cuidado integral ao usuário, à descentralização de recursos e também mecanismos de controle social (BRASIL, 2003).

Para regulamentar esse sistema e nortear gestores, profissionais da saúde e usuários, foi criada, ao longo dos anos, uma gama de leis, decretos e manuais que dispõem sobre a organização e funcionamento do SUS. Entre essas, pode-se citar: a Lei 8.080 do ano de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; a Lei 8.142 do ano de 1990, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências; o Decreto 7.508 do ano de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 do ano de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências (BRASIL, 2011; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A partir de então, o modelo curativista vem aos poucos sendo substituído por outro modelo centrado na atenção à família, na qualidade de vida das comunidades e nos determinantes sociais que interferem no processo saúde doença, e assim, auxiliar as equipes que trabalham junto aos usuários a ter uma compreensão ampliada do conceito de saúde e da necessidade de intervenções que ultrapassam as práticas curativas (BRASIL, 2000; COSTA, 2012).

O SUS oferta atendimento aos seus usuários em três níveis de atenção, sendo eles: primário, secundário e terciário. E cada vez mais o primeiro nível, conhecido como Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária em Saúde (APS) vem se afirmando como estratégia de organização do sistema de saúde e forma de resposta às necessidades de saúde da população (CUNHA; SÁ, 2013). Ainda, destaca-se a APS como estratégia para desenvolver o mais alto grau de descentralização e capilaridade, já que essa busca acontecer próxima da vida das pessoas e traduz-se como a principal porta de entrada e comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012; STARFIELD, 2002).

Nessa perspectiva, no ano de 1994 o Ministério da Saúde complementou a proposta da AB por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) que no mesmo ano deixou gradativamente de ser um programa verticalizado e focalizado, para tornar-se uma estratégia (ESF) para a orientação do modelo de ações às necessidades em saúde (PERES, et al. 2011). Desde então, a APS encontrou campo fértil para desenvolver o exercício de práticas de cuidado e gestão, de forma democrática e participativa, por meio do trabalho em equipe e populações adstritas em territórios definidos (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

A fim de reafirmar o papel da APS, no ano de 2012, é lançada no Brasil a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que ressalta a APS como um conjunto de ações individuais e coletivas, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Essa política surgiu em revisão à PNAB de 2006 e objetiva desenvolver ações de atenção integral que impacte na autonomia dos indivíduos e nos determinantes sociais.

Para tanto, utilizam-se variadas tecnologias de cuidado que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde por meio da capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade dos problemas existentes, além de proporcionar uma importante relação custo-efetividade nas ações em saúde (BRASIL, 2012; FILGUEIRAS, 2011).

Diante desta nova abordagem da APS no Brasil, propõe-se que o trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) seja multiprofissional, de maneira que as equipes atuem integrando as diferentes competências e categorias profissionais, possibilitando orientar a integralidade nos cuidados de saúde pautada em relações interpessoais de complementaridade e interação dos profissionais atuantes (MORETTI-PIRES; CAMPOS, 2010).

Segundo Araújo e Rocha (2007), o trabalho em equipe na ESF deve objetivar a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde doença, e dessa forma, a ação multiprofissional e interdisciplinar deve possibilitar a prática de um profissional reconstruir-se na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

A busca por formas diferentes de produzir saúde na APS também vem sendo evidenciada, como se pode observar nas ações políticas, assistências e ainda na

formação profissional dos últimos tempos. Assim, observa-se a ampliação de propostas para a formação e qualificação de recursos humanos para o SUS, principalmente focalizando a atuação multidisciplinar.

Este é o caso dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, que existem desde 1975, mas somente no ano de 2005 foram regulamentadas pela Lei nº 11.129, quando se efetivou a proposta para a formação do novo trabalhador em saúde. A partir de então, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação assumiram a responsabilidade de orientar a formação dos profissionais da saúde para atender as necessidades do SUS ao apoiarem a implantação de pós-graduações *lato sensu*, na modalidade residência (BRASIL, 2006).

Dentre as diversas ênfases que a residência multiprofissional busca formar trabalhadores, está a ênfase na Saúde da Família, que vem crescendo progressivamente nos últimos tempos. Para Nascimento e Oliveira (2010) e Gil (2005) a residência multiprofissional em Saúde da Família configura-se como uma alternativa para gerar a mudança da prática assistencial em saúde, capaz de favorecer o trabalho em equipe, as trocas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população. Tem como intenção preparar os diferentes profissionais para atuar em equipe multidisciplinar na ESF com base nos princípios e diretrizes do SUS, objetivando direcionar a atuação dos profissionais de nível superior para atividades clínico-assistenciais aplicadas ao cuidado direto aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social.

Dessa forma, a vivência prática nos serviços associada a um suporte pedagógico específico e voltado para as necessidades da população, concretiza-se em uma formação técnica e humanística do profissional de saúde. Assim, busca-se não apenas o crescimento profissional dos residentes, mas, para além disso, almeja-se a transformação do serviço de saúde que recebe residentes, incitando a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites para sua transformação (NASCIMENTO; QUEVEDO, 2008).

Logo, é possível afirmar que apesar do SUS ainda ser um sistema em constante transformação e com muitos desafios, devido à dinamicidade da vida e das questões sociais, várias ações têm sido implementadas para ampliar e melhorar a qualidade das ações voltadas à saúde da população. Como exemplo disso, a preocupação em implementar e reafirmar políticas públicas para melhorar o acesso, a integralidade e a

qualidade dos atendimentos ofertados por meio da qualificação profissional e formação em serviço.

Posto isso, e por entender que a população adstrita no território da ESF Santa Rita possui demandas diversificadas, torna-se essencial a atuação multidisciplinar para a qualificação da assistência ofertada, onde a residência multiprofissional assume um importante papel como provocadora e protagonista de mudanças e transformações no território da ESF.

A escolha do tema deu-se pela proposta de Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional. No sentido de contribuir com as práticas em saúde no âmbito da saúde da família, pensou-se sob a ótica da pesquisa-intervenção, já que esta agregará melhorias ao processo de trabalho da equipe e também à qualidade da assistência prestada. Dessa forma, seguindo na linha temática do Trabalho de Conclusão de Curso na Graduação em Enfermagem da autora deste estudo, que teve como foco a temática segurança do paciente no ambiente hospitalar, surge agora a proposta de dar continuidade ao estudo sobre a segurança do paciente no campo da Atenção Primária à Saúde.

A Segurança do Paciente é um tema que tem sido alvo de estudos tanto em nível mundial quanto nacional, tendo em vista a necessidade da produção do conhecimento sobre o tema e a sua relevância para atenção à saúde da população, em todo e qualquer espaço que esta venha a ser ofertada. A partir disso, entende-se que há necessidade de que mais estudos sejam produzidos acerca dessa temática em APS, para qualificar os trabalhadores destes espaços a fim de ofertar um cuidado integral e preocupado com as questões relativas à segurança do paciente durante o processo de cuidar.

Através deste estudo, espera-se contribuir para a reflexão dos profissionais da ESF acerca do tema e também, produzir conhecimento pertinente. Uma vez que a APS é campo vivo de atores sociais e também de seus contextos, apresenta-se como espaço fértil para a construção do conhecimento, que, por sua vez, é fundamental para fornecer sustentação teórica e alicerçar as práticas de cuidado presentes no processo de trabalho das equipes de saúde.

Ademais, enquanto profissional residente e atuante em uma ESF, surgiram questionamentos sobre questões relativas à segurança do paciente nesse ambiente de cuidado, uma vez que, a ESF trata-se da porta de entrada e acesso aos serviços

da rede de atenção em saúde, e que esta, por sua vez, compreende e enfrenta desafios diários durante o processo de trabalho. Portanto, desafiei-me a construir um estudo sobre a temática segurança do paciente neste espaço de cuidado, de forma a fomentar a discussão desta temática na ESF Santa Rita como uma reflexão necessária para a melhoria da qualidade dos serviços, e também contribuir para a produção e construção do conhecimento pertinente à segurança do paciente junto a APS.

Nesse contexto, acredita-se que: a segurança do paciente é uma ação implementada diariamente no processo de trabalho dos profissionais atuantes na APS; e que os profissionais da APS demonstram conhecimento adequado sobre a temática segurança do paciente.

Dessa forma, o presente estudo lança a seguinte questão norteadora: Como acontece a segurança do paciente da APS em uma ESF? E para responder a essa pergunta seguem os objetivos, tanto geral quanto específicos.

2.2.2 Objetivos

2.2.2.1 Objetivo geral

- Analisar o conhecimento relativo a segurança do paciente em profissionais da APS de uma ESF em um município do Rio Grande do Sul (RS).

2.2.2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a segurança do paciente na APS em uma ESF;
- Identificar e analisar a ocorrência de incidentes no cuidado à saúde ao paciente na atenção primária em uma ESF;
- Conhecer atitudes do processo de trabalho dos profissionais da equipe da ESF estudada que evidenciam a prática segura do cuidado ao paciente na APS;
- Proporcionar um espaço de troca e avaliação do processo de trabalho atrelado à segurança do paciente, a partir dos resultados obtidos com a presente pesquisa por meio de uma ação/intervenção com a equipe.

2.2.3 Referencial Teórico

2.2.3.1 A segurança do paciente como elemento fundamental e necessário no cuidado em saúde

O cuidado em saúde e o processo de cuidar tornam-se cada dia mais complexos, por estarem diante de um universo multifacetado e dinâmico, que acaba por influenciar nas relações e determinantes do processo saúde doença. Tornar o processo de cuidado mais seguro revelou-se, acima de tudo, necessário. Para tanto, há um movimento mundial entre diversas organizações a fim de debater e refletir acerca da temática segurança do paciente nos diversos espaços de cuidado como assunto prioritário.

Diante da crescente preocupação com a segurança no cuidado prestado ao paciente, surge também, a necessidade de evidências científicas que permitam o embasamento teórico-científico sobre a temática e a definição de estratégias voltadas para a melhora na qualidade do cuidado à saúde, que consequentemente diminua os riscos desses cuidados (SOUSA, 2006). Nesse sentido, no ano de 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a *The World Alliance for Patient Safety*, organização que surgiu com o objetivo de desenvolver políticas mundiais para melhorar o cuidado aos pacientes nos serviços de saúde, e entre diversas ações desenvolvidas destacou-se na tentativa de conceituar os aspectos taxonômicos envolvidos com a segurança do paciente através da criação da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (WHO, 2009).

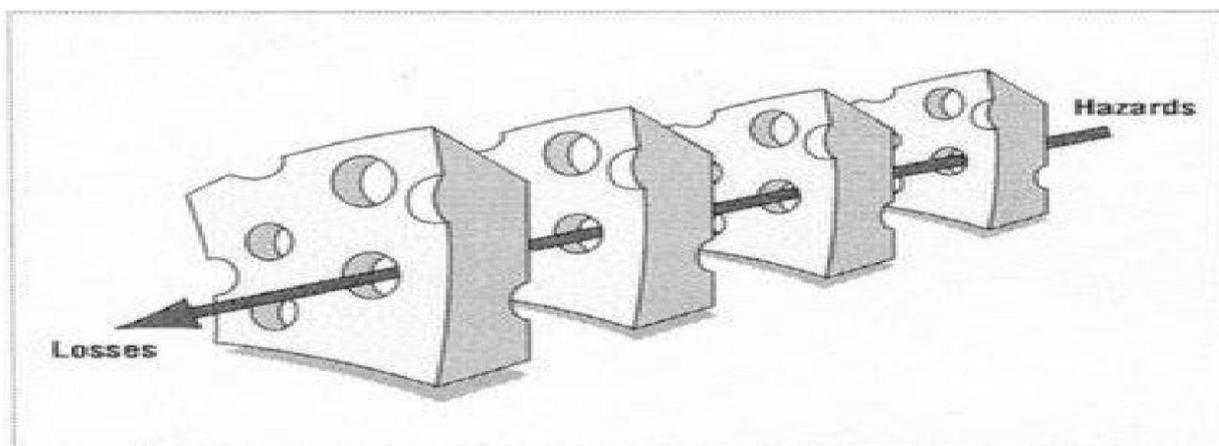
A partir dessa classificação a WHO passou a definir segurança do paciente como a redução a um mínimo aceitável de riscos e danos associados à atenção à saúde, já que considerando a complexidade de procedimentos e tratamentos, o potencial para o dano à saúde é real (WHO, 2009) e pode acarretar em incidentes. Segundo a mesma classificação, incidente trata-se de evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente, e por sua vez, quando acompanhados de dano ao paciente são chamados de evento adverso (EA) (RUNCIMAN; HIBBERT; THOMSON et al. 2009; WHO, 2009; MOURA; MENDES, 2012).

A ocorrência de EA não afeta somente a condição de saúde do indivíduo, mas também tem como consequência diversos problemas para as instituições de saúde, uma vez que o indivíduo acometido irá dispensar maior atenção e cuidados por período prolongado, além do aumento dos gastos (VENDRAMINI et al., 2010).

Para obter maior segurança no cuidado em saúde é necessária uma sinergia entre diversos segmentos a fim de resultar em ações corretas dos profissionais de saúde, processos e sistemas adequados nas instituições e serviços, e também na criação de políticas governamentais que exijam um esforço permanente dos profissionais envolvidos para melhor gestão de riscos durante o processo do cuidado visando diminuir a ocorrências de EA e, por conseguinte, aprimorar a segurança no cuidado (WHO, 2009; BRASIL, 2013).

Dessa forma, o caráter multifacetário ligado às falhas de segurança dos pacientes é denominado como lógica da cascata, como explicado na teoria do queijo suíço (figura 1) criada por James Reason. O autor afirma que, os buracos de um queijo suíço não têm continuidade porque existem barreiras no queijo, estas por sua vez representam as ações que ajudam a prevenir e evitar os EA que podem resultar em danos ao paciente, como um sistema de defesas. Portanto, segundo a teoria de Reason, para que um EA ocorra é necessário que tenha ocorrido um alinhamento em muitos buracos do queijo, seja devido a problemas estruturais e na gestão, na má prática ou descuido por parte dos profissionais de saúde, ou por comportamentos inseguros ou de risco por parte do paciente (JÚNIOR, 2007; SEQUEIRA; MARTINS; PEREIRA, 2010; MARCHON, S. A, 2015).

Figura 4: Teoria do queijo suíço



Fonte: Reason, 2000.

A gestão de riscos além de envolver os aspectos já citados acima, também engloba alguns princípios e diretrizes, como por exemplo, a criação de uma cultura de segurança entre profissionais e a população, através da implementação de produtos e de ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde, visando à segurança do paciente. Para promover e divulgar ações que busquem a concretização desta cultura e de criar políticas que ajudem no enfrentamento dessa questão, instituiu-se, através da Portaria nº 529 do ano de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013).

O PNSP busca promover e apoiar a implementação de iniciativas para a segurança do paciente nas diversas áreas de atenção, através da implementação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde. Dentre seus objetivos específicos, indica a necessidade de envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança de modo a comprometê-los com seu próprio cuidado. Sinaliza para a ampliação do acesso da sociedade às informações referentes à segurança do paciente e, ainda, para a produção, sistematização e difusão de conhecimentos sobre segurança do paciente. Por fim, objetiva fomentar a inclusão do tema no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013).

Considerando que, a discussão sobre a temática e a implantação de estratégias para o enfrentamento dos entraves encontrados no processo de trabalho relativos à segurança do paciente é imprescindível em todos os níveis de atenção à saúde, faz-se necessário disseminar as investigações pertinentes nos espaços de cuidados que envolvem desde a promoção à saúde até o tratamento das doenças. Contudo, os estudos feitos relativos à segurança do paciente têm sido centrados a nível hospitalar, embora a maioria dos cuidados seja prestada no nível da atenção primária à saúde (APS) (MARCHON, 2015).

De acordo com os estudos realizados por Makeham e colaboradores e Vries e colaboradores, ambos no ano de 2008, as pesquisas sobre segurança do paciente na APS ainda estão em sua infância por serem recentes e em número inferior as pesquisas relacionadas aos ambientes hospitalares. Ainda, os mesmos estudos evidenciam que os EA que ocorrem nos hospitais são diferenciados dos EA comuns a APS, pois enquanto nos hospitais grande parte dos EA estão ligados à cirurgia e ao

tratamento medicamentoso, na APS os EA são frequentemente associados ao tratamento medicamentoso e ao diagnóstico de doenças (MAKEHAM; DOVEY; RUNCIMAN; LARIZGOITIA, 2008; VRIES; RAMRATTAN; SMORENBURG, et al, 2008).

2.2.3.2 Segurança do paciente no contexto da atenção primária à saúde: tecendo reflexões

Os EA que podem comprometer a segurança do paciente são decorrentes do desencadeamento de diversos fatores, de forma sistêmica, já que o cuidado é prestado em um cenário de múltiplas faces que pode ser permeado por falhas estruturais ou pontuais e que dependem da sinergia dos serviços de saúde, profissionais e usuários. Tratando-se, portanto, de um cenário complexo (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Apesar da APS ser considerada relativamente segura os EA também acontecem neste cenário, como afirmam os estudos de Sandars e Esmail (2003) e Wetzel *et al* (2008) onde a ocorrência de incidentes na APS está estimada entre 05 a 80 vezes por 100.000 consultas. Ainda, estudo realizado na Holanda mostrou que os EA relacionados a drogas administradas em domicílio foram uma das principais causas de hospitalizações agudas, quando 50% destas internações foram classificadas como evitáveis (LEENDERTSE; EGBERTS; STOKER; BEMT VAN DEN, 2008).

Neste sentido, a APS também mostra-se como campo potencial de riscos que comprometam a segurança do paciente assistido na rede de atenção ao cuidado. Visto que, a APS não atua somente a partir da perspectiva de cuidado sobre um usuário, mas sim, da coletividade. Na APS leva-se em questão a atuação sobre um território vivo habitado por atores sociais e ainda, pela complexidade das suas relações com a vida e a sociedade que os cercam. Desse modo, tornar as ações em saúde da APS mais seguras configura-se como uma necessidade urgente, mas também como estratégia de qualificação do cuidado a longo prazo.

De forma lenta e gradual, a temática segurança do paciente vem sendo introduzida na APS, através de estudo realizados a nível internacional e alguns poucos, a nível nacional (MARCHON; WALTER, 2014).

Segundo estudo realizado por Marchon e Walter (2014) que objetivou identificar metodologias utilizadas para avaliação de incidentes na APS, os tipos, seus fatores contribuintes e as soluções para tornar a atenção primária à saúde mais segura por meio de uma revisão sistemática da literatura em algumas bases de dados bibliográficas (PubMed, Scopus, LILACS, SciELO e Capes, de 2007 até 2012), até o ano de 2012 foram produzidos apenas 33 artigos científicos que versaram sobre a temática segurança do paciente na APS. Entretanto, o dado mais preocupante é que destes, 14 foram produzidos nos Estados Unidos (41%), 05 no Reino Unido (16%), 05 na Nova Zelândia (16%), 03 na Holanda (9%), 02 na Espanha (6%), e 01 na Escócia (3%), na Austrália (3%), no Canadá (3%) e na Europa (3%). Ou seja, até o ano de 2012 não havia nenhum estudo científico brasileiro sobre segurança do paciente na APS.

Felizmente, essa realidade vem se modificando de alguns anos até o presente momento. Hoje, já existem alguns estudos brasileiros sobre a temática e inclusive, instrumentos de pesquisa validados nacionalmente para avaliar a segurança do paciente na APS (MARCHON; WALTER, 2014; MARCHON; WALTER, 2015; PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D., 2013).

Um estudo realizado com 75 profissionais das equipes de APS cadastradas na Rede do Telessaúde Goiás demonstrou que os incidentes mais frequentes na APS estavam relacionados a medicação, sendo estes referentes a falta de medicação na unidade percebida por 81,3% dos profissionais de saúde, seguido da falta de adesão ao tratamento por falha na comunicação e a falha de orientação do paciente para uso do medicamento, ambas percebidas por 52,0% dos profissionais. No que se refere aos incidentes relativos ao processo clínico, não envolvendo a terapia medicamentosa, os mais perceptíveis foram aqueles relacionados ao acompanhamento familiar/domiciliar inadequado, percebido por 56,0% dos profissionais e a consulta agendada não realizada pela falta do profissional, referida por 53,3% (PARANAGUÁ, 2015).

Ainda este mesmo estudo, apontou que os casos mais comumente relatados envolveram a falha na comunicação entre profissional e paciente. Haja visto que, foram relatados um total de 92 incidentes vivenciados pelos profissionais, sendo que

37,0% corresponderam aos incidentes sem dano, 23,9% às circunstâncias notificáveis, 26,1% aos eventos adversos e 13,0% aos incidentes do tipo quase-erro (PARANAGUÁ, 2015).

Os sujeitos do estudo citado acima relataram que as condutas se limitaram a orientações com características punitivas aos profissionais envolvidos, fato que não produz mudanças significativas no processo de trabalho para que incidentes desse tipo não tornem a acontecer.

Por conseguinte, na segunda parte do estudo de Paranaguá (2015) que buscou analisar o efeito de um programa educativo sobre segurança do paciente no conhecimento dos profissionais atuantes na APS, foi observado que existem inúmeras fragilidades no conhecimento relativo à temática, e que isso reflete no contexto da prática diária destes profissionais. Nesse contexto, após a oportunização de um programa educativo sobre segurança do paciente na APS, estes mesmos profissionais revelaram a importância da aquisição de conhecimentos para a identificação de ocorrências dos vários tipos de incidentes na atenção primária, evidenciando a necessidade de trabalhar aspectos conceituais para a identificação e monitoramento dos incidentes advindos do cuidado.

Os resultados apresentados acima revelam que o diagnóstico do conhecimento sobre segurança do paciente, contribui para a identificação de falhas que necessitam ser trabalhadas pela gestão dos serviços de saúde, e também, demonstra a necessidade de elaboração de políticas educativas que subsidiem a formação de uma cultura de segurança e de qualidade nos serviços de saúde, com vistas a reduzir a ocorrência de incidentes e evitar danos ao paciente que busca atendimento na atenção primária (PARANAGUÁ, 2015).

Entretanto, para avançar nessa perspectiva é necessário que a produção de conhecimento nacional sobre essa temática seja ampliada, uma vez que o Brasil possui singularidades e um sistema de saúde pública, denominado SUS, diferenciado dos demais países e por isso o modelo de APS através das UBS e ESF merece atenção especial no que tange a segurança do paciente assistido nesses espaços.

Ademais, entende-se que há muito a ser explorado no que tange a segurança do paciente na APS e seus condicionantes, visto que, além do número reduzido de estudos que versam sobre a temática há também, necessidade de permitir e instigar a reflexão dos riscos as quais os usuários são expostos diariamente, e a partir de

então buscar a criação de estratégias e ações que visem diminuir a um mínimo aceitável os danos atrelados o processo do cuidado.

2.2.4 Metodologia

2.2.4.1 Tipo de estudo

A proposta metodológica deste estudo combina as abordagens quantitativa e qualitativa, oportunizando a complementaridade da análise entre as diferentes faces de um mesmo fenômeno. As duas abordagens são igualmente relevantes na condução de um estudo, pois buscam respostas para a complexidade da realidade pesquisada (CRESWELL, 2010).

Assim, no aspecto quantitativo será realizado um estudo transversal, visto que a coleta dos dados ocorrerá em determinado período temporal, sendo um tipo de pesquisa apropriada para descrever fenômenos (POLIT; BECK, 2011). Já na abordagem qualitativa será realizado um estudo exploratório e descritivo na busca pelos significados atribuídos pelos participantes quanto ao evento estudado. Para tanto, será utilizada a técnica do grupo focal por associação livre.

Segundo Trad (2009) a técnica de grupos focais na área da saúde, especialmente na enfermagem, vem sendo muito utilizada pelos pesquisadores desde a segunda metade da década de 80, por conta das vantagens que podem ser observadas quando comparada a outros métodos. O grupo focal, além de propiciar uma economia de tempo e possibilitar a interação entre o coletivo estudado, possibilita também combinar métodos e perspectivas de diversas disciplinas para a compreensão de fenômenos que não conseguem ser enfrentados dentro dos limites territoriais artificialmente construídos entre as várias áreas de saber (CARLINICOTRIM, 1996).

Neste sentido, o presente estudo traz a proposta de pesquisa-intervenção (PI), utilizando-se de pré e pós teste para avaliar conhecimento quanto à segurança do paciente, ao mesmo tempo que proporcionará espaço para reflexão e ação. Segundo Rocha (2003) a PI constitui-se enquanto um dispositivo de transformação que proporciona a criação de novas análises para a formação dos profissionais e para as instituições que os formam. Surgindo no Brasil em meados dos anos 80, por conta que experiências francesas na década de 60, a PI possibilitou a ruptura com os enfoques

tradicionais de pesquisa por meio da ampliação das bases teórico metodológicas das pesquisas participativas, enquanto proposta de atuação transformadora da realidade sócio-política, já que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social (SAIDON; KANKAHAGI, 1987).

Para Aguiar e Rocha (1997:97) na PI a relação entre pesquisador e objeto dar-se-á de forma dinâmica, e:

“[...] determinará os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido. Pesquisa é, assim, ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio-históricas e políticas que atuam nas situações e das próprias implicações, inclusive dos referenciais de análise. É um modo de intervenção, na medida em que recorta o cotidiano em suas tarefas, em sua funcionalidade, em sua pragmática – variáveis imprescindíveis à manutenção do campo de trabalho que se configura como eficiente e produtivo no paradigma do mundo moderno”.

Na PI o foco não se trata da mudança imediata da ação instituída, pois a mudança é consequência da produção de outra relação entre teoria e prática, onde a questão se vincula à afirmação de uma micropolítica do cotidiano. Para tanto, a PI enquanto metodologia coletiva favorece a discussões e a produção cooperativa na perspectiva de fragilização das hierarquias burocráticas e das divisões em especialidades que fragmentam o cotidiano e isolam os profissionais. A pesquisa intervenção, por sua ação crítica e implicativa, amplia as condições de um trabalho compartilhado (ROCHA, 2003).

Posto isso, a proposta da PI enquanto prática transformadora vem ao encontro das necessidades dos serviços de saúde e também da proposta da Residência Multiprofissional em Saúde, que visa à construção da integralidade da atenção em saúde e também o incentivo a participação dos trabalhadores já atuantes na criação de estratégias que atuem diretamente nos condicionantes saúde-doença da população de forma potencial para mudanças.

2.2.4.2 Local do estudo

A pesquisa será desenvolvida na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Rita, no município de Marau no Rio Grande do Sul (RS), a qual se constitui como campo de atividades práticas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

O município de Marau está localizado na região do Planalto Médio, a chamada “Região de Produção”. Conta com uma área total de 649,300 Km² e faz parte da 6ª Coordenadoria Regional de Passo Fundo, cidade da qual se emancipou em 28 de fevereiro de 1955 (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2017).

Marau foi desenvolvendo-se e evidenciando todo seu potencial produtivo, econômico e administrativo. Possui mais de 30 escolas, um hospital e 12 unidades básicas de saúde: *“O município apresenta qualidade de vida, por meio das unidades de saúde com serviços gratuitos para toda a população”* (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2017).

O censo de 2010 apontou uma população residente de 36.364 mil, enquanto a estimativa de 2016 apontou 40.629 mil habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017), sendo 93% urbana e 7% rural.

Marau demonstra sua expressividade, riqueza e diversidade nas comidas, nas bebidas e nas belezas naturais. Preserva cerca de 2.600 mil famílias que vivem da agricultura familiar através da produção de grãos, leite, aves e suínos (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2017).

2.2.4.3 População-alvo e amostra

A população-alvo do estudo quantitativo serão os profissionais de saúde da ESF do Município e a amostra será constituída pelo número de instrumentos respondidos pelos profissionais que aceitarem participar do estudo e que atuam na ESF Santa Rita. Espera-se a aplicação de 64 instrumentos no total, somando-se os instrumentos de perfil sociodemográfico, o pré-teste, o instrumento de incidentes e o pós-teste, entre os 16 profissionais atuantes na ESF a ser estudada.

A população-alvo e amostra da etapa qualitativa serão os participantes selecionados por método de conveniência, visto que todos os profissionais da ESF serão convidados a fazer parte do estudo (POLIT; BECK, 2011), inclusive residentes, totalizando o universo de 16 participantes.

Como critério de inclusão do estudo elencou-se: ser profissional da área da saúde atuante na ESF Santa Rita (núcleo de enfermagem, odontologia, medicina, psicologia, farmácia e Agentes Comunitárias de Saúde). Serão excluídos do estudo os profissionais com menos de um ano de atuação na área.

2.2.4.4 Coleta de dados

Os dados serão coletados por meio de questionário, constituído de 3 instrumentos, entre os quais constam um de perfil sociodemográfico, outro de conhecimento sobre segurança do paciente e o outro sobre incidência de eventos.

Este questionário será aplicado em três momentos distintos, a saber:

A coleta de dados ocorreu em três momentos, a saber:

- **Primeiro momento:** o estudo será apresentado aos profissionais de saúde em reunião de equipe. De forma espontânea os profissionais serão convidados a participar da pesquisa, após o aceite os mesmos assinarão o TCLE e serão convidados a responder três questionários, sendo eles: instrumento acerca do seu perfil sociodemográfico, instrumento sobre investigação de incidentes, bem como um instrumento sobre conhecimento relativo a segurança do paciente (pré teste).
- **Segundo momento:** os profissionais serão convidados a participar de um Seminário de Campo¹ que versará sobre a temática “Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde” e será mediado pela pesquisadora responsável. Esse momento será composto por uma dinâmica de reflexão através da Dinâmica do Balão, que proporcionará a introdução da discussão sobre o tema de riscos e comunicação. Após, ocorrerá uma intervenção expositiva-dialogada por meio da utilização de recurso audiovisual. Ao findar-se esse momento, os participantes serão convidados a responder o instrumento de pós teste.

Através dos dados obtidos com a segunda aplicação do questionário teremos um pré teste e um pós teste, tendo como marco o Seminário de Campo enquanto proposta de intervenção.

- **Terceiro momento:** nesta etapa, os profissionais participarão de um grupo focal (GF) que terá como abordagem a reflexão significativa por meio de perguntas disparadoras, através de uma roda de conversa como tema central a Segurança do Paciente na APS. Esse momento será mediado pela pesquisadora responsável. Os dados advindos do GF serão gravados, com posterior transcrição e análise. Este material possibilitará a construção da análise qualitativa dos dados do estudo.

¹ O Seminário de Campo trata-se de uma das atividades previstas no Projeto Pedagógico do programa de residência. Portanto, nas ESF que compõem campo de atividades práticas dos residentes o seminário de campo constitui um espaço legítimo e respaldado para a realização de Educação Permanente.

2.2.4.4.1 Instrumentos utilizados

Utilizar-se-ão três instrumentos para coletar os dados, os quais foram elaborados pela autora Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá em sua Tese de Doutorado intitulada: “Segurança do paciente na Atenção Primária: conhecimento dos profissionais de saúde”, apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás no (2015), e adaptados para utilização no presente estudo. Estes instrumentos são compostos por variáveis sobre perfil pessoal e profissional dos participantes, o conhecimento acerca da segurança do paciente na APS e ainda, a ocorrência de incidentes na APS:

I) Instrumento 1 – Perfil sociodemográfico e de formação dos profissionais de saúde: construído para a investigação de variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico e características da formação profissional (ANEXO 2);

II) Instrumento 2 – Pré e pós teste para avaliar conhecimento sobre segurança do paciente: constituído por 21 questões com respostas de múltipla escolha (ANEXO 3), com a finalidade de investigar o conhecimento teórico sobre segurança do paciente, antes e após a ação-intervenção proposta; e,

III) Instrumento 3 – Investigação de incidentes na APS: com a finalidade de investigar a ocorrência de incidentes no âmbito da APS (ANEXO 4). As questões deste instrumento servirão como temas geradores de debate, reflexão e construção do conhecimento no Grupo Focal.

2.2.4.4.2 Variáveis em estudo

Para este estudo, definiu-se como variável dependente o “conhecimento” e como variáveis independentes: função na unidade; titulação; tempo de formado; tempo de experiência na função; tempo de atuação; especialização; curso de formação em saúde pública; curso de formação em segurança do paciente; treinamento sobre segurança do paciente na unidade; treinamento sobre como desenvolver assistência à saúde do usuário com segurança; carga horária de trabalho e tipo de vínculo empregatício.

A etapa quantitativa agregará variáveis elencadas a partir dos instrumentos utilizados, sendo constituídas pelo perfil sociodemográfico e pelas perguntas objetivas

que fazem parte dos instrumentos 1 e 2. As mesmas seguem descritas nos quadros abaixo:

Quadro 1: Variáveis Sociodemográficas.

1. Idade	anos completos
2. Sexo	feminino ou masculino
3. Categoria profissional	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Farmacêutico/ Aux. consultório odontológico/ Psicólogo/ Médico/ Odontólogo/ ACS/ Residente/
4. Função na unidade	assistencial/ gestão/ assistencial e gestão
5. Titulação máxima	Bacharel /Licenciatura/ Especialista/ Mestre/ Doutor/ Curso técnico/ Ensino Médio/ Ensino Fundamental
6. Tempo de formado	anos completos
7. Tempo de experiência na função desempenhada na unidade	anos completos
8. Renda Mensal	1 salário mínimo/ Entre 2 e 3/ Entre 4 e 5/ Entre 6 e 7/ Mais que 7
9. Tempo de atuação na unidade	anos completos
10. Quantos vínculos de trabalho você possui atualmente	anos completos
11. Especialização em saúde pública (mínimo de 360 horas)	(1) Sim (2) Não
12. Curso de formação em saúde pública	(1) Sim (2) Não
13. Curso de formação na área de segurança do paciente	(1) Sim (2) Não
14. Recebeu treinamento sobre segurança do paciente na sua unidade de trabalho	(1) Sim (2) Não
15. Recebeu treinamento, na unidade de trabalho, sobre como desenvolver a assistência à saúde do usuário com segurança	(1) Sim (2) Não
16. Qual a carga horária de trabalho semanal total na unidade de saúde	(horas/semana)
17. Tipo de vínculo empregatício	(1) Vínculo público/estatutário. Qtos (2) Vínculo privado/CLT/contrato. Qtos (3) Outros. Qual Qtos

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 2: Variáveis do Instrumento: Conhecimento sobre Segurança do Paciente.

(1) Eu sei identificar incidentes advindos do cuidado, na unidade em que trabalho.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
(2) Já presenciei incidentes durante a assistência aos pacientes que frequentam a unidade em que trabalho.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
(3) Já ouvi falar sobre a Classificação Internacional para Segurança do Paciente, na unidade em que trabalho.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
(4) O evento adverso é o incidente que, obrigatoriamente, resulta em dano ao paciente, como no caso em que, após um profissional instalar uma bolsa de sangue em paciente homônimo àquele que deveria receber essa bolsa, o paciente desenvolve uma reação febril. Nesse caso, o dano pode ser classificado em leve, moderado, grave e óbito.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
(5) O incidente sem dano é um evento que ocorre, mas não é detectado dano ao paciente. Por exemplo, quando o profissional instala uma bolsa de sangue em paciente diferente àquele que deveria recebê-la, mas o sangue é compatível e o paciente não desenvolve reação.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
(6) A circunstância notificável é uma situação em que existe potencial significativo de dano, mas o incidente não aconteceu, o que pode ser exemplificado quando existe uma escala de profissionais defasada para determinado plantão, mas nenhum incidente ocorre.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
(7) O quase-erro é um incidente que não atingiu o paciente, como por exemplo, uma situação em que o profissional prepara uma bolsa de sangue para um paciente diferente àquele que deveria recebê-la, mas percebe a falha antes da instalação.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
(8) Cultura de segurança é um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança. Nesse sistema, substitui-se a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com os erros decorrentes do cuidado e melhorar a atenção à saúde.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
(9) Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral para uma criança de 15 meses. Antes de administrar percebeu que havia aspirado 1ml e descartou o 0,5ml excedente. Esse incidente, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, é classificado como:	<input type="checkbox"/> Incidente sem dano <input type="checkbox"/> Incidente com dano/evento adverso <input type="checkbox"/> Circunstância notificável <input type="checkbox"/> Quase-erro
(10) Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral em uma criança de 15 meses e percebeu o erro somente depois de administrado. A criança apresentou dor local e hematoma em região do deltoide. Esse incidente, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, é classificado como:	<input type="checkbox"/> Incidente sem dano <input type="checkbox"/> Incidente com dano/evento adverso <input type="checkbox"/> Circunstância notificável <input type="checkbox"/> Quase-erro
(11) Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral e administrou em uma criança de 15 meses. A criança foi observada e não manifestou reações imediatas e/ou tardias. Esse incidente, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, é classificado como:	<input type="checkbox"/> Incidente sem dano <input type="checkbox"/> Incidente com dano/evento adverso <input type="checkbox"/> Circunstância notificável <input type="checkbox"/> Quase-erro
(12) Criança de 15 meses foi levada à Unidade de Saúde para receber a vacina tríplice viral. Entretanto, o profissional da sala de imunização informou aos pais que a vacina estava em falta na unidade de saúde. Esse incidente, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, é classificado como:	<input type="checkbox"/> Incidente sem dano <input type="checkbox"/> Incidente com dano/evento adverso <input type="checkbox"/> Circunstância notificável <input type="checkbox"/> Quase-erro
(13) Acredito que a notificação/registo dos incidentes relacionados à segurança do paciente pode auxiliar na redução de outros incidentes semelhantes.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
(14) Quando incidentes provenientes do cuidado ocorrem com algum paciente, independente de ter causado dano ou não, o profissional que cometeu o incidente é o único responsável e deve ser punido para que outros profissionais tenham mais atenção.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião <input type="checkbox"/> Discordo totalmente

Continuação	
(15) A segurança do paciente durante a assistência à saúde depende do conhecimento e tempo de experiência do profissional de saúde que presta o cuidado. Dessa forma, posso afirmar que a estrutura e os processos de trabalho de uma instituição de saúde não exercem influência sobre a segurança do paciente quando o quadro de pessoal é qualificado.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
(16) Profissionais que prestam assistência direta ao paciente não podem contribuir efetivamente com a segurança do paciente. Essa ação compete aos profissionais com cargos de gestão/coordenação.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
(17) Desenvolver uma cultura de segurança do paciente nas unidades de saúde depende da vontade do gestor.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
(18) Discutir os incidentes advindos da assistência à saúde pode ser uma estratégia para o aprendizado e prevenção de incidentes.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
(19) Tenho conhecimento adequado para desenvolver minhas ações assistenciais visando à segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
(20) Posso conhecimento adequado sobre segurança do paciente para executar minhas ações com qualidade.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
(21) Oriento os usuários sobre a importância de sua participação no tratamento e estratégias para garantir sua própria segurança.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião <input type="checkbox"/> Discordo totalmente

Fonte: Elaborado pelos autores.

2.2.4.5 Análise dos dados

Na etapa quantitativa, os dados coletados serão digitados em planilha eletrônica Excel, sendo transferidos, posteriormente, para um programa de análise estatística Stata for Windows, sob número serial 8199054150, licenciado para Paulo.ufsc, para posterior análise.

Com a utilização da estatística descritiva será possível caracterizar o perfil sociodemográfico por meio de frequência absoluta e relativa, média, mediana e desvio-padrão.

A análise da abordagem qualitativa será feita a partir das perguntas do instrumento de Investigação de Incidentes, as quais serão utilizadas como questões disparadoras do debate durante o Grupo Focal. Será utilizado o método proposto por Bardin, que se trata de um conjunto de técnicas de análises das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Neste método o interesse não está na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes poderão evidenciar após serem tratados. A intenção da análise de

conteúdo é “a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, inferência esta que recorre a indicadores” (BARDIN, 2011).

Os dados produzidos serão organizados e apresentados de forma articulada, por meio da categorização de dados. Segundo Bardin (2011) as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos, possibilitando a análise de particularidades do estudo e também a análise conjunta de aspectos comuns evidenciados.

Tendo em vista que se trata de um estudo misto, a análise dos dados evidenciará as potencialidades de complementaridade entre a abordagem qualitativa e quantitativa.

2.2.4.6 Aspectos Éticos

Conscientes do que representa a dimensão ética na pesquisa, neste estudo serão tomados todos os cuidados que permeiam esta atividade. Portanto, será observado rigorosamente o que consta na Resolução 466/2012 Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sendo que o presente projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS. O questionário é construído de forma a preservar os participantes de maneira que não permita a identificação do respectivo respondente. A todos os respondentes será solicitada a assinatura do TCLE. O modelo de TCLE consta no apêndice 1.

Os benefícios esperados estão em conhecer com mais propriedade, a forma como acontece a segurança do paciente na APS em uma ESF, para que a partir dos resultados o estudo possa contribuir na construção e reflexão do conhecimento sobre a temática segurança do paciente na APS.

Conforme disposto no IV.3 da Resolução 466/2012, observar-se-á todas as questões éticas contidas nesta resolução. Nos procedimentos tomar-se-á cuidado para que os participantes do estudo não sejam identificados nem diretamente e nem indiretamente. Embora todos os cuidados éticos sejam adotados, têm-se o risco de que as questões possam suscitar desconfortos em razão de fatos e/ou lembranças. Para minimizar esse risco será feita uma abordagem inicial e explicitação do tema, questão de pesquisa, objetivo e, principalmente, do instrumento. Depois de informada

e esclarecida todas as dúvidas, e da obtenção do aceite será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Neste estudo considerar-se-á o respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, no estudo, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantia de que danos previsíveis serão evitados, assim como a relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária. Prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

O benefício principal desta pesquisa é o de conhecer com mais propriedade, a forma como acontece à segurança do paciente na APS em uma ESF, para que a partir dos resultados o estudo possa contribuir na construção e reflexão do conhecimento sobre a temática segurança do paciente na APS e, por conseguinte, o planejamento e adoção de melhores práticas no processo de trabalho da equipe em estudo. Fato este, que conseqüentemente, culmina na melhoria da qualidade da assistência ofertada aos usuários.

Os resultados serão divulgados na apresentação do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) da pesquisadora. Ressalta-se que a apresentação do TCR acontece em evento aberto, que promove a integração entre universidade (representada pela banca de avaliação de docentes da UFFS e discentes aos quais o tema possa interessar), profissionais das equipes de APS do município de Marau/RS (principalmente as equipes que comportam residentes, dentre as quais está a equipe estudada), representantes da gestão do município e comunidade local. Também, poderão ser divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Fica assegurada aos sujeitos da pesquisa a interrupção de sua participação a qualquer momento, sem necessidade de justificativa e sem nenhum tipo de

penalização. Será garantido o sigilo e a privacidade dos participantes da pesquisa durante todas suas fases. O TCLE será assinado em duas vias, pelos pesquisadores e pelo pesquisado, sendo que cada um desses ficará de posse de uma via deste documento, conforme preconizado pela Resolução CNS nº 466/2012.

Os dados coletados serão armazenados no Campus Passo Fundo, da Universidade Federal da Fronteira Sul, Residência Multiprofissional em Saúde, Rodovia RS 153 – Km 03, Seminário Nossa Senhora Aparecida, Bairro Jardim América. Passo Fundo - RS. CEP 99034-600. Os mesmos serão armazenados por um período de 5 (cinco) anos sob a responsabilidade da pesquisadora Alessandra Suptitz Carneiro.

2.2.5 Recursos

Material Consumo	Quantidade	Valor (R\$)
Cartucho de tinta preta	01	50,00
Cartucho de tinta colorida	01	50,00
Folhas A4 – pacote	02	46,00
CD-R	04	6,50
Envelopes pardos grandes	10	4,00
Pen-drive	01	20,00
Sub-total		176,50*

* Financiamento dos próprios pesquisadores.

2.2.6 Cronograma

Atividades	2016			2017												2018		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X											
Elaboração do projeto de pesquisa			X	X	X	X												
Solicitação de autorizações institucionais dos locais de pesquisa							X											
Encaminhamento ao comitê de ética em pesquisa								X	X									
Reformulação do projeto de pesquisa									X									
Abordagem e aplicação do instrumento de pesquisa (pré-teste)										X								
Grupo focal										X								
Seminário com a equipe da ESF sobre segurança do paciente										X								
Abordagem e aplicação do instrumento de pesquisa (pós-teste)										X								
Análise e discussão dos resultados											X	X	X					
Elaboração final do artigo científico - TCR													X	X	X	X	X	X
Apresentação e divulgação dos resultados																	X	X

Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

2.3 EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO DEFINIDO

O presente estudo, caracterizado com misto do tipo pesquisa-intervenção (PI), utilizou a abordagem quantitativa por meio de um estudo transversal que utilizou pré e pós teste, já na abordagem qualitativa foi realizado um estudo exploratório e descritivo na busca pelos significados atribuídos pelos participantes quanto ao evento estudado. Para tanto, utilizou-se a técnica do grupo focal por associação livre.

A pesquisa foi desenvolvida em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município da região do Noroeste do Rio Grande do Sul (RS), considerando que essa se constitui como campo de atividades práticas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). A população-alvo do estudo foram os profissionais de saúde atuantes na ESF e a amostra final foi selecionada por conveniência. Como critério de inclusão elencou-se ser profissional da área da saúde, incluídos também profissionais residentes. Foram excluídos do estudo os profissionais com menos de um ano de atuação profissional.

Utilizaram-se três instrumentos para a coleta de dados, sendo eles: Instrumento 1 (Perfil sociodemográfico e de formação dos profissionais de saúde); Instrumento 2 (Pré e pós teste com a finalidade de investigar o conhecimento teórico sobre segurança do paciente, antes e após a ação-intervenção proposta); e Instrumento 3 (Investigação de incidentes na APS. As questões deste instrumento serviram como perguntas disparadoras para o debate, reflexão e construção do conhecimento no Grupo Focal).

Na etapa quantitativa houve a aplicação de 68 instrumentos, somando-se os instrumentos de perfil sociodemográfico, o pré-teste de conhecimento relativo a segurança do paciente, o instrumento de pesquisa de incidentes e o pós-teste. Quanto a etapa qualitativa, todos os participantes fizeram parte do grupo focal.

A coleta de dados ocorreu em três momentos, a saber:

- **Primeiro momento:** o estudo foi apresentado aos profissionais de saúde em reunião de equipe. De forma espontânea os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, após o aceite os mesmos assinaram o TCLE e foram convidados a responder três questionários, sendo eles: instrumento acerca do seu

perfil sociodemográfico, instrumento sobre investigação de incidentes, bem como um instrumento sobre conhecimento relativo a segurança do paciente (pré-teste).

- **Segundo momento:** os profissionais foram convidados a participar de um Seminário de Campo que versou sobre a temática “Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde” e foi mediado pela pesquisadora responsável. Esse momento foi composto por uma dinâmica de reflexão através da Dinâmica do Balão, que proporcionou a introdução da discussão sobre o tema de riscos e comunicação. Após, ocorreu uma intervenção expositiva-dialogada por meio da utilização de recurso audiovisual. Ao findar-se esse momento, os participantes foram convidados a responder o instrumento de pós teste. Através dos dados obtidos com a segunda aplicação do questionário tem-se um pré teste e pós teste, tendo como marco o Seminário de Campo enquanto proposta de intervenção. Por meio da análise dos dados foi possível identificar o conhecimento dos profissionais sobre a temática e também o impacto da intervenção, contemplando os objetivos.

- **Terceiro momento:** nesta etapa, os profissionais participaram de um grupo focal (GF) que teve como abordagem a reflexão significativa por meio de perguntas disparadoras, através de uma roda de conversa que teve como tema central a Segurança do Paciente na APS. Esse momento também foi mediado pela pesquisadora responsável. Os dados advindos do GF foram gravados, com posterior transcrição e análise. Este material possibilitou a construção da análise qualitativa dos dados do estudo.

Na etapa quantitativa, os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica do programa Br Office Cal, software livre, sendo transferidos para o programa de computação *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0, para análise, de acordo com a versão gratuita de 14 dias deste software.

Com a utilização da estatística descritiva foi possível caracterizar o perfil sociodemográfico por meio de frequência absoluta e relativa, média e desvio-padrão. Num segundo momento, realizou-se análise descritiva bivariada entre idade, categoria profissional, tempo de atuação na unidade, tipo de vínculo e cursos de formação. Realizou-se também análise exploratória multivariada, aplicada a todas variáveis estudadas do perfil sociodemográfico, bem como às variáveis do pré-teste, por meio da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla (ACM).

A análise da abordagem qualitativa efetivou-se a partir das perguntas do instrumento de Investigação de Incidentes, as quais foram utilizadas como questões disparadoras do debate durante o Grupo Focal. Utilizou-se o método proposto por Bardin, que se trata de um conjunto de técnicas de análises das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Neste método o interesse não está na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes poderão evidenciar após serem tratados. A intenção da análise de conteúdo é “a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, inferência esta que recorre a indicadores” (BARDIN, 2011).

Os dados produzidos foram organizados e apresentados de forma articulada, por meio da categorização de dados. Segundo Bardin (2011) as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos, possibilitando a análise de particularidades do estudo e também a análise conjunta de aspectos comuns evidenciados.

Tendo em vista que se trata de um estudo misto, a análise dos dados evidenciou as potencialidades de complementaridade entre a abordagem qualitativa e quantitativa

A análise dos dados congrega os resultados dos dados quantitativos e qualitativos, sendo que, primeiramente, estes dados são apresentados separadamente em face da organização das tabelas e gráficos. Ao longo do capítulo 2, e especialmente ao final deste, os dados quantitativos e qualitativos serão apresentados buscando a complementaridade entre os mesmos.

2.3.1 Características dos participantes

A tabela 1 apresenta a distribuição das características sociodemográficas dos participantes do estudo, a saber: sexo, idade e renda.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas, obtidas de pesquisa direta em uma Estratégia de Saúde da Família. Marau, Rio Grande do Sul, 2017 (N= 17).

Características sociodemográficas	N	%	Média ± DP*
Sexo			
Masculino	-	-	
Feminino	17	100	
Idade em anos completos			30,3 ± 6,8
20 – 39	15	88,2	
40 – 59	2	11,7	
Renda em salários mínimos			3,0 ± 1,5
Até 1	2	11,8	
Entre 2 e 3	7	41,2	
Entre 4 e 5	3	17,6	
Entre 6 e 7	2	11,8	
Mais de 7	3	17,6	
Total	17	100	

Fonte: Elaborado pelo autor.

* DP – Desvio Padrão

Conforme demonstram os dados da tabela 1, os 17 participantes do estudo eram do sexo feminino e apresentaram uma média de idade de 30,3 ± 6,8, com mínima de 20 e máxima de 46 anos. Analisando por faixa etária, vemos que 88,2% das idades concentraram-se entre 20 e 39 anos.

A renda dos participantes caracterizou-se por uma média e DP de 3,0 ± 1,5. A faixa de renda de 2 a 3 salários mínimos concentrou 41,2% (N=7) dos profissionais atuantes na ESF, cenário do estudo.

A tabela 2 traz a distribuição das características da profissão quanto à categoria, o tempo de formado e o tempo de experiência na profissão em questão.

Tabela 2 – Distribuição das características da profissão, obtidas de pesquisa direta em uma Estratégia de Saúde da Família. Marau, Rio Grande do Sul, 2017 (N= 17).

Características da profissão	N	%	Média ± DP
Categoria profissional			
Enfermeiro	2	11,8	
Técnico de enfermagem	1	5,9	
Farmacêutico	3	17,6	
Aux. cons. odontológico	-	-	

Médico	2	11,8
Odontólogo	1	5,9
ACS	5	29,4
Psicólogo	3	17,6
Tempo de formado em anos completos		4,1 ± 5,3
0 a 5	12	70,5
6 a 10	3	17,6
11 a 20	2	11,8
Tempo de experiência na profissão em anos completos		4,5 ± 5,4
0 a 5	12	70,5
6 a 10	2	11,8
11 a 20	3	17,6
Total	17	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

A partir dos dados da tabela 2, evidencia-se que os ACS participaram em maior número 29,4% (N=5). O tempo de formado dos profissionais apresentou média de 4,1 anos e concentrou-se (70,5%) na faixa de categorias dos profissionais da ESF formados de 0 a 5 anos. O tempo de experiência, na profissão mencionada e na unidade referida, apontou 70,5% de 0 a 5 anos de experiência na profissão e no mesmo serviço.

A tabela 3, demonstra a distribuição das características da equipe de trabalho da ESF.

Tabela 3 – Distribuição das características da equipe, obtidas de pesquisa direta em uma Estratégia de Saúde da Família. Marau, Rio Grande do Sul, 2017 (N= 17).

Características da equipe	N	%	Média ± DP
Função na ESF			
Assistencial	16	94,1	
Gestão/administração	-	-	
Assistencial/gestão	1	5,9	
Tempo de atuação na ESF			2,7 ± 3,5
Carga horária semanal na ESF			38,3 ± 5,1
Vínculo empregatício na ESF			1,3 ± 0,7
Público/ estatutário	5	29,4	
Privado/ CLT/ contrato	9	53,0	
Outro	3	17,6	
Total	17	100	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme observa-se na tabela acima, a função assistencial na ESF foi a que os profissionais mais mencionaram (94,1%), sendo que o tempo em que atuaram na ESF correspondeu a 2,7 anos. A carga horária semanal da maioria dos trabalhadores foi igual a 40 horas, sendo que um dos profissionais atua 32 horas, fazendo com que a média de horas semanais da equipe seja de 38,3 horas. Quanto ao vínculo empregatício dos membros da equipe na ESF, evidenciou que 53% (N=9) possuíam vínculo público e 29,4% (N=5) privado.

Estudos apontam que o fato dos profissionais da APS possuírem carga horária resguardada na maioria das vezes, e, portanto, permanecem no mesmo local de trabalho por tempo maior, facilita a criação de um vínculo significativo com o usuário e sua comunidade. O tempo auxilia no fortalecimento das relações, e partir disso o trabalho da equipe de saúde na APS passa a considerar uma abordagem do ser social, que é possibilitada pela territorialização, pela responsabilização da equipe no atendimento às famílias de sua área de abrangência e pelo vínculo estabelecido (VIEGAS; PENNA, 2013; ILHA; DIAS, BACKES; BACKES, 2014).

Posto isso, entende-se que na equipe estudada a carga horária efetiva da maioria dos profissionais facilita o vínculo durante o processo de trabalho, que por sua vez afeta as questões que envolvem a cultura de segurança do paciente de forma positiva.

A seguir, na tabela 4 apresentam-se as características da formação dos participantes quanto à titulação máxima, ter realizado especialização em saúde pública ou ter feito curso de formação em saúde pública. Da mesma forma, são apresentadas as características quanto à participação dos trabalhadores em alguma formação de segurança do paciente, algum treinamento sobre segurança do paciente na unidade da ESF e, principalmente, se foi realizado treinamento voltado para uma assistência segura.

Tabela 4 – Distribuição das características da formação dos participantes, obtidas de pesquisa direta em uma Estratégia de Saúde da Família. Marau, Rio Grande do Sul, 2017 (N= 17).

Características de formação dos participantes	N	%
--	----------	----------

Titulação máxima		
Bacharel/ Licenciatura	6	35,3
Especialista	5	29,4
Mestre	1	5,9
Doutor	-	-
Curso técnico	-	-
Ensino médio	4	23,5
Ensino fundamental	1	5,9
Especialização – Saúde Pública	3	17,6
Curso de formação – Saúde Pública	6	35,3
Curso de formação – Segurança Paciente	1	5,9
Treinamento – SP* na unidade	-	-
Treinamento – SP* p/assistência segura	2	11,7
Total	17	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

*SP – Segurança do Paciente

Observa-se que, entre os profissionais da ESF, 35,3% (6) tinham formação de nível superior e 29,4% (5) realizaram especialização, sendo que destas 17,6% (N=3) fizeram sua especialização em saúde pública. Sobre os cursos de formação, percebe-se que 35,3% (N=6) dos trabalhadores participaram de cursos na área de saúde pública. Quanto à formação na área de segurança do paciente, evidencia-se que apenas 5,9% (N=1) dos profissionais realizaram curso de formação, porém na unidade sede dessa ESF nenhum dos participantes recebeu algum tipo de treinamento sobre essa temática. Por outro lado, 11,7% (N=2) profissionais fizeram formação sobre assistência segura, de onde se depreende que foram realizados em outro local que não na unidade de saúde.

Fato este que aponta as lacunas que ainda perpassam os espaços de Educação Permanente (EP) das equipes de saúde, espaços que deveriam acontecer de forma periódica e considerar em suas abordagens as questões emergentes do processo de trabalho, entre elas a assistência segura.

Conforme orientações do Ministério da Saúde, os estabelecimentos de saúde carecem da incorporação de novas tecnologias em seus espaços de EP. Para tanto, os segmentos envolvidos precisam fornecer oportunidades de capacitação aos seus profissionais, nas diversas modalidades de aperfeiçoamento, atualização e de especialização, sejam presenciais, semipresenciais e até mesmo à distância (BRASIL, 2014).

2.3.2 Avaliação da segurança do paciente

A tabela 5 apresenta a distribuição da variável avaliação do conhecimento de profissionais atuantes em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Marau, acerca da segurança do paciente, trazendo as questões de 1 a 8.

Tabela 5 – Distribuição da avaliação do conhecimento- questões de 1 a 8, obtida de pesquisa direta em uma ESF. Marau – Rio Grande do Sul, 2017 (N= 17).

Avaliação do conhecimento – questões 1 a 8.	Respostas	Pré-teste		Pós-teste	
		N	%	N	%
1. Eu sei identificar incidentes advindos do cuidado, na unidade em que trabalho	Concordo totalmente	9	52,9	16	94,1
	Não tenho opinião	8	47,1	1	5,9
	Discordo totalmente	-	-	-	-
2. Já presenciei incidentes durante a assistência aos pacientes que frequentam a unidade em que trabalho.	Concordo totalmente	8	47,1	15	88,2
	Não tenho opinião	3	17,6	1	5,9
	Discordo totalmente	6	35,3	1	5,9
3. Já ouvi falar sobre a Classificação Internacional para Segurança do Paciente, na unidade em que trabalho.	Concordo totalmente	5	29,4	17	100
	Não tenho opinião	12	70,6	-	-
	Discordo totalmente	-	-	-	-
4 O evento adverso é o incidente que, obrigatoriamente, resulta em dano ao paciente, como no caso em que, após um profissional instalar uma bolsa de sangue em paciente homônimo àquele que deveria receber essa bolsa, o paciente desenvolve uma reação febril. Nesse caso, o dano pode ser classificado em leve, moderado, grave e óbito.	Concordo totalmente	10	58,8	16	94,1
	Não tenho opinião	3	17,6	1	5,9
	Discordo totalmente	4	23,6	-	-
5 O incidente sem dano é um evento que ocorre, mas não é detectado dano ao paciente. Por exemplo, quando o profissional instala uma bolsa de sangue em paciente diferente àquele que deveria recebê-la, mas o sangue é compatível e o paciente não desenvolve reação.	Concordo totalmente	7	41,2	13	76,5
	Não tenho opinião	1	5,9	2	11,8
	Discordo totalmente	9	52,9	2	11,8
6 A circunstância notificável é uma situação em que existe potencial significativo de dano, mas o incidente não aconteceu, o que pode ser exemplificado quando existe uma escala de profissionais defasada para determinado plantão, mas nenhum incidente ocorre.	Concordo totalmente	4	23,6	10	58,7
	Não tenho opinião	7	41,2	4	23,6
	Discordo totalmente	6	35,3	3	17,7
7. O quase-erro é um incidente que não atingiu o paciente, como por exemplo, uma situação em que o profissional prepara uma bolsa de sangue para um paciente diferente àquele que deveria recebê-la, mas percebe a falha antes da instalação.	Concordo totalmente	9	53,0	16	94,1
	Não tenho opinião	2	11,8	-	-
	Discordo totalmente	6	35,2	1	5,9
8. Cultura de segurança é um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança. Nesse sistema, substitui-se a culpa e a punição pela oportunidade de	Concordo totalmente	10	58,8	17	100
	Não tenho opinião	4	23,6	-	-
	Discordo totalmente	3	17,6	-	-

aprender com os erros decorrentes do cuidado e melhorar a atenção à saúde.					
Total		17	100	17	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nas perguntas de 1 a 8, pode-se destacar algumas mudanças entre as respostas antes e após a intervenção realizada com os participantes, sendo que no pré teste o item 1, “eu sei identificar incidentes...”, aparecia com 52,9 % (N=9) e no pós-teste foi para 94,1% (N=16). Nesse contexto, observando-se o item 2, “já presenciei incidentes durante a assistência...”, percebe-se que o padrão de resposta mudou entre o pré 47,1% (N= 8) e o pós-teste 88,2% (N=15), aumentando o grau de certeza daqueles que tomaram contato com a temática por meio da intervenção.

Outro ponto a destacar é que no item 7 que aborda “o quase erro” o pós-teste apontou um aumento do grau de certeza dos participantes, uma vez que 94,1% (N=16) das pessoas concordaram e apenas 5,9% (N=1) discordou.

A tabela 6, a seguir, explicita os dados das respostas das questões de 9 a 16.

Tabela 6 – Distribuição da avaliação do conhecimento- questões de 9 a 16, acerca da segurança do paciente, obtida de pesquisa direta em uma ESF. Marau, Rio Grande do Sul, 2017 (N= 17).

Avaliação do conhecimento – questões 9 a 16.	Respostas	Pré-teste		Pós-teste	
		N	%	N	%
9. Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral para uma criança de 15 meses. Antes de administrar percebeu que havia aspirado 1ml e descartou o 0,5ml excedente. Esse incidente, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, é classificado como:	Incidente sem dano	3	17,6	1	5,9
	Incidente com dano/evento adverso	2	11,8	-	-
	Circunstância notificável	-	-	-	-
	Quase-erro	12	70,6	16	94,1
10. Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral em uma criança de 15 meses e percebeu o erro somente depois de administrado. A criança apresentou dor local e hematoma em região do deltoide. Esse incidente, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, é classificado como:	Incidente sem dano	-	-	1	5,9
	Incidente com dano/evento adverso	15	88,2	14	82,4
	Circunstância notificável	2	11,8	1	5,9
	Quase-erro	-	-	1	5,9

11. Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral e administrou em uma criança de 15 meses. A criança foi observada e não manifestou reações imediatas e/ou tardias. Esse incidente, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, é classificado como:	Incidente sem dano	12	70,6	15	88,2
	Incidente com dano/evento adverso	1	5,9	-	-
	Circunstância notificável Quase-erro	3	17,6	2	11,8
		1	5,9	-	-
12. Criança de 15 meses foi levada à Unidade de Saúde para receber a vacina tríplice viral. Entretanto, o profissional da sala de imunização informou aos pais que a vacina estava em falta na unidade de saúde. Esse incidente, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, é classificado como:	Incidente sem dano	9	53,0	7	41,2
	Incidente com dano/evento adverso	1	5,9	-	-
	Circunstância notificável Quase-erro	7	41,1	10	58,9
		-	-	-	-
13. Acredito que a notificação/registro dos incidentes relacionados à segurança do paciente pode auxiliar na redução de outros incidentes semelhantes.	Concordo totalmente	16	94,1	17	100
	Não tenho opinião	1	5,9	-	-
	Discordo totalmente	-	-	-	-
14. Quando incidentes provenientes do cuidado ocorrem com algum paciente, independente de ter causado dano ou não, o profissional que cometeu o incidente é o único responsável e deve ser punido para que outros profissionais tenham mais atenção.	Concordo totalmente	4	23,5	-	-
	Não tenho opinião	13	76,5	1	5,9
	Discordo totalmente	-	-	16	94,1
15. A segurança do paciente durante a assistência à saúde depende do conhecimento e tempo de experiência do profissional de saúde que presta o cuidado. Dessa forma, posso afirmar que a estrutura e os processos de trabalho de uma instituição de saúde não exercem influência sobre a segurança do paciente quando o quadro de pessoal é qualificado.	Concordo totalmente	1	5,9	-	-
	Não tenho opinião	3	17,6	-	-
	Discordo totalmente	13	76,5	17	100
16. Profissionais que prestam assistência direta ao paciente não podem contribuir efetivamente com a segurança do paciente. Essa ação compete aos profissionais com cargos de gestão/coordenação.	Concordo totalmente	1	5,9	-	-
	Não tenho opinião	1	5,9	-	-
	Discordo totalmente	15	88,2	17	100
Total		17	100	17	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

A tabela acima ao demonstrar os dados das respostas aos itens 9 a 16, evidencia que os itens 13, 15 e 16 apresentaram um comportamento de resposta que se alterou após a intervenção, pois ampliou o grau de certeza para concordar ou discordar.

O item 13 abordou “a notificação como auxiliar na redução dos incidentes” apresentou pequena diferença de 94,1% (N=16) no pré-teste para 100% (N=17) de certeza no pós-teste. Já no item 15, que trata da “influência do tempo de experiência profissional...”, a mudança foi maior, passando para 100% (N=17) de discordância no

pós-teste. E no item 16, que questionou se “os profissionais que prestam assistência direta ao paciente não podem contribuir efetivamente com a segurança do paciente e que tal função caberia a alguém com cargo de gestão”, a resposta ampliou o grau de discordância de 88,2% (N=15) para 100% (N=17).

Observa-se melhora no julgamento correto dos casos que representam os tipos de incidentes, visto que esses aspectos obtiveram rendimento melhor depois da intervenção. O julgamento do evento adverso foi o mais alto em ambos os casos, que pode ser em decorrência da facilidade de identificar o dano decorrente do cuidado.

A tabela abaixo, demonstra os dados de pré e pós-teste das questões 17 a 21 do instrumento utilizado.

Tabela 7 – Distribuição da avaliação do conhecimento- questões de 17 a 21, acerca da segurança do paciente, obtida de pesquisa direta em uma ESF. Marau, Rio Grande do Sul, 2017 (N= 17).

Avaliação do conhecimento – questões 17 a 21.	Respostas	Pré-teste		Pós-teste	
		N	%	N	%
17. Desenvolver uma cultura de segurança do paciente nas unidades de saúde depende da vontade do gestor.	Concordo totalmente	2	11,8	2	11,8
	Não tenho opinião	2	11,8	1	5,9
	Discordo totalmente	13	76,4	14	82,3
18. Discutir os incidentes advindos da assistência à saúde pode ser uma estratégia para o aprendizado e prevenção de incidentes.	Concordo totalmente	17	100	17	100
	Não tenho opinião	-	-	-	-
	Discordo totalmente	-	-	-	-
19. Tenho conhecimento adequado para desenvolver minhas ações assistenciais visando à segurança do paciente.	Concordo totalmente	5	29,4	15	88,2
	Não tenho opinião	6	35,3	1	5,9
	Discordo totalmente	6	35,3	1	5,9
20. Posso conhecimento adequado sobre segurança do paciente para executar minhas ações com qualidade.	Concordo totalmente	3	17,6	15	88,2
	Não tenho opinião	5	29,4	1	5,9
	Discordo totalmente	9	53,0	1	5,9
21. Oriento os usuários sobre a importância de sua participação no tratamento e estratégias para garantir sua própria segurança.	Concordo totalmente	13	76,5	17	100
	Não tenho opinião	3	17,6	-	-
	Discordo totalmente	1	5,9	-	-
Total		17	100	17	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dos itens 17 a 21, foi possível observar que na pergunta acerca do “desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente nos serviços” houve pouca mudança no padrão de resposta entre o pré e pós teste e no item 18 o padrão manteve-se o mesmo nos dois momentos de aplicação do instrumento.

No item 19, que questiona o conhecimento adequado do tema para desenvolver ações assistenciais variou entre o pré e pós-teste, sendo que no segundo momento 88,2% (N=15) dos profissionais achava que tinha o conhecimento adequado, percepção que se repetiu nos itens 20 e 21, indicando mudança no padrão de resposta após a realização da intervenção.

De forma geral, observa-se por meio do aumento das taxas nas opções corretas assinaladas no pós teste, que a intervenção com a equipe de saúde mostrou-se efetiva para a mudança no padrão das respostas, evidenciando a incorporação do conhecimento sobre segurança do paciente.

2.3.3 Incidentes no cuidado à saúde ao paciente

A seguir são apresentadas as tabelas que evidenciam as respostas dos participantes quanto aos incidentes vivenciados pelos profissionais de uma ESF de Marau.

Tabela 8 – Distribuição da ocorrência de incidentes vivenciados pelos participantes, obtidas de pesquisa direta em uma ESF. Marau, Rio Grande do Sul, 2017 (N= 17).

Ocorrência de Incidentes vivenciados pelos participantes	N	%
Administração de medicamento errado	3	15,0
Dose errada	3	15,0
Forma farmacêutica errada	3	15,0
Acondicionamento inadequado	2	10,5
Via de administração errada	1	5,2
Paciente errado	1	5,2
Medicamento deteriorado /vencido	4	21,0
Monitoração insuficiente do tratamento medicamentoso	1	5,2
Falta de adesão do paciente por falha na comunicação	-	-
Falha de orientação ao paciente para o uso do medicamento	2	10,5
Falta de medicamento na unidade	-	-
Omissão de dose/medicamento	-	-
Frequência de administração errada	4	21,0
Erro de preparo da medicação	2	10,5
Técnica de administração errada	7	36,8
Horário errado	9	47,3
Duração do tratamento errado	7	36,8
Prescrição de medicamento errado	15	79,0

Outros	1	5,2
---------------	---	-----

Fonte: Elaborado pelo autor.

A tabela acima apresenta 19 possibilidades de erros que os trabalhadores da equipe observaram em sua prática na ESF. Destes incidentes, a “prescrição de medicamento errado” foi apontada em 79% (N=15), seguida do “horário errado” com 47,3% (N=9) e a “técnica de administração errada”, bem como a “duração do tratamento errado”, ambos com 36,8% (N=7). Os itens “falta de adesão do paciente por falha na comunicação”, “falta de medicamento na unidade” e “omissão de dose/medicamento” não foram vivenciados pelos participantes do estudo.

A tabela abaixo expõe outros incidentes investigados junto aos trabalhadores da ESF, os quais também fizeram parte do instrumento e que contemplaram um segundo bloco de questões.

Tabela 9 – Distribuição da ocorrência de outros incidentes vivenciados pelos participantes, obtidas de pesquisa direta em uma ESF. Marau, Rio Grande do Sul, 2017 (N= 17).

Ocorrência de outros incidentes vivenciados pelos participantes	N	%
Diagnóstico errado	4	36,3
Orientação errada ao paciente	1	9,0
Registro inadequado (consultas/conduitas)	1	9,0
Tratamento errado/inadequado	1	9,0
Acompanhamento familiar/domiciliar inadequado	3	27,2
Consulta pré-agendada não realizada pela ausência do profissional	6	54,5
Falta de orientação ao paciente/familiar	-	-
Omissão de cuidado	5	45,4
Troca de exames entre pacientes	5	45,4
Queda do paciente	4	36,3
Outros	2	18,0

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na tabela acima, pode-se observar que dos itens do instrumento de incidentes o erro “consulta pré-agendada não realizada pela ausência do profissional” foi apontado em 54,5% (N=6) do total de incidentes. Já os itens “omissão de cuidado” e “troca de exames entre os pacientes” foram identificados em 45,4% (N=5) do total de

itens. Nesse contexto, evidencia-se que a opção “falta de orientação ao paciente/familiar” não foi um incidente vivenciado pelos profissionais da referida ESF.

Estudo realizado com 75 profissionais das equipes de APS cadastradas na Rede do Telessaúde Goiás, que demonstrou que os incidentes mais frequentes na APS também estavam relacionados a falta de medicação na unidade (81,3%), falta de adesão ao tratamento por falha na comunicação e orientação (52%), acompanhamento familiar/domiciliar inadequado (56%), consulta agendada não realizada/falta do profissional (53,3%), dados que vem de encontro com os achados do presente estudo (PARANAGUÁ, 2016).

Nota-se que os participantes relataram eventos que envolvem diversos aspectos, reafirmando novamente a teoria de que erros são multifatoriais, e que, portanto, há necessidade de melhorias no gerenciamento dos processos de trabalho em todos os seus níveis. Cabe destacar que esses eventos, sofrem influência direta de agravos relacionados a estrutura física, recursos humanos e materiais.

2.3.4 Resultados do Grupo Focal

A partir da análise dos dados qualitativos advindos do grupo focal realizado após a intervenção, emergiram quatro categorias empíricas que serão apresentadas e discutidas a seguir.

2.3.4.1 O conhecimento sobre Segurança do Paciente

Para que os profissionais e instituições de saúde possam prestar o cuidado com qualidade e priorizando a segurança do paciente, faz-se necessário que nesses espaços estejam sempre presentes discussões acerca do tema, reconhecendo conceitos e incorporando-os no processo de trabalho. O conhecimento sobre segurança é expressado pelas participantes nas falas a seguir:

São ações que se fazem no dia a dia para tornar o nosso processo de trabalho mais seguro (...) para evitar algum dano (medicina).

Um evento adverso é quando acontece um dano para o paciente (enfermagem).

O que pode afetar a segurança do paciente vai desde uma estrutura, uma informação passada errada, ou uma pessoa mal treinada (agente comunitária de saúde).

Nota-se que mesmo com a falta de capacitação frequente, há um conhecimento breve sobre o tema, porém incipiente. Valorizar o conhecimento dos colaboradores que fazem parte de uma instituição é, sobretudo, entender que o trabalhador exerce um importante papel no sucesso organizacional, e, portanto, gestores devem preocupar-se com a formação e capacitação de recursos humanos e competências necessárias (FURUKAWA; CUNHA, 2010).

De acordo com Freire a produção de novos saberes exige a convicção de que a mudança é possível e requer o exercício da curiosidade, da intuição, da emoção e da responsabilização, além da capacidade crítica de observar e perseguir o objeto para confrontar, questionar, conhecer, atuar e reconhecê-lo. Logo, é evidente que instigar a reflexão e a construção do conhecimento acerca daquilo que se faz no dia a dia das instituições de saúde, trata-se do primeiro passo para melhorar indicadores de qualidade e avanços na prestação de cuidados (FREIRE, 1999; 2006).

Na sequência, a fala demonstra consonância de ideias com a teoria do Queijo Suíço apresentada pelo autor James Reason, que afirma que os buracos de um queijo suíço não têm continuidade porque ali existem barreiras, estas por sua vez, representam as ações que ajudam a prevenir e evitar os EA que podem resultar em danos ao paciente assistidos nos serviços de saúde, atuando, portanto, como um sistema de defesas (REASON, 2000).

Em algum momento alguém deveria detectar esse erro para não chegar a causar dano, que é quando afeta o paciente (farmácia).

Dessa forma, o caráter multifacetário ligado às falhas de segurança dos pacientes é denominado como lógica da cascata. Segundo a teoria de Reason, para que um EA aconteça é necessário que tenha ocorrido um alinhamento em muitos buracos do queijo, seja devido a problemas estruturais e na gestão, na má prática ou descuido por parte dos profissionais de saúde, ou por comportamentos inseguros ou de risco por parte do paciente (SEQUEIRA, 2010; MARCHON, 2015).

Um estudo de intervenção realizado com 429 profissionais de saúde no Estado de Goiás, demonstrou que há inúmeras fragilidades no conhecimento dos profissionais de saúde sobre segurança do paciente, o que subsidiou a construção de um programa educativo que se mostrou satisfatório para a ampliação do conhecimento acerca da temática. Os relatos evidenciaram ainda, a necessidade de trabalhar aspectos conceituais com maior aprofundamento, a fim de aumentar a acurácia desses profissionais para a identificação e monitoramento dos incidentes advindos do cuidado (PARANAGUÁ, 2015).

Assim, há necessidade de estimular a qualificação na área da saúde pública, tendo em vista as especificidades da APS. As intervenções educativas mostram-se como ferramenta eficaz para iniciar esse processo.

2.3.4.2 Segurança do paciente: APS *versus* Hospital

A partir do reconhecimento da existência de inseguranças nos cuidados enquanto um problema de saúde pública, diversas organizações têm se debruçado sobre o tema para unir esforços e compreender a natureza e o impacto do erro no cotidiano das pessoas e dos serviços, e sobretudo, encontrar soluções para essas situações (PARANAGUÁ, 2015).

Contudo, a maior parte das investigações ainda tem sido concentrada nos ambientes hospitalares, indicando que há necessidade de compreender que a magnitude deste problema atinge pacientes assistidos em outros ambientes, como por exemplo na APS. E, considerando que a APS se trata da porta de entrada na rede de atenção à saúde e ainda, uma estratégia para garantir princípios básicos do SUS, resolver questões de segurança nesse ambiente tornou-se uma meta prioritária para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009).

As falas a seguir, demonstram que os participantes consideram a existência de diferenças quando falamos de erros que ocorrem na APS:

Em relação ao hospital a atenção básica é diferente referente aos tipos de erros que acontecem. O risco é o mesmo (odontologia).

No hospital devido à complexidade tecnológica o risco é maior (...) Mas o paciente está vulnerável em qualquer ambiente, só que a gravidade pode diferenciar (enfermagem).

Geralmente quando chega no hospital se tem uma causa definida, e na atenção primária o usuário chega com uma situação muito ampla. As vezes fechar um diagnóstico é bem complicado (medicina).

Entretanto, mesmo reconhecendo as singularidades de cada espaço ainda existe resistência em observar a APS como um campo potencial para a ocorrência de erros.

Pensando que aqui é a baixa complexidade, então se pensa que seja mais seguro (enfermagem).

Erro, parece que não é aqui. Não é conosco (farmácia).

O levantamento da frequência de incidentes na atenção hospitalar diferencia-se da APS, visto que os métodos empregados para as pesquisas podem variar de acordo com o espaço pesquisado e métodos utilizados. Enquanto nos hospitais os estudos mais comuns são os de revisão retrospectiva de prontuário, mostrando que a incidência média de eventos adversos é de 9,2%, na APS o método mais empregado trata-se do sistema de notificações, onde a frequência de incidentes pode variar muito, de 0,004 a 240 por mil consultas, e a proporção de incidentes evitáveis varia de 45 a 76%. Observa-se, assim, grande diferença das estimativas (VRIES, 2008; MAKEHAM, 2008).

Considerando ainda as condições sensíveis a APS e a proporção média de 43,5% de eventos evitáveis é necessário atentar para as falhas corrigíveis a curto prazo (MAKEHAM, 2008), como evidencia a fala a seguir:

A tuberculose, por exemplo, quando a gente fica sabendo que um paciente está internado com tuberculose é como se a gente tivesse falhado em algum momento. Por que é uma situação que deveria ter sido diagnosticada na atenção básica (enfermagem).

Para tanto, a APS dispõe de alguns elementos que compõem a rede de cuidado proposta para a Atenção Básica, e que carregam consigo nuances organizativas, orientadoras, produtoras de vida e de saúde, portanto, consideradas formas de

enfrentamento diferenciadas. A partir da perspectiva da atuação sob a clínica ampliada, a equipe multiprofissional e a diversidade da densidade técnico assistencial entre outras ferramentas, as falas abaixo evidenciam os dispositivos que podem auxiliar nesse processo (MERHY, 1997).

Eu acredito na efetividade da atenção básica, pois a gente consegue diagnosticar e conhecer esse paciente antes, fazer busca ativa antes dele chegar até o hospital (enfermagem).

Uma das coisas que mais interfere é justamente a comunicação entre os profissionais (...) Trocar ideias, o que a gente faz aqui na verdade. Trabalhar em equipe e promover o diálogo (farmácia).

No momento em que a gente entra numa casa e percebe que tem um tapete no chão perto de uma escada e a gente não orienta para o paciente que aquilo é uma fonte de risco, a gente deixa de informar e pode ocorrer um evento (enfermagem).

Vejo no meu trabalho durante a entrega de medicação, já aconteceu de ficar na dúvida muitas vezes, pensando se entreguei certo. Daí eu peço pra ACS dar uma passadinha, ou dou uma ligada lá para conferir se está tudo certinho (farmácia).

Aqui, podemos identificar que o trabalho em equipe, a possibilidade de criação de vínculos com as famílias e a comunidade, as visitas domiciliares e, ainda, a presença do profissional agente comunitário de saúde próximo ao território, são ferramentas singulares e importantes para minimizar a ocorrências de incidentes.

2.3.4.3 A segurança do paciente e o processo de trabalho da APS

As deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, na concepção, organização e funcionamento, da cultura e práticas de trabalho, abordagem de gestão da qualidade, da prospecção de riscos e da capacidade de aprendizagem a partir dos erros, são apontadas como fatores desencadeadores de EA, e, portanto, não responsabilizando fatores ou pessoas isoladamente. Uma vez que, seres humanos são passíveis a erros e que estes são consequências, não causas. Entretanto, é possível atuar naquelas condições sobre as quais os seres humanos trabalham,

criando defesas no sistema para minimizar a ocorrência de erros (WHO, 2009; REASON, 2000).

Estudo realizado com 75 profissionais das equipes de APS cadastradas na Rede do Telessaúde Goiás demonstrou que os incidentes mais frequentes na APS estavam relacionados a medicação, sendo estes referentes a falta de medicação na unidade percebida por 81,3% dos profissionais de saúde, seguido da falta de adesão ao tratamento por falha na comunicação e a falha de orientação do paciente para uso do medicamento, ambas percebidas por 52% dos profissionais. No que se refere aos incidentes relativos ao processo clínico, não envolvendo a terapia medicamentosa, os mais perceptíveis foram àqueles relacionados ao acompanhamento familiar/domiciliar inadequado, percebido por 56% dos profissionais e a consulta agendada não realizada pela falta do profissional, referida por 53,3% (PARANAGUÁ, 2016).

Outro estudo apontou que os casos mais comumente relatados envolveram a falha na comunicação entre profissional e paciente e ainda erros administrativos (MARCHON, 2014), dados que também ficam explícitos no presente estudo:

Eu já chamei paciente errado para consulta (medicina).

Uma evolução errada com paciente que tem o mesmo nome (psicologia). Na farmácia a gente entrega a medicação e realiza orientações. Mas será que eu estou sendo clara nas orientações? (farmácia)

Se uma pessoa marca uma consulta, pega uma folga no trabalho e chega na consulta e ela é cancelada, isso pode ser um dano para ela. Por que ela vai ter que pagar esse dia provavelmente (psicologia).

Considerando nesse processo os vários elementos que podem estar envolvidos diante de um incidente ou EA, a segurança perpassa também por fatores que por vezes são desdenhados quando se pensam em ações de prevenção.

Fiquei pensando na questão da limpeza da unidade. Se está limpando o chão e ele está liso deveria ser usada uma plaquinha indicando “piso molhado” (...) Isso é uma questão que envolve a segurança do paciente e a nossa (psicologia).

A gente a princípio pensa na medicação (...) mas não é só isso. Tem “N” situações que a gente pode comprometer a segurança do paciente. E não só a questão da

segurança física, mas a segurança emocional mesmo, a partir do momento em que o paciente confia na equipe e isso deixa ele seguro. E aí eu acho que a gente tem um compromisso em manter essa segurança (enfermagem).

Outro fator importante citado pelos participantes foi o emprego adequado das tecnologias disponíveis, que surgem para qualificar e facilitar o processo de trabalho, mas que se não utilizadas adequadamente também podem levar a ocorrências de danos para os pacientes.

Sempre a gente tem que pesar bem (..) até em pedir exames em excesso para os nossos pacientes. A gente tem tudo a disposição cada vez mais, mas há um possível dano desses exageros de exames que as vezes vai levar a algum procedimento desnecessário (medicina).

As vezes não tem o que fazer e a pessoa só vai ficar sabendo de uma coisa que não vai mudar em nada. Isso vai mudar a qualidade de vida da pessoa ou não? (psicologia).

Podemos observar nas falas a preocupação com a prevenção quaternária, conceito que vem sendo discutido recentemente e que expressa a importância de utilizar os recursos disponíveis com cautela, protegendo pacientes de intervenções desnecessárias e assim evitando danos iatrogênicos (TESSER, 2017).

Por conseguinte, outra questão apontada pelos participantes é sobre o registro das informações no prontuário do paciente, considerando que essa ação permeia o trabalho de todos os profissionais de saúde, e além de fornecer informações importantes para a longitudinalidade e integralidade do cuidado, também se trata de uma obrigação ética e de respaldo profissional.

Acho que uma questão bem importante que a gente deve qualificar no nosso dia a dia é a questão do registro. Por que muitas vezes uma informação que eu tenho daquele paciente, se eu deixar de registrar isso pode colocar ele em risco. (enfermagem)

Aí eu acho que entra os dois lados, o não registrar e o registrar alguma informação que vai expor desnecessariamente (psicologia).

Normalmente eu oriento que o sigilo é assegurado, mas que se envolve algum nível de gravidade a gente dialoga entre os profissionais da equipe, que existe o prontuário e que os profissionais da rede têm acesso. Ele tem o direito de saber o que está se passando para além desse atendimento (psicologia).

Daí entra a questão ética de cada um de nós, pois a gente está em um local em que temos acesso a informações da vida das pessoas e as vezes essas pessoas são nossos vizinhos, são nossos parentes (enfermagem).

Cabe ressaltar que o prontuário do paciente é um documento legal em defesa dos usuários, dos profissionais e das instituições, devendo apresentar autenticidade e significado legal. Aliás, é a partir deste documento que pode-se notar o empenho e a força de trabalho da equipe de saúde, valorizando, assim, suas ações (MENESES, 2015). Portanto, a necessidade de aprimorar os registros nos prontuários é evidente, já que esta pode, em algumas ocasiões ser um importante instrumento de avaliação e investigação dos serviços de saúde (PARANAGUÁ, 2015).

A importância de organizar o processo de trabalho adequadamente também foi destacada, apontando a necessidade de adequar o serviço com a demanda e atentar para questões como: dimensionamento de profissionais; administração de recursos materiais, humanos e financeiros; presença e utilização de normas e protocolos; condições do ambiente de trabalho; sobrecarga de trabalho; e, as condições de funcionamento dos equipamentos (PARANAGUÁ, 2015).

As falas a seguir evidenciam que até pouco tempo era comum a sobrecarga e o acúmulo de funções dentro da unidade, o que segundo diversos autores pode ser um dos fatores desencadeantes do erro (PAIVA, 2014; CORREGGIO, 2014; PAESE, 2013).

Era comum isso antigamente, a enfermeira entregar (farmácia).

Não era só o fato de entregar medicação, por que quando a gente se dava conta lá tinha um monte de medicação vencida por que a gente não dava conta de tudo (enfermagem).

É necessário estreitar a comunicação e estimular a cultura de segurança entre os profissionais de saúde, mas para isso é imprescindível encontrar um ambiente favorável, a fim de minimizar falhas operacionais, organizacionais, estruturais e humanas. Como um importante fator condicionador do desenvolvimento institucional

de estratégias para melhoria da qualidade e redução dos incidentes na APS está a forma de abordagem dos erros com a equipe multiprofissional (MARCHON, 2015).

Em sua obra “To Err Is Human: Building a Safer Health System” Jeames Reason propõe duas formas de abordagem ao erro, a abordagem do sujeito e a abordagem do sistema. Enquanto a abordagem do sujeito se detém nos atos inseguros dos indivíduos que trabalham nos serviços de saúde, a abordagem do sistema tem como premissa básica a falibilidade dos seres humanos e, portanto, considera que erros são esperados mesmo nas organizações de excelência. Nesse sentido, Reason parte do pressuposto de que é possível eliminar falhas humanas e técnicas. Errar é humano, entretanto existem mecanismos para evitar o erro. Para isso é necessário informar, organizar e articular alguns mecanismos.

A abordagem do sistema considera que é necessário abordar o erro e os fatores que o impulsionaram, discutindo-os com a equipe para que a partir da abordagem reflexiva outros profissionais não voltem a cometer o mesmo erro. Para fortalecer trocas como essa, é necessário entrosamento e vínculo entre a equipe de saúde, como destacado abaixo:

Essa questão de como o profissional se sente diante da equipe é muito importante para saúde mental (...) se o profissional está sozinho e não pode contar com ninguém fica mais difícil, fica preocupado, nervoso e com certeza pode levar a acontecer mais erros (psicologia).

A melhor forma é em equipe, trabalhando a questão do diálogo e também a parte educativa. Fazendo pensar que “bom, eu errei, mas o que se pode fazer para que eu não volte a errar e para que outros colegas também não cometam o mesmo erro”. Se a gente levar para o lado punitivo, a tendência que os profissionais têm é encobrirem o seu erro (enfermagem).

A gestão dos serviços de saúde deve perceber que trabalhar sobre uma cultura de culpa, em que os erros são vistos apenas como fracassos pessoais, não favorece a criação de uma cultura de segurança no processo de trabalho, dessa forma, esse modelo de abordagem deve ser substituído por uma cultura em que os erros sejam encarados como oportunidades de melhorar o sistema (PAESE, 2013).

Frente a tantos fatores que interferem na cultura de segurança, a comunicação efetiva entre equipe, e ainda, entre profissional e paciente, demonstra-se como um dos

fatores modificáveis que podem ter grandes efeitos para a qualificação do cuidado em saúde. Desenvolver a comunicação efetiva requer dos membros da equipe o desenvolvimento de alguns fatores considerados cruciais, tais como: contato dos olhos, escuta ativa, confirmação da compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento de todos os membros da equipe, discussões saudáveis de informações pertinentes e consciência situacional, que se trata da compreensão do ambiente atual e à capacidade de antecipar com precisão problemas futuros (JOHSON, 2012; NOGUEIRA 2015).

Cabe destacar que, existem diversos desafios quando se trata de melhorar a comunicação para obter mais segurança nas ações em saúde, pois deve-se considerar que a diversidade dos profissionais que compõem a equipe muitas vezes dificulta o entrosamento na comunicação, considerando as diferenças no processo formativo e outros fatores como o efeito da hierarquia, geralmente com o médico ocupando posição de maior autoridade, situação que pode inibir os demais membros da equipe interdisciplinar (JOHSON, 2012; ROWLANDS, 2013).

2.3.4.4 A educação permanente na segurança do paciente: instigando novas reflexões e aprendizados

Para estimular as mudanças é importante que ocorram movimentos que afetem positivamente os profissionais, neste cenário a Educação Permanente (EP) demonstrase como um espaço potente e necessário para que ocorram trocas.

A EP trata-se da aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando-se a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Os estabelecimentos de saúde necessitam incorporar novas tecnologias em programas de EP e fornecer oportunidades de capacitação aos seus profissionais, ressaltando que o público-alvo dos espaços de formação não deve ser o profissional isolado, mas sim as equipes (BRASIL, 2014).

Ancorado nessa discussão, a proposta de intervenção do presente estudo que se traduziu-se no seminário de campo, foi avaliada como positiva pelos participantes da pesquisa:

O seminário auxiliou muito na compreensão da temática (psicologia).

Depois que ocorreu o seminário ficou muito mais fácil de responder (...) mesmo para mim que não sou da área (psicologia).

Ajudou-me a pensar no erro de comunicação (farmácia).

Eu acho que foi muito válido. As vezes tem coisas que a gente não ia pensar que pudessem influenciar na segurança do paciente (enfermagem).

A partir da oportunização desse espaço saudável de troca foi possível discutir sobre novos conceitos que necessitam ser incorporados a práticas profissional, abordando e discutindo a segurança do paciente a partir de novas perspectivas.

Em relação a sua fala e na construção dos conceitos foi muito legal (...) me fez repensar também algumas coisas, na questão de higienizar as mãos com mais frequência aqui na unidade e de outras coisas nesse sentido (psicologia).

Eu acho que foi um tema superbacana (...) são coisas do dia a dia que a gente acaba deixando passar. Eu acho que veio para fortalecer, reforçar e até para trazer coisas novas (medicina).

A dificuldade em reconhecer-se como um profissional que é passível a falhas também foi notória, já que diversos participantes afirmaram que até o momento proposto se quer tinham refletido sobre a possibilidade de erro em seu processo de trabalho, reconhecendo ainda, a tendência a visualizar e apontar apenas o erro alheio.

Se a gente fosse conversar sobre essas questões sem ter refletido antes e sem o seminário de campo, com certeza a gente iria dizer que era só a enfermagem que tem mais chance (psicologia).

É, eu acho que a gente pensa por causa da questão dos medicamentos, porque é mais invasivo. Mas uma informação passada errada pode ser tão danosa quanto (medicina).

Por conseguinte, uma das discussões que ganhou espaço durante o grupo focal foi a necessidade de fortalecer a inclusão do tema segurança nas instituições de ensino:

Na graduação eu nunca tinha ouvido falar, a gente só ouve falar no hospital, daí sim, se fala na segurança do paciente. Mas na atenção básica que é o nosso dia a dia realmente a gente não tinha parado para pensar (farmácia).

É uma abordagem diferente, extremamente técnica. Eu tive segurança do paciente relacionada a contaminação, ao uso de luvas (...), lavar as mãos. Mas em nenhum momento alguém me falou de segurança e cuidado ao falar, como você vai falar com o paciente (medicina).

Na formação profissional que eu tive era só relacionado ao hospital, da atenção básica ninguém nunca disse nada (enfermagem).

Fica explícito que a abordagem ao tema ainda é elementar e direcionada ao ambiente hospitalar, de forma a não contemplar outros espaços que posteriormente também poderão vir a se tornar locais de trabalho destes profissionais em formação. Além disso, a abordagem estritamente técnica é apontada como insuficiente para compreender o tema em toda a sua complexidade, desconsiderando outras dimensões do ser humano e suas relações que também são importantes quando se trata de segurança.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente compreende em um dos seus eixos a necessidade de incluir o tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação, na pós-graduação na área da Saúde e na educação permanente dos profissionais, assumindo um papel central na indução da produção, na sistematização e na difusão dos conhecimentos sobre segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Entretanto, essa inclusão vem ocorrendo de forma lenta e gradual, pois envolve a reformulação dos planos de ensino das instituições, recursos humanos capacitados para discutir o tema, oferta de oportunidades de capacitações aos profissionais (em modalidades que se encaixem no seu cotidiano de trabalho: aperfeiçoamento, atualização, especialização - presenciais, semipresenciais e a distância), e ainda, compreensão dos gestores das instituições de que incluir o tema segurança do paciente nos processos formativos, é sobretudo, uma necessidade emergente.

Considerando a política pública que trata sobre a educação permanente nos serviços de saúde, o presente estudo contribuiu para produzir e estimular a busca pelo

conhecimento relacionado a segurança do paciente entre os profissionais da APS, e ainda, proporcionou a avaliação da ação educativa de intervenção realizada. Entretanto, limitou-se aos profissionais de um serviço de saúde, que por tratar-se de um campo de atividades práticas de um programa de residência multiprofissional possui especificidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o papel de instigação ao novo e a produção de movimentos que a residência multiprofissional assume nos serviços de saúde, a segurança do paciente surgiu como uma oportunidade dentro do planejamento das intervenções, tendo em vista a contribuição almejada enquanto residente para a instituição, seus profissionais e também ao programa de residência.

Visto que, as demandas observadas durante o levantamento do diagnóstico situacional do território foram inúmeras, foi necessário pensar em uma intervenção transversal e abrangente a diferentes situações do cotidiano de trabalho, de modo que pudesse atingir o processo de trabalho da equipe de saúde e aí afetar positivamente a qualidade do cuidado prestado. Posto isso, a escolha pelo tema segurança do paciente mostrou-se assertiva, considerando que as ações seguras devem permear o processo de trabalho em qualquer situação.

Analisar o conhecimento relativo a segurança do paciente na instituição estudada, foi fundamental para poder avaliar a eficácia da ação educativa proposta enquanto intervenção naquele espaço. Essa investigação revelou que há uma lacuna importante no conhecimento dos profissionais quanto a temas emergentes, mas que a Educação Permanente se mostra como uma estratégia eficaz para mudar esse panorama.

Por meio da metodologia mista foi possível atingir os objetivos propostos no início desta trajetória, que intencionou buscar a complementaridade entre as abordagens qualitativa e quantitativa do fenômeno “Segurança do Paciente”, ressaltando que não é suficiente promover oportunidades de aprendizado, mas também, avaliar a eficácia destas ações.

Assim, a etapa quantitativa do estudo apontou que os 17 profissionais da ESF que aceitaram participar do estudo eram todos do sexo feminino, com média de idade em torno de 30 anos e renda mensal média de 3 salários mínimos. Apresentavam

poucas experiências formativas no campo da segurança do paciente, inclusive com ausência de treinamento na referida unidade de saúde.

Dessa forma, ao se realizar a avaliação de conhecimento dos trabalhadores acerca do tema foi possível constatar a necessidade de preencher essa lacuna. Foi então, após esse levantamento que a intervenção aconteceu. Por meio da realização de um seminário de campo, criou-se um espaço para reflexão e debate sobre segurança do paciente, momento de relevante produção a partir das falas do grupo.

Com base nos conteúdos que emergiram das falas do grupo focal foi possível visualizar algumas categorias temáticas que demonstraram que após a ação educativa os profissionais conseguiram conceituar brevemente as taxonomias relevantes quanto a segurança do paciente, bem como identificar diferenças nos eventos adversos que ocorrem em hospitais e na APS. Ainda foi possível observar que a equipe apontou diversas situações do cotidiano de trabalho em que a segurança do paciente pode ser exposta, e ao mesmo tempo refletir sobre estratégias de enfrentamento desses erros.

Por fim, a equipe reconheceu a importância da intervenção, que se caracterizou como uma ação disparadora na instigação de outros momentos de reflexão sobre a temática, como pode se observar após a coleta de dados, considerando a presença constante da pesquisadora naquele campo de atividades práticas. Notou-se que após a ação, surgiram outros espaços de discussão sobre o cuidado seguro no cotidiano de trabalho.

Nesse contexto, acredita-se que investir no conhecimento dos profissionais acerca da segurança do paciente representa uma intervenção de alta relevância para o serviço de saúde pública no município de Marau, pois se torna capaz de potencializar a produção de saúde para a população de forma qualificada e segura.

Quanto às contribuições científicas, o estudo permitirá avançar na produção de evidências sobre a segurança do paciente na APS. Ainda, enquanto enfermeira e residente sinto-me satisfeita ao analisar os dados do presente trabalho e revelar que as ações educativas se mostram efetivas para o crescimento e qualificação da equipe de saúde, considerando que atuar como facilitadora desses espaços é uma das atribuições previstas no Código de Ética do profissional enfermeiro.

Ao findar-se o estudo, é importante citar que o mesmo possui algumas limitações devido a dificuldades encontradas ao longo do percurso metodológico, ao exemplo da dificuldade dos profissionais ao responderem os instrumentos de

pesquisa, e, portanto, registrando respostas breves e/ou incompletas. Reitera-se, também, que o método do grupo focal é fundamentado na interação entre os participantes, entretanto, por vezes, alguns participantes são mais ativos durante essa interação, o que pode inibir a participação de integrantes mais introvertidos.

Recomenda-se que pesquisadores invistam em estudos que utilizam a metodologia mista para coleta de dados, haja visto, a experiência positiva do presente estudo na utilização das metodologias qualitativa e quantitativa para entender um fenômeno. Além disso, é necessário continuar a estender investigações sobre segurança do paciente e eventos adversos ao nível da APS, buscando produzir conhecimento baseado em evidências para subsidiar a prática profissional.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007. 12(2):455-464.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS – 15 anos de implantação: desafios e propostas para sua consolidação/Ministério da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 18 Jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica – **Programa da Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011; 24 out. Acesso em: 22 jul. 2016.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde ({SUS}) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

BRASIL. Decreto 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 22 jul. 2016.

COSTA, M. C. et al. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Rev. Gaúcha Enferm**, 2012. 33(3):134-140.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: Um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2011. 21 [3]: 899-915.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 2005. v. 21, n. 2, mar.abr p. 490-498.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; CAMPOS, Dalvan Antônio de. Equipe multiprofissional em Saúde da Família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, 2010. v. 34, n. 3, p. 379-389.

NASCIMENTO, D. D. G; OLIVEIRA. M. A. C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc. São Paulo**, 2010. v.19, n.4, p.814-827.

NASCIMENTO, D. D. G.; QUEVEDO, M. P. Aprender fazendo: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na qualificação de profissionais da saúde. In: BOURGET, M. M. M. (org.). **Estratégia Saúde da Família: a experiência da equipe de reabilitação**. São Paulo: Martinari, 2008. p. 43-59.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

REFERÊNCIAS DO DESENVOLVIMENTO E DIAGNÓSTICO

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

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017. **Cidades**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=431180&search=||info%E1ficos:-hist%F3rico>. Acesso em: 10/03/2017

PMM. PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **História**. Disponível em: <http://www.pmmarau.com.br/marau/11/historia2017>. Acesso em: 10/03/2017.
PMM. PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Plano municipal de saúde**. 2017.

REFERÊNCIAS DO PROJETO DE PESQUISA

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007. 12(2):455-464.

AGUIAR, K. F. e ROCHA, M. L. **Práticas Universitárias e a Formação Sóciopolítica. Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política.** nº 3/4, 1997. pp. 87102.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS – 15 anos de implantação: desafios e propostas para sua consolidação/Ministério da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 18 Jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica – **Programa da Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011; 24 out. Acesso em: 22 jul. 2016.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

BRASIL. Decreto 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 22 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**. 02 abr. 2013; Seção 1, (62):43. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&->>. Acesso em: 20 out. 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: 1ª edição. Edições 70, 2011.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-93, 1996.

COSTA, M. C. et al. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Rev. Gaúcha Enferm**, 2012. 33(3):134-140.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, 2013. v. 17, n. 44 jan./mar., p. 61-73.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: Um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2011. 21 [3]: 899-915.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 2005. v. 21, n. 2, mar.abr p. 490-498.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017. **Cidades**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=431180&search=||info%E1ficos:-hist%F3rico>. Acesso em: 10/03/2017

JÚNIOR, W. V. M. **Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil** [Tese de Doutorado]. Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2007. 113 p.

LEENDERTSE, A. J.; EGBERTS, A. C.; STOKER, L. J.; BEMT VAN DEN, P. M.

Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. **Arch Intern Med**, 2008. Set; 168(17):1890-6.

MAKEHAM, M.; DOVEY, S.; RUNCIMAN, W.; LARIZGOITIA, I. Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research. World Health Organization, Switzerland, 2008. Disponível em: <www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/primary_care_ps_research/en/index.html>. Acesso em: 20 out 2016.

MARCHON, S. G.; WALTER, V. M. J. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 30(9):1-21, set, 2014. Acesso em: 05 nov. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102311X00114113>>. Acesso em: 20 out 2016.

MARCHON, S. G.; WALTER, V. M. J. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 31(7):1395-1402, jul, 2015. Acesso em: 05 nov. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00157214>>. Acesso em: 20 out 2016.

MARCHON, S. A. **A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde**. [Tese de Doutorado]. Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2015.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; CAMPOS, Dalvan Antônio de. Equipe multiprofissional em Saúde da Família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, 2010. v. 34, n. 3, p. 379-389.

MOURA, M. L. O.; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol**. 2012; 15(3): 523-35.
NASCIMENTO, D. D. G; OLIVEIRA, M. A. C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc. São Paulo**, 2010. v.19, n.4, p.814-827.

NASCIMENTO, D. D. G.; QUEVEDO, M. P. Aprender fazendo: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na qualificação de profissionais da saúde. In: BOURGET, M. M. M. (org.). **Estratégia Saúde da Família: a experiência da equipe de reabilitação**. São Paulo: Martinari, 2008. p. 43-59.

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 30210.

PARANAGUÁ, T. T. B. **Segurança do paciente na atenção primária: conhecimento dos profissionais de saúde**. 2015. 138 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.

PERES, C. R. F. B.; JÚNIOR, A. L. C.; SILVA, R. F.; MARIN, M. J. S. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev Esc Enferm, USP**, 2011. 45(4):905-11.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed., Porto Alegre, Artmed, 2011.

PMM. PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. História. Disponível em: <http://www.pmmarau.com.br/marau/11/historia2017>. Acesso em: 10/03/2017.

REASON, J. **Human error: models and management**. BMJ, 320, p. 768-770, 2000.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. [Internet] 2013; 18(7):2029-2036 Acesso em 11 out. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>. Acesso em: 20 out 2016.

RUNCIMAN, W.; HIBBERT, P.; THOMSON, R. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009. 21 (1): 18-26.

ROCHA, M. L. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia ciência e profissão**. 2003, 23 (4), 64-73. Acesso em: 10 nov. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n4/v23n4a10.pdf>>. Acesso em: 21 out 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

SAIDON, O. & KAMKHAGI, V. R. (org) **Análise Institucional no Brasil**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1987.

SANDARS, J.; ESMAIL, A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. **BCM Fam Pract**, 2003. Jan; 20(3):231-6.

SEQUEIRA, A. M.; MARTINS, L.; PEREIRA, V. H. Natureza e frequência dos erros na actividade de Medicina Geral e Familiar Geral num ACES – Estudo descritivo. Portugal. **Rev Port Clin Geral.**, 2010. 26:572-84.

SOUSA, P. Patient Safety - A Necessidade de uma Estratégia Nacional. Qualidade em saúde. **Acta Med Port**, 2006. 19: 309-318, 2006.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312009000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2017.

VENDRAMINI, R. C. R. et al. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. **Rev Esc Enferm. USP**. 2010; 44(3):827-32.

VRIES, E. M.; RAMRATTAN, M. A ; SMORENBURG, S. M. et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*, 2008; 17: 216-223. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519629>>. Acesso em: 20 out. 2016.

WETZEL, S. R.; WOLTERS, R.; VAN WEEL, C.; WENSING, M. Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: a prospective observational study. **BMC Fam Pract**, 2008. Jun; 9:1-5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. January, 2009.

REFERÊNCIAS DA ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: 1º edição. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília (Brasil), 2004.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília (Brasil): Anvisa, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União. 02 abr. 2013; Seção 1, (62):43.

CORREGGIO, T. C. D.; et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Rev. SOBECC** 2014; 19(2): 67-73.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. São Paulo: Paz e Terra; 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 33 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.

FURUKAWA, P.; CUNHA, I. C. K. O. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**. 2010; 63(6):1061-6.

ILHA, S.; DIAS, M. V.; BACKES, D. S.; BACKES, M. S. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**. 2014 Jul/Set; 13(3):556-562.

JOHNSON, H. L.; KIMSEY, D. Patient safety: break the silence. **AORN J**. 2012; 95(5): 591-601.

MARCHON, G. S.; MENDES, W. Segurança do paciente na atenção primária à saúde. Em: Sousa P, Mendes W, editors. **Segurança do paciente: conhecendo os**

riscos nas organizações de saúde. v. 1. cap. 13. Rio de Janeiro: Fiocruz 2014; p. 281-294.

MARCHON, S. G.; JUNIOR, W. V.M. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. **Cad. Saúde Pública.** 2015; Jul. 31(7):1395-1402.

MARCHON, S. G.; et al. Características dos eventos adversos na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** 2015; 31(11):2313-2330.

MAKEHAM, M.; et al. **Methods and measures used in primary care patient safety research.** Genève: World Health Organization; 2008.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Em: Merhy EE; Onocko R. (org). **Agir em saúde.** São Paulo: Ed. Hucitec 1997; 385 p.

MENESES, L. B. A.; et al. Prontuário do paciente: qualidade dos registros na Perspectiva da equipe multiprofissional. **Rev enferm UFPE** on line 2015; 9(10):948591.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a Segurança do paciente. **Cogitare Enferm.** 2015; 20(3): 636-640.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm.** 2013; 22(2): 302-10.

PAIVA, M. C. M. S.; et al. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. 2014; Oct; 22(5): 747754.

PARANAGUÁ, T. T. B.; et al. Suporte para aprendizagem na perspectiva da segurança do paciente na atenção primária em saúde1. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2016; 24: e 2771.

PARANAGUÁ, T. T. B. **Segurança do Paciente na Atenção Primária: conhecimento dos profissionais de saúde** [tese]. Goiás: Programa de Pósgraduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. 2015.

REASON, J. **Human error: models and management.** BMJ, 2000.

ROWLANDS, S.; CALLEN, J. A qualitative analysis of communication between members of a hospitalbased multidisciplinary lung cancer team. **Eur J Cancer Care** 2013; 22(1):20-31.

SEQUEIRA, A. M.; et al. Natureza e frequência dos erros na actividade de Medicina Geral e Familiar Geral num ACES – Estudo descritivo. Portugal. **Rev Port Clin Geral.** 2010; 26:572-84.

TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Rev Saúde Pública**. 2017; 51:116.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. A integralidade no trabalho da equipe saúde da família. **Esc Anna Nery (impr.)**. 2013 jan -mar; 17 (1):133 – 141.

VRIES, E.; et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Qual Saf Health Care** 2008; 17: 216-223.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. **Final Technical Report**. January, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Artigo elaborado de acordo com as normas da revista selecionada para submissão.

SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS: SIGNIFICANDO O PROCESSO DE TRABALHO

RESUMO: Considerando a demanda emergente de promover a reflexão sobre a segurança nos serviços de saúde, o objetivo foi analisar o conhecimento relativo a segurança do paciente em profissionais de uma Estratégia de Saúde da Família, após uma intervenção com a equipe por meio de um seminário de campo que abordou a temática segurança do paciente. O conhecimento dos profissionais mostrou-se breve, evidenciando a necessidade de ações educativas permanentes e contínuas no processo de trabalho. Contudo, os participantes do estudo revelaram que a Atenção Primária à Saúde possui um potencial diferenciado para o enfrentamento de erros, visto que, possui ferramentas de cuidado singulares. A oferta de um espaço de troca para discutir sobre essas estratégias de enfrentamento mostrou-se efetiva e imprescindível para a qualificação do cuidado.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Segurança do Paciente; Educação Continuada.

PATIENT SAFETY IN PRIMARY HEALTH CARE: GIVING MEANING TO THE WORK PROGRESS

ABSTRACT: Considering the emerging demand to promote reflection on the safety in health services, the goal was to analyze the knowledge about patient safety of health professionals in a Family Health Strategy, after an intervention with the team through a field seminar addressing the issue of patient safety. The knowledge of professionals showed itself quite low, highlighting the need for permanent and continuous educational activities in the work process. However, study participants revealed that the Primary Health Care has a different potential for coping errors, since it requires unique care tools. The offer of a swap space to discuss these coping strategies proved itself effective and essential for the qualification of the health care work. **Key words:** Primary Health Care; Patient safety; Continuing Education.

INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde e o processo de cuidar tornam-se a cada dia mais complexos, razão de estarem diante de um universo multifacetário e dinâmico que influi nas relações e determinantes do processo saúde doença dos indivíduos e da coletividade. Tornar o processo de cuidado mais seguro é, acima de tudo, uma necessidade. Neste sentido, já existem movimentos

mundiais de diversas organizações a fim de debater, refletir e instigar a segurança do paciente como assunto prioritário nos serviços de saúde.

Segundo a *The World Alliance for Patient Safety* criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 2004, segurança do paciente define-se como a redução a um mínimo aceitável de riscos e danos associados à atenção à saúde. O potencial para o dano à saúde é real e pode acarretar incidentes, considerando a complexidade de procedimentos e tratamentos¹.

No Brasil, o enfrentamento dessa questão intensificou-se após a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído através da Portaria n° 529 do ano de 2013. Desde então, o PNSP busca promover e apoiar iniciativas para a segurança do paciente por meio da implementação da Gestão de Risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde, nos diferentes níveis de atenção².

Apesar disso, a maior parte dos estudos sobre o tema têm sido desenvolvidos em nível hospitalar, mesmo diante da vultuosa demanda de cuidados prestados na Atenção Primária à Saúde (APS)³. Considerando que, os Eventos Adversos (EA) que ocorrem nos hospitais em sua grande maioria estão ligados à cirurgia e ao tratamento medicamentoso, enquanto na APS os EA mais frequentes são associados ao tratamento medicamentoso e ao diagnóstico de doenças^{5,6}, faz-se necessário estender as investigações, buscando dar visibilidade à sua singularidade⁴.

Considerando que a APS atua na perspectiva do cuidado sobre a família e a comunidade, portanto, um território vivo e habitado por atores sociais e também pela complexidade das relações com a vida e a sociedade que os cercam, tornar as ações da APS mais seguras configuram-se como estratégias de qualificação do cuidado a longo prazo.

O presente estudo objetivou conhecer significados atribuídos pelos profissionais da APS e proporcionar um espaço de troca e avaliação quanto ao processo de trabalho atrelado à segurança do paciente por meio de uma ação/intervenção com a equipe de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município do Rio Grande do Sul (RS).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, através de uma pesquisa-intervenção (PI). Para tanto, utilizou-se a técnica do grupo focal por associação livre.

Na PI o foco não se trata da mudança imediata da ação instituída, pois a mudança é consequência da produção de outra relação entre teoria e prática, onde a questão se vincula à afirmação de uma micropolítica do cotidiano. Enquanto metodologia coletiva favorece a discussão e a produção cooperativa e por sua ação crítica e implicativa, amplia as condições de um trabalho compartilhado⁵.

Em complementariedade com grupo focal que se configura como uma técnica de pesquisa qualitativa derivada das entrevistas grupais, que coleta informações baseada na comunicação e na interação grupal⁶.

Dessa forma, permite alcançar diferentes perspectivas de uma mesma questão e ainda compreender os processos de construção da realidade por determinados grupos sociais e suas práticas cotidianas, como atitudes e comportamentos prevalentes no trabalho com alguns indivíduos que compartilham traços em comum. A essência no assunto gerador deve ser mantida, considerando que o facilitador deve propiciar um clima aberto para que os participantes se sintam confiantes em expor suas opiniões; portanto, não é necessário que se faça uma preparação dos assuntos em pauta⁷.

Nesse sentido, a pesquisa foi desenvolvida em uma ESF de um município da região Noroeste do Rio Grande do Sul/RS, considerando que essa se constitui como campo de atividades práticas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul. Os participantes do estudo foram profissionais de saúde atuantes nesta ESF.

Como critério de inclusão elencou-se ser profissional da área da saúde, incluídos também profissionais residentes. Foram excluídos do estudo os profissionais com menos de um ano de atuação profissional.

A coleta de dados ocorreu em dois momentos: seminário de campo e grupo focal. O estudo foi apresentado aos profissionais de saúde em reunião de equipe. De forma espontânea os profissionais foram convidados a participar da pesquisa. Após o aceite os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, foram convidados a participar de um seminário de campo que versou sobre a temática “Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde”. O mesmo foi mediado pela pesquisadora responsável.

O seminário de campo foi composto por uma dinâmica de reflexão através da Dinâmica do Balão, que proporcionou a introdução da discussão sobre o tema de riscos e comunicação em equipe. Após, ocorreu uma intervenção expositiva-dialogada por meio da utilização de recurso audiovisual que compreendeu uma abordagem histórica sobre segurança do paciente, taxonomia, diferenças entre incidentes que ocorrem no ambiente hospitalar e na APS, estimativa de erros, criação de estratégias para enfrentamento e caminhos possíveis à APS.

Já o grupo focal, teve como abordagem a reflexão significativa por meio de perguntas disparadoras, através de uma roda de conversa com o tema central Segurança do Paciente na APS e foi mediada pela pesquisadora responsável. Os dados advindos desta etapa foram gravados, com posterior transcrição e análise.

Para a análise dos dados utilizou-se o método de categorização de dados proposto por Bardin, que se trata de um conjunto de técnicas de análises das comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens⁸.

Por tratar-se de grupo focal, onde a comunicação ocorre de forma dinâmica e interativa entre os participantes, as falas serão identificadas por categoria profissional (medicina, enfermagem, psicologia, farmácia, agente comunitária de saúde, odontologia).

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (Parecer Consubstanciado nº 2.158.583), respeitando todos os cuidados que constam na Resolução 466/2012. A todos os participantes foi solicitada a assinatura do TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 17 profissionais de saúde, todas do sexo feminino e com idade entre 20 e 46 anos. Destas, duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem, três farmacêuticas, duas médicas, uma dentista, cinco agentes comunitárias de saúde e três psicólogas, com tempo médio de formação e experiência laborativa de quatro anos. Cabe ressaltar que das 17 informantes, cinco são residentes multiprofissionais da ênfase Saúde da Família e Comunidade.

Quando questionadas, 16 participantes informaram que desenvolvem atividades de cunho assistencial e apenas uma informou desenvolver função mista, compreendendo assistência e gestão. Do total, seis são graduadas, cinco são pós-graduadas, uma mestre, quatro possuem ensino médio e uma ensino fundamental.

Quanto ao número de vínculos empregatícios, 14 informaram possuir apenas um vínculo, duas possuem vínculo duplo e uma participante informou possuir quatro vínculos. Quanto ao tipo de vínculo, cinco trabalham sob o regime de servidor público/estatutário, nove sob regime de celetista/contrato e três afirmaram possuir ambos os vínculos.

Sobre o processo educativo profissional, apenas três participantes possuem especialização em saúde pública, e, apenas uma afirmou ter participado de capacitação sobre segurança do paciente.

A partir da análise dos dados, emergiram quatro categorias empíricas que serão apresentadas e discutidas a seguir.

O conhecimento sobre Segurança do Paciente

Para que os profissionais e instituições de saúde possam prestar o cuidado com qualidade e priorizando a segurança do paciente, faz-se necessário que nesses espaços estejam sempre

presente discussões acerca do tema, reconhecendo conceitos e incorporando-os no processo de trabalho. O conhecimento sobre segurança é expressado pelas participantes nas falas a seguir:

São ações que se fazem no dia a dia para tornar o nosso processo de trabalho mais seguro (...) para evitar algum dano (medicina).

Um evento adverso é quando acontece um dano para o paciente (enfermagem). O que pode afetar a segurança do paciente vai desde uma estrutura, uma informação passada errada, ou uma pessoa mal treinada (agente comunitária de saúde). Nota-se que mesmo com a falta de capacitação frequente, há um conhecimento breve sobre o tema, porém incipiente. Valorizar o conhecimento dos colaboradores que fazem parte de uma instituição é, sobretudo, entender que o trabalhador exerce um importante papel no sucesso organizacional, e, portanto, gestores devem preocupar-se com a formação e capacitação de recursos humanos e competências necessárias⁹.

De acordo com Freire a produção de novos saberes exige a convicção de que a mudança é possível e requer o exercício da curiosidade, da intuição, da emoção e da responsabilização, além da capacidade crítica de observar e perseguir o objeto para confrontar, questionar, conhecer, atuar e reconhecê-lo. Logo, é evidente que instigar a reflexão e a construção do conhecimento acerca daquilo que se faz no dia a dia das instituições de saúde, trata-se do primeiro passo para melhorar indicadores de qualidade e avanços na prestação de cuidados^{10,11}.

Na sequência, a fala a seguir demonstra consonância de ideias com a teoria do Queijo Suíço apresentada pelo autor James Reason, que afirma que os buracos de um queijo suíço não têm continuidade porque ali existem barreiras, estas por sua vez, representam as ações que ajudam a prevenir e evitar os EA que podem resultar em danos ao paciente assistidos nos serviços de saúde, atuando, portanto, como um sistema de defesas¹².

Em algum momento alguém deveria detectar esse erro para não chegar a causar dano, que é quando afeta o paciente (farmácia).

Dessa forma, o caráter multifacetário ligado às falhas de segurança dos pacientes é denominado como lógica da cascata. Segundo a teoria de Reason, para que um EA aconteça é necessário que tenha ocorrido um alinhamento em muitos buracos do queijo, seja devido a problemas estruturais e na gestão, na má prática ou descuido por parte dos profissionais de saúde, ou por comportamentos inseguros ou de risco por parte do paciente^{13,14}.

Um estudo de intervenção realizado com 429 profissionais de saúde no Estado de Goiás, demonstrou que há inúmeras fragilidades no conhecimento dos profissionais de saúde sobre segurança do paciente, o que subsidiou a construção de um programa educativo que se mostrou satisfatório para a ampliação do conhecimento acerca da temática. Os relatos evidenciaram ainda, a necessidade de trabalhar aspectos conceituais com maior aprofundamento, a fim de aumentar a acurácia desses profissionais para a identificação e monitoramento dos incidentes advindos do cuidado¹⁵.

Assim, há necessidade de estimular a qualificação na área da saúde pública, tendo em vista as especificidades da APS. As intervenções educativas mostram-se como ferramenta eficaz para iniciar esse processo.

Segurança do paciente: APS *versus* Hospital

A partir do reconhecimento da existência de inseguranças nos cuidados enquanto um problema de saúde pública, diversas organizações têm se debruçado sobre o tema para unir esforços e compreender a natureza e o impacto do erro no cotidiano das pessoas e dos serviços, e sobretudo, encontrar soluções para essas situações¹⁵.

Contudo, a maior parte das investigações ainda tem sido concentrada nos ambientes hospitalares, indicando que há necessidade de compreender que a magnitude deste problema atinge pacientes assistidos em outros ambientes, como por exemplo na APS. E, considerando que a APS se trata da porta de entrada na rede de atenção à saúde e ainda, uma estratégia para garantir princípios básicos do SUS, resolver questões de segurança nesse ambiente tornou-se uma meta prioritária para a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹.

As falas a seguir, demonstram que os participantes consideram a existência de diferenças quando falamos de erros que ocorrem na APS:

Em relação ao hospital a atenção básica é diferente referente aos tipos de erros que acontecem. O risco é o mesmo (odontologia).

No hospital devido à complexidade tecnológica o risco é maior (...) Mas o paciente está vulnerável em qualquer ambiente, só que a gravidade pode diferenciar (enfermagem).

Geralmente quando chega no hospital se tem uma causa definida, e na atenção primária o usuário chega com uma situação muito ampla. As vezes fechar um diagnóstico é bem complicado (medicina).

Entretanto, mesmo reconhecendo as singularidades de cada espaço ainda existe resistência em observar a APS como um campo potencial para a ocorrência de erros. *Pensando que aqui é a baixa complexidade, então se pensa que seja mais seguro*

(enfermagem).

Erro, parece que não é aqui. Não é conosco (farmácia).

O levantamento da frequência de incidentes na atenção hospitalar diferencia-se da APS, visto que os métodos empregados para as pesquisas podem variar de acordo com o espaço pesquisado e métodos utilizados. Enquanto nos hospitais os estudos mais comuns são os de revisão retrospectiva de prontuário, mostrando que a incidência média de eventos adversos é de 9,2%, na APS o método mais empregado trata-se do sistema de notificações, onde a frequência de incidentes pode variar muito, de 0,004 a 240 por mil consultas, e a proporção de incidentes evitáveis varia de 45 a 76%. Observa-se, assim, grande diferença das estimativas^{16,4}.

Considerando ainda as condições sensíveis a APS e a proporção média de 43,5% de eventos evitáveis é necessário atentar para as falhas corrigíveis a curto prazo¹⁶, como evidencia a fala a seguir:

A tuberculose, por exemplo, quando a gente fica sabendo que um paciente está internado com tuberculose é como se a gente tivesse falhado em algum momento. Por que é

uma situação que deveria ter sido diagnosticada na atenção básica (enfermagem). Para tanto, a APS dispõe de alguns elementos que compõem a rede de cuidado proposta para a Atenção Básica, e que carregam consigo nuances organizativas, orientadoras, produtoras de vida e de saúde, portanto, consideradas formas de enfrentamento diferenciadas. A partir da perspectiva da atuação sob a clínica ampliada, a equipe multiprofissional e a diversidade da densidade técnico assistencial entre outras ferramentas, as falas abaixo evidenciam os dispositivos que podem auxiliar nesse processo¹⁷.

Eu acredito na efetividade da atenção básica, pois a gente consegue diagnosticar e conhecer esse paciente antes, fazer busca ativa antes dele chegar até o hospital (enfermagem).

Uma das coisas que mais interfere é justamente a comunicação entre os profissionais (...) Trocar ideias, o que a gente faz aqui na verdade. Trabalhar em equipe e promover o diálogo (farmácia).

No momento em que a gente entra numa casa e percebe que tem um tapete no chão perto de uma escada e a gente não orienta para o paciente que aquilo é uma fonte de risco, a gente deixa de informar e pode ocorrer um evento (enfermagem).

Vejo no meu trabalho durante a entrega de medicação, já aconteceu de ficar na dúvida muitas vezes, pensando se entreguei certo. Daí eu peço pra ACS dar uma passadinha, ou dou uma ligada lá para conferir se está tudo certinho (farmácia).

Aqui, podemos identificar que o trabalho em equipe, a possibilidade de criação de vínculos com as famílias e a comunidade, as visitas domiciliares e, ainda, a presença do profissional agente comunitário de saúde próximo ao território, são ferramentas singulares e importantes para minimizar a ocorrências de incidentes.

A segurança do paciente e o processo de trabalho da APS

As deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, na concepção, organização e funcionamento, da cultura e práticas de trabalho, abordagem de gestão da qualidade, da prospecção de riscos e da capacidade de aprendizagem a partir dos erros, são apontadas como fatores desencadeadores de EA, e, portanto, não responsabilizando fatores ou pessoas isoladamente. Uma vez que, seres humanos são passíveis a erros e que estes são consequências, não causas. Entretanto, é possível atuar naquelas condições sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema para minimizar a ocorrência de erros^{1,12}.

Estudo realizado com 75 profissionais das equipes de APS cadastradas na Rede do Telessaúde Goiás demonstrou que os incidentes mais frequentes na APS estavam relacionados a medicação, sendo estes referentes a falta de medicação na unidade percebida por 81,3% dos profissionais de saúde, seguido da falta de adesão ao tratamento por falha na comunicação e a falha de orientação do paciente para uso do medicamento, ambas percebidas por 52% dos profissionais. No que se refere aos incidentes relativos ao processo clínico, não envolvendo a terapia medicamentosa, os mais perceptíveis foram àqueles relacionados ao acompanhamento familiar/domiciliar inadequado, percebido por 56% dos profissionais e a consulta agendada não realizada pela falta do profissional, referida por 53,3%¹⁸.

Outro estudo apontou que os casos mais comumente relatados envolveram a falha na comunicação entre profissional e paciente e ainda erros administrativos¹⁹, dados que também ficam explícitos no presente estudo:

Eu já chamei paciente errado para consulta (medicina).

Uma evolução errada com paciente que tem o mesmo nome (psicologia).

Na farmácia a gente entrega a medicação e realiza orientações. Mas será que eu estou sendo clara nas orientações? (farmácia)

Se uma pessoa marca uma consulta, pega uma folga no trabalho e chega na consulta e ela é cancelada, isso pode ser um dano para ela. Por que ela vai ter que pagar esse dia provavelmente (psicologia).

Considerando nesse processo os vários elementos que podem estar envolvidos diante de um incidente ou EA, a segurança perpassa também por fatores que por vezes são desdenhados quando se pensam em ações de prevenção.

Fiquei pensando na questão da limpeza da unidade. Se está limpando o chão e ele está liso deveria ser usada uma plaquinha indicando “piso molhado” (...) Isso é uma questão que envolve a segurança do paciente e a nossa (psicologia).

A gente a princípio pensa na medicação (...) mas não é só isso. Tem “N” situações que a gente pode comprometer a segurança do paciente. E não só a questão da segurança física, mas a segurança emocional mesmo, a partir do momento em que o paciente confia na equipe e isso deixa ele seguro. E aí eu acho que a gente tem um compromisso em manter essa segurança (enfermagem).

Outro fator importante citado pelos participantes foi o emprego adequado das tecnologias disponíveis, que surgem para qualificar e facilitar o processo de trabalho, mas que se não utilizadas adequadamente também podem levar a ocorrências de danos para os pacientes.

Sempre a gente tem que pesar bem (..) até em pedir exames em excesso para os nossos pacientes. A gente tem tudo a disposição cada vez mais, mas há um possível dano desses exageros de exames que as vezes vai levar a algum procedimento desnecessário (medicina).

As vezes não tem o que fazer e a pessoa só vai ficar sabendo de uma coisa que não vai mudar em nada. Isso vai mudar a qualidade de vida da pessoa ou não? (psicologia).

Podemos observar nas falas a preocupação com a prevenção quaternária, conceito que vem sendo discutido recentemente e que expressa a importância de utilizar os recursos

disponíveis com cautela, protegendo pacientes de intervenções desnecessárias e assim evitando danos iatrogênicos²⁰.

Por conseguinte, outra questão apontada pelos participantes é sobre o registro das informações no prontuário do paciente, considerando que essa ação permeia o trabalho de todos os profissionais de saúde, e além de fornecer informações importantes para a longitudinalidade e integralidade do cuidado, também se trata de uma obrigação ética e de respaldo profissional.

Acho que uma questão bem importante que a gente deve qualificar no nosso dia a dia é a questão do registro. Por que muitas vezes uma informação que eu tenho daquele paciente, se eu deixar de registrar isso pode colocar ele em risco. (enfermagem) Aí eu acho que entra os dois lados, o não registrar e o registrar alguma informação que vai expor desnecessariamente (psicologia).

Normalmente eu oriento que o sigilo é assegurado, mas que se envolve algum nível de gravidade a gente dialoga entre os profissionais da equipe, que existe o prontuário e que os profissionais da rede têm acesso. Ele tem o direito de saber o que está se passando para além desse atendimento (psicologia).

Daí entra a questão ética de cada um de nós, pois a gente está em um local em que temos acesso a informações da vida das pessoas e as vezes essas pessoas são nossos vizinhos, são nossos parentes (enfermagem).

Cabe ressaltar que o prontuário do paciente é um documento legal em defesa dos usuários, dos profissionais e das instituições, devendo apresentar autenticidade e significado legal. Aliás, é a partir deste documento que pode-se notar o empenho e a força de trabalho da equipe de saúde, valorizando, assim, suas ações²¹. Portanto, a necessidade de aprimorar os registros nos prontuários é evidente, já que esta pode, em algumas ocasiões ser um importante instrumento de avaliação e investigação dos serviços de saúde¹⁵.

A importância de organizar o processo de trabalho adequadamente também foi destacada, apontando a necessidade de adequar o serviço com a demanda e atentar para questões como: dimensionamento de profissionais; administração de recursos materiais, humanos e financeiros; presença e utilização de normas e protocolos; condições do ambiente de trabalho; sobrecarga de trabalho; e, as condições de funcionamento dos equipamentos¹⁵.

As falas a seguir evidenciam que até pouco tempo era comum a sobrecarga e o acúmulo de funções dentro da unidade, o que segundo diversos autores pode ser um dos fatores desencadeantes do erro^{22,23,24}.

Era comum isso antigamente, a enfermeira entregar (farmácia).

Não era só o fato de entregar medicação, por que quando a gente se dava conta lá tinha um monte de medicação vencida por que a gente não dava conta de tudo

(enfermagem).

É necessário estreitar a comunicação e estimular a cultura de segurança entre os profissionais de saúde, mas para isso é imprescindível encontrar um ambiente favorável, a fim de minimizar falhas operacionais, organizacionais, estruturais e humanas. Como um importante fator condicionador do desenvolvimento institucional de estratégias para melhoria da qualidade e redução dos incidentes na APS está a forma de abordagem dos erros com a equipe multiprofissional¹⁴.

Em sua obra “To Err Is Human: Building a Safer Health System” Jeames Reason propõe duas formas de abordagem ao erro, a abordagem do sujeito e a abordagem do sistema. Enquanto a abordagem do sujeito se detém nos atos inseguros dos indivíduos que trabalham nos serviços de saúde, a abordagem do sistema tem como premissa básica a falibilidade dos seres humanos e, portanto, considera que erros são esperados mesmo nas organizações de excelência. Nesse sentido, Reason parte do pressuposto de que é possível eliminar falhas humanas e técnicas. Errar

é humano, entretanto existem mecanismos para evitar o erro. Para isso é necessário informar, organizar e articular alguns mecanismos.

A abordagem do sistema considera que é necessário abordar o erro e os fatores que o impulsionaram, discutindo-os com a equipe para que a partir da abordagem reflexiva outros profissionais não voltem a cometer o mesmo erro. Para fortalecer trocas como essa, é necessário entrosamento e vínculo entre a equipe de saúde, como destacado abaixo:

Essa questão de como o profissional se sente diante da equipe é muito importante para saúde mental (...) se o profissional está sozinho e não pode contar com ninguém fica mais difícil, fica preocupado, nervoso e com certeza pode levar a acontecer mais erros (psicologia).

A melhor forma é em equipe, trabalhando a questão do diálogo e também a parte educativa. Fazendo pensar que “bom, eu errei, mas o que se pode fazer para que eu não volte a errar e para que outros colegas também não cometam o mesmo erro”. Se a gente levar para o lado punitivo, a tendência que os profissionais têm é encobrirem o seu erro (enfermagem).

A gestão dos serviços de saúde deve perceber que trabalhar sobre uma cultura de culpa, em que os erros são vistos apenas como fracassos pessoais, não favorece a criação de uma cultura de segurança no processo de trabalho, dessa forma, esse modelo de abordagem deve ser substituído por uma cultura em que os erros sejam encarados como oportunidades de melhorar o sistema²⁵.

Frente a tantos fatores que interferem na cultura de segurança, a comunicação efetiva entre equipe, e ainda, entre profissional e paciente, demonstra-se como um dos fatores modificáveis que podem ter grandes efeitos para a qualificação do cuidado em saúde. Desenvolver a comunicação efetiva requer dos membros da equipe o desenvolvimento de alguns fatores considerados cruciais, tais como: contato dos olhos, escuta ativa, confirmação da

compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento de todos os membros da equipe, discussões saudáveis de informações pertinentes e consciência situacional, que se trata da compreensão do ambiente atual e à capacidade de antecipar com precisão problemas futuros^{24,26}.

Cabe destacar que, existem diversos desafios quando se trata de melhorar a comunicação para obter mais segurança nas ações em saúde, pois deve-se considerar que a diversidade dos profissionais que compõem a equipe muitas vezes dificulta o entrosamento na comunicação, considerando as diferenças no processo formativo e outros fatores como o efeito da hierarquia, geralmente com o médico ocupando posição de maior autoridade, situação que pode inibir os demais membros da equipe interdisciplinar^{26,27}.

A educação permanente na segurança do paciente: instigando novas reflexões e aprendizados

Para estimular as mudanças é importante que ocorram movimentos que afetem positivamente os profissionais, neste cenário a Educação Permanente (EP) demonstra-se como um espaço potente e necessário para que ocorram trocas.

A EP trata-se da aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando-se a partir da problematização do processo de trabalho²⁸.

Os estabelecimentos de saúde necessitam incorporar novas tecnologias em programas de EP e fornecer oportunidades de capacitação aos seus profissionais, ressaltando que o público-alvo dos espaços de formação não deve ser o profissional isolado, mas sim as equipes²⁹.

Ancorado nessa discussão, a proposta de intervenção do presente estudo que se traduziu no seminário de campo, foi avaliada como positiva pelos participantes da pesquisa:

O seminário auxiliou muito na compreensão da temática (psicologia).

Depois que ocorreu o seminário ficou muito mais fácil de responder (...) mesmo para mim que não sou da área (psicologia).

Ajudou-me a pensar no erro de comunicação (farmácia).

Eu acho que foi muito válido. As vezes tem coisas que a gente não ia pensar que pudessem influenciar na segurança do paciente (enfermagem).

A partir da oportunização desse espaço saudável de troca foi possível discutir sobre novos conceitos que necessitam ser incorporados a práticas profissional, abordando e discutindo a segurança do paciente a partir de novas perspectivas.

Em relação a sua fala e na construção dos conceitos foi muito legal (...) me fez repensar também algumas coisas, na questão de higienizar as mãos com mais frequência aqui na unidade e de outras coisas nesse sentido (psicologia).

Eu acho que foi um tema superbacana (...) são coisas do dia a dia que a gente acaba deixando passar. Eu acho que veio para fortalecer, reforçar e até para trazer coisas novas (medicina).

A dificuldade em reconhecer-se como um profissional que é passível a falhas também foi notória, já que diversos participantes afirmaram que até o momento proposto se quer tinham refletido sobre a possibilidade de erro em seu processo de trabalho, reconhecendo ainda, a tendência a visualizar e apontar apenas o erro alheio.

Se a gente fosse conversar sobre essas questões sem ter refletido antes e sem o seminário de campo, com certeza a gente iria dizer que era só a enfermagem que tem mais chance (psicologia).

É, eu acho que a gente pensa por causa da questão dos medicamentos, porque é mais invasivo. Mas uma informação passada errada pode ser tão danosa quanto (medicina).

Por conseguinte, uma das discussões que ganhou espaço durante o grupo focal foi a necessidade de fortalecer a inclusão do tema segurança nas instituições de ensino:

Na graduação eu nunca tinha ouvido falar, a gente só ouve falar no hospital, daí sim, se fala na segurança do paciente. Mas na atenção básica que é o nosso dia a dia realmente a gente não tinha parado para pensar (farmácia).

É uma abordagem diferente, extremamente técnica. Eu tive segurança do paciente relacionada a contaminação, ao uso de luvas (...), lavar as mãos. Mas em nenhum momento alguém me falou de segurança e cuidado ao falar, como você vai falar com o paciente (medicina).

Na formação profissional que eu tive era só relacionado ao hospital, da atenção básica ninguém nunca disse nada (enfermagem).

Fica explícito que a abordagem ao tema ainda é elementar e direcionada ao ambiente hospitalar, de forma a não contemplar outros espaços que posteriormente também poderão vir a se tornar locais de trabalho destes profissionais em formação. Além disso, a abordagem estritamente técnica é apontada como insuficiente para compreender o tema em toda a sua complexidade, desconsiderando outras dimensões do ser humano e suas relações que também são importantes quanto se trata de segurança.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente compreende em um dos seus eixos a necessidade de incluir o tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação, na pósgraduação na área da Saúde e na educação permanente dos profissionais, assumindo um papel central na indução da produção, na sistematização e na difusão dos conhecimentos sobre segurança do paciente³⁰.

Entretanto, essa inclusão vem ocorrendo de forma lenta e gradual, pois envolve a reformulação dos planos de ensino das instituições, recursos humanos capacitados para discutir

o tema, oferta de oportunidades de capacitações aos profissionais (em modalidades que se encaixem no seu cotidiano de trabalho: aperfeiçoamento, atualização, especialização - presenciais, semipresenciais e a distância), e ainda, compreensão dos gestores das instituições de que incluir o tema segurança do paciente nos processos formativos, é sobretudo, uma necessidade emergente.

Considerando a política pública que trata sobre a educação permanente nos serviços de saúde, o presente estudo contribuiu para produzir e estimular a busca pelo conhecimento relacionado a segurança do paciente entre os profissionais da APS, e ainda, proporcionou a avaliação da ação educativa de intervenção realizada. Entretanto, limitou-se aos profissionais de um serviço de saúde, que por tratar-se de um campo de atividades práticas de um programa de residência multiprofissional possui especificidades.

CONCLUSÃO

Quando falamos de segurança do paciente na APS, o que ainda encontramos são posições tímidas e que se relacionam brevemente com os estudos sobre a temática, evidenciando que é imprescindível que profissionais de saúde invistam mais no aprofundamento teórico sobre os temas emergentes da atualidade, para assim poder associá-los com a sua prática cotidiana.

Para que o conhecimento científico produzido afete o processo de trabalho é necessário que este seja consumido não somente pelas universidades, mas pelos profissionais ligados a assistência e a gestão dos serviços de saúde. No momento em que o profissional se afeta com as necessidades emergentes em seu cotidiano e passa a buscar estudos que expliquem tais fenômenos, a possibilidade de resolução dessas questões se amplia.

Neste caso, a pesquisa intervenção, proposta pelo programa de residência multiprofissional, revelou que estratégias envolvendo ações educativas a partir da perspectiva da problematização mostram-se eficazes para qualificar as discussões do processo de trabalho das equipes de saúde. É necessário estimular o conhecimento sobre o novo, e ainda, aperfeiçoar aquele já existente.

Ofertar momentos para o aprimoramento do conhecimento dos trabalhadores do SUS é desafiador e necessário, pois mesmo diante das políticas públicas que reconhecem a importância da educação permanente ainda existe resistência no fortalecimento de espaços como esse. Portanto, avaliar e demonstrar a efetividade das ações educativas é tão importante quanto planejá-las e executá-las.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. *Final Technical Report*. January, 2009.
2. Rebraensp. *Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente*. Porto Alegre: EDIPUCRS. 2013.
3. Marchon SG, Junior WVM. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. *Cad. Saúde Pública* 2015; Jul. 31(7):1395-1402.
4. Makeham M, et al. *Methods and measures used in primary care patient safety research*. Genève: World Health Organization; 2008.
5. Rocha ML. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. *Psicologia Ciência e Profissão* 2003; 23 (4), 64-73.
6. Nobrega BDO, et al. Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. *Psicol. Soc.* 2016; v. 28, n. 3, p. 433-441.
7. Lopes BEM. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. *Revista Educação e Políticas em Debate* 2014; v. 3, n.2 – ago./dez.
8. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: 1º edição. 2011.
9. Furukawa P, Cunha ICKO. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(6):1061-6.
10. Freire P. *Educação e mudança*. São Paulo: Paz e Terra; 1999.
11. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 33 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
12. Reason J. *Human error: models and management*. BMJ, 2000.

13. Sequeira AM, et al. Natureza e frequência dos erros na actividade de Medicina Geral e Familiar Geral num ACES – Estudo descritivo. Portugal. *Rev Port Clin Geral*. 2010; 26:572-84.
14. Marchon SG, et al. Características dos eventos adversos na Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(11):2313-2330.
15. Paranaguá TTB. *Segurança do Paciente na Atenção Primária: conhecimento dos profissionais de saúde* [tese]. Goiás: Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. 2015.
16. Vries E, et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 216-223.
17. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Em: Merhy EE; Onocko R. (org). *Agir em saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec 1997; 385 p.
18. Paranaguá TTB, et al. Suporte para aprendizagem na perspectiva da segurança do paciente na atenção primária em saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016; 24: e 2771.
19. Marchon GS, Mendes W. Segurança do paciente na atenção primária à saúde. Em: Sousa P, Mendes W, editors. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. v. 1. cap. 13. Rio de Janeiro: Fiocruz 2014; p. 281-294.
20. Tesser CD. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? *Rev Saúde Pública*. 2017; 51:116.
21. Meneses LBA, et al. Prontuário do paciente: qualidade dos registros na Perspectiva da equipe multiprofissional. *Rev enferm UFPE on line* 2015; 9(10):9485-91.
22. Paiva MCMS, et al. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2014; Oct; 22(5): 747-754.
23. Correggio TCD, et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. *Rev. SOBECC* 2014; 19(2): 67-73.
24. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a Segurança do paciente. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(3): 636-640.
25. Paese F, Dal Sasso GTM. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(2): 302-10.
26. Johnson HL, Kimsey D. Patient safety: break the silence. *AORN J*. 2012; 95(5): 591-601.
27. Rowlands S, Callen J. A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team. *Eur J Cancer Care* 2013; 22(1):20-31.

28. Brasil. Ministério da Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília (Brasil), 2004.
29. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. *Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*. Brasília (Brasil): Anvisa, 2014.
30. Brasil. Ministério da Saúde (BR). *Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*. Diário Oficial da União. 02 abr. 2013; Seção 1, (62):43.

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**”, desenvolvida por Alessandra Suptitz Carneiro, discente de Pós Graduação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo/RS, sob orientação da Profa. Dra Adriana Remião Luzardo e Coorientação da Enfa. Leila Juliana Antunes Riggo.

O objetivo central do estudo é analisar o conhecimento relativo a segurança do paciente em profissionais da APS de uma ESF em um município do Rio Grande do Sul (RS) e justifica-se pela necessidade de explorar a temática segurança do paciente na APS e seus condicionantes, visto que, além do número reduzido de estudos que versam sobre a temática há também, necessidade de permitir e instigar a reflexão dos riscos as quais os usuários são expostos diariamente, e a partir de então buscar a criação de estratégias e ações que visem diminuir a um mínimo aceitável os danos atrelados o processo do cuidado.

O convite a sua participação se deve ao fato de ser um dos profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família na qual a residência em saúde tem seu campo prático de atuação. Sua participação neste estudo é importante para a construção de conhecimento que posteriormente embasará as práticas de cuidado do seu processo de trabalho e também de sua equipe.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Teremos sempre presente o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos, assim como a instituição de qualquer risco e de opiniões que forem emitidas. Será realizado o envio deste projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), a fim de avaliar os procedimentos da pesquisa de acordo com o que consta na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, para então dar início à pesquisa.

A sua participação consistirá em responder perguntas de três questionário à pesquisadora do projeto e também, na participação em um Grupo Focal e um Seminário de Campo durante uma das reuniões de equipe da ESF em você atua ou em horário a ser combiando, a fim de discutir sobre a Segurança do paciente na

Atenção Primária à Saúde. O tempo de duração de cada questionário será de aproximadamente 01 hora, já para o Seminário de Campo e para o Grupo Focal estão previstas 02 horas cada. Os resultados dos questionários serão categorizados, analisados e armazenados, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, físico ou digital, por um período de cinco anos.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de conhecer com mais propriedade, a forma como acontece à segurança do paciente na APS em uma ESF, para que a partir dos resultados o estudo possa contribuir na construção e reflexão do conhecimento sobre a temática segurança do paciente na APS.

Embora todos os cuidados adotados têm-se o risco de que as questões possam suscitar desconfortos em razão de fatos e/ou lembranças. Para minimizar esse risco será feita uma abordagem inicial e explicitação do tema, da hipótese, questão de pesquisa, objetivo e, principalmente do instrumento. Depois de informado e esclarecida todas as dúvidas, e da obtenção do aceite será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Embora todos os cuidados adotados para a minimização dos riscos caso esse venha a ocorrer o coordenador assume a responsabilidade de acompanhamento e da assistência aos sujeitos do estudo, inclusive com encaminhamento a serviço especializado (clínico, psicológico) e sem custos econômico-financeiros por parte dos respondentes.

Os resultados serão divulgados na apresentação do Trabalho de Conclusão de Residência da pesquisadora, bem como em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação.

Marau, _____ de _____ de 2017.

Alessandra Suptitz Carneiro

Tel: (54) 999053417

E-mail: alessandracarneiro1994@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo. Rodovia RS 153 – Km 03, Seminário Nossa Senhora Aparecida, Bairro Jardim América. CEP 99034600. Passo Fundo – Rio Grande do Sul - Brasil.

- Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS:

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS - Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Rua General Osório, 413D - CEP: 89802-210 - Caixa Postal 181 Centro - Chapecó - Santa Catarina – Brasil

Telefone/ Fax: (0XX) (49) 2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante: _____ Assinatura:

APÊNDICE 3

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Douglas Kurtz, representante legal da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Marau/Rio Grande do Sul, envolvida no projeto de pesquisa intitulado **“SEGURANÇA DO PACIENTE SOBRE A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”** declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.

Alessandra Suptitz Carneiro

Alessandra Suptitz Carneiro

Pesquisadora Responsável

Douglas Kurtz
Douglas Kurtz
Secretário Municipal de Saúde
PM Marau/RS

Douglas Kurtz

Responsável da Instituição

Marau/RS, 03 de abril de 2017.

ANEXOS

ANEXO 1

NORMAS DA REVISTA PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO

Revista: Ciência & Saúde Coletiva

Qualis CAPES: Saúde Coletiva (B1); Interdisciplinar (B1); Enfermagem (B1).

Considerando as sessões de publicação da revista, o artigo apresentado acima será submetido na sessão de “Artigos Temáticos Livres”.

Artigos Temáticos Livres: estes devem ser de interesse para a saúde pública mediante a apresentação gratuita de autores através da página do jornal. Devem ter as mesmas características que os artigos temáticos, ou seja, até 40.000 caracteres com espaços, com resultados de pesquisa e análises atuais e avaliações de tendências teóricas, metodológicas e conceituais da área.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser redigidos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem apresentar o título, resumo e palavras-chave no idioma original e em inglês. Textos em francês e inglês devem ter o título, resumo e palavras-chave no idioma original e em português. As notas de rodapé ou notas no final do artigo não serão aceitas.
2. Os textos devem ser de dois espaços, em Times New Roman com um tamanho de fonte de 12, com margens de 2,5 cm, no formato MS Word e enviado apenas por correio eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) de acordo com as diretrizes do site.
3. Os artigos publicados devem ser propriedade do jornal C & SC, cuja reprodução total ou parcial seja proibida em qualquer meio, seja ele impresso ou eletrônico, sem a permissão prévia dos editores em chefe da Revista. A publicação secundária deve indicar a origem da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C & SC não serão oferecidos simultaneamente a outras revistas.

5. As questões éticas relacionadas com as publicações de pesquisa envolvendo seres humanos são da exclusiva responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (1964, revisada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser submetidos com autorização para reproduzir material previamente publicado, use ilustrações que possam identificar pessoas e transferir direitos autorais e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a precisão e validade das citações são de responsabilidade exclusiva dos autores.
8. Os textos são, em geral, (mas não necessariamente) divididos em seções com as seções de título Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, com a inclusão de subposições em algumas seções às vezes sendo necessárias. Os títulos e legendas das seções não devem ser organizados com numeração progressiva, mas com características gráficas (maiúsculas, diminuição da margem, etc.).
9. O título não deve ter mais de 120 caracteres com espaços e um resumo com um máximo de 1400 caracteres, incluindo espaços (incluindo palavras-chave), que devem especificar o escopo, objetivos, metodologia, abordagem teórica e os resultados da pesquisa ou investigação. Imediatamente abaixo do resumo, os autores devem indicar não mais do que cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, o que certamente provocará o interesse do leitor no artigo e as palavras-chave que ajudarão na indexação múltipla do artigo. As palavras-chave no idioma original e em inglês devem ser incluídas no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado da elaboração dos artigos, de modo que possam assumir a responsabilidade pública pelo conteúdo. A qualificação como autor deve assumir: a) a concepção e design ou análise e interpretação de dados; b) redação do artigo ou revisão crítica; e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser especificadas no final do texto (por exemplo, LMF trabalhou no projeto e texto final e a CMG trabalhou na pesquisa e metodologia).
2. O artigo deve ter até oito autores no cabeçalho. Os outros serão incluídos no final do artigo.

Nomenclatura

1. As regras para a nomenclatura da saúde pública/saúde comunitária, bem como abreviaturas e convenções adotadas nas disciplinas especializadas, devem ser rigorosamente respeitadas. As abreviações devem ser evitadas no título e no resumo.
2. A designação completa a que uma abreviatura se refere deve preceder a sua primeira aparição no texto a menos que seja uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo do diário C & SC inclui tabelas (elementos demonstrativos, como números, medidas, porcentagens, etc.), gráficos (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figuras (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, bem como por meio de desenhos ou fotografias). Deve ter em mente que a revista é impressa apenas em uma cor, a saber, preto, e se o material ilustrativo estiver colorido, ele será convertido em escala de cinza.
2. O número de materiais ilustrativos não deve exceder cinco por artigo, com exceções relativas a artigos de sistematização de áreas específicas de um campo temático. Nesse caso, os autores devem negociar com os editores em chefe.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e cada um deve ser atribuído um título breve. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e gráficos devem ser redigidos no mesmo programa usado na preparação do artigo (MS Word).
5. Os gráficos devem estar no programa MS Excel, e os dados numéricos devem ser enviados em um programa separado do MS Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o uso do recurso copiar e colar. Os gráficos gerados em um programa de imagem (Photoshop ou Corel Draw) devem ser enviados em um arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos de figuras (por exemplo, mapas) devem ser salvos em (ou exportados para) o formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Esses formatos mantêm a informação vetorial, ou seja, mantêm as linhas desenhadas dos

mapas. Se é impossível salvar nesses formatos, os arquivos podem ser enviados em formatos TIFF ou BMP, nomeadamente formatos de imagem que não retêm a informação do vetor, o que afeta a qualidade do resultado. Se o formato TIFF ou BMP for utilizado, ele deve ser salvo na resolução mais alta (300 DPI ou mais) e tamanho maior (lado mais longo = 18cm). O mesmo se aplica ao material que está em forma de fotografia. Se os gráficos não puderem ser enviados em um meio digital, o material original deve ser enviado em boas condições para reprodução.

Mensagens de agradecimento

1. Quando estes são incluídos, eles devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores serão responsáveis por obter permissão por escrito das pessoas mencionadas nas mensagens de agradecimento, uma vez que os leitores podem inferir que essas pessoas concordam com os dados e conclusões alcançados.
3. As mensagens de agradecimento pelo suporte técnico devem estar em um parágrafo separado de outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas consecutivamente de acordo com a ordem em que aparecem no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, apenas o primeiro nome do autor deve ser citado no texto seguido por et al.
2. As referências devem ser identificadas por números árabes de sobrescrito, de acordo com o exemplo abaixo:

Exemplo 1: "Outro indicador analisado foi a maturidade do PSF"¹¹ ...

As referências citadas apenas em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do último número de referência citado no texto.

3. As referências devem ser listadas no final do artigo em ordem numérica seguindo as normas gerais dos requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. Os nomes de indivíduos, cidades e países devem ser citados no idioma original de publicação.

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL*

Data de nascimento: _____/_____/_____ Idade: _____ Sexo: (1) Feminino (2)

Masculino

Cidade: _____

Categoria profissional: (1) Enfermeiro (2) Técnico de Enfermagem (3) Farmacêutico (4)

Aux. De consultório odontológico (5) Médico (6) Odontólogo (7) ACS (8) Residente (9)

Psicólogo

(10) Outro: _____

- Função na unidade: (1) Assistencial (2) Gestão – cargo administrativo (3) Assistência e Gestão

- Titulação máxima: (1) Bacharel / Licenciatura (2) Especialista (3) Mestre (4) Doutor (5) Curso técnico (6) Ensino Médio (7) Ensino Fundamental

- Renda Mensal: (1) Até 1 salário mínimos (2) Entre 2 e 3 salários mínimos (3) Entre 4 e 5 salários

(4) Entre 6 e 7 salários mínimos (5) Mais que 7 salários mínimos

- Tempo de FORMADO na profissão que desempenha na unidade de saúde (em anos completos): _____

- Tempo de TRABALHO/EXPERIÊNCIA na profissão que desempenha na unidade de saúde (em anos): _____

- Tempo de ATUAÇÃO na unidade (em anos completos): _____

- Quantos vínculos de trabalho você possui atualmente? _____

- Qual a carga horária de trabalho semanal total na unidade de saúde (horas/semana)?

- Tipo de vínculo empregatício: (1) Vínculo público/estatutário. Quantos?

(2) Vínculo privado/CLT/contrato. Quantos? _____

(3) Outros. Qual? _____ Quantos? _____

- Possui especialização em saúde pública (mínimo de 360 horas)? (1) Sim (2) Não

- Possui curso de formação em saúde pública? (1) Sim (2) Não

- Possui curso de formação na área de segurança do paciente? (1) Sim (2) Não

- Recebeu treinamento sobre segurança do paciente na sua unidade de trabalho? (1) Sim (2) Não
- Recebeu treinamento, na unidade de trabalho, sobre como desenvolver a assistência à saúde do usuário com segurança? (1) Sim (2) Não

* O presente instrumento foi elaborado pela autora Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá em sua Tese de Doutorado intitulada: “Segurança do paciente na Atenção Primária: conhecimento dos profissionais de saúde”, apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, e adaptado para o presente estudo.

ANEXO 3

CONHECIMENTO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE (PRÉ E PÓS TESTE)*

1. Eu sei identificar incidentes advindos do cuidado, na unidade em que trabalho.
() Concordo totalmente () Não tenho opinião () Discordo totalmente
2. Já presenciei incidentes durante a assistência aos pacientes que frequentam a unidade em que trabalho.
() Concordo totalmente () Não tenho opinião () Discordo totalmente
3. Já ouvi falar sobre a Classificação Internacional para Segurança do Paciente, na unidade em que trabalho.
() Concordo totalmente () Não tenho opinião () Discordo totalmente
4. O evento adverso é o incidente que, obrigatoriamente, resulta em dano ao paciente, como no caso em que, após um profissional instalar uma bolsa de sangue em paciente homônimo àquele que deveria receber essa bolsa, o paciente desenvolve uma reação febril. Nesse caso, o dano pode ser classificado em leve, moderado, grave e óbito.
() Concordo totalmente () Não tenho opinião () Discordo totalmente
5. O incidente sem dano é um evento que ocorre, mas não é detectado dano ao paciente. Por exemplo, quando o profissional instala uma bolsa de sangue em paciente diferente àquele que deveria recebê-la, mas o sangue é compatível e o paciente não desenvolve reação.
() Concordo totalmente () Não tenho opinião () Discordo totalmente
6. A circunstância notificável é uma situação em que existe potencial significativo de dano, mas o incidente não aconteceu, o que pode ser exemplificado quando existe uma escala de profissionais defasada para determinado plantão, mas nenhum incidente ocorre.
() Concordo totalmente () Não tenho opinião () Discordo totalmente
7. O quase-erro é um incidente que não atingiu o paciente, como por exemplo, uma situação em que o profissional prepara uma bolsa de sangue para um paciente diferente àquele que deveria recebê-la, mas percebe a falha antes da instalação. () Concordo totalmente () Não tenho opinião () Discordo totalmente
8. Cultura de segurança é um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança. Nesse sistema, substitui-se a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com os erros decorrentes do cuidado e melhorar a atenção à saúde. () Concordo totalmente () Não tenho opinião () Discordo totalmente
9. Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral para uma criança de 15 meses. Antes de administrar percebeu que havia aspirado 1ml e descartou o 0,5ml excedente. Esse incidente, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, é classificado como: () Incidente sem dano () Incidente com dano/evento adverso () Circunstância notificável () Quase-erro

10. Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral em uma criança de 15 meses e percebeu o erro somente depois de administrado. A criança apresentou dor local e hematoma em região do deltoide. Esse incidente, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, é classificado como:

Incidente sem dano Incidente com dano/evento adverso Circunstância notificável Quase-erro

11. Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral e administrou em uma criança de 15 meses. A criança foi observada e não manifestou reações imediatas e/ou tardias. Esse incidente, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, é classificado como:

Incidente sem dano Incidente com dano/evento adverso Circunstância notificável Quase-erro

12. Criança de 15 meses foi levada à Unidade de Saúde para receber a vacina tríplice viral. Entretanto, o profissional da sala de imunização informou aos pais que a vacina estava em falta na unidade de saúde. Esse incidente, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, é classificado como:

Incidente sem dano Incidente com dano/evento adverso Circunstância notificável Quase-erro

13. Acredito que a notificação/registro dos incidentes relacionados à segurança do paciente pode auxiliar na redução de outros incidentes semelhantes. Concordo totalmente Não tenho opinião Discordo totalmente

14. Quando incidentes provenientes do cuidado ocorrem com algum paciente, independente de ter causado dano ou não, o profissional que cometeu o incidente é o único responsável e deve ser punido para que outros profissionais tenham mais atenção.

Concordo totalmente Não tenho opinião Discordo totalmente

15. A segurança do paciente durante a assistência à saúde depende do conhecimento e tempo de experiência do profissional de saúde que presta o cuidado. Dessa forma, posso afirmar que a estrutura e os processos de trabalho de uma instituição de saúde não exercem influência sobre a segurança do paciente quando o quadro de pessoal é qualificado.

Concordo totalmente Não tenho opinião Discordo totalmente

16. Profissionais que prestam assistência direta ao paciente não podem contribuir efetivamente com a segurança do paciente. Essa ação compete aos profissionais com cargos de gestão/coordenação.

Concordo totalmente Não tenho opinião Discordo totalmente

17. Desenvolver uma cultura de segurança do paciente nas unidades de saúde depende da vontade do gestor.

Concordo totalmente Não tenho opinião Discordo totalmente

18. Discutir os incidentes advindos da assistência à saúde pode ser uma estratégia para o aprendizado e prevenção de incidentes.

() Concordo totalmente () Não tenho opinião () Discordo totalmente

19. Tenho conhecimento adequado para desenvolver minhas ações assistenciais visando à segurança do paciente.

() Concordo totalmente () Não tenho opinião () Discordo totalmente

20. Possuo conhecimento adequado sobre segurança do paciente para executar minhas ações com qualidade.

() Concordo totalmente () Não tenho opinião () Discordo totalmente

21. Oriento os usuários sobre a importância de sua participação no tratamento e estratégias para garantir sua própria segurança.

() Concordo totalmente () Não tenho opinião () Discordo totalmente

* O presente instrumento foi elaborado pela autora Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá em sua Tese de Doutorado intitulada: "Segurança do paciente na Atenção Primária: conhecimento dos profissionais de saúde", apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, e adaptado para o presente estudo.

ANEXO 4

INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO SOBRE A OCORRÊNCIA DE INCIDENTES*

1. **PRESENCIEI** os seguintes tipos de incidentes relacionados à **MEDICAÇÃO** na minha unidade de trabalho: *Marque quantos forem necessários.*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Administração de medicamento errado | <input type="checkbox"/> Duração do tratamento errado |
| <input type="checkbox"/> Omissão de dose/medicamento | <input type="checkbox"/> Medicamento deteriorado /vencido |
| <input type="checkbox"/> Dose errada | <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento errado (|
| <input type="checkbox"/> Frequência de administração errada |) Monitoração insuficiente do |
| <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica errada | tratamento medicamentoso |
| <input type="checkbox"/> Erro de preparo da medicação | <input type="checkbox"/> Falta de adesão do paciente por falha |
| <input type="checkbox"/> Acondicionamento inadequado | na comunicação |
| <input type="checkbox"/> Técnica de administração errada | <input type="checkbox"/> Falha de orientação ao paciente para |
| <input type="checkbox"/> Via de administração errada | o uso do medicamento |
| <input type="checkbox"/> Horário errado | <input type="checkbox"/> Falta de medicamento na unidade (|
| <input type="checkbox"/> Paciente errado |) Outros: |
-

2. Outros tipos de incidentes que acontecem ou já aconteceram na minha unidade, são:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico errado | <input type="checkbox"/> Omissão de cuidado | <input type="checkbox"/> Orientação errada ao paciente |
| <input type="checkbox"/> Troca de exames entre pacientes | | |
| <input type="checkbox"/> Registro inadequado (consultas/conduitas) | <input type="checkbox"/> Queda do paciente | |
| <input type="checkbox"/> Tratamento errado/inadequado | <input type="checkbox"/> Outros: | |
| <input type="checkbox"/> Acompanhamento familiar/domiciliar inadequado | | |
| <input type="checkbox"/> Consulta pré-agendada não realizada pela ausência do profissional | | |
| <input type="checkbox"/> Falta de orientação ao paciente/familiar | | |
-

3. Incidente sem dano é quando um incidente acontece, atinge o paciente, mas não é detectado dano aparente/mensurável. Você já presenciou um incidente sem dano?

Sim Não.

Se sim, relate-nos um incidente sem dano que aconteceu na sua unidade de trabalho:

3.1 Quais as possíveis causas desse incidente:

3.2 Que categoria profissional esteve envolvida no incidente:

3.3 Quais condutas foram tomadas para evitar novo incidente desse tipo:

3.4 O paciente foi informado: () Sim () Não

4. Evento adverso é um incidente que atinge o paciente e resulta em dano/consequência. Você já presenciou um evento adverso? () Sim () Não.

Se sim, relate-nos um evento adverso que aconteceu na sua unidade:

4.1 Qual o dano para o paciente:

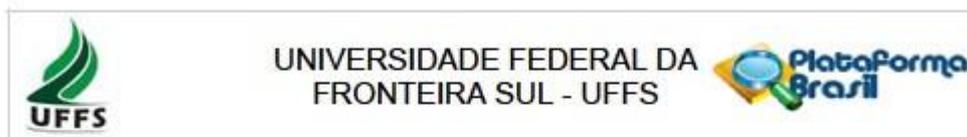
4.2 Quais as possíveis causas desse incidente:

4.3 Que categoria profissional esteve envolvida no incidente:

5. Outras considerações:

* O presente instrumento foi elaborado pela autora Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá em sua Tese de Doutorado intitulada: "Segurança do paciente na Atenção Primária: conhecimento dos profissionais de saúde", apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, e adaptada para o presente estudo.

ANEXO 5



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: ALESSANDRA SUPTITZ CARNEIRO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 68787417.5.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.222.279

Apresentação do Projeto:

Já apresentado anteriormente

Objetivo da Pesquisa:

Já apresentado anteriormente

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já apresentado anteriormente

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora esclarece como os resultados serão devolvidos aos participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora atualizou o cronograma da pesquisa com início da coleta de dados em data posterior à aprovação do protocolo pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há impedimentos éticos à pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantell da UFFS
Bairro: CENTRO **Município:** CHAPECÓ **CEP:** 89.802-265
UF: SC **Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 2.222.279

pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_814042.pdf	11/07/2017 11:03:24		Aceito
Outros	LISTAADEQUACOES.docx	11/07/2017 10:57:13	ALESSANDRA SUPTITZ	Aceito

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS

Bairro: CENTRO CEP: 89.802-265

UF: SC Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 2.222.279

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCRAleversaoFinal.docx	11/07/2017 10:56:35	ALESSANDRA SUPTITZ CARNEIRO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	11/07/2017 10:55:59	ALESSANDRA SUPTITZ	Aceito
Folha de Rosto	folhorostocerta.pdf	22/05/2017 22:35:33	ALESSANDRA SUPTITZ	Aceito
Outros	DECLARACAODECIENCIASMS.docx	20/05/2017 16:59:08	ALESSANDRA SUPTITZ	Aceito
Outros	ANEXOIII.docx	20/05/2017 16:52:29	ALESSANDRA SUPTITZ	Aceito
Outros	ANEXOII.docx	20/05/2017 16:52:12	ALESSANDRA SUPTITZ	Aceito
Outros	ANEXOI.docx	20/05/2017 16:51:48	ALESSANDRA SUPTITZ	Aceito
Orçamento	RECURSOS.docx	08/05/2017 21:12:28	ALESSANDRA SUPTITZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/05/2017 21:09:54	ALESSANDRA SUPTITZ CARNEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 16 de Agosto de 2017

Assinado por:
Valéria Silvana Faganello Madureira
(Coordenador)

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS
Bairro: CENTRO CEP: 89.802-265
UF: SC Município: CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br