

FABIULA MARIA MOCELIN

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Ambiente e Saúde

Orientadora: Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel

Coorientadora: Dra. Ana Graziela Alvarez

LAGES

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Brasil.

Catalogação na Fonte

M688 c **Mocelin, Fabiula Maria**
Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: percepções dos enfermeiros / Fabiula Maria Mocelin. – 2020.
102f.: fig.: tab.: quad.

Dissertação (Mestrado em Ambiente e Saúde) – Universidade do Planalto Catarinense, Lages (SC), 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel.
Coorientadora: Profa. Dra. Ana Graziela Alvarez.

1. Enfermagem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Segurança do Paciente. 4. Educação Permanente. I. Reckziegel, Juliana Cristina Lessmann. II. Alvarez, Ana Graziela. III. Universidade do Planalto Catarinense. IV. Título.

CDD 610.73

Fabiula Maria Mocelin

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, para obtenção do título de Mestre em Ambiente e Saúde.

Aprovada em 15 de maio de 2020.

Banca Examinadora:
Participação remota – Instrução normativa 04/PPGAS/2020

Profa.Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel - Licença Gestão
(Orientadora – PPGAS/UNIPLAC)



Documento assinado digitalmente
Ana Graziela Alvarez
Data: 20/05/2020 13:18:17-0300
CPF: 909.735.340-87

Profa. Dra. Ana Graziela Alvarez
(Coorientadora e Presidente da Banca Examinadora - UFSC)



Documento assinado digitalmente
Daniela Couto Carvalho Barra
Data: 19/05/2020 10:25:41-0300
CPF: 004.921.996-04

Dra. Daniela Couto Carvalho Barra
(Examinadora Titular Externa – UFSC)

Profa. Dra Vanessa Valgas dos Santos
(Examinadora Titular Interna - PPGAS/UNIPLAC)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por que sem Ele nada seria possível

Aos meus maiores incentivadores, meus Filhos Isadora e Arthur.

Em especial a minha Orientadora professora Dra. Juliana Lesmann Reckiezel pela oportunidade de construirmos juntas todas as etapas, dedicando seu tempo e conhecimento com muito zelo e responsabilidade. À Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio ao Grupo de Pesquisa.

A professora Dra. Ana Graziela Alvarez por sempre estar disponível, por participar com colaborações decisivas e experientes.

A minha colega de turma, Enfermeira Fabiana Medeiros Branco pela troca de conselhos e vivências.

Aos colegas enfermeiros, gestores, que participaram e possibilitaram a realização desta pesquisa.

Agradeço às pessoas que contribuíram para realização desta pesquisa, direta ou indiretamente.

RESUMO

Estudos em diferentes países revelam o risco iminente a pacientes que necessitam de serviços de saúde, revelando que cerca de 10% dos pacientes internados sofrem algum evento adverso, sendo 50% evitáveis. Assim, a análise das dimensões que compõe a cultura de segurança em instituições de saúde em hospitais e na atenção primária à saúde é um ponto de partida fundamental para o diagnóstico situacional e planejamento de ações de melhorias na assistência em saúde. Nesse cenário, os objetivos do estudo foram analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde a partir da percepção de enfermeiros que atuam em Unidades Básicas de Saúde de municípios da Região Serrana do Estado de Santa Catarina, e analisar as produções científicas nacionais e internacionais disponíveis em bases de dados *online* afim de evidenciar a contribuição da Educação Permanente na qualidade da assistência relacionadas à Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo tipo *survey* e revisão integrativa da literatura. Os dados sobre a cultura de segurança do paciente junto aos enfermeiros foram coletados com o instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*, versão brasileira. O instrumento contém 52 questões fechadas, respondidas por meio de escala tipo Likert de cinco pontos. Para análise do percentual de respostas positivas/fortes considerou-se os escores <50% negativos, 50-75% neutros e >75% positivos. A busca por referências para a revisão integrativa considerou os critérios de inclusão: publicados em periódicos no período de 2014 à 2019, a partir do Portal de periódicos CAPES e *Science Direct*, além de busca livre no Google Acadêmico, nas línguas portuguesa, inglês e/ou espanhol, realizada de setembro/2019 à fevereiro/2020. Participaram 37 enfermeiros, sendo a maioria 12 (32,43%) atua há 11 anos ou mais; 32 (86,49%) especialistas, sendo 19 (39,58%) em Saúde da Família. O Índice Sintético de Segurança do Paciente foi de 6,1%. As dimensões da cultura de segurança avaliadas como positivas/fortes foram “Aprendizagem organizacional” (78,62%) e “Trabalho em equipe” (79,41%). Apenas a dimensão “Pressão e ritmo de trabalho” avaliada como negativa/frágil (22,30%). A avaliação geral da qualidade do serviço prestado foi considerada satisfatória (89,47%). A área melhor avaliada foi “imparcialidade do serviço prestado” (21,62%). Os resultados apresentam um diagnóstico das 12 dimensões que compõem a cultura de segurança do paciente, que poderão auxiliar no planejamento de melhorias na assistência, no sentido de fortalecer cada vez mais a cultura de segurança, e assim, promover um cuidado de enfermagem melhor qualificado e seguro. O estudo reafirma ainda, a necessidade e a importância da Educação Permanente como estratégia de qualificação do cuidado seguro.

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

PATIENT SAFETY CULTURE IN PRIMARY HEALTH CARE: NURSES' PERCEPTIONS

ABSTRACT

Studies in different countries reveal the imminent risk to patients who need health services, revealing that about 10% of hospitalized patients suffer some adverse event, 50% of which are avoidable. Thus, the analysis of the dimensions that make up the culture of safety in health institutions, in hospitals and in primary health care, is a fundamental starting point for situational diagnosis and planning of actions for improvements in health care. In this scenario, the objectives of the study were to analyze the dimensions of the patient safety culture in Primary Health Care from the perception of nurses working in Basic Health Units in municipalities of the Serrana Region of Santa Catarina State, and to analyze the national and international scientific productions available in online databases in order to evidence the contribution of Permanent Education in the quality of assistance related to Patient Safety in Primary Health Care. It is a survey-type study and an integrative literature review. Data on patient safety culture were collected with the Medical Office Survey on Patient Safety Culture, Brazilian version. The instrument contains 52 closed questions, answered using a five-point Likert scale. For analysis of the percentage of positive/strong responses the scores <50% negative, 50-75% neutral and >75% positive were considered. The search for references for the integrative revision considered the inclusion criteria: published in journals from 2014 to 2019, from the CAPES and Science Direct Periodicals Portal, besides a free search in Google Academic, in Portuguese, English and/or Spanish, from September/2019 to February/2020. There were 37 nurses, most of them 12 (32.43%) working for 11 years or more; 32 (86.49%) specialists, 19 (39.58%) in Family Health. The Synthetic Patient Safety Index was 6.1%. The dimensions of the safety culture evaluated as positive/strong were "Organizational Learning" (78.62%) and "Teamwork" (79.41%). Only the dimension "Pressure and work rhythm" evaluated as negative/fragile (22.30%). The general evaluation of the quality of service provided was considered satisfactory (89.47%). The area best evaluated was "impartiality of the service provided" (21.62%). The results present a diagnosis of the 12 dimensions that make up the patient's safety culture, which can help in planning improvements in assistance, in order to strengthen more and more the safety culture, and thus promote a better qualified and safe nursing care. The study also reaffirms the necessity and importance of the Permanent Education as strategy of qualification of the safe care.

Keywords: Nursing, Primary Health Care, Patient Safety, Continuing Education.

LISTA DE FIGURAS E ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo do queijo suíço de James Reason.	25
Figura 2	Localização dos 18 municípios associados da Região Serrana de Santa Catarina. Lages, 2020.	32
Gráfico 1	Resultados das dimensões de cultura de segurança do paciente em 18 APS da região serrana de Santa Catarina (n=37). Lages, 2020.	45
Gráfico 2	Avaliação global da qualidade na percepção de enfermeiros de 18 municípios da região serrana de Santa Catarina (n=37). Lages, 2020.	53

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1	Caracterização do perfil profissional dos participantes da pesquisa. Lages, 2020.	44
Tabela 2	Detalhamento das questões/afirmativas que compõe as 11 dimensões de cultura de segurança do paciente na APS (n=37). Lages, 2020.	46
Tabela 3	Análise da Dimensão 1- Segurança do paciente e qualidade	48
Quadro 1	Definição de termos relacionados à segurança do paciente.	24
Quadro 2	Composição das dimensões da cultura de segurança na Atenção Primária em Saúde, segundo o MOSPSC versão brasileira. Lages, 2020.	34
Quadro 3	Detalhamento de artigos encontrados por base de dados.	62
Quadro 4	Síntese das publicações incluídas na revisão integrativa.	62

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AHRQ	Agency for Health Care Research and Quality
AMURES	Associação dos Municípios da Região Serrana
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
EA	Evento Adverso
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GGTES	Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IOM	Institute of Medicine
ISSP	Índice Sintético de Segurança do Paciente
MOSPSC	Medical Office Survey on Patient Safety Culture
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança do Paciente
SAQ	Questionário de Atitudes de Segurança
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIPLAC	Universidade do Planalto Catarinense
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	21
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DOS CUIDADOS EM SAÚDE	23
3.2 O CONTEXTO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A SEGURANÇA DO PACIENTE	27
4. METODOLOGIA.....	31
4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO	31
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	31
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	32
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES	33
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	33
4.6 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	34
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	36
4.8 ANÁLISE DOS DADOS	37
5. RESULTADOS.....	38
5.1 MANUSCRITO – CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS	39
PATIENT SAFETY CULTURE IN PRIMARY HEALTH CARE FROM THE NURSES' PERSPECTIVE	39
5.1.1 Introdução	40
5.1.2 Metodologia.....	42
5.1.3 Resultados e Discussões	44
5.1.4 Considerações finais.....	55
5.3 MANUSCRITO - EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA PARA A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	58

3.3.1 Introdução	59
3.3.2 Metodologia	61
3.3.3 Resultados e discussões	62
3.3.4 Considerações Finais.....	68
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICE 1 - PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	77
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	80
ANEXO 1– QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO PARA COLETA DOS DADOS.....	82
ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE	99

1. INTRODUÇÃO

Hipócrates (460 a 370 a.C.) pai da medicina, cunhou o postulado “primeiro não cause o dano” (*Primum non nocere*). Já nessa época se pensava que o cuidado poderia causar algum tipo de dano. Contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde ao longo da história, pessoas como Florence Nightingale, Ernest Codman, Donabedian, entre outros (ANVISA, 2014).

O relatório do *Institute of Medicine* (IOM), intitulado *To Err is Human*, iniciou a grande trajetória na promoção de melhorias em relação à qualidade na assistência em saúde, foi quando o tema segurança do paciente ganhou relevância mundial, se baseou em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos (EAs) realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado, apontou cerca de 100 mil mortes em hospitais a cada ano, vítimas de EAs nos Estados Unidos da América (EUA) (ANDRADE et al., 2018).

Em países que usaram o mesmo método de estudo, como Austrália, Inglaterra, Canadá, Nova Zelândia, Dinamarca, França, Portugal, Turquia, Espanha, Suécia, Holanda e Brasil, evidenciaram uma alta incidência de EAs, em média 10% dos pacientes internados sofreram algum tipo de evento adverso e destes 50% eram evitáveis (ANVISA, 2014).

Em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS), criou a *World Alliance for Patient Safety* que teve como objetivos organizar os conceitos e definições da segurança do paciente, identificar e definir as prioridades na área em diversas partes do mundo (OMS, 2004; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A cada dois anos com intuito de fomentar o comprometimento global e destacar temas correlacionados e direcionados para uma área de risco identificada como significativa, a OMS lança desafios globais. O primeiro desafio foi reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde, por meio da campanha de higienização das mãos, o segundo desafio foi promover uma cirurgia mais segura, pela adoção de uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico (ANVISA, 2017).

Várias outras soluções têm sido estimuladas pela OMS, as principais: evitar erros com medicamentos; evitar troca de pacientes ao prestar qualquer cuidado, garantir uma correta comunicação durante a transmissão do caso; evitar a má conexão de tubos, catéteres e seringas; e usar seringas descartáveis, entre outras (WHO, 2007).

No Brasil, por meio da Portaria GM/MS nº 529 de 1º de abril de 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2016).

Neste sentido, a Segurança do Paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde (ANVISA, 2017). Mas apesar do Ministério da Saúde (MS) e demais órgãos como a ANVISA promoverem essas iniciativas de segurança, a adesão dos serviços ainda é baixa, justamente por não terem uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente (CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

O termo cultura de segurança ganhou a sua primeira utilização oficial em um relatório inicial sobre o acidente de Chernobyl na Ucrânia. O relatório apresentou o conceito para explicar os erros organizacionais e violações operacionais que estabeleceram as condições para a ocorrência do grave desastre (CAMPOS, DIAS, 2012), o qual posteriormente foi adaptado para área da saúde.

De acordo com Sorrah et al. (2016) a cultura de segurança de uma organização é o produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, estilo e proficiência da gestão da saúde e segurança de uma organização.

Nesse contexto a APS encontra grandes dificuldades, pois além das muitas lacunas do conhecimento na área e a difícil mensuração dos tipos de incidentes ocorridos, há ainda a escassez de produções científicas relacionadas à segurança do paciente neste nível de atenção à saúde (MESQUITA et al., 2016).

O incentivo à efetivação da cultura de segurança no âmbito da APS só foram mencionados em 2017, com a atualização da Política de Atenção Básica do país, publicada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017). Esta destaca a necessidade da implantação de ações de segurança do paciente, para a promoção de cuidados seguros e ao incentivo da cultura de segurança do paciente entre profissionais atuantes na APS

A APS é a principal porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela resolução de até 80% a 85% dos problemas de saúde da população (CABRAL et al., 2016). Dessa forma, entende-se que há uma diversidade de situações de saúde a serem solucionadas nesse nível de atenção, que exigem do profissional habilidade, conhecimento técnico e atitudes de empatia, que envolvem a escuta qualificada e a personalização do atendimento, entre outras (MACEDO; SILVA; SILVA; HADDAD; GIROTTO, 2019)

No entanto, a atuação do profissional na assistência a essas situações de saúde é passível de falhas. Ao contrário do que se pensa, EAs são comuns na APSs, onde são realizados maior número de atendimentos da população, pacientes recebem prescrições, medicamentos ou vacinas, e voltam para seus domicílios, portanto, há dificuldade em identificar os EAs, e também, de garantir a continuidade do tratamento de forma correta pelo paciente (TIMM, M; RODRIGUES, 2015).

Uma pesquisa multicêntrica realizada na Espanha, Austrália e EUA apontou que existem riscos específicos na APS, sendo os incidentes mais comuns encontrados: erro diagnóstico (26 a 57%), erro ao tratamento (7 a 52%), erro na investigação (13 a 47%), erro na administração de medicação (9 a 56%) e erros de comunicação (5 a 72%) (VASCONCELOS, 2015).

Em estudo realizado no Reino Unido, os pesquisadores chegaram ao resultado de que 37 a 600 pacientes tiveram incidentes de segurança na atenção primária. Apesar disso, a natureza e extensão dos danos nos cuidados primários ainda não são bem compreendidos (SAMRA; BOTTLE; AYLIN, 2015).

Em outra pesquisa, realizada na Holanda, demonstrou os EAs na medicação no domicílio foram uma importante causa de hospitalizações, com quase 50% de internações potencialmente evitáveis (GALHARDI, 2017).

Na Suíça em 2012, um estudo avaliou médicos e enfermeiros sobre a frequência e gravidade de EAs relacionados à segurança do paciente na APS, revelou a média de 92 incidentes por profissional durante os 12 meses anteriores à pesquisa. Identificou-se ainda que em sua maioria dos danos estavam relacionados a erros diagnósticos. Cerca de metade dos incidentes trouxe danos graves à saúde ou levaram à morte (GEHRING et al., 2012).

No Brasil, estudo realizado em 13 unidades básicas de saúde na zona urbana de um município do Estado do Rio de Janeiro, mostrou que foram registrados 125 incidentes em 11.233 consultas. Embora a APS atenda pacientes com menor complexidade técnica, 82% dos incidentes ocasionaram dano ao paciente, sendo muitos com gravidade muito alta, dano permanente (25%) ou óbito (7%) (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015).

Diante da gravidade da situação, lacuna de produções científicas sobre o tema, há uma emergente necessidade de ampliar estudos no contexto da segurança do paciente, em especial na cultura de segurança na APS, visando instruir pacientes e profissionais para reconhecer e gerenciar os eventos adversos, sendo sensíveis à sua capacidade compartilhada para a mudança, reduzindo erros e tensões entre profissionais e população (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2014).

Por isso, faz-se necessário investigar a cultura de segurança na perspectiva dos enfermeiros que atuam na APS, são eles em sua grande maioria os profissionais responsáveis pelo gerenciamento das Unidades e das equipes de saúde, no planejamento e intervenções apropriadas com a finalidade de manter o ambiente seguro e livre de danos (RADUENZ et al., 2010), onde também desenvolvem práticas cuidadosas, obtidas pela formação de aprender a aprender, de praticar o desenvolvimento de si, do coletivo institucional e do político, articulando ensino, trabalho, gestão e controle social em saúde (OMURA et al., 2015).

Nos últimos anos, as pesquisas em segurança do paciente nos cuidados primários têm evoluído bastante, tanto em hospitais quanto nas APS, onde os EAs também são comuns, visto que é este o cenário onde é realizado maior número de atendimentos de saúde da população (TIMM; RODRIGUES, 2016),.

Para realizar esta pesquisa foi utilizado o instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) realizado, traduzido e adaptado por TIMM; RODRIGUES (2016) e validado quanto a psicometria, por Dal Pai, Langerdorf, Rodrigues, Romero, Loro e Kolankiewicz (2019).

Foi realizado ainda uma revisão integrativa de literatura em base de dados online nacionais e internacionais a fim de responder a seguinte questão de pesquisa: **Qual a percepção dos Enfermeiros que atuam em Unidades Básicas de Saúde de Municípios da Região Serrana do Estado de Santa Catarina sobre a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária em Saúde? Como a educação permanente pode contribuir na melhoria da assistência relacionadas à segurança do paciente na atenção primária?**

2. OBJETIVOS

Analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde a partir da percepção de enfermeiros que atuam em Unidades Básicas de Saúde de municípios da Região Serrana do Estado de Santa Catarina, a partir do instrumento MOSPSC.

Analisar as produções científicas nacionais e internacionais disponíveis em bases de dados *online* afim de evidenciar a contribuição da Educação Permanente na qualidade da assistência relacionadas à Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

3. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura que embasa o presente estudo explora aspectos relacionados à segurança do paciente na APS, perpassando pelo contexto da atuação do enfermeiro na atenção primária em saúde, o cenário da segurança do paciente no Brasil e no mundo.

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DOS CUIDADOS EM SAÚDE

A segurança do paciente é um princípio fundamental de cuidados de saúde. Inúmeros países publicaram estudos mostrando que um número significativo de pacientes estão sendo prejudicados durante os cuidados de saúde, podendo ocasionar lesão permanente além do aumento do tempo de permanência em unidades de saúde ou até mesmo a morte (WHO, 2017)

Há vinte anos o relatório *To Err is Human* (Errar é humano) divulgado pelo *Institute of Medicine* (IOM) nos EUA, analisou prontuários de 30.121 internações e identificou que sérios prejuízos iatrogênicos haviam ocorrido em 3,7% das internações (6,5% dos quais provocaram disfunções permanente e 13,6% envolveram a morte do paciente). Com base nestes resultados, estimou-se que os danos haviam contribuído para a ocorrência de 180.000 óbitos por ano naquele país (OLIVEIRA et al., 2014).

Além dos danos diretos ao paciente, a WHO estima que cerca de 20 a 40% de todas as despesas com a saúde, em diversos países, é resultado da má-qualidade da assistência prestada ao paciente, sejam elas em decorrência das atitudes e competências desenvolvidas pelos profissionais de forma individual e grupal (GOLLE et al., 2018).

Frente a estes dados, em 2004 a WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) lançou o Programa Segurança do Paciente em resposta à Assembleia Mundial de Saúde ocorrida em 2002. Em 2012, ocorreu a primeira reunião *Safer Primary Care Expert Working Group*, também promovida pela WHO, um novo momento surge e se torna necessário entender e analisar as lacunas relacionadas à temática (VASCONCELOS, 2015).

Nesse sentido, torna-se relevante conceituar os termos que estão intrinsecamente relacionados à temática segurança do paciente. Os termos e seus conceitos são apresentados no Quadro 1:

Quadro 1 – Definição de termos relacionados à segurança do paciente.

TERMO	CONCEITO
Dano	Prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante. Inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte.
Risco	Probabilidade de ocorrência de um incidente.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Quase evento (<i>near miss</i>)	Incidente que não alcançou o paciente.
Evento adverso	Incidente que resulta em dano para o paciente.

Fonte: ANVISA (2013)

Acompanhando as iniciativas mundiais, criou-se no Brasil a Rede Sentinela, composta por instituições que, desde 2002, trabalham com gerenciamento de risco sobre três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde (MILAGRES, 2015).

Alguns anos depois, em 2008, foi instituída a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), com o objetivo de fortalecer a assistência segura e com qualidade, por meio do desenvolvimento de articulação e de cooperação entre instituições de saúde e educação (CASSIANI, 2010).

Ações normativas relativas à segurança do paciente no cenário nacional foram idealizadas como a publicação da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, de 25 de novembro de 2011, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (ANVISA, 2013).

E em abril de 2013, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional para Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529 (01/04/2013). Posteriormente foi publicada a Resolução nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que institui as ações de promoção para a segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (DA SILVA et al., 2016)

A ANVISA é um órgão governamental responsável pela segurança do paciente, cujo objetivo é promover e garantir a proteção da saúde da população. Ações para segurança do paciente e melhoria da qualidade em serviços de saúde, consonantes com as previstas pela OMS e desenvolvidas pela ANVISA por meio de sua Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES/ANVISA), envolvem: 1) a higienização das mãos; 2) os procedimentos clínicos

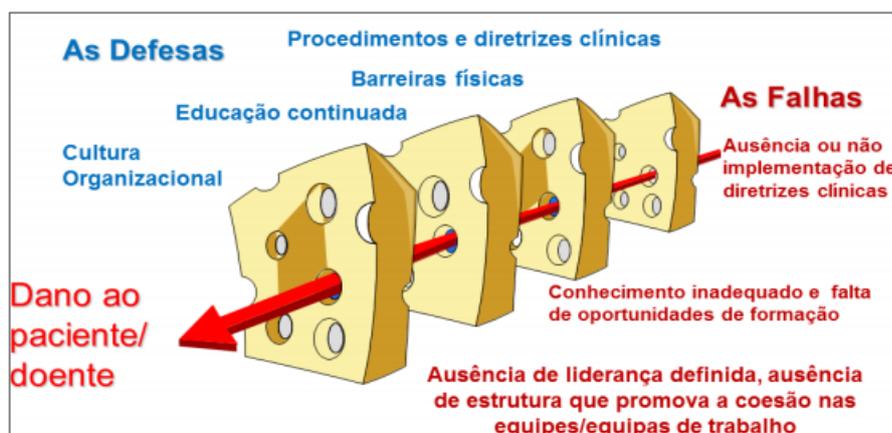
seguros; 3) a segurança do sangue e hemoderivados; 4) a administração segura de injetáveis e de imunobiológicos; e 5) a segurança da água e no manejo de resíduos (ANVISA, 2014).

Tais protocolos constituem instrumentos para a construção de uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos locais de segurança do paciente dos estabelecimentos de saúde, de acordo com RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 (ANVISA, 2013).

Mesmo após a implantação do PNSP no Brasil, o incentivo à efetivação da cultura de segurança no âmbito da APS só foram mencionados em 2017, com a atualização da Política de Atenção Básica do país, publicada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017). Esta destaca a necessidade da implantação de ações de segurança do paciente, para a promoção de cuidados seguros e ao incentivo da cultura de segurança do paciente entre profissionais atuantes na APS.

Para FERNANDES et al., (2014) não se pode alterar a natureza factível ao erro do ser humano, mas, há como mudar as condições, processos e criar barreiras para mitigar e existência das falhas. O “Modelo do Queijo Suíço” de James Reason (1990) descreve quatro “fatias desse queijo”, as quais representam barreiras usadas para aumentar a segurança do paciente, a saber: (1) a aprendizagem contínua e treinamento permanente da equipe; (2) cultura organizacional; (3) barreiras físicas (por exemplo, listas de verificação/checklists); (4) adoção de políticas institucionais voltadas à padronização de rotinas e processos consistentes para evitar variações indesejadas nas ações direcionadas ao paciente (STEIN; HEISS, 2015), conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Modelo do queijo suíço de James Reason.



Fonte: Travassos (2012).

Nesse contexto, algumas definições de termos são fundamentais para o completo entendimento sobre a temática. Neste sentido, a qualidade da assistência à saúde pode ser compreendida como uma busca incessante de identificação de falhas nos procedimentos e protocolos, conduzindo à melhoria dos processos e resultados (GARZIN; MELLEIRO, 2018).

Para alcançar a qualidade na assistência, é necessária segurança, que pode ser definida como prioridade máxima nas instituições eficazes, que envolve todos os setores e implica no reconhecimento de que suas atividades têm uma natureza de alto risco e são propensas a erros (OMS, 2009^a).

A cultura de segurança de uma organização, por sua vez, é o produto de valores individuais e coletivos, atitudes, percepções e competências que determinam o estilo e a proficiência na saúde, marcada por comunicação eficaz entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns a respeito da importância da segurança e eficácia de ações preventivas (SORRA et al., 2016).

Segundo Vasconcelos (2015) há poucos estudos relacionados à segurança do paciente na APS. Sabe-se pouco por exemplo, sobre o quantitativo dos EAs e da incidência de riscos associados para sua ocorrência, já que existe uma falsa percepção que na atenção primária o usuário está menos susceptível a práticas não seguras.

Demais instrumentos foram desenvolvidos para avaliar e contribuir para a segurança do paciente em ambientes hospitalares, como o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), que avalia os domínios: Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança, Satisfação no trabalho, Percepção do Estresse, Percepção da Gerência e Condições de trabalho (SEXTON et al., 2006 e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (SORRA, NIEVA, 2004), que possibilita avaliar a cultura de segurança a nível individual, por unidade/setor hospitalar e do hospital como um todo. Ambos questionários foram recentemente traduzidos e validados no Brasil por CARVALHO, CASSIANI (2012) e REIS (2013), respectivamente (MAGALHÃES et al., 2019).

Estudos relacionados à segurança do paciente e à participação do enfermeiro na implantação de estratégias para a melhoria da qualidade e da segurança da assistência de enfermagem são necessários e, ao mesmo tempo, recentes e inovadores, podendo ajudar os profissionais da área a conhecer as causas e os efeitos à saúde do paciente, além de possibilitar treinamentos adequados à prevenção de novas ocorrências e implementação da cultura da segurança nos serviços de saúde em geral (OLIVEIRA et al., 2014).

Investir no aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, na utilização de boas práticas e no aprimoramento das tecnologias e na melhoria dos ambientes de trabalho constituem questões primordiais para o alcance dos melhores resultados para os usuários dos serviços de saúde,

família e comunidade (ANVISA, 2017). Nessa direção, é imprescindível contar com um quantitativo de profissionais capacitados, motivados e envolvidos no trabalho e que sejam protagonistas no processo em busca da qualidade assistencial e da segurança do paciente (TRONCHIN, FREITAS, MELLEIRO, 2016).

A formação em qualidade e segurança do paciente pode ser o estímulo propulsor para a educação interdisciplinar e interprofissional, com o desenvolvimento de programas inovadores que contribuam para alinhar a educação dos profissionais com as necessidades de saúde da população, além de prepará-los para trabalhar deliberadamente de forma integrada em direção a um sistema de saúde mais seguro, com atuação conjunta dos diferentes profissionais ao longo da formação (GARZIN; MELLEIRO, 2019).

3.2 O CONTEXTO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Há mais de 40 anos a APS é reconhecida como a base de um sistema de saúde eficaz e responsivo, a Declaração de Alma-Ata de 1978 reafirmou o direito ao mais alto nível de saúde, sublinhou a necessidade de serviços de saúde abrangentes, não apenas curativos, mas de serviços que também atendam às necessidades de promoção da saúde e prevenção. Um forte nível resolutivo de APS é a base para o desenvolvimento de sistemas de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

O Relatório Mundial de Saúde, em 2008, intitulado “Agora mais do que nunca” restabeleceu em nível global a necessidade da abordagem da APS, fornecendo evidências concretas de que a mesma era acessível e tinha maior impacto na prestação de assistência de saúde onde as pessoas vivem, orientando-se pelos princípios e diretrizes da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (MAIA et al., 2019). É o primeiro nível de atenção e caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018). Na APS é possível receber atendimentos básicos e gratuitos, como consultas Médicas, Odontológicas e de Enfermagem, estratificação de risco, realizar exames de

prevenção, testes rápidos, vacinas, curativos e demais serviços específicos deste nível de atenção (BRASIL, 2017a).

Na APS estão inseridas as Equipes de Saúde da Família (ESF), principal estratégia para expansão e consolidação da Atenção Primária no Brasil, sendo que as equipes são compostas por Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Odontólogos, Técnicos de Higiene Dental e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo também encontradas outras profissões em algumas modalidades de formação das equipes (BRASIL, 2017a).

As equipes de Saúde da Família desempenham seu papel nas UBS, realizam a atenção de populações específicas de territórios definidos. Assumem a responsabilidade sanitária e o cuidado destas pessoas e trabalham considerando a dinamicidade existente no território (BRASIL, 2017a). Desse modo, os serviços passaram a traçar estratégias para desenvolver a atenção integral à saúde dos indivíduos e grupos, intervir sobre fatores de risco, promover parcerias por meio de ações intersetoriais e incitar o controle social (OLIVEIRA; PEREIRA, 2017).

Destaca-se que existem atribuições comuns a todos os profissionais que compõe a equipe, considerando sua responsabilização sobre a população adscrita, como o acolhimento aos usuários, a prática da assistência em saúde individual, familiar e coletiva considerando as especificidades de cada profissão, porém reconhecendo que realizar o trabalho interdisciplinar favorece a compreensão do ser humano em sua totalidade e contexto sócio-histórico cultural (MARINHO et al., 2015). À equipe também cabe a realização de ações em Educação em Saúde e Educação Permanente (FORTE et al., 2018).

O protagonismo do trabalho na APS está pautado na equipe, porém destaca-se a atuação da Enfermagem, mais precisamente no Enfermeiro, profissional que tem múltiplas atribuições, algumas privativas como a consulta de enfermagem e outras específicas como a prescrição de medicamentos, conforme protocolos do Ministério da Saúde ou locais, a assistência direta ao paciente e família, além do gerenciamento da UBS e da equipe de saúde (ANTUNES et al, 2016)

O Enfermeiro também é o profissional responsável pela coordenação e supervisão do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, atividades de manutenção e controle dos serviços, estando a Unidade de Saúde de forma geral sob sua responsabilidade (FREITAS et al., 2016).

O trabalho do Enfermeiro na APS tem dupla dimensão, assistencial e gerencial, voltado para o indivíduo e para o coletivo, sendo que sua função essencial envolve pessoas, famílias e

comunidades, desenvolvendo atividades para promoção, manutenção e recuperação da saúde, assim, contribuindo com a implementação e consolidação do SUS (MADUREIRA et al., 2017).

A APS é um campo muito amplo e o Enfermeiro precisa dominar diversas habilidades para realizar seu trabalho com efetividade, gerenciar e planejar as ações de Enfermagem, realizar a gestão de recursos materiais adequados e seguros, capacitar a equipe e promover condições de trabalho favoráveis para a realização do cuidado, além de garantir a segurança para o paciente (DIAS et al., 2014). No exercício profissional também é necessário ter raciocínio clínico, ter boa comunicação, administração do tempo, conhecimento técnico científico em diversas áreas (saúde da criança, saúde da mulher, doenças infecto contagiosas, gestação, imunização, saúde mental, cuidado com lesões de pele, hipertensão, diabetes, entre muitas outras) (FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018).

Porém, na prática cotidiana, surgem dificuldades e limites para implementar o cuidado na APS, que são apontadas por Ferreira; Perico; Dias (2018), como a escassez de recursos humanos de diferentes áreas, materiais e equipamentos. Além disso, na perspectiva ampliada do cuidado com a família, o processo de trabalho deve ser estruturado a partir de ações e relações dos profissionais junto às famílias, fator que interfere na qualidade da assistência (FREITAS et al., 2016).

O processo de trabalho em enfermagem é complexo e instável, tornando o Enfermeiro responsável em garantir a assistência de enfermagem isenta de danos decorrentes de imperícia, imprudência e negligência, apoiado pela ética profissional (BATALHA SILVA; MELLEIRO, 2016).

Por isso, os enfermeiros têm sido estimulados a se envolver nas questões e pesquisas de segurança do paciente, no intuito de aprimorar o conhecimento e o processo de atuação profissional (MADUREIRA et al., 2017), é fundamental que os erros e falhas na assistência sejam reconhecidos, relatados pelos profissionais, a ocorrência dos EAs pode acarretar diversas problemáticas. Assim, o investimento numa cultura de segurança, por meio da disseminação do conceito de segurança do paciente e de uma discussão não punitiva sobre os EAs (LEMOS et al., 2018)

Diante do exposto, o enfermeiro pode e deve desenvolver estratégias eficazes para prevenir e reduzir riscos, pode ser auxiliado e seguir protocolos específicos, melhores práticas associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente (SIMAN; BRITO, 2016)

A garantia de profissionais seguros, bem desenvolvidos, resolutivos, pode se dar também através da educação permanente a qual relaciona-se com a enfermagem, considerando que em

todas as ações desta profissão são realizadas práticas educativas, atuantes em todas as questões relacionadas ao desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva (PEIXOTO et al., 2013).

4. METODOLOGIA

4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

Estudo do tipo *survey*, de natureza quantitativa, e revisão integrativa de literatura.

Estudos do tipo *survey* são capazes de identificar a natureza profunda das realidades, seu sistema de relações, sua estrutura dinâmica, podendo determinar a força de associação ou correlação entre variáveis, a generalização e objetivação dos resultados através de uma mostra que faz inferência a uma população (ESPERÓN, 2017).

Para a revisão integrativa de literatura foi contemplado os passos propostos por Ganong (1978), o qual contempla as seguintes etapas: 1. Definição da pergunta norteadora; 2. Busca e seleção dos artigos na literatura; 3. Definição das informações a serem extraídas dos artigos; 4. Avaliação dos estudos; 5. Interpretação dos resultados; 6. Apresentação da revisão e a síntese do conhecimento obtido (GANONG, 1978). O protocolo de revisão integrativa completo encontra-se no Apêndice 1.

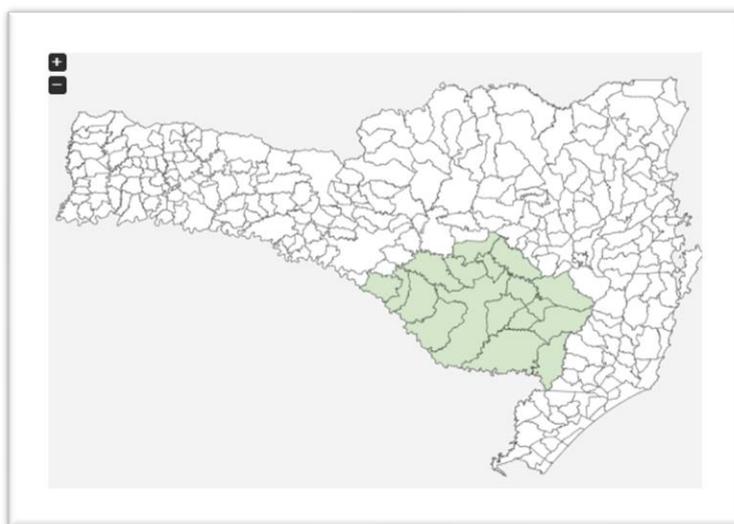
Os critérios de inclusão adotados foram: estudos que continham os descritores listados neste e publicados em periódicos na forma completa no período de 2014 a 2019.

As publicações foram pesquisadas por meio de acesso ao Portal de periódicos CAPES e base de dados *Science Direct* e busca livre na base Google Acadêmico, nas línguas portuguesa, inglês e/ou espanhol.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado junto as Secretarias Municipais de Saúde dos 18 Municípios que juntos fazem parte da Associação dos Municípios da Região Serrana (AMURES) do Estado de Santa Catarina, que são eles: Anita Garibaldi, Bocaina, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Capao Alto, Cerro Negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Painei, Palmeira, Ponta Alta, Rio Rufino, São Joaquim, São José do Cerrito, Urubici e Urupema. A Figura 2 apresenta a localização dos municípios que compõem a AMURES.

Figura 2 – Localização dos 18 municípios associados da Região Serrana de Santa Catarina. Lages, 2020.



Fonte: AMURES (2019)

A Missão da AMURES é trabalhar em prol dos Municípios da Serra Catarinense, visando o melhoramento da capacidade administrativa e executiva das prefeituras, promovendo o bem estar das pessoas e o desenvolvimento sustentável da região. Os Municípios associados podem contar também com o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS-AMURES) com sede na cidade de Lages/SC, parceria que funciona desde Setembro de 1997. Nesta Instituição são realizadas ações e compras conjuntas, buscando reduzir custos na compra dos serviços especializados que o Sistema Único de Saúde (SUS) não disponibiliza na região. a fim de que todos os pacientes do SUS tenham acesso (CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE, 2019).

Neste contexto Lages caracteriza-se como um dos maiores centros clínicos do Estado de Santa Catarina, sendo referência para todos estes Municípios e também para demais regiões como a do meio-oeste, oeste e alto vale do Itajaí (CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE, 2019)

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população do estudo foi composta pela soma de todos os profissionais enfermeiros atuantes nas ESFs vinculadas as Secretarias Municipais de Saúde dos 18 municípios associados da Região Serrana de Santa Catarina, resultando num total de 90 Enfermeiros.

Os profissionais têm carga horária de trabalho de 40h a 44hs semanais, de segunda a sexta-feira e possuem modalidades de vínculos empregatícios do tipo contrato por tempo determinado ou concurso público em regime estatutário.

O procedimento de amostragem foi intencional, com a participação de 37 enfermeiros.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

Foram incluídos no estudo: Enfermeiros, que atuam nas UBS dos 18 Municípios associados da Região Serrana de Santa Catarina, independente do tempo em que estejam em pleno exercício de suas funções ou tipo de vínculo empregatício.

Foram definidos como critério de exclusão: Enfermeiros que não atuem em UBS, e/ou que estiverem afastados por motivos saúde/doença, férias.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no mês de Dezembro de 2019 à Fevereiro de 2020. Inicialmente foram realizados convites para a participação da pesquisa por meio eletrônico (telefone, aplicativo de mensagem eletrônica, mensagem de texto, convite em redes sociais ou e-mail). E logo após o aceite preliminar dos participantes, foi enviado o *link* de acesso ao questionário eletrônico do estudo, por meio do aplicativo de mensagem (*WhatsApp*[®]) e *email*.

Ao acessar o *link* enviado os profissionais primeiramente tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2), contendo todas as informações necessárias acerca dos procedimentos de pesquisa. Após confirmação da participação voluntária no estudo, o participante era direcionado ao questionário propriamente dito, elaborado com auxílio da ferramenta gratuita *SurveyMonkey*[®].

O *SurveyMonkey*[®] consiste em uma plataforma de acesso restrito, mundialmente utilizada para a disponibilização de questionários de pesquisa online. A plataforma permite a distribuição do questionário via recursos como *WhatsApp*[®], *Facebook*[®] e por e-mail. Os respondentes não necessitam de cadastro de usuário, o que garante o sigilo e anonimato durante a coleta e análise dos dados.

Os participantes foram orientados que poderiam encerrar a participação a qualquer momento, apenas fechando o aplicativo utilizado. Destaca-se que, tratando-se da coleta de dados *online*, foi preservada a identidade e demais dados que possam identificar os sujeitos da

pesquisa, como nome, e-mail, IP de computador ou celular, ou qualquer outro elemento identificador.

Estimou-se a necessidade de aproximadamente 15 minutos para resposta ao questionário.

4.6 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado no estudo (ANEXO 1) para coleta de dados foi a versão brasileira do *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), desenvolvido em 2007, nos EUA, pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ). Em 2016 foi traduzido e adaptado para o contexto brasileiro por Timm (2016) e posteriormente validado por Dal Pai, Langerdorf, Rodrigues, Romero, Loro e Kolankiewicz (2019).

O instrumento é composto de 52 questões, que medem 12 dimensões do constructo da segurança do paciente, que permite identificar se a cultura de segurança do paciente é positiva/favorável ao cuidado seguro na APS, sempre que o percentual de respostas positivas superar 50% e também aponta as áreas que necessitam de melhorias, consideradas negativas (Timm, Rodrigues, 2016).

A composição de questões que resultam em cada dimensão é apresentada no quadro a seguir:

Quadro 2 – Composição das dimensões da cultura de segurança na Atenção Primária em Saúde, segundo o MOSPSC versão brasileira. Lages, 2020.

Dimensão	Nº questões	Questões relacionadas
1. Segurança do paciente e qualidade	10 questões	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10
2. Troca de informações com outros setores	4 questões	B1, B2, B3, B4
3. Treinamento da equipe	3 questões	C4, C7, C10R
4. Trabalho em equipe	4 questões	C1, C2, C5, C13
5. Pressão e ritmo de trabalho	4 questões	C3R, C6R, C11, C14
6. Comunicação aberta	4 questões	D1, D2, D4R*, D10
7. Comunicação sobre o erro	4 questões	D7R, D8, D11 e D12
8. Seguimento da assistência ao paciente	4 questões	D3, D5, D6, D9
9. Apoio dos gestores na segurança do paciente	4 questões	E1R, E2R, E3, E4R
10. Aprendizagem organizacional	3 questões	F1, F5, F7
11. Percepção geral sobre segurança do paciente e qualidade	4 questões	F2, F3R, F4R, F6R

12. Avaliação Global da qualidade e Geral em Segurança do Paciente	4 questões	C8R, C9, C12R, C15
--	------------	--------------------

Legenda: *R - questões negativas (necessitam reversão)

Fonte: Adaptado de Galhardi (2017)

O instrumento apresenta também questões relacionadas à prática profissional (tempo de trabalho, carga horária e cargo ocupado) e uma seção aberta para comentários espontâneos. O instrumento permite a participação de diversas categorias profissionais, porém como fazem parte desta pesquisa somente a categoria profissional de enfermeiros, foi acrescida uma pergunta sobre o grau de instrução, se afirmativa positiva deveriam especificar em que área, as especializações foram agrupadas pelas áreas mais citadas.

O mesmo tem se mostrado útil como forma de investigação científica, sendo a adaptação transcultural e a validação realizada para ser utilizada na Atenção Primária como na Espanha, Portugal e em Al Mukalla, no Iêmen, onde foi validado em árabe e recentemente aplicado em um estudo (ORNELAS MD, PAIS D, 2016; WEBAIR et al., 2015; TORIJANO-CASALENGUA et al., 2013).

O MOSPSC tem como tradução original inglesa Pesquisa de Consultório Médico sobre Segurança do Paciente, e foi traduzido, validado linguisticamente e psicometricamente na Espanha, no Iêmen e em Portugal. o Brasil, o instrumento foi traduzido, adaptado e validado, com análise semântica e avaliação da clareza e compreensão dos itens, fazendo-se necessário realizar a validação psicométrica.

O MOSPSC pode ser aplicado para avaliar o estado da cultura de segurança do paciente em serviços de saúde de determinada unidade de saúde; como uma intervenção para sensibilizar os profissionais sobre questões de segurança do paciente; como um mecanismo para avaliar o impacto das iniciativas de melhoria da segurança do paciente; ou ainda, como acompanhamento de mudanças na cultura de segurança do paciente ao longo do tempo (SORRA; FRANKLIN; STREAGLE, 2008).

Para obtenção do percentual de respostas positivas, o agrupamento das respostas foi realizado, onde foram consideradas questões positivas as opções de respostas: Várias vezes em 12 meses; Uma ou duas vezes em 12 meses ou não aconteceu; Concordo Totalmente ou Concordo; Quase Sempre ou Sempre; Bom; Muito Bom e Excelente.

Nas questões negativas (C3, C6, C8, C10, C12, C14, D4, D7, D10, E1, E2, E4, F3, F4 e F6) consideraram-se positivas as opções de respostas: discordo totalmente ou discordo como respostas positivas para a cultura de segurança do paciente. Por fim, calculou-se uma pontuação

resumida específica de cada dimensão, por meio do percentual de respostas positivas atribuídas às questões que compõem a dimensão correspondente.

O Índice de Sintético de Segurança do Paciente (ISSP) é definido como a média dos escores de todas as questões que compõem as dimensões analisadas. E as frequências relativas de cada questão que compõem as dimensões foram calculadas e os resultados para cada dimensão foram medidos por meio da divisão do número de respostas (positivas, neutras, negativas) nos itens de uma dimensão pelo número de respostas totais nos itens de uma dimensão.

Para análise do ISSP foi considerada uma percepção positiva a dimensão onde o Índice de Segurança do Sintético do Paciente (ISSP) foi >3 e percepção claramente positiva quando o ISSP foi ≥ 4 (Romero, Gonzales, Calvo, 2017). E ainda, para análise dos resultados das dimensões, estas foram consideradas negativas ($<50\%$), neutras (50-75%) e positivas ($>75\%$) de acordo com os percentuais de avaliação obtidos.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe de normas sobre pesquisa com seres humanos. A resolução assegura os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao estado, garantido também os referenciais básicos da bioética: sigilo, anonimato, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), sob o Parecer nº 3.694.575. (ANEXO 2)

O TCLE (APÊNDICE 2) foi redigido de forma acessível, clara e objetiva, garantindo postura ética do pesquisador em relação aos participantes da pesquisa, sendo disponibilizado em 2 vias - uma via para o participante e a outra com o pesquisador. O participante teve direito a desistência sem qualquer dano ou prejuízo. Como critério de confidencialidade e privacidade, os questionários não foram identificados com nome do participante.

A pesquisa teve como benefícios a ampliação do conhecimento na área e a possibilidade de despertar nos sujeitos envolvidos a atenção acerca do tema “Segurança do Paciente na Atenção Primária”.

Os riscos poderiam ser da ordem do emocional e se estes ocorrerem seriam solucionados minimizados com a oferta de atendimento gratuito pelo Serviço de Psicologia da Universidade do Planalto Catarinense, sendo encaminhados pelas pesquisadoras e ofertado de forma gratuita.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados dos questionários respondidos foram exportados do aplicativo *SurveyMonkey*[®], onde os dados foram tabulados e analisados em planilhas eletrônicas no *software* Microsoft Excel[®].

5. RESULTADOS

Este capítulo apresentará os resultados do estudo, no formato de dois manuscritos, conforme prevê a Instrução Normativa nº 02/PPGAS, de 25 de abril de 2017, do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, que dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação das Dissertações e Teses do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde.

5.1 MANUSCRITO – CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS

Resumo

Objetivo: Analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde junto a enfermeiros atuantes na atenção primária de 18 municípios da Região Serrana do Estado de Santa Catarina. **Metodologia:** Estudo survey, quantitativo, realizado de dezembro/2019 à fevereiro/2020 com a participação de 37 enfermeiros. Os dados foram coletados com o instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*, em versão brasileira, contendo 52 questões que permitem a análise de 12 dimensões da cultura de segurança do paciente. **Resultados:** As dimensões avaliadas como positivas/fortes foram “Aprendizagem organizacional” (79,41%), “Trabalho em equipe (78,62%) e “Troca de informações com outras instituições (75%). A dimensão “Ritmo e pressão no trabalho” foi a única apontada como frágil/fraca (22,3%). **Conclusão:** O estudo demonstrou que a percepção dos enfermeiros aponta para a necessidade emergente de rever sobre tanto o ritmo, quanto a pressão no trabalho durante a assistência em saúde. Destaca-se a importância desse estudo sob o ponto de vista diagnóstico situacional da região estudada, os quais apontam alguns caminhos que já podem ser trilhados pelos enfermeiros, equipes e gestores dos serviços de saúde da região para melhoria da qualidade e segurança nos serviços de saúde na APS.

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

PATIENT SAFETY CULTURE IN PRIMARY HEALTH CARE FROM THE NURSES' PERSPECTIVE

Abstract

Objective: Analyze the dimensions of the patient's safety culture in Primary Health Care with nurses working in primary care in 18 municipalities of the Serrana Region of the State of Santa Catarina. **Methodology:** Survey study, quantitative, conducted from December/2019 to February/2020 with the participation of 37 nurses. The data were collected with the instrument *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*, in Brazilian version, containing 52 questions that allow the analysis of 12 dimensions of the patient safety culture. **Results:** The dimensions evaluated as positive/strong were "Organizational learning" (79.41%), "Teamwork" (78.62%) and "Exchange of information with other institutions (75%). The dimension "Rhythm and

pressure at work" was the only one pointed out as fragile/weak (22.3%). **Conclusion:** The study showed that the perception of nurses points to the emerging need to review both the pace and pressure at work during health care. The importance of this study from the point of view of situational diagnosis of the region studied is highlighted, which point out some paths that can already be taken by nurses, teams and managers of health services in the region to improve the quality and safety of health services in PHC.

Keywords: Primary Health Care, Nursing, Patient Safety Culture.

5.1.1 Introdução

A segurança do paciente é uma séria preocupação global de saúde pública, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), há uma chance em 1 milhão de uma pessoa sofrer um dano enquanto viaja de avião. Em comparação, existe uma probabilidade de um em 300 de um paciente sofrer um Evento Adverso (EA) durante os cuidados de saúde (IBSP, 2017). Como exemplo, um estudo realizado nos Estados Unidos da América, por meio de revisão de literatura a fim de atualizar os dados por mortes devido a EAs, estimou o número de 210.000 mortes/ano por ano por danos evitáveis em hospitais (GALHARDI et al., 2018).

No intuito de estabelecer diretrizes relacionadas a essa temática em 2014 foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, afim de recomendar ações com o objetivo de reduzir riscos e eventos adversos (WHO, 2018).

A segurança do paciente pode ser definida como a redução máxima de risco de dano agregado ao cuidado na saúde (ANVISA, 2014). Considera-se a definição de dano como a ocorrência de um agravo quando há o envolvimento de uma estrutura ou de seu desempenho no organismo, procedente de alguma ação não efetiva durante o cuidado em saúde. O dano abrange desde patologias até a extinção da vida, podendo ser físico, psíquico ou até mesmo social (ANVISA, 2014).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente também promoveu diferentes desafios globais para diminuir os riscos e os EAs relacionados ao cuidado em saúde, como os desafios mundiais: “Mãos limpas, cuidado seguro” (OMS, 2005), “Cirurgias seguras salvam vidas” (OMS, 2009), e mais recentemente, o desafio “Medicamentos sem erros” “(WHO, 2017)” “(ANVISA, 2017; WHO, 2009; WHO, 2018)”.

No Brasil foi constituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que representa um grande avanço para a qualidade do cuidado em todos os ambientes de saúde,

sejam públicos ou privados (BRASIL, 2012). O objetivo maior é promover ações voltadas à segurança do paciente e, ainda, difundir informações sobre o tema nas Instituições de Ensino na área da Saúde (BRASIL, 2012).

A Segurança do Paciente não se constitui num problema fragmentado por categoria profissional, mas um processo que abrange transformações interdisciplinares e interinstitucionais. A importância de se debater sobre a Segurança do Paciente e instituir cuidados mais seguros que não causem danos e proporcionar uma assistência de qualidade, é inquestionável (TIMM; RODRIGUES, 2016).

Nesta perspectiva, no ano de 2012 a OMS estabeleceu um grupo de trabalho com especialistas (*Safer Primary Care Expert Working Group*) para estudar os riscos em pacientes sob cuidados primários, a magnitude e a natureza do dano evitável em razão das práticas inseguras nesses ambientes e os mecanismos de proteção e segurança ao paciente na Atenção Primária em Saúde (APS) que é compreendida como o “carro chefe” do cuidado, a porta principal de entrada do usuário aos diferentes pontos de atenção, sendo esse cenário de grande importância e relevância para estudos em Segurança do Paciente (SOUZA; MENDES, 2014).

Esse grupo de pesquisadores publicou um artigo de revisão sistemática denominado *Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research* (Makeham et al. 2008) com objetivo de conhecer as metodologias disponíveis para a realização de pesquisas sobre Segurança do Paciente em APS e os tipos de eventos adversos mais frequentes. O estudo demonstrou que incidentes decorrentes da APS também são frequentes e que existem riscos específicos na APS tanto por causa do ambiente como pelo tipo de cuidado de saúde prestado.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe a consolidação, expansão e qualificação da APS, favorecendo a reorientar o processo de trabalho, potencializando e ampliando a resolutividade afim de impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, sendo a integralidade do cuidado o foco principal, tendo a família como centro do cuidado e da promoção da saúde (SILVA et al., 2019). A ESF possui equipes de saúde constituídas minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e por agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2017a).

Neste cenário, os profissionais são parte indispensável no processo de evitar erros, impedir decisões ruins, referente aos cuidados e também de fomentar a cultura de segurança e qualidade do cuidado (SILVA et al., 2019; ANVISA, 2017).

A cultura de segurança de uma organização, por sua vez, é o produto de valores individuais e coletivos, atitudes, percepções e competências que determinam o estilo e a proficiência na saúde,

marcada por comunicação eficaz entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns a respeito da importância da segurança e eficácia de ações preventivas (SORRA et al., 2016).

Assim, a cultura de segurança representa o produto de valores, atitudes, percepções e competências grupais e individuais que determinam um padrão de comportamento e comprometimento de segurança da instituição, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas. Existem incidentes específicos na APS, os eventos adversos mais frequentes estão relacionados ao tratamento medicamentoso e ao diagnóstico (SOUZA; MENDES, 2014).

Nesse cenário, a avaliação da cultura de segurança do paciente na perspectiva da atenção primária à saúde é imprescindível. Assim, questiona-se: Qual a percepção dos Enfermeiros de Unidade Básicas de Saúde de municípios da Região Serrana do Estado de Santa Catarina sobre a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária em Saúde?

O objetivo do estudo foi analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde junto a enfermeiros atuantes na atenção primária em saúde de 18 municípios da Região Serrana do Estado de Santa Catarina, a partir do instrumento MOSPSC.

5.1.2 Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo *survey*, com abordagem quantitativa, desenvolvido em 18 municípios da Região Serrana do Estado de Santa Catarina, os quais fazem parte da Associação dos Municípios da Região Serrana (AMURES) e 26º Regional de Saúde, tendo como sede o Município de Lages/SC.

A população contou de 90 enfermeiros atuantes nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), vinculadas as Secretarias Municipais de Saúde dos 18 municípios estudados. Todos foram convidados a compor a amostragem intencional, participando via questionário on-line. Dos 90 Enfermeiros, 12 (13,33%) foram excluídos da pesquisa por estarem de Férias ou de Licença durante o período da coleta de dados, resultando em 78 profissionais disponíveis, porém apenas 37 enfermeiros dispuseram-se a colaborar com o estudo.

Como critérios de inclusão foram considerados: enfermeiros(as) atuantes durante o período da coleta de dados nas ESF de um dos 18 Municípios da Região Serrana de SC. E como critérios de exclusão: enfermeiros(as) afastados de suas práticas profissionais por motivo de férias, atestado médico ou licença de qualquer natureza.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020. Foram realizados convites presenciais e/ou por meio eletrônico (telefone, aplicativo de

mensagem eletrônica, mensagem de texto, convite em redes sociais ou e-mail, sendo encaminhado um link do questionário on-line.

O questionário on-line foi hospedado na plataforma *SurveyMonkey*[®]. Esta consiste em plataforma de acesso restrito mundialmente utilizada para a disponibilização de questionários de pesquisa e permite a distribuição do mesmo via recursos como *WhatsApp*[®], *Facebook*[®] e *e-mail*, sendo que o respondente não necessita de cadastro prévio, o que garante o sigilo e anonimato dos participantes.

O instrumento utilizado para coleta de dados sobre cultura de segurança foi o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), desenvolvido em 2007 pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ). Este instrumento tem se mostrado útil como forma de investigação científica, sendo a adaptação transcultural e a validação realizada para ser utilizada na Atenção Primária na Espanha. Foi também validado em árabe e recentemente aplicado em um estudo em Al Mukalla, no Iêmen (ORNELAS; PAIS; 2016; WEBAIR et al., 2015; TORIJANO-CASALENGUA et al., 2013)”.

O MOSPSC pode ser usado para avaliar o estado da cultura de segurança do paciente em serviços de saúde; como uma intervenção para sensibilizar os profissionais sobre questões de segurança do paciente; como um mecanismo para avaliar o impacto das iniciativas de melhoria da segurança do paciente ou como forma de acompanhar as mudanças na cultura de segurança do paciente ao longo do tempo (SORRA; FRANKLIN; STREAGLE, 2008).

O MOSPSC, versão brasileira, é composto de 52 questões que medem 12 dimensões do constructo da segurança do paciente (TIMM, 2016), além de questões sobre a prática profissional (tempo de trabalho, carga horária e cargo ocupado) e uma seção aberta para comentários.

Os dados foram organizados e tabulados em planilhas eletrônicas com auxílio do *software Excel*[®], onde foram analisados o Índice de Segurança do Sintético do Paciente (ISSP), a partir do cálculo da média dos escores de todas as questões que compõem as 12 dimensões analisadas. As frequências relativas de cada questão que compõem as 12 dimensões foram calculadas e os resultados para cada dimensão foram medidos a partir da fórmula: “Respostas (positivas, neutras, negativas) nos itens de uma dimensão dividido (÷) pelo número de respostas totais nos itens de uma dimensão.

Para análise do resultado do ISSP foi considerada uma percepção positiva um resultado >3 e claramente positiva ≥ 4 (ROMERO, GONZALES, CALVO, 2017). Para a análise dos resultados de cada dimensão, assim como dos resultados em cada questão, foram consideradas

como negativas (<50%), neutras (50-75%) e positivas (>75%) (MACEDO, SILVA, SILVA, HADDAD, 2020).

O estudo é produto da Dissertação de Mestrado Acadêmico em Ambiente e Saúde, da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Universidade (CAAE 23207719.0.0000.5368, Parecer nº 3.694.575).

5.1.3 Resultados e Discussões

Considerando os 78 profissionais elegíveis para o estudo, 37 (47,44%) responderam ao instrumento proposto completamente, sendo que 41 (52,56%) não responderam e/ou não responderam o instrumento até o final, correspondendo a taxa de respostas de 47,44%.

A tabela a seguir apresenta o perfil profissional dos participantes da pesquisa, a partir dos itens da seção H do questionário MOSPSC (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização do perfil profissional dos participantes da pesquisa. Lages, 2020.

Variáveis	n (=37)	%
Tempo de serviço na APS		
De 2 meses a menos de 1 ano	1	2,70
De 1 ano a menos de 3 anos	8	21,6
De 3 anos a menos de 6 anos	7	18,92
De 6 anos a menos de 11 anos	9	24,32
De 11 anos ou mais	12	32,43
Carga horária (horas/semana)		
De 05 - 16	8	21,62
De 30 - 40	27	72,97
De 41 ou mais	02	5,41
Grau de Formação		
Graduação	2	5,41
Especialização	32	86,49
Mestrado	3	8,11
Doutorado	0	0
Especializações		
Urgencia e Emergencia	3	6,25
Saúde da Família	19	39,58
Enfermagem Obstetrica	5	10,42
Outras	7	14,58
NR/NS*	14	29,17

Legenda: NR/NS* - não responderam/não se aplica

Fonte: Dados brutos (2020)

Quanto ao tempo de serviço há predomínio dos profissionais com 11 anos ou mais (32,43%), de 6 a 11 anos (24,32%), o que demonstra que as gestões dos municípios da Região

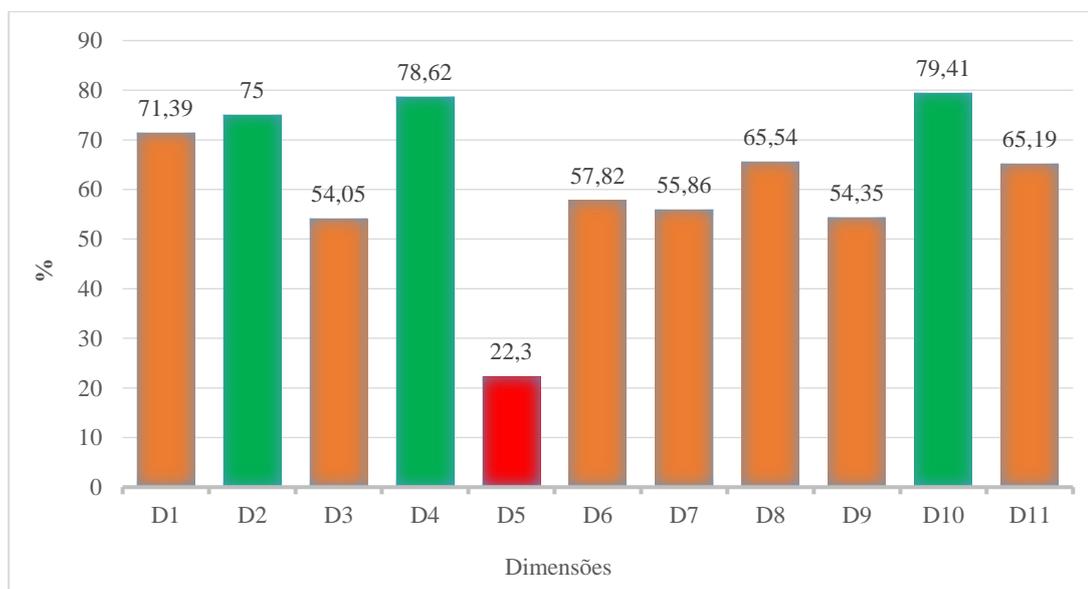
Serrana estão conseguindo manter em seus quadros funcionais enfermeiros concursados, tendo como resposta uma continuidade nas ações e no cuidado em saúde.

No que se refere a carga horária, 27 (72,97%) enfermeiros cumprem de 30 a 40 horas semanais, e estão em consonância com a Portaria nº 634/2019 do Ministério da Saúde, que em seu §2º fala sobre o somatório das cargas horárias individuais mínimas deverá corresponder a uma carga horária, por categoria profissional, de pelo menos 40 horas semanais por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2019)

No que diz respeito ao grau de formação, 32 (86,49%) possuem especialização em alguma área e destes 19 (39,58%) são especialistas em Saúde da Família.

Os dados provenientes da percepção de enfermeiros que atuam na Atenção Básica em Saúde de 18 municípios da região serrana de Santa Catarina sobre a cultura de segurança são apresentados no Gráfico a seguir:

Gráfico 1 – Resultados das dimensões de cultura de segurança do paciente em 18 APS da região serrana de Santa Catarina (n=37). Lages, 2020.



Legenda: verde – dimensão positiva (>75%); laranja – dimensão neutra (50-75%) e vermelho – dimensão negativa (<50%); D1 - Segurança do paciente e qualidade; D2 - Troca de informações com outros setores; D3 - Treinamento da equipe; D4 - Trabalho em equipe; D5 - Pressão e ritmo de trabalho; D6 - Comunicação aberta; D7 - Comunicação sobre o erro; D8 - Seguimento da assistência ao paciente; D9 - Apoio dos gestores na segurança do paciente; D10 - Aprendizagem organizacional; D11 - Percepção geral sobre segurança do paciente e qualidade; Fonte: Dados brutos (2020)

Na tabela 2 são apresentados os resultados provenientes das 11 dimensões de cultura de segurança. Considerou-se a soma das respostas positivas e a soma do número total de respostas atribuídas pelos participantes (positivas, neutras e negativas).

Tabela 1 - Detalhamento das questões/afirmativas que compõe as 11 dimensões de cultura de segurança do paciente na APS (n=37). Lages, 2020.

Dimensões / Questões	Total de respostas positivas	Total de respostas*	% cultura
Dimensão 1 - Segurança do paciente e qualidade	237	332	71,39
Acesso ao cuidado			
A1 - O paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo	16	32	50
Identificação do paciente			
A2 - No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente	26	33	78,79
Prontuário do paciente			
A3 - Prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário	23	34	67,65
A4 - Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente	25	31	80,65
Equipamentos médicos			
A5 - Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.	28	37	75,68
Medicamentos			
A6 - O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição	20	35	57,14
A7 - Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta	26	34	76,47
Diagnósticos e Testes			
A8 - Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário	23	30	76,67
A9 - Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário	24	34	70,59
A10 - Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil	26	32	81,25
Dimensão 2 - Troca de informações com outros setores	102	136	75
B1 - Centros de imagem/lab. da rede de atenção à saúde?	25	34	73,53
B2 - Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde	26	35	74,29
B3 - Farmácias	29	36	80,56
B4 - Hospitais	22	31	70,97
Dimensão 3 - Treinamento da equipe	60	111	54,05
C4- Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	19	37	51,35
C7 - Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento	19	37	51,35
C10R** - Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para os quais não foram treinados	22	37	59,46
Dimensão 4 - Trabalho em equipe	114	145	78,62
C1 - Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam	31	36	86,11
C2 - Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais	30	37	81,08

C5 - Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito	28	36	77,78
C13 - Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado de pacientes	25	36	69,44
Dimensão 5 - Pressão e ritmo de trabalho	33	148	22,30
C3R - Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente	4	37	10,81
C6R- Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis	7	37	18,92
C11 - Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes	13	37	35,14
C14 - Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade de atendê-los de maneira eficiente	9	37	24,32
Dimensão 6 - Comunicação aberta	85	147	57,82
D1 - Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho	26	37	70,27
D2 - Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista	31	37	84
D4R - Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto	16	36	44
D10R - Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes	12	37	32,43
Dimensão 7 - Comunicação sobre o erro	81	145	55,86
D7R - A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si	6	35	17,14
D8 - A equipe fala abertamente sobre os problemas nesse serviço	26	37	70,27
D11 - Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente	30	37	81,08
D12 - Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço	19	36	52,78
Dimensão 8 - Seguimento da assistência ao paciente	97	148	65,54
D3 - Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina	24	37	64,86
D5 - Este serviço registra a maneira como os pacientes crônicos seguem o plano de tratamento	20	37	54,05
D6 - Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço	24	37	64,86
D9 - Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento	29	37	78,38
Dimensão 9 - Apoio dos gestores na segurança do paciente	75	138	54,35
E1 R- Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço	14	35	40
E2R - Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes	21	35	60
E3 - Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes	22	34	64,71
E4R - Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes	18	34	52,94
Dimensão 10 - Aprendizagem organizacional	81	102	79,41
F1 - Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas	31	34	91,18
F5 - Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam	25	34	73,53
F7 - Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento aos pacientes, avaliamos se elas funcionam	25	34	73,53
Dimensão 11 - Percepção geral sobre segurança do paciente e qualidade	88	135	65,19

F2 - Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes	22	34	64,71
F3R - Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria	24	33	72,73
F4R - É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes	23	34	67,65
F6R - Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado	19	34	55,88
ISSP			6,1%

Legenda: ** - respostas positivas, neutras, negativas; **R – questões reversas; verde – dimensão positiva (>75%); laranja – dimensão neutra (50-75%) e vermelho – dimensão negativa (<50%); **ISSP – Índice Sintético de Segurança do Paciente**

Fonte: Dados brutos (2020)

Na Seção A, quanto à dimensão “**D1 - Segurança do paciente e qualidade**”, foram questionadas as situações relacionadas à segurança do paciente e problemas relacionados à qualidade do serviço prestado, incluindo questões sobre o “Acesso ao cuidado”; a “Identificação do paciente”; os “Prontuários/Registros”; os “Equipamentos” e os “Diagnósticos e testes”, sendo os resultados da avaliação destes apresentados a seguir (Tabela 3).

Tabela 3- Análise da Dimensão 1- Segurança do paciente e qualidade

Dimensões / Questões	Total de respostas positivas	% cultura
Segurança do paciente e qualidade	237	71,39
A1 - O paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo	16	50
A2 - No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente	26	78,79
A3 - Prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário	23	67,65
A4 - Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente	25	80,65
A5 - Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.	28	75,68
A6 - O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição	20	57,14
A7 - Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta	26	76,47
A8 - Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário	23	76,67
A9 - Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário	24	70,59
A10 - Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil	26	81,25

Fonte: Dados brutos (2020)

A percepção sobre esta dimensão apresenta-se positiva (71,39%), considerando as questões “A1 e A6 que tiveram percepção negativa de 50% e neutra 57,14% respectivamente, os demais itens permaneceram entre os escores neutros de 57,14% a positivos 81,25%. Demonstrando que

na realidade local, os enfermeiros não encontram dificuldades com equipamentos, registros e diagnósticos.

O acolhimento ao paciente é uma ação técnico-assistencial que implica em mudanças na relação profissional/usuário, promovendo a reorganização dos serviços, melhorando a qualidade da assistência, o acolhimento uma postura, com técnica e como reformulador do processo de trabalho (DA COSTA; RIGON FRANCISCHETTI-GARCIA; PELLEGRINO-TOLEDO, 2016). Os autores também relatam que para os enfermeiros a reorganização do acolhimento e de seu processo de trabalho depende somente de fatores externos a suas ações, esquecendo-se do seu compromisso em oferecer um cuidado humanizado e baseado na aplicação de sua competência relacional.

Em revisão integrativa realizada em 2015 enfocando o acolhimento no âmbito da Estratégia Saúde da Família, pode-se afirmar que ainda não está totalmente sistematizado nos modelos de atenção à saúde (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). Esta pode ser mais uma justificativa para as dificuldades apresentadas por profissionais.

Alguns fatores são apontados como obstáculos para o desenvolvimento do trabalho em saúde, tais como: a pressão da demanda e o reduzido tempo para o atendimento individualizado; o desconhecimento da realidade da população; o imediatismo inerente à sociedade; o desgaste da equipe; a limitação de espaço físico; a postura dos profissionais, dentre outros (GARUZI et al., 2014).

A **dimensão 2 (seção B)** trata da dimensão “**Troca de informações com outras instituições**”. Esta dimensão apresenta resultado positivo, onde 75% dos enfermeiros relataram que não tiveram problemas nos últimos 12 meses com outros serviços da rede, incluindo possíveis problemas relacionados às farmácias (80,56%), hospitais (70,97%) ou centros de imagens/laboratórios (73,53%).

É sabido que nos diversos tipos de estabelecimentos de saúde, a troca de informações com outras instituições é diária, principalmente na APS, onde as Unidades de Saúde não possuem alguns serviços dentro da própria estrutura física. Assim, para que os cuidados prestados ocorram de forma integral e segura, torna-se necessário avaliar os erros decorrentes desse tipo de troca de informações.

Em estudo transversal quantitativo realizado com as equipes vinculadas a APS de um município de médio porte da região sul do Brasil, esta dimensão foi avaliada por enfermeiros e obtiveram resposta positiva de 79,69% (RAIMONDI et al., 2019).

A **Seção C**, que trata do tema **Trabalhando neste serviço de saúde**, que corresponde ao **Treinamento da equipe (Dimensão 3)**, **Trabalho em equipe (Dimensão 4)**, **Pressão e**

ritmo de trabalho (Dimensão 5). Quanto a dimensão “Treinamento da equipe”, os enfermeiros demonstram uma cultura de segurança neutra (54,05%). Para autores (SALES et al. 2018; ANDRADE et al., 2018), não há outro caminho que promova as transformações, as mudanças necessárias para assegurar direitos, a melhoria da qualidade do cuidado e minimizar riscos para o paciente do que pela educação, que pode ser fomentada por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS).

Na dimensão “D4 - **Trabalho em equipe**”, o tema foi avaliado pelos enfermeiros participantes como positivo (78,62%), sendo uma das dimensões mais fortes neste cenário.

Para que se tenha uma cultura de segurança positiva é importante que o trabalho em equipe seja estimulado e motivado. Ação importante neste sentido é o apoio que os profissionais oferecem uns aos outros, trabalhando em conjunto em prol de uma meta, além disso implica estabelecer um conjunto de intervenções baseadas nos princípios da liderança e do trabalho em equipe (LEMOS et al., 2018; VIGANO, 2018; REIS, 2014).

Na dimensão D5 - **Ritmo e pressão no trabalho**, as questões avaliam situações como os profissionais se sentem apressados a atender o paciente (10,81%), quantidade de pacientes é muita alta em relação ao número de médicos disponíveis (18,92%), além da avaliação do número de profissionais em relação ao número de pacientes (35,14%) e se no serviço o número de pacientes é maior que a capacidade de atendê-los de forma eficiente (24,32%). Esta foi a dimensão com percepção mais frágil entre as dimensões (22,30%).

Um estudo realizado em Manaus avaliou a cultura de segurança do paciente entre enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS, apontando também uma percepção negativa (13,5%) para Ritmo e pressão no trabalho (MITSI, 2018). Estudo aponta que essa percepção negativa vinda do enfermeiro pode estar relacionada com seu papel de liderança, visualizando a sobrecarga de trabalho, a fadiga e o estresse como fatores que podem influenciar nas atitudes, gerar o erro e comprometer a segurança do paciente (MATIELLO et al., 2016).

Outro aspecto insatisfatório dessa categoria é sobrecarga de trabalho como consequência do excesso de demanda e das inúmeras atividades administrativas que circundam a ESF. A sobrecarga de trabalho e as formas de organização do trabalho podem refletir em prejuízo na assistência em saúde e até em aspectos da vida pessoal do trabalhador (SORATTO et al., 2017).

Na D6 - **Comunicação Aberta**, as questões visam avaliar se as equipes são ouvidas e incentivadas a expressar suas opiniões e ideias, além de avaliar o receio e a dificuldade dos profissionais em expressar opiniões diferentes. Observamos uma percepção neutra (57,2%) dos enfermeiros. Ao analisar o item que interroga a dificuldade de expressar opiniões no serviço

observa-se percepção negativa (32,43%). Em 44% dos casos foi referido “não ter dificuldades em perguntar quando algo parece errado”.

Em pesquisas recentes envolvendo equipes de saúde na APS também apontam para uma comunicação aberta neutra e que precisa ser melhorada entres os profissionais, principalmente no que se refere ao quesito “expressar opiniões” (GALHARDI, 2017); (VIGANO, 2018).

Autores apontam a falha na comunicação como fator que frequentemente contribui para ocorrência de EAs, ressaltam que a comunicação é essencial para uma prática mais integradora, multiprofissional e humanizada (MARCHON, MENDES JR E PAVÃO; 2015). Vale ressaltar a importância da educação permanente para que os sujeitos envolvidos no processo de cuidar, principalmente os enfermeiros, desenvolvam habilidades e competências que contribuam para diminuir e até mesmo extinguir dos ambientes de trabalho os EA por falhas na comunicação.

Na dimensão **Comunicação sobre o erro** (D7) a partir dos resultados percebe-se uma cultura de segurança neutra (55,86%). Nos itens onde se questiona sobre a equipe falar abertamente sobre os problemas no serviço de saúde e sobre discutir maneiras de evitar que erros aconteçam novamente, as respostas foram positivas (70,27% e 81,08% respectivamente). No item “os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço” demonstra uma percepção neutra (52,78%).

Apesar disso, quanto ao item “D7R - A equipe deste serviço acredita que os erros possam ser usados contra si” o resultado foi negativo (17,14%), onde os enfermeiros responderam que “sempre” ou “quase sempre” demonstram uma percepção negativa sobre a punição ao erro.

Estudo (LEMOS et al., 2018) retrata a preocupação de profissionais de enfermagem frente a cultura punitiva, onde os EAs podem acarretar diversas problemáticas. Faz refletir sobre a importância de investir em cultura de segurança, disseminação do conceito de segurança do paciente e de discussões não punitivas sobre os eventos adversos. Estudo aponta ser imprescindível implementar política institucional de cultura de segurança, embora esse seja um dos mais difíceis passos para uma instituição (MATIELLO et al., 2016). Nesse sentido, para que a mudança ocorra é essencial o levantamento dos fatores organizacionais que impedem a formação da cultura de segurança.

Na dimensão 8 - **Seguimento da assistência ao paciente**, foi avaliado o acompanhamento do cuidado prestado na APS. Os enfermeiros demonstraram percepção neutra (65,54%) quando perguntados se os pacientes são avisados quando precisam agendar uma

consulta para cuidados preventivos ou de rotina e sobre o acompanhamento de relatórios de outro serviço (64,86%).

A afirmativa “D5 – “Este serviço registra a maneira como os pacientes crônicos seguem o plano de tratamento” correspondeu a neutra (54,05%), já o estudo de Mitsi (MITSI, 2018) observou a percepção positiva desta dimensão. A avaliação positiva desta afirmativa pode estar relacionada à existência de programas na ESF que realizam o acompanhamento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Porém mais estudos devem ser realizados para avaliar aspectos relacionados à qualidade, eficiência e eficácia do segmento dos planos terapêuticos na rede de saúde.

Na seção E, sobre o **Apoio de gestores/administradores/líderes** observamos uma cultura de segurança neutra (54,35%), com menor percentual relacionado a falta de investimento de recursos para melhoria do cuidado no serviço (40%).

Em pesquisa realizada (SORATTO et al., 2017) em cinco regiões geográficas do Brasil com objetivo de analisar aspectos do processo de trabalho geradores de insatisfação nos profissionais que atuam em ESF, evidenciou-se escassez de recursos, com gestores despreparados e com pouco conhecimento das políticas de saúde e até descomprometidos com profissionais e com a população assistida.

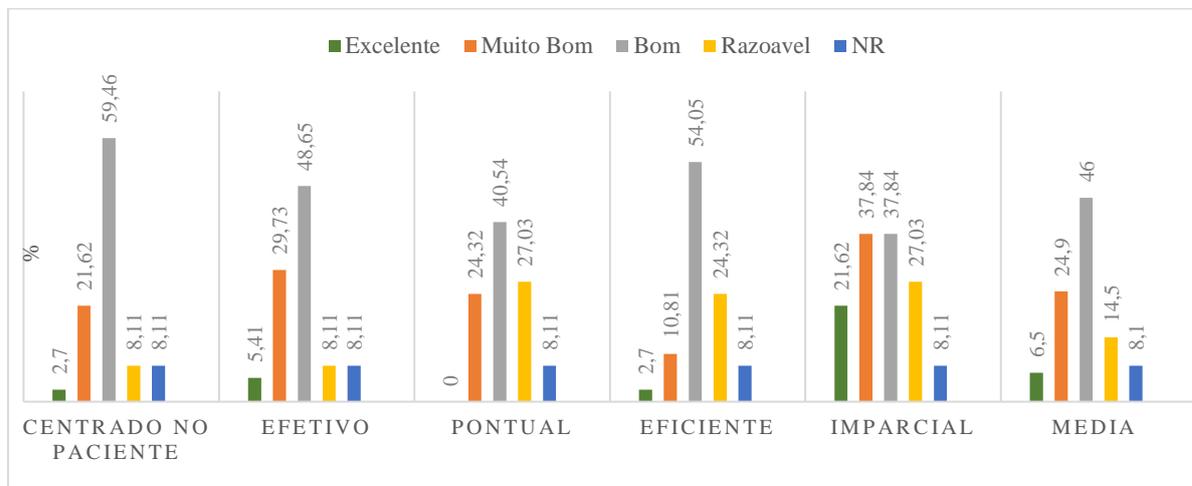
Na seção F dimensão D10, aborda a **Aprendizagem organizacional**, o resultado foi positivo (79,41%). A aprendizagem organizacional tem sido uma das dimensões de maior fortaleza em estudos recentes realizados no Brasil envolvendo segurança do paciente na APS. Podemos verificar isso em pesquisa (VIGANO, 2018) com 80,5%, em estudo com com 66%(MITSI, 2018) e com 86% nesta dimensão (GALHARDI, 2017). A aprendizagem contínua da equipe é reconhecida como uma das principais ferramentas para a adoção de práticas seguras no trabalho em saúde, sendo portanto, uma das ferramentas usadas para aumentar a segurança do paciente (WEGNER et al, 2016; DUARTE et al., 2015).

Os questionamentos realizados na dimensão D11 - **Percepção geral sobre segurança do paciente e qualidade** resultam em uma avaliação neutra (65,19%). Quando questionados especificamente se “Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado”, este demonstra ser o item pior avaliado (55,88%). Os demais questionamentos dessa dimensão foram avaliados com porcentagens que demonstram positividade (>75%), e o item de pergunta reversa como “Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria” apresentou 72,73%.

A dimensão **D12 - Avaliação Global da qualidade e Avaliação Geral em Segurança do Paciente**, (questionamentos contidos na **seção G**), solicitou a classificação dos serviços de

saúde em cada uma das seguintes áreas de qualidade de cuidado de saúde, tendo como opções de respostas 1-Ruim à 5-Excelente. Considerou os itens abaixo, os sistemas e processos clínicos que a APS necessita utilizar para prevenção, identificação e correção de problemas. O gráfico 2 apresenta a avaliação global da qualidade na percepção dos enfermeiros participantes do estudo.

Gráfico 2 - Avaliação global da qualidade na percepção de enfermeiros de 18 municípios da região serrana de Santa Catarina (n=37). Lages, 2020.



Legenda: NR- Não responderam

Fonte: Dados brutos (2020)

Todas as cinco áreas que envolveram a avaliação global (Centrado no paciente, Efetivo, Pontual, Eficiente e Imparcial) tiveram um bom desempenho junto à maioria dos participantes. A área “Imparcial”, que fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos independentemente de sexo, etnia, *status* socioeconômico, idioma, obteve a avaliação Excelente (21,62%) pelos Enfermeiros. Estes resultados vêm de encontro dos princípios do SUS de igualdade, equidade e universalidade do acesso (BRASIL, 2017).

Por sua vez, a área da qualidade pior avaliada foi a “Pontual” (minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais), avaliada na maioria como razoável (27,03%). Na avaliação global em segurança do paciente, a maioria dos participantes a consideraram satisfatória (89,47%).

Ao final do questionário foi disponibilizado um campo aberto para que os participantes da pesquisa pudessem fazer manifestações espontâneas sobre a temática da segurança do paciente. Onze manifestações foram registradas, que foram agrupadas em quatro categorias (elogios, sugestões, reclamações e melhorias), as quais são apresentadas a seguir.

Categoria 1 - Elogios

Três participantes (27,27%) elogiaram a iniciativa pela pesquisa no seu local de trabalho e acreditam que mais ações em segurança do paciente devam ser implantadas nos municípios da região. Em revisão integrativa publicada em 2019 (SILVA et al., 2019) evidenciou-se a importância de espaços de conhecimento sobre segurança do paciente na atenção primária à saúde; isso significa um enorme campo de pesquisa para se instituir preceitos mais seguros e o cuidado livre de riscos ao paciente, como exemplificado na fala:

“Excelente iniciativa... precisamos pensar mais na segurança de cuidado de nossos pacientes” (Entrevistado 3).

Categoria 2 - Sugestões

Três das contribuições (27,27%) foram para sugestão, onde pontuam que a educação permanente é necessária entre as equipes de saúde e também que mais pesquisas precisam ser realizadas, como é reconhecido também no estudo feito por Da Rosa et al. (2015) que identificou entre enfermeiros atuantes na AB a necessidade de potencializar intervenções de ensino aprendizagem tanto no processo de formação por meio das discussões nas disciplinas, quanto no serviço por meio da educação permanente, como exemplificado na fala:

“Considero que precise de mais momento de educação permanente com este tema” (Entrevistado 4)

Categoria 3 - Reclamações

Três dos entrevistados (22,27%) registraram reclamações quanto ao processo de trabalho, como a falta de equipamentos, a carga sobrecarga de trabalho, desgaste emocional. Estes achados corroboram com estudo (SORATTO et al., 2017) que aponta a insatisfação no trabalho na APS, a sobrecarga de trabalho, problemas na estrutura organizacional dos serviços, condições salariais insuficientes, situações que limitam a autonomia do profissional; e problemas na cooperação com os colegas de trabalho. Esta preocupação é exemplificada pela fala a seguir:

“Acredito que o que mais afeta o serviço seja carga horária excessiva, Desgaste emocional. Número de profissionais menor que o necessário o qual ocasiona em um desgaste físico e mental”. (Entrevistado 7)

“Precisamos de equipes completas para poder atender com qualidade” (Entrevistado 5)

Categoria 4 – Melhorias

Dois participantes (18,18%) reconhecem melhorias como a participação no PlanificaSUS e em oficinas de capacitação, conforme demonstra falas dos sujeitos a seguir:

“Estamos participando do Planifica SUS e esse assunto será tratado”.(Entrevistado 8)

“Estamos iniciando amanhã oficina de segurança do paciente na APS”(Entrevistado 9)

O PlanificaSUS consiste em política pública que tem tratado da organização de processo de trabalho através de oficinas em todo o país, que acontecem momentos técnicos operacionais de tutoria nos serviços da Rede de Atenção a Saúde (RAS). Não se trata de um processo de fiscalização ou de avaliação de desempenho, pelo contrário, é um “fazer junto”, sem substituir o profissional em suas funções e responsabilidades, ajudando-o na reflexão sobre a própria prática, na identificação de fragilidades e nas ações corretivas necessárias (BRASIL, 2019).

5.1.4 Considerações finais

A partir dos resultados foi possível avaliar que a percepção desses profissionais acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente claramente positiva, com Índice de Segurança do Paciente (ISSP) de 6,1% .

Ao analisar cada uma das 12 dimensões evidenciou-se como fortes, com mais de 75% de respostas positivas, as dimensões “Trabalho em equipe” (78,62%) e “Aprendizagem organizacional” (79,41%).

Na sua grande maioria as dimensões avaliadas mantiveram neutras, com respostas de 50 a 75%. Chama a atenção a avaliação da dimensão “Pressão e ritmo de trabalho” (22,30%), sendo a única considerada como negativa, necessitando de melhorias imediatas.

Quanto a avaliação geral da qualidade dos serviços prestados, todas as áreas avaliadas foram classificadas como “Boas”, com destaque para a melhor avaliação obtida no item “Imparcialidade do serviço prestado”, desta forma conclui-se que na percepção dos profissionais esse serviço de saúde fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de gênero, etnia, status socioeconômico, idioma, entre outros.

Também foram classificadas como “Bom” ou “Muito bom” (75%) às relações entre o serviço e a preocupação com questões relacionadas à segurança do paciente. De uma maneira geral os resultados mostraram que os enfermeiros da APS tiveram mais percepções positivas quanto às dimensões da cultura de segurança do paciente e qualidade do serviço. A avaliação dos enfermeiros atuantes na região estudada condiz com a realidade de demais estudos realizados no Brasil na APS. Demonstra fragilidade na dimensão “Trabalhando neste serviço de saúde” que por sua vez encontra-se ligada a dimensão “Ritmo, pressão no trabalho e gestão”, devendo estas ser o foco para a melhoria nos locais estudados.

Como limitações no estudo destaca-se a abordagem apenas com enfermeiros. Sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos na APS e que esses englobem a participação de toda a equipe multiprofissional envolvida no processo de cuidado e assistência direta ao paciente.

5.41.5 Referências

ANVISA. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Ministério da Saúde**, 2014. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs

ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. In: **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. [s.l: s.n.]. v. Ip. 113–28, 2017.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica Ministério da Saúde**, 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em dez 2019.

GALHARDI, N. M. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 409–416, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE. **Serviços de saúde têm boas estruturas para segurança do paciente, mas carecem de melhorias nos processos. Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente**. 2017. Disponível em: <http://www.segurançadopaciente.com.br>. Acesso em: 15 de jan 2020.

LEMOS, G. DE C. et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, p. 1–10, 2018.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V.; PAVÃO, A. L. B. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 31, n. 11, p. 1–16, 2015.

MATIELLO, R. D. C. et al. A Cultura De Segurança Do Paciente na Perspectiva do Enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1–9, 2016.

MESQUITA, K. O. et al. Segurança Do Paciente Na Atenção Primária À Saúde: Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1–8, 2016.

MITSI, Silva, Moises. **Cultura de segurança do paciente em um distrito de saúde na Estratégia de Saúde da Família no Município de Manuas**. 2018. 96. Enfermagem em Saúde Pública e epidemiologia de doenças na Amazônia-Dissertação (Enfermagem em Saúde Pública e epidemiologia de doenças na Amazônia) Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2018.

ORNELAS M. D.; PAIS, D.; SOUZA. P.; Patient Safety Culture in Portuguese Primary Healthcare. **Quality in Primary Care**, v. 24, p. 214–218, 2016.

REIS, C. T. Cultura em segurança do paciente. In: Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. **Cadernos de Saúde Pública**. p. 75–99, 2014.

TEREZINHA DA ROSA, R. et al. Segurança Do Paciente Na Práxis Do Cuidado De Enfermagem: Percepção De Enfermeiros Patient Safety in the Practice of Nursing Care: Nurses' Perceptions Seguridad Del Paciente En La Práctica De Enfermería: Percepciones De Enfermeras. **Ciencia y Enfermería XXI**, n. 3, p. 37–47, 2015.

TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária TT - Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 26–37, 2016.

VIGANO, Daniela, Franzen. **Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde : visão dos profissionais de saúde**, 2018, 57. Dissertação (Programa de Pós graduação em Saude Coletiva) Universidade do Extremo Sul Catarinense- Criciúma, 2018

WEGNER, W. A SEGURANÇA DO PACIENTE NAS CIRCUNSTÂNCIAS DE CUIDADO: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 20, n. 3, p. 156, 2011.

World Health Organization (CH). WHO. Patient safety: safer primary care; Geneva. 2018: Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/. Acesso em 15 dez 2019.

5.3 MANUSCRITO - EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA PARA A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Resumo

Objetivo: Evidenciar as produções científicas nacionais e internacionais disponíveis em bases de dados *online* afim de analisar a contribuição da Educação Permanente visando melhorias na qualidade da assistência relacionadas à Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.

Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa realizada com abordagem qualitativa, efetuando buscas por periódicos na forma completa nas bases do Portal de Periódicos da CAPES e SCIENCE DIRECT. Dos 526 artigos publicados entre 2014 a 2019, doze estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e respondiam a questão norteadora. Para a apreciação, a análise de conteúdo foi utilizado o Protocolo proposto por Ganong (1978).

Resultados: As pesquisas denotam um olhar sobre a segurança do paciente convergente para o ensino e a assistência, porém os enfermeiros ainda possuem dúvidas sobre os significados e as práticas que envolvem a Educação Permanente em Saúde. Para que se obtenham bons resultados na qualidade e segurança do paciente, os programas de educação permanente necessitam transpassar o processo de trabalho, razão que a intersecção dos aspectos teóricos com as práticas cotidianas nos espaços de trabalho, possa ressignificar saberes coletivamente construídos. A educação permanente é compreendida como a constante busca pelo aprender, como uma das ações que possibilita o desenvolvimento do processo de mudança e que visa à qualificação profissional e conseqüentemente à realização da prática profissional competente. A formação dos profissionais da saúde no campo da Segurança do Paciente configura-se como uma necessidade atual. O consumo de pesquisas de natureza bibliográficas e integrativas são crescentes, mas há uma lacuna no que se refere a pesquisa abordando a temática da Atenção Básica em Saúde, considerando as exigências dos cuidados de saúde prestados à população e o desconhecimento dos trabalhadores acerca da temática.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Segurança do Paciente, Educação Permanente.

CONTINUING EDUCATION AS A STRATEGY FOR THE QUALIFICATION OF CARE AND PATIENT SAFETY IN PRIMARY CARE

Abstract

Objective: Evidence of national and international scientific productions available in online databases in order to analyze the contribution of Permanent Education aiming at improvements in the quality of assistance related to Patient Safety in Primary Health Care. **Methodology:** This is an integrative review carried out with a qualitative approach, performing searches for journals in the complete form at the bases of the CAPES and SCIENCE DIRECT Journals Portal. Of the 526 articles published between 2014 and 2019, twelve were in accordance with the inclusion and exclusion criteria and answered the guiding question. For the analysis of content, the Protocolo proposed by GANONG, 1978 was used. **Results:** it was shown that the nursing researches denote a look about the safety of the convergent patient for the teaching and assistance, that the nurses still have doubts about the meanings and practices that involve the Permanent Education in Health. In order to obtain good results in the quality and safety of the patient, the programs of permanent education need to go through the work process, reason that the intersection of the theoretical aspects with the daily practices in the work spaces, can resignify knowledge collectively constructed. Permanent education is understood as the constant search for learning, as one of the actions that enables the development of the process of change and that aims at professional qualification and consequently the achievement of competent professional practice. The training of health professionals in the field of Patient Safety is configured as a current necessity. The consumption of bibliographic and integrative research is increasing, but there is a gap in the research approaching the theme of Basic Health Care, considering the demands of health care provided to the population and the lack of knowledge of workers about the theme.

Descriptors: Primary Health Care, Patient Safety, Continuing Education.

3.3.1 Introdução

No Brasil a Atenção Primária a Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada da população aos serviços de saúde, possibilitando que os usuários tenham acesso segundo o que garante o Sistema Único de Saúde (SUS) em seus princípios de Equidade, Universalidade e Integralidade (MAIA et al., 2019). Considera-se qualidade da assistência como o grau com que

os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual (ANVISA, 2014).

Quando se discute sobre a qualidade da assistência de enfermagem é necessário delinear o que se entende e o que se espera dos trabalhadores envolvidos neste processo, sendo comumente reconhecido como “grau em que os serviços de saúde prestados à indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são condizentes com o conhecimento profissional coerente” (CAMPOS; SATURNO; VAZ CARNEIRO, 2011; p12).

Porém, existem dificuldades a serem vencidas para o alcance da qualidade da assistência, dentre elas merece destaque a ocorrência crescente de eventos adversos (EAs), ou seja, de “danos, que são intencionais que podem resultar em incapacidade temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência na instituição de saúde ou morte, como consequência de um cuidado de saúde prestado” “(OLIVEIRA et al., 2014)” “(BATALHA SILVA; MELLEIRO, 2016)”.

A Segurança do Paciente é um componente essencial para a assistência em saúde de qualidade, reconhecida como “redução do riscos de danos desnecessários associados a assistência em saúde até um mínimo aceitável” (ANVISA, 2014). Considerando que a assistência direta ao paciente possui inegáveis benefícios para a saúde e/ou recuperação, mas o cuidado não é isento de riscos indesejáveis.

O panorama de publicações científicas na área apresenta na maioria dos estudos sobre a segurança dos pacientes enfoque na assistência hospitalar, pelo fato que de há maior densidade tecnológica e aos inúmeros riscos nesses ambientes (CAUDURO et al., 2017). Há um recente movimento para o desenvolvimento de estudos delineando a assistência prestada na Atenção Primária em Saúde, considerando que há grande volume de cuidados prestados neste contexto que também podem resultar em incidentes se não forem usados critérios de qualidade e segurança (SILVA et al., 2016).

Uma pesquisa multicêntrica realizada na Espanha, Austrália e Estados Unidos apontou que existem riscos específicos na APS, revelando alguns incidentes comuns encontrados como o erro diagnóstico, ao tratamento, ao tratamento medicamentoso, erro na comunicação entre profissionais e pacientes e decorrente da forma de organização dos serviços (SILVA et al., 2017).

No âmbito das políticas nacionais de saúde, a Educação Permanente apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e assistenciais e para a organização dos serviços,

empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas, gestões e instituições formadoras (FRANÇA et al., 2017).

Nesta perspectiva, emergiu a necessidade de realizar revisão integrativa de literatura acerca da temática, norteadada pela seguinte questão de pesquisa: Qual a contribuição da Educação Permanente visando melhorias na qualidade da assistência relacionadas à Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde?

O estudo teve por objetivo compreender a contribuição da Educação Permanente visando melhorias na qualidade da assistência relacionadas à Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.

3.3.2 Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, este tipo de estudo proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Esta revisão contempla os passos propostos por Ganong (1978), o qual contempla as seguintes etapas: 1. Definição da pergunta norteadora; 2. Busca e seleção dos artigos na literatura; 3. Definição das informações a serem extraídas dos artigos; 4. Avaliação dos estudos; 5. Interpretação dos resultados; 6. Apresentação da revisão e a síntese do conhecimento obtido (APÊNDICE 1), (GANONG, 1978).

Os critérios de inclusão adotados foram: estudos que contenham os descritores listados neste e publicados em periódicos na forma completa no período de 2014 a 2019. Portal de periódicos CAPES e *Science Direct*, além de busca livre no Google Acadêmico, nas línguas portuguesa, inglês e/ou espanhol.

Foram excluídas Teses, dissertações, Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaios; Publicações duplicadas; TCC; Boletins epidemiológicos; Relatórios de gestão; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros; e, Materiais publicados em outros idiomas que não sejam inglês, espanhol, português; e, estudos que não contemplem o escopo deste estudo.

A sintaxe elaborada para a busca nas bases de dados é descrita como: [“Atenção Primária à Saúde” OR “*Primary Health Care*” OR “*Atención Primaria de Salud*”) AND (“Segurança do Paciente” OR “*Seguridad del Paciente*” OR “*Patient Safety*”) AND (“Educação Continuada” OR “*Educación Continua*” OR “*Continuing Education*” OR “Educação Permanente” OR “*Permanent Education*” OR “*Educación Permanente*”)].

A busca por artigos científicos ocorreu em setembro de 2019 a fevereiro de 2020, a partir dos portais de periódicos Universitários, com acesso aberto em várias bases de dados *online*. Duas pesquisadoras efetuaram as buscas e a seleção de estudos, sendo que outra pesquisadora acompanhou o processo decisório e avaliativo de todo o processo. Os dados também passaram pelo processo de validação externa, composto por banca examinadora de dissertação de Mestrado.

A busca resultou em 526 artigos, 511 artigos foram excluídos, os mesmos não atendiam ao objetivo da pesquisa, findaram em 15 artigos aptos a análise pela adequação aos critérios de inclusão e exclusão, conforme apresentado no quadro a seguir:

Quadro 3 - Detalhamento de artigos encontrados por base de dados.

Base de Dados	Total Artigos	Total de Artigos Selecionados
Periódicos capes	252	08
<i>Science Direct</i>	274	07
Total	526	15

Fonte: Busca em bases de dados, 2020

3.3.3 Resultados e discussões

O quadro 4 apresenta a síntese dos principais elementos contidos nos artigos selecionados para o desenvolvimento desta revisão, considerando os artigos em ordem decrescente pelo ano de publicação:

Quadro 4 - Síntese das publicações incluídas na revisão integrativa.

nº	Título, Autor, Ano	Revista	Síntese / Tipo de estudo
1	Desafios na implementação da Educação Permanente em Saúde e a enfermagem: revisão integrativa (CAVALCANTE et al., 2018)	Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais	Identifica os principais fatores que dificultam a implementação da educação permanente aos profissionais de enfermagem. Conclui-se que para que ocorram mudanças neste cenário é necessário transcurso de mudanças e que essas transformações sejam oriundas das próprias instituições de ensino técnico e superior, ou seja, no futuro profissional. <i>Pesquisa de revisão integrativa com abordagem exploratória e qualitativa.</i>

2	Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018)	Saúde em Debate	Este artigo apresenta a situação do acesso ao cuidado na APS brasileira, seus problemas, desafios e estratégias para sua superação. Revisão narrativa, incluindo estudos quali e quantitativos. Conclui-se que, para fortalecer a APS, é estratégico estimular o acesso na ESF vinculado ao cuidado longitudinal.
3	Educação permanente em saúde e interface com a gestão do cuidado (COSTA et al., 2018)	Sustinere- Revista de Saúde e Educação	Analisa a percepção de enfermeiros sobre o uso da Educação Permanente em Saúde na gestão do cuidado. Conclui-se que apesar das fragilidades institucionais e profissionais, os enfermeiros percebem a Educação Permanente como estratégia potente à melhoria da gestão do cuidado e alvitram implementá-la no serviço. <i>Estudo exploratório, descritivo, abordagem qualitativa.</i>
4	Patient safety issues and concerns in Bhutan's healthcare system: a qualitative exploratory descriptive study (PELZANG; HUTCHINSON), 2018)	BMJ Open	O artigo tem como objetivo investigar quais as principais preocupações dos profissionais de Saúde com a segurança do paciente no sistema de saúde do Butão. As preocupações de segurança do paciente descritas por participantes deste estudo foram proporcionais aos identificados em outros países de baixa e média renda. <i>Pesquisa descritiva exploratória qualitativa.</i>
5	Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria (RODRÍGUEZ, ESPERANZA, CARVAJAL, 2018)	Revista Cubana de Enfermería	Identifica os pontos fortes e fracos da cultura de segurança do paciente em enfermeiros da atenção básica e sua relação com variáveis sociodemográficas. A cultura de segurança do paciente não foi categorizada como força ou fraqueza. <i>Estudo correlacional</i>
6	Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel (RAMÍREZ-MARTÍNEZ; GONZÁLEZ PEDRAZA-AVILÉS, 2017)	Enfermería Universitaria	Identificou a percepção sobre o clima e a cultura de segurança e determine a prevalência de eventos adversos no pessoal de enfermaria de uma clínica de nível primário. Quase um terço dos entrevistados não relatou eventos adversos nos últimos anos e apenas pouco mais da metade relatou perceber um clima de segurança do paciente entre aceitável e superior. <i>Estudo descritivo, transversal e prospectivo</i>
7	Evaluation in Primary Care Professionals: The	Procedia - Social and	Descreve a percepção dos profissionais do Distrito Oeste da Saúde em Almeria em relação à segurança do

	Patient's Safety Culture (LÓPEZ-LIRIA et al., 2017)	Behavioral Sciences	paciente com base em instrumento traduzido e validado para serviços de atenção primária na Espanha. Os resultados podem permitir o desenho das estratégias de melhoria do atendimento ao paciente na província de Almeria <i>Estudo descritivo transversal.</i>
8	Seguridad del paciente y cultura de seguridad (ROCCO; GARRIDO, 2017)	Revista Medicina Clinica Condes	Este artigo explora definições, processos e estratégias destinadas a reduzir a probabilidade de falhas e erros no sistema das pessoas e aumentar a probabilidade de detectá-las quando elas ocorrem e mitigar suas conseqüências.
9	A educação permanente no processo de trabalho de enfermagem (Silva, et al., 2016)	Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro-RECOM	Evidencia como se dá a inserção da educação permanente em saúde no processo de trabalho da enfermagem. Conclui-se que há muito de ser fazer, para que, efetivamente, a educação venha a ser inserida no processo de trabalho em saúde. <i>Pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória.</i>
10	Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira (FAGUNDES et al., 2016)	Revista de Enfermagem UERJ	Analisa como se processa a educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira. Conclui-se que existe necessidade de investimento na formação das enfermeiras para melhor implementar a educação permanente em saúde. <i>Estudo qualitativo, com coleta de informações em bases de dados e em grupos de discussão</i>
11	A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional (SALUM; PRADO, 2014)	Texto e Contexto	Subsídia as discussões da continuidade de capacitação dos profissionais de enfermagem. Conclui-se a importância da educação permanente na efetiva busca de propostas educativas que motivem ao autoconhecimento, aperfeiçoamento e atualização. <i>Reflexão teórica</i>
12	Diagnóstico de necesidades de educación continua mediante un método grupal y un método individual (MAYA-AMPUDIA; ÁNGELES-ZAVALA;	Investigación en Educación Médica	O estudo comparou a utilidade de um método de grupo de diagnóstico de necessidades de educação continuada. Conclui-se que o método de pesquisa individual. Conclui-se que o método de grupo incorporou o contexto epidemiológico e social da instituição e o método individual identificou necessidades pessoais em relação às funções profissionais. Os dois métodos são considerados complementares.

CAMARENA-OLMEDO, 2014)			
13	Evidências científicas do cuidado de enfermagem acerca da segurança do paciente: revisão integrativa. (ARRUDA, et al., 2014)	Revista Eletronica de enfermagem-UFPE	Analisa as produções científicas nacionais e internacionais de enfermagem sobre segurança do paciente. os estudos mostraram as tendências na relação da segurança do paciente, principalmente nas áreas hospitalar, no ensino e na educação permanente para enfermeiros. <i>Revisão integrativa</i>
14	Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. (BARTHI et al., 2014)	Revista Eletronica de Enfermagem	Objetivou conhecer as concepções e práticas de Educação Permanente em Saúde de enfermeiros da Atenção Básica de uma região no Rio Grande do Sul, Brasil. Resultados mostram que mesmo a Educação Permanente em Saúde, sendo uma política pública, ainda é realizada de forma fragmentada e pouco flexível. <i>Pesquisa descritiva exploratória com base qualitativa.</i>
15	Safety and quality of nurse independent prescribing: a national study of experiences of education, continuing professional development clinical governance. (SMITH; LATTER; BLENKINSOPP, 2014)	National Center for Biotechnology Information-NCBI	Determina a adequação da educação inicial em prescrição independente do enfermeiro e identificar estratégias de desenvolvimento profissional contínuo e governança clínica em vigor para a prescrição não médica. Os programas educacionais de preparação para a prescrição de enfermeiros foram relatados como operando satisfatoriamente e fornecendo uma preparação adequada <i>Pesquisas de questionário.</i>

Fonte: Busca em bases de dados, 2020

Atualmente, a segurança do paciente é um dos aspectos mais importantes que requerem revisão e desenvolvimento, para estabelecê-lo como um valor necessário na assistência de enfermagem, para isso faz-se necessário identificar o conhecimento, a percepção e a cultura que eles têm e se qual instrumento utilizado para gerar informações (RAMÍREZ-MARTÍNEZ; GONZÁLEZ PEDRAZA-AVILÉS, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a Segurança do Paciente como um problema global e a posicionou como um empreendimento mundial. Estima-se que a cada ano milhões de pacientes sofrem deficiências, ferimentos ou morte em todo o mundo devido a cuidados inseguros, e cerca de 50% desses resultados prejudiciais são evitáveis (PELZANG; HUTCHINSON, 2018). Estes mesmos autores retratam que apesar da segurança do paciente

estar posicionada pela OMS como prioridade global, melhorar os resultados de segurança do paciente em países com poucos recursos é desafiador.

No Brasil, a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) ocorreu em 2013, tendo por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57^a Assembléia Mundial da Saúde (BRASIL, 2017).

Outra política pública que vem de encontro é a Política Nacional de Educação Permanente, instituída através da Portaria 198/GM/MS/2004, que pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2016).

A educação permanente, como atividade educacional, implica quatro etapas fundamentais: a identificação das necessidades de aprendizagem, o plano educacional, o monitoramento e a avaliação (MAYA-AMPUDIA; ÁNGELES-ZAVALA; CAMARENA-OLMEDO, 2014b).

Os autores, Cavalcante et al (2018) reforçam que a educação permanente resulta num trabalho articulado entre o sistema de saúde, gestões e instituições formadoras. Nessa perspectiva, ela possibilita o desenvolvimento do processo de mudança, visa à qualificação profissional e conseqüentemente à realização da prática profissional competente, consciente e responsável, prevendo melhorar o cuidado prestado ao cliente e à comunidade.

Um estudo publicado em 2018 (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018) aponta para um cunho de ordem governamental onde é necessário maior financiamento federal para a ESF, forte investimento na formação de médicos de família e comunidade (educação permanente das equipes atuais), estímulo à sua interiorização e fixação, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade, além disso, o comprometimento institucional pode facilitar o planejamento e o desenvolvimento das ações educativas (SALUM; PRADO, 2014).

É evidente a necessidade de desenvolvimento de ações de educação permanente sobre segurança do paciente na APS, visto que os profissionais precisam ter uma abordagem segura na assistência à população por estar em contato direto com os usuários e, além disso, podem atuar como multiplicadores do tema em suas equipes de saúde (MESQUITA et al., 2016)

Para que as ações educativas resultem em atitudes que promovam mudanças no processo de trabalho em saúde, faz-se necessário que os profissionais se envolvam no processo

de educação permanente de modo a adquirir habilidades e competências, continuamente, tendo em vista o contexto epidemiológico e as necessidades dos cenários de saúde (SALUM; PRADO, 2014).

Fornecer treinamento e educação sobre segurança do paciente para profissionais de saúde é fator apontado por estudo realizado no Butão (PELZANG; HUTCHINSON, 2018), que conclui que o conhecimento inadequado sobre o conceito e a prática de segurança do paciente estavam presentes em todos os três níveis de atenção à saúde. Também apontam a necessidade de desenvolvimento de diretrizes, protocolos e programas claros para treinar e educar os profissionais de saúde sobre a segurança do paciente (PELZANG; HUTCHINSON, 2018).

Ao analisar como se processa a educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermagem autores apontam que enfermeiras são os profissionais que mais tomam iniciativas de educação permanente nos serviços de saúde (FAGUNDES et al., 2016). Também apontam essa modalidade da educação como estratégia propulsora da gestão participativa, concluem ainda que existe necessidade de investimento na formação das enfermeiras para melhor implementar a educação permanente em saúde (FAGUNDES et al., 2016). Ainda para esses autores a aquisição disso é possível por meio da educação permanente do indivíduo, na qual ele desenvolve a habilidade de aprender a aprender

O enfermeiro necessita adotar modelos gerenciais inovadores, anseia por abordagens flexíveis em que às atividades de gerência e de assistência se complementem para resultar em cuidados integrais e efetivos (COSTA et al., 2018). Assim, a formação dos profissionais da saúde no campo da segurança do paciente configura-se como uma necessidade atual, considerando as exigências dos cuidados de saúde prestados.

O enfermeiro, em sua prática, está em constante processo educativo, entretanto, para torná-lo consciente desse fato, é necessário haver no desenvolvimento de suas ações a reflexão crítica, a curiosidade, a criatividade e a investigação (FAGUNDES et al., 2016).

O consumo de pesquisas de natureza bibliográficas e integrativas são crescentes, mas há uma enorme lacuna no que se refere a pesquisa abordando a temática proposta, mesmo que o tema segurança do paciente tenha ganhado destaque recente no Brasil após o lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente em 2014 e a Educação Permanente seja um dos maiores responsáveis em dar continuidade no processo formativo. Percebe-se a necessidade de trazer para o campo da pesquisa maiores discussões e estudos pelos profissionais e pesquisadores sobre a temática relacionando a Educação Permanente como forte aliado na transformação da prática cotidiana garantindo um cuidado cada vez mais seguro

Os desafios para o desenvolvimento da Segurança do Paciente e as dificuldades de implementação e execução de Educação Permanente em Saúde (EPS) são imensos, mas não intransponíveis, e englobam a necessidade de estabelecimento de estratégias efetivas em três âmbitos: formação de profissionais da saúde, assistência em todos os níveis de atenção à saúde e a pesquisa.

3.3.4 Considerações Finais

A Educação Permanente foi reconhecida em todas as publicações analisadas como a estratégia gerencial que melhora a qualidade da assistência, promovendo a participação ativa do trabalhador em discussões que mostrem a complexidade e interação de soluções para os problemas no cotidiano do trabalho. É importante que a realidade de trabalho na assistência seja modificada, para isso a educação permanente auxilia que as lacunas no conhecimento dos trabalhadores da saúde sejam identificadas, a partir disso, possibilita à promoção de ações educativas *in loco*, relacionadas ao processo de cuidado.

Já em todos os artigos revisados, a Segurança do Paciente ainda é um tema que está em plena ascensão, mas que ainda tem um longo caminho até chegar ao conhecimento e ao domínio de todos os profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária em Saúde (APS).

É necessário desenvolver programas educacionais que esclareçam as dúvidas, que deem a oportunidade de discussão entre as equipes, que os possíveis erros que ameaçam a comunicação, a segurança sejam revistos e sanados, que tragam propostas para a melhoria, efetivando um cuidado seguro, afim de diminuir riscos e eventos adversos relacionados ao cuidado com o paciente.

A implementação de medidas de melhorias que envolvam pacientes e profissionais de saúde, capacita os pacientes em sua própria segurança. Treinar equipes de saúde, utilizando metodologias inovadoras, como simulação clínica, uso de protocolos e vigilância ativa na busca de fatores latentes que possam causar incidentes e eventos adversos. Estes são exemplos de ações bem dirigidas que devem ser constantemente replicadas, para gerar pesquisa de qualidade, mas o sucesso de ações para reduzir danos e erros exige a participação ativa de todos os envolvidos no cuidado à saúde. saúde, agências governamentais, organizações de saúde, associações públicas e privadas, pesquisadores, associações profissionais, educadores, profissionais de saúde, pacientes e suas famílias. Somente então conseguiremos uma verdadeira

mudança de cultura e avançaremos para a segurança total, nossos pacientes não merecem menos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. B. et al. Health territorialization as an education tool for medical students : Experience report. **Sanare, Sobral**, v. 16, p. 124–129, 2017.

ANVISA. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs. Acesso em 09 dez 2019.

BATALHA SILVA, B. E. M. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. **HU Revista, Juiz de Fora**, v. 42, n. 2, p. 133–142, 2016.

BRASIL. **Segurança do Paciente no Domicílio** Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/04/2016_0420_versao_digital.pdf

BRASIL. Portaria 2436/17 Política Nacional de Atenção Básica. **Ministério da Saúde**, 2017.

CAMPOS, L.; SATURNO, P.; VAZ CARNEIRO, A. A qualidade dos cuidados e dos serviços. **Plano Nacional de Saúde 2011-2016**, 2011.

CAUDURO, G. M. R. et al. Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, 2017.

COSTA, M. A. R. et al. Educação permanente em saúde e interface com a gestão do cuidado. **Revista Sustinere**, v. 6, n. 1, p. 37–51, 2018

FAGUNDES, N. C. et al. Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 1, p. 10–15, 2016.

FRANÇA, T. et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil : a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço Continuous Health Education policy in Brazil : the contribution of the Teaching-Service Integration Standing Committees. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1817–1828, 2017.

GEHRING, Katrin et al. Frequency of and harm associated with primary care safety incidents. *American Journal of Managed Care, Old Bridge*, v. 18, n. 9, p. 323-337, set. 2012

MAIA, L. G. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária : um estudo ecológico. **Revista Saúde Pública**, v. 53, p. 1–11, 2019.

MAYA-AMPUDIA, C. C.; ÁNGELES-ZAVALA, O.; CAMARENA-OLMEDO, J. A. Diagnóstico de necesidades de educación continua mediante un método grupal y un método individual. **Investigación en Educación Médica**, v. 3, n. 12, p. 177–186, 2014.

MESQUITA, K. O. et al. Segurança Do Paciente Na Atenção Primária À Saúde: Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1–8, 2016.

OLIVEIRA, R. M. et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 122–129, 2014.

PELZANG, R.; HUTCHINSON, A. M. Patient safety issues and concerns in Bhutan's healthcare system: A qualitative exploratory descriptive study. **BMJ Open**, v. 8, n. 7, 2018.

RAMÍREZ-MARTÍNEZ, M. E.; GONZÁLEZ PEDRAZA-AVILÉS, A. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. **Enfermería Universitaria**, v. 14, n. 2, p. 111–117, 2017.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. A educação continuada permanente no desenvolvimento de competências aos profissionais de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 301–308, 2014.

SILVA, A. T. et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 292–301, 2016.

SILVA, A. P. F. et al. SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE. **Ciências da Saúde, Santa Maria**, v. 18, p. 563–573, 2017.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 361–378, 2018.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo proposto realizou através do manuscrito de revisão integrativa que abordou a educação permanente como estratégia para a qualificação da assistência e segurança do paciente na atenção primária. Também foi realizada pesquisa com enfermeiros da Região Serrana do Estado de Santa Catarina, para avaliar as 12 dimensões sobre a cultura de segurança do paciente em APS afim de identificar as fragilidades e potencialidades percebidas por esses profissionais.

Na revisão integrativa foi identificado a escassez de produções científicas que integrem a educação permanente como estratégia para qualificação da assistência e segurança do paciente na APS. Foi reconhecida como a estratégia gerencial que melhora a qualidade da assistência, promovendo a participação ativa do trabalhador em discussões que mostrem a complexidade e interação de soluções para os problemas no cotidiano do trabalho, ainda é um tema que esta em plena assenção, mas ainda distante do conhecimento e do domínio de todos os profissionais de saúde quando direcionados para a Atenção Primária em Saúde (APS).

Alguns autores nacionais e internacionais destacam a importância do tema, porém, na realidade cotidiana ainda há poucos movimentos que visem priorizar o assunto entre os profissionais, que reconhecem em suas narrativas que necessitam de mais momentos em que o tema seja trabalhado de modo interdisciplinar.

O resultado da pesquisa revelou diagnóstico das dimensões da cultura de segurança do paciente a partir da percepção de Enfermeiros atuantes na APS, o qual permite facilitar o planejamento de melhorias contínuas, contribuindo assim para o fortalecimento da cultura de segurança e a promoção de um cuidado de enfermagem qualificado e seguro, foi possível identificar também o Índice Sintético de Segurança do do Paciente (ISSP) de 6,1%, indicando uma percepção claramente positiva sobre a cultura de segurança em seus locais de trabalho.

A dimensão identificada como percentual mais frágil foi “Ritmo e pressão no trabalho”, tendo indicação de trabalho emergente para todos os municípios da Região. Em contraponto, a dimensão “*Aprendizagem organizacional*” alcançou maior fortaleza, demonstrando profissionais dispostos a mudar, resilientes frente às adversidades postas no dia a dia, capazes de modificar os processos de trabalho com autonomia e segurança. Transformações essas que só acontecem com profissionais ativos no processo de transformar a realidade, mergulhados em constante aprendizagem, em momentos oportunos de educação permanente, onde se busque fortalecer a cultura de segurança das Instituições, a transformar padrões, comportamentos e atitudes, reforçando o processo de fazer, de cuidar, em interface com a equipe, pessoas e comunidade em que estão inseridos.

Sob esse prisma faz-se necessário novamente enaltecer a importância de educação permanente como principal estratégia na incorporação de atitudes e práticas conscientes por parte dos enfermeiros e da equipe, fortalecendo a cultura de segurança, na prática colaborativa, bem como impactar positivamente nos resultados assistenciais nas diferentes áreas de atuação em saúde.

Há muito o que se produzir a cerca de segurança do paciente na APS, a limitação do estudo regional com enfermeiros aponta uma amostra reduzida da realidade local. Há que se considerar a existência de lacuna de estudos que abordam a cultura de segurança do paciente na APS, mas esse estudo pode colaborar para ampliação de conhecimentos nessa área, e demonstra alguns caminhos que já podem ser trilhados pelos enfermeiros, equipes e gestores dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais Brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 161–172, 2018.

ANVISA. Resolução de diretoria colegiada - rdc nº 36, de 25 de julho de 2013. **Ministério da Saúde**, 2013. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf. Acesso em: 03 dez 2019.

ANVISA. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. **Ministério da Saúde**, 2014. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs. Acesso em: 20 dez 2019.

ANTUNES et al. Anais do IX Forum Mineiro de Enfermagem: A Enfermagem como protagonista na construção do cuidado em saúde. **Universidade Federal de Uberlândia**. p. 48. 2016.

ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. In: **Agencia Nacional de Vigilância Sanitária**. [s.l: s.n.]. v. Ip. 113–28, 2017.

BATALHA SILVA, B. E. M. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. **HU Revista, Juiz de Fora**, v. 42, n. 2, p. 133–142, 2016.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica** Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Segurança do Paciente no Domicílio** Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/04/2016_0420_versao_digital.pdf. Acesso em: 15 nov 2019.

CABRAL, K. F. . et al. Analysis of the Efficiency in Primary Health Care From the Perspective of. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 5, p. 71–83, 2016.

CAMPOS, D.; DIAS, M. A Cultura de Segurança no Trabalho: Um Estudo Exploratório. **Sistemas & Gestão**, v. 7, n. 4, p. 594–604, 2012.

CASSIANI, S. H. D. B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. **Acta Paul Enferm**, v6. p.2. 2010.

CAUDURO, G. M. R. et al. Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, 2017.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. D. B. The need to establish a national patient safety program in brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 47, n. 4, p. 791–798, 2013.

DA SILVA, F. et al. Segurança Do Paciente: Análise Reflexiva Patient Safety: a Reflective Analysis Seguridad Del Paciente: Análisis Reflexivo. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. 2, p. 894–902, 2016.

DIAS, J. D. et al. The Nurses' Understanding About Patient Safety and Medication Errors. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 866–873, 2014.

FERNANDES, L. G. G. et al. Contribuição De James Reason para a Segurança Do Paciente: Reflexão para a Prática De Enfermagem. **Revista de Enfermagem: UFPE: on line**. v.8. p. 2507-12, 2014.

FERREIRA, S. R. .; PERICO, L. A. .; DIAS, V. R. F. . A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 752–757, 2018.

FORTE, E. C. N. et al. Muda o modelo assistencial, muda o trabalho da enfermeira na Atenção Básica? **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 53–68, 2018.

FREITAS, P. DE S. S. et al. The nurse's work in primary health care. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 90–98, 2016.

GALHARDI, N. M. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 409–416, 2018.

GARZIN, A. C. A.; MELLEIRO, M. M. Segurança do paciente na formação dos profissionais de saúde/Safety in the training of health professionals. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 4, p. 1–8, 2019.

GOLLE, L. et al. Culture of patient safety in hospital private. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 1, p. 85, 2018.

LEMOS, G. DE C. et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, p. 1–10, 2018.

MACEDO, L. L.; SILVA, A.M.R; SILVA, J.F.M; HADDAD, M.C.F; GIROTTO, E. A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2019.

MADUREIRA, G. D. C. et al. Reflexão Sobre a Enfermagem E O Gerenciamento Das Unidades Básicas De Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 848–861, 2017.

MAGALHÃES, F. H. . et al. Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 1–7, 2019.

MAIA, L. G. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária : um estudo ecológico. **Revista Saúde Publica**, v. 53, p. 1–11, 2019.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V.; PAVÃO, A. L. B. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 31, n. 11, p. 1–16, 2015.

MARINHO, L. M. et al. Atributos da Atenção Primária : perspectiva e perfil de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 4–18, 2015.

MESQUITA, K. O. et al. Segurança Do Paciente Na Atenção Primária À Saúde: Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1–8, 2016.

MILAGRES, L.M. Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos. 2015. 99. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Enfermagem programa de pós-graduação mestrado em enfermagem. Juiz de Fora, 2015.

OLIVEIRA, R. M. et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 122–129, 2014.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158–164, 2017.

OMURA, J. B. B. et al. Educação Permanente na Estratégia de Saúde da Família: Desafio dos Processos Formativos em Saúde. **Comunicações**, v. 22, n. 1, p. 211–226, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Ampliação do papel dos Enfermeiros na Atenção Primária à Saúde**. [s.l: s.n.]. v. 1, 2018.

PEIXOTO, S. et al. Educación permanente, continua y en servicio; desvelando sus conceptos. **Revista Electronica Trimestral de Enfermería**, p. 324–340, 2013.

RADUENZ, A. C. et al. Nursing Care and Patient Safety: Visualizing Medication Organization, Storage and Distribution with Photographic Research Methods. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1045–1054, 2010.

STEIN, E.J. HEISS. K. The Swiss cheese model of adverse event occurrence--Closing the holes. **Semin Pediatr Surg**. p. 278-282, 2015.

TRONCHIN, D. M. R.; FREITAS, G. F.; MELLEIRO, M. M.. Avaliação de serviços, qualidade e segurança do paciente no setor de saúde. In: Gerenciamento em enfermagem. **Guanabara Koogan**. [S.l: s.n.], 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety Making health care safer**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>. 2017. Acesso em: 20 outubro de 2019.

APÊNDICE 1 - PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA



Mestrado em Ambiente e Saúde

PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

I - RECURSOS HUMANOS:

Pesquisadores responsáveis:

- (1) Fabiula Maria Mocelin
- (2) Juliana Cristina Lessmann Reckziegel
- (3) Ana Graziela Alvarez

II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES:

Elaboração protocolo: 1

Avaliação do protocolo: 2,

Avaliação do tema selecionado: 2, 3

Coleta de dados: 1

Seleção dos estudos: 1, 2

Checagem dos dados coletados: 1,2,3

Avaliação crítica dos estudos: 1,2,3

Síntese dos dados: 1,2,3

Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1,2,3

Apreciação final, avaliação e sugestões: 2,3

Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1,2,3

*Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.

III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO: A validação ocorreu durante um encontro com demais alunos do Mestrado em Ambiente e Saúde, que validaram o protocolo após leitura e análise do mesmo.

IV. RECURSOS MATERIAIS: Notebook e acesso às bases de dados científicos

V. PERGUNTA DE PESQUISA:

Qual a contribuição da Educação Permanente visando melhorias na qualidade da assistência relacionadas à Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde?

VI. OBJETIVO: Evidenciar contribuição da Educação Permanente visando melhorias na qualidade da assistência relacionadas à Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.

<p>VII. DESENHO DO ESTUDO: Revisão Integrativa de Literatura, de abordagem qualitativa.</p>
<p>VIII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Estudos que contenham os descritores listados neste protocolo e publicados em periódicos ou anais de eventos na forma completa.</p>
<p>IX. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Teses, dissertações, Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaios; Publicações duplicadas;; TCC; Boletins epidemiológicos; Relatórios de gestão; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros; e, Materiais publicados em outros idiomas que não sejam inglês, espanhol, português; e, estudos que não contemplem o escopo deste protocolo.</p>
<p>X. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada): -</p> <p>Sintaxe de busca: [“Atenção Primária à Saúde” OR “Primary Health Care” OR “Atención Primaria de Salud”) AND (“Segurança do Paciente” OR “Seguridad del Paciente” OR “Patient Safety”) AND (“Educação Continuada” OR “Educación Continua” OR “Education Continuing” OR “Educação Permanente” OR “Permanent Education” OR “Educación Permanente”)]</p> <p>Bases Eletrônicas de Dados: Portal de periódicos CAPES, LILACS, Science Direct e Scopus.</p> <p>Estratégia de busca de dados: Sites de pesquisas usando os descritores em língua portuguesa, inglês e espanhol.</p> <p>Período de busca: Estudos publicados a partir do ano 2013 a 2018</p>
<p>XI. SELEÇÃO DOS ESTUDOS: A partir de uma leitura geral de todos os dados coletados, será realizada a conferência dos artigos no que tange os critérios de inclusão, de exclusão e objetivo, bem como relativo ao escopo deste protocolo, denominada de primeira peneira. Como indica a Revisão Integrativa, os dados serão sistematizados em tabelas e posteriormente será realizada uma leitura criteriosa, levando-se em conta o critério de exaustão e pertinência da coleta dos dados, denominada de segunda peneira.</p>
<p>XII. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS: Será realizada uma releitura dos materiais pré-selecionados com avaliação crítica e sistematização dos dados em categorias. Esta avaliação segue o modelo analítico de Ganong, que viabiliza a Revisão Integrativa da Literatura. Os artigos selecionados serão avaliados e discutidos conforme literatura.</p>
<p>XIII. SÍNTESE E CONCLUSÃO: Por se tratar de uma Revisão Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese será realizada na forma de narrativas a partir da análise e checagem dos dados coletados. A partir da síntese, poderão ser avaliadas as inclinações</p>

metodológicas de Educação Permanente como estratégia para a qualificação da assistência e segurança do paciente na atenção básica nos resultados.

XIV. REFERÊNCIAS:

Ganong LH. Integrative Review of Nursing Research. Res Nursing Health, 1987. Febr; 10(1):1-11.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Protocolo para revisão integrativa da literatura. [Florianópolis, 2011].

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE¹**

(Resolução nº 466/2012 CNS/CONEP)

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado **CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS**

O objetivo deste trabalho é “Analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde junto a enfermeiros atuantes na atenção primária em saúde de 18 municípios da Região Serrana do Estado de Santa Catarina”.

Para realizar o estudo será necessário que o(a) Sr.(a) se disponibilize a participar da aplicação de um questionário. Participarão da pesquisa os Enfermeiros que atuam na Atenção Primária em Saúde dos Municípios da Região Serrana do Estado de Santa Catarina.

A pesquisa tem como benefícios a ampliação do conhecimento na área e a possibilidade de despertar nos sujeitos envolvidos a atenção acerca do tema “Segurança do Paciente na Atenção Primária”.

Os riscos da pesquisa podem ser da ordem do emocional e se estes ocorrerem serão solucionados/ minimizados com a oferta de atendimento gratuito pelo Serviço de Psicologia da Universidade do Planalto Catarinense, sendo encaminhados pelas pesquisadoras e ofertado de forma gratuita.

Em virtude das informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, o qual o(a) Sr.(a) receberá uma cópia. Os benefícios da pesquisa são colaborar para o desenvolvimento de conhecimentos na área.

A Sr (a). terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estaremos disponíveis através dos telefones: Fabiula Maria Mocelin (49) 9924-0335 ou Juliana Cristina Lessmann Reckziegel (49) 99162-3838, ou ainda, pelo endereço Universidade do Planalto Catarinense UNIPLAC, Av. Castelo Branco, 170, Mestrado em Ambiente e Saúde sala 3112. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do

¹ Novo modelo proposto pelo CEP Uniplac em abril de 2018.

Planalto Catarinense UNIPLAC, Av. Castelo Branco, 170, Bloco 1, Sala 1226, Lages SC, (49) 3251-1086, e- mail: cep@uniplaclages.edu.br. Desde já agradecemos!

Eu _____ (nome por extenso) declaro que após ter sido esclarecido (a) pelo(a) pesquisador(a), lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa.

Assinatura do Participante

Lages, _____ de _____ de 2019.

Fabiula Maria Mocelin

Prof. Dra. Juliana C. Lessmann Reckziegel

Msc. Fabiula Maria Mocelin (49) 99924-0335 E-mail: mocelinfabiula@gmail.com

Dra. Juliana C. Lessmann Reckziegel (49) 99162-3838 Email: julianalessmann@gmail.com

Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), Av. Castelo Branco, 170, Mestrado em Ambiente e Saúde sala 1129.

ANEXO 1– QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO PARA COLETA DOS DADOS



Pesquisa: Segurança da Paciente na Atenção Básica

INSTRUÇÕES DA PESQUISA

Pense sobre a maneira como as coisas são feitas no serviço de saúde onde você trabalha e dê sua opinião sobre questões que afetam a segurança e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes.

Se uma questão não se aplica a você ou se você não sabe a resposta, por favor, marque “Não se aplica ou não sei”.

Se você trabalha em mais de um serviço de saúde, ao responder esta pesquisa, responda apenas sobre o local Vinculado à Atenção Primária em Saúde; não responda sobre sua prática de forma geral.

1. Qual é a sua idade?
- 17 ou menos
 - 18 a 20
 - 21 a 29
 - 30 a 39
 - 40 a 49
 - 50 a 59
 - 60 ou mais

2. Qual é o seu sexo?
- Feminino
 - Masculino
 - Outro

3. Qual o seu maior grau de Formação?

- Graduação
- Especializacao
- Mestrado
- Doutorado

Em caso de ter especialização, informe

4. Informe a cidade em que você atua na Atenção Primária Cidade:

5. Há quanto tempo você trabalha na Atenção Primária?

Ano

Meses

6. Há quanto tempo você trabalha neste serviço

- Há menos de dois meses
- De 3 anos a menos de 6 anos
- De dois meses a menos de 1 ano
- De 6 anos a menos de 11 anos
- De 1 ano a menos de 3 anos
- 11 anos ou mais

7. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste serviço?

- 1 a 4 horas por semana
- 25 a 32 horas por semana
- 5 a 16 horas por semana
- 33 a 40 horas por semana
- 17 a 24 horas por semana
- 41 horas por semana ou mais

SEÇÃO A: Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade

Com que frequência os fatos listados a seguir aconteceram em seu local de trabalho. Nos últimos 12 meses?

8. **Acesso ao cuidado:** Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo.

- Diariamente
- Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses
- Pelo menos uma vez na semana
- Não aconteceu nos últimos 12 meses

- Pelo menos uma vez ao mês Não se aplica ou não sei
 Várias vezes nos últimos 12 meses

9. **Identificação do paciente:** No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente

- Diariamente Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses
 Pelo menos uma vez na semana Não aconteceu nos últimos 12 meses
 Pelo menos uma vez ao mês Não se aplica ou não sei
 Várias vezes nos últimos 12 meses

10. **Prontuários/registros:** O prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário.

- Diariamente Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses
 Pelo menos uma vez na semana Não aconteceu nos últimos 12 meses
 Pelo menos uma vez ao mês Não se aplica ou não sei
 Várias vezes nos últimos 12 meses

11. **Prontuários/registros:** Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente.

- Diariamente Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses
 Pelo menos uma vez na semana Não aconteceu nos últimos 12 meses
 Pelo menos uma vez ao mês Não se aplica ou não sei
 Várias vezes nos últimos 12 meses

12. **Equipamento:** Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.

- Diariamente Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses
 Pelo menos uma vez na semana Não aconteceu nos últimos 12 meses
 Pelo menos uma vez ao mês Não se aplica ou não sei
 Várias vezes nos últimos 12 meses

13. **Medicamento:** O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição

- Diariamente Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses
 Pelo menos uma vez na semana Não aconteceu nos últimos 12 meses

- Pelo menos uma vez ao mês
 Não se aplica ou não sei
 Várias vezes nos últimos 12 meses

Diagnósticos & testes: Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.

- Diariamente
 Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses
 Pelo menos uma vez na semana
 Não aconteceu nos últimos 12 meses
 Pelo menos uma vez ao mês
 Não se aplica ou não sei
 Várias vezes nos últimos 12 meses

14. Diagnósticos & testes: Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil.

- Diariamente
 Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses
 Pelo menos uma vez na semana
 Não aconteceu nos últimos 12 meses
 Pelo menos uma vez ao mês
 Não se aplica ou não sei
 Várias vezes nos últimos 12 meses

SEÇÃO B: Troca de informações com outras instituições

Nos últimos 12 meses, com que frequência este serviço de saúde apresentou problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com:

18. Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde?

- Problemas Diariamente
 Problemas pelo menos uma vez na semana
 Problemas pelo menos uma vez ao mês
 Vários problemas nos últimos 12 meses
 Um ou dos problemas nos últimos 12 meses
 Nenhum problema nos últimos 12 meses
 Não se aplica ou não sei

19. Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde?

- Problemas Diariamente

- Problemas pelo menos uma vez na semana Problemas pelo menos uma vez ao mês
- Vários problemas nos últimos 12 meses
 Um ou dos problemas nos últimos 12 meses
 Nenhum problema nos últimos 12 meses
 Não se aplica ou não sei

20. Farmácias?

- Problemas Diariamente
 Problemas pelo menos uma vez na semana
 Problemas pelo menos uma vez ao mês
 Vários problemas nos últimos 12 meses
 Um ou dos problemas nos últimos 12 meses
 Nenhum problema nos últimos 12 meses
 Não se aplica ou não sei

21. Hospitais?

- Problemas
 Problemas pelo menos uma vez na semana
 Problemas pelo menos uma vez ao mês
 Vários problemas nos últimos 12 meses
 Um ou dos problemas nos últimos 12 meses
 Nenhum problema nos últimos 12 meses
 Não se aplica ou não

Outro (por favor

--

SEÇÃO C: Trabalhando *neste* serviço de saúde

Quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações?

22. Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam
- Discordo totalmente
 Discordo

- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não sei/ Não se aplica

23. Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não sei/ Não se aplica

24. Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não sei/ Não se aplica

25. Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não sei/ Não se aplica

26. Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo

- Concordo
- Concordo totalmente
- Não sei/ Não se aplica

27. Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não sei/ Não se aplica

28. Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não sei/ Não se aplica

29. Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não sei/ Não se aplica

30. Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho é realizado corretamente

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo

- Concordo totalmente
- Não sei/ Não se aplica

31. Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para os quais não foram treinados

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não sei/ Não se aplica

32. Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não sei/ Não se aplica

33. Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não sei/ Não se aplica

34. Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado de pacientes

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

Não sei/ Não se aplica

35. Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade de atendê-los de maneira eficiente

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não sei/ Não se aplica

36. A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar atividades

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não sei/ Não se aplica

Seção D: Comunicação e Acompanhamento

Com que frequência os fatos a seguir ocorrem neste serviço?

37. Os Médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre
- Não se aplica ou não sei

38. Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista

- Nunca
- Raramente
- Às vezes

- Quase sempre
- Sempre
- Não se aplica ou não sei

39. Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre
- Não se aplica ou não sei

40. Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre
- Não se aplica ou não sei

41. Este serviço registra a maneira como os pacientes crônicos seguem o plano de tratamento

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre
- Não se aplica ou não sei

42. Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre

- Sempre
- Não se aplica ou não sei

43. A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre
- Não se aplica ou não sei

44. A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre
- Não se aplica ou não sei

45. Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre
- Não se aplica ou não sei

46. Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes

- Nunca
- Raramente
- Às vezes

- Quase sempre
- Sempre
- Não se aplica ou não sei

47. Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre
- Não se aplica ou não sei

48. Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre
- Não se aplica ou não sei

Seção E: Apoio de gestores/ administradores / líderes

1. Você é gestor/administrador ou tem algum cargo de liderança com responsabilidade para tomar decisões financeiras pelo serviço?

- Sim
- Não
- Não quero responder

Quando você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre os gestores/ líderes do seu serviço?

2. Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo

- Concordo totalmente
- Não sei ou não se aplica

3. Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não sei ou não se aplica

4. Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não sei ou não se aplica

5. Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não sei ou não se aplica

Seção F: Seu serviço de saúde

Quando você concorda ou discorda das seguintes afirmações?

1. Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas

- Discordo totalmente
- Discordo

- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se aplica ou não sei

2. Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se aplica ou não sei

3. Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se aplica ou não sei

4. É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se aplica ou não sei

5. Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo

- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se aplica ou não sei

6. Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se aplica ou não sei

7. Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao pacientes, avaliamos se elas funcionam

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se aplica ou não sei

Seção G: Avaliação Global

No geral, como você classificaria este serviço de saúde em cada uma das seguintes áreas de qualidade de cuidados de saúde?

1. **Centrado no paciente:** é sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes

- Ruim
- Razoável
- Bom
- Muito Bom
- Excelente

Não quero responder

2. **Efetivo:** é baseado no conhecimento científico

Ruim

Razoável

Bom

Muito Bom

Excelente

Não quero responder

3. **Pontual:** Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais

Ruim

Razoável

Bom

Muito Bom

Excelente

Não quero responder

4. **Eficiente:** garante um cuidado de bom curso-benefício (evita desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços)

Ruim

Razoável

Bom

Muito Bom

Excelente

Não quero responder

5. **Imparcial:** fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independente de sexo, etnia, *status* socioeconômico, idioma, etc

Ruim

Razoável

Bom

Muito Bom

Excelente

Não quero responder

6. Avaliação geral em segurança do paciente

No geral, como você classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham potencial de afetar pacientes?

Ruim

Muito Bom

Razoável

Excelente

Bom

Não quero responder

Não Sei

7. Por favor, sinta-se a vontade para fazer os comentários que você queira sobre segurança e qualidade assistencial no serviço onde você trabalha

Agradecemos muito por colaborar com a pesquisa

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: Avaliação dos conhecimentos dos Enfermeiros.

Pesquisador: Juliana Lessmann Reckziegel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23207719.0.0000.5368

Instituição Proponente: Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.694.575

Apresentação do Projeto:

Projeto bem apresentado, conforme aspectos éticos e metodológicos esperados.

Objetivo da Pesquisa:

Possível de ser atingido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios, bem como atendimento aos riscos apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para as áreas acadêmica e científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória devidamente apresentados.

Recomendações:

Recomenda-se que os pesquisadores utilizem os preceitos éticos durante toda a abordagem dos voluntários, até a divulgação dos resultados, sem exposição dos mesmos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP autoriza o início da coleta de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e premissões, do

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1026
Bairro: Universitário CEP: 88.509-900
UF: SC Município: LAGES E-mail: cep@uniplac.lages.edu.br
Telefone: (41)3251-1085

Continuação do Parecer: 3.094.575

modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 466/2012.

- a) Desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1446187.pdf	09/10/2019 18:42:21		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	09/10/2019 18:41:43	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Outros	QUEST.docx	09/10/2019 18:41:25	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao.pdf	09/10/2019 18:39:28	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadores.pdf	09/10/2019 18:39:14	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_seguranca_paciente.pdf	01/10/2019 21:25:32	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/10/2019 21:23:55	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	01/10/2019 21:23:44	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	01/10/2019	Juliana Lessmann	Aceito

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1326
 Bairro: Universitário CEP: 88.502-200
 UF: SC Município: LAGES
 Telefone: (49)3251-1005 E-mail: cep@unipladages.edu.br

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



Continuação do Parecer: 3.064.575

Cronograma	cronograma.docx	21:23:16	Reckziegel	Aceito
------------	-----------------	----------	------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LAGES, 08 de Novembro de 2019

Assinado por:
Odila Maria Waldtrich
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1208

Bairro: Universitário CEP: 88.509-900

UF: SC Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1088

E-mail: cep@uniplacages.edu.br