



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

KARINA OLIVEIRA DE MESQUITA

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**SOBRAL-CE
2017**

KARINA OLIVEIRA DE MESQUITA

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira

**SOBRAL- CE
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M544c Mesquita, Karina Oliveira de.
CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE : Estudo Descritivo
Exploratório / Karina Oliveira de Mesquita. – 2017.
124 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família, Sobral, 2017.

Orientação: Profª. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira.

1. Segurança do paciente. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Cultura. I. Título.

CDD 610

KARINA OLIVEIRA DE MESQUITA

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família.

Aprovada em: 02/05/2017.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Marise Reis de Freitas
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

A Deus, pela sua infinita misericórdia.

A minha Mãe, minha razão de viver.

Ao meu Pai (*In memoriam*).

AGRADECIMENTOS

À CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

À Profa. Dra. Roberta Lira, pela excelente orientação, atenção e amizade construída. Minha imensa gratidão.

Aos professores participantes da banca examinadora, Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira, Profa. Dra. Marise Reis de Freitas e Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, por aceitarem o convite para participar da banca examinadora e pelas valiosas contribuições na pesquisa.

Aos sujeitos do estudo, pelo tempo disponibilizado para as entrevistas e observações.

Aos professores do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, que contribuíram com minha formação profissional e humana.

Aos colegas da turma 6 do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, pelos momentos de apoio e aprendizado, em especial às amigas Natália, Gervânia e Germana, pela amizade construída.

À amiga Lielma Carla, por todo o apoio, incentivo, amizade e auxílio, que foram essenciais durante todo o período do mestrado e da vida.

Aos estudantes Luiza e Walyson, pelo auxílio e dedicação na coleta de dados desta pesquisa.

Ao meu namorado André, pelo companheirismo, apoio e amor de sempre.

À profa. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, pela parceria acadêmica construída, apoio e amizade de sempre. Minha eterna gratidão.

À profa. Socorro Dias, pelo apoio constante e pelas palavras de incentivo, que, especialmente, no último mês foram essenciais para a finalização desta pesquisa.

A todos os profissionais que participaram deste estudo, meus sinceros agradecimentos.

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível, e de repente, você estará fazendo o impossível.”

São Francisco de Assis

RESUMO

A segurança do paciente tornou-se, nos últimos anos, um dos principais temas discutidos no mundo. Na literatura o que se observa é que as pesquisas relacionadas à segurança do paciente são realizadas no ambiente hospitalar, apesar da maioria dos pacientes receber seus cuidados na atenção primária. Portanto, o objetivo deste estudo foi investigar a cultura de segurança do paciente na ótica dos profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde. O estudo teve abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória. Os cenários foram seis Centros de Saúde da Família (CSF) de Sobral-CE: Junco, Terrenos Novos I, Tamarindo, Vila União, Pedrinhas e Jaibaras. Desenvolvida de março/2015 a abril/2017, incluindo seis Enfermeiros e nove Técnicos de Enfermagem. Para a coleta de dados foi feita uma pesquisa documental, entrevista semiestruturada e observação não participante, configurando-se no desenho da triangulação. Os dados foram analisados pela Técnica de Análise de Conteúdo. Foram respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos. Quanto à caracterização dos sujeitos, observa-se que a maioria é do sexo feminino, atua há menos de 5 anos no serviço, todos tem jornada de trabalho de 40 horas semanais e realizam atividades com contato direto com o paciente. Os resultados revelaram que a maioria dos profissionais não conhece sobre segurança do paciente e nenhum recebeu orientação sobre o tema. Todos percebem o ambiente primário como passível da ocorrência de incidentes. Não existem métodos de análise ou prevenção de incidentes, protocolos ou documentos normativos sobre o tema no cenário. A maioria dos profissionais afirma que sua atitude diante do erro é reconhecê-lo e antecipar-se para evitar danos ao paciente, comunicando à gerência, sendo isto evidenciado de maneira contrária nas observações. Os profissionais de enfermagem não possuem responsabilidade e comprometimento no cuidado e são insatisfeitos no trabalho. Não existe uma cultura de trabalho em equipe efetiva. A gerência demonstra comprometimento com a segurança. Conclui-se que não existe uma cultura de segurança do paciente no cenário, considerando as fragilidades identificadas em várias dimensões. Há necessidade de implementar estratégias para garantir um cuidado seguro à população, incluindo a adoção de protocolos de segurança do paciente, envolvimento dos usuários no cuidado e educação permanente sobre segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Atenção Primária à Saúde. Cultura.

ABSTRACT

The patient safety had become, in recent years, one of the main discussed topics of the world. In the literature it's possible to observe that the researches related to the patient safety are carried out in the hospital environment, even though most of the patients receive their care in the primary health care. Therefore, this study objective was investigating the safety patient culture in the nursing professionals' perspective of the primary health care. The study had qualitative approach with descriptive and exploratory nature. The scenarios were consisted of six Family Health Centers (FHC) in Sobral-CE: Junco, Terrenos Novos I, Tamarindo, Vila União, Pedrinhas and Jaibaras, and the study was developed from March 2015 until April 2017, including six Nurses and nine nursing technicians. For the data collection was made documental research, semi structured interview and non-participant observation, resulting in the triangulation design. The data were analyzed using the technique of contents analysis. Ethical and legal aspects of researches involving human beings were respected. In terms of subjective characterization, it is possible to note that the most of the cases happens with females that work less than 5 years in the service, all of them have 40 hours of work by week and perform activities with direct contact with the patient. The results showed that the most of the professionals doesn't know about patient safety and none of them had received guidance about the theme. Everybody notes the primary environment as believable of incident occurrence. There are no methods of analysis or incident prevention, protocols or normative documents about the theme in the scenario. The most of the professionals affirms that their behavior about the mistake is to recognize and anticipate it to avoid damages to the patient, informing the management to evidence it in the observations as an opposite way. The nursery professionals have no responsibility and commitment in the caring and they can't get satisfaction in the work. There isn't an effective teamwork culture. The management demonstrates commitment with safety. It's possible to conclude that there is no patient safety culture in the scenario considering the identified weaknesses in several dimensions. There's a necessity of strategies employment to ensure a safe care to the population, including the adoption of patient safety protocols, involving the users in the caring and permanent education about patient safety.

Keywords: Patient safety. Primary health care. Culture.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tipologia da cultura de segurança.....	28
Figura 2 – Esquema conceitual sobre Cultura de Segurança.....	29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos dados de identificação das produções científicas acerca da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde no período de 2008 a 2016. Sobral, Ceará, 2017.....	10
Quadro 2 – Alguns conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde.....	18
Quadro 3 – Perfil dos participantes do estudo. Sobral, Ceará, 2017.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CSF	Centro de Saúde da Família
CSP	Conferência Sanitária Pan-Americana
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
EFSFVS	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPI	Equipamento de Proteção Individual
eSF	equipe de Saúde da Família
eSB	equipe de Saúde Bucal
ETSUS	Escolas Técnicas do SUS
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IES	Instituição de Ensino Superior
IHI	Institute for Healthcare Improvement
INSAG	Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear
IOM	Institute of Medicine
IRAS	Infeções Relacionadas à Assistência a Saúde
JCI	Joint Commission International
MOSPSC	Medical Office Survey on Patient Safety Culture
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCISME	Primary Care International Study of Medical Errors

PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PNH	Programa Nacional de Humanização
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 Bases históricas e iniciativas sobre Segurança do Paciente.....	18
3.2 Cultura de Segurança do Paciente	22
3.3 Segurança do Paciente: Responsabilidade Legal e Ética dos profissionais de Enfermagem.....	30
3.4 Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família	31
4 METODOLOGIA.....	35
4.1 Tipo e abordagem do estudo	35
4.2 Cenário do estudo	36
4.3 Período do estudo.....	37
4.4 Participantes do estudo	37
4.5 Técnicas para coleta de dados.....	38
4.5.1 <i>Pesquisa documental</i>	39
4.5.2 <i>Entrevista semiestruturada</i>	39
4.5.3 <i>Observação não participante</i>	40
4.6 Técnica para análise dos dados	43
4.7 Aspectos éticos e legais do estudo	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 Descrevendo os cenários do estudo	47
5.1.1 <i>Caracterização do Centro de Saúde da Família Junco</i>	47
5.1.2 <i>Caracterização do Centro de Saúde da Família Pedrinhas</i>	48
5.1.3 <i>Caracterização do Centro de Saúde da Família Terrenos Novos I</i>	48
5.1.4 <i>Caracterização do Centro de Saúde da Família Vila União</i>	49
5.1.5 <i>Caracterização do Centro de Saúde da Família Tamarindo</i>	49
5.1.6 <i>Caracterização do Centro de Saúde da Família Jaibaras</i>	50
5.2 Caracterização dos participantes do estudo.....	50

5.3 Análise da Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde	52
5.3.1 <i>Conhecimento dos profissionais sobre Segurança do Paciente</i>	53
5.3.2 <i>Educação permanente sobre Segurança do Paciente</i>	58
5.3.3 <i>Percepção dos profissionais sobre os incidentes na Atenção Primária à Saúde</i>	62
5.3.4 <i>Atitudes dos profissionais para lidar com os erros</i>	65
5.3.5 <i>Responsabilidade e comprometimento com a Segurança do Paciente</i>	70
5.3.6 <i>Clima de trabalho em equipe</i>	75
5.3.7 <i>Comprometimento da gerência quanto à segurança</i>	79
5.3.8 <i>Satisfação no trabalho</i>	82
5.3.9 <i>Envolvimento do paciente e da família no cuidado</i>	86
6 CONCLUSÃO.....	89
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A	106
APÊNDICE B.....	107
APÊNDICE C.....	109
APÊNDICE D	110
ANEXO A	111
ANEXO B	113

1 INTRODUÇÃO

Este estudo integra a linha de pesquisa Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família em nível de Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus Sobral. Julgo importante inicialmente levantar algumas considerações acerca do interesse em realizar este estudo no mestrado, bem como a opção pelo tema de pesquisa.

O interesse em desenvolver esta pesquisa surgiu da reflexão sobre a importância da abordagem da temática *Segurança do Paciente* proveniente da participação em um Curso de aperfeiçoamento em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente no ano de 2014, ofertado pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. O curso visava uma proposta de multiplicação da cultura de segurança do paciente em todo o país, considerada como área prioritária pelo MS.

O curso foi ofertado para 200 enfermeiros, sendo 150 de hospitais e 50 de Escolas Técnicas do SUS (ETSUS). Por fazer parte da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (EFSFVS) foi convidada a participar, por meio de um profissional envolvido com processos de formação técnica, sendo escolhida por estar exercendo no mesmo período a função de coordenação do Curso de Complementação em Técnico em Enfermagem dessa instituição.

Um desafio do curso é a disseminação de boas práticas, segundo evidências científicas, no sentido de melhoria da efetividade, eficácia, eficiência, qualidade e segurança no cuidado à saúde. Eclodiu então o compromisso de participar da construção da cultura da qualidade e da segurança nas organizações e região de saúde.

A partir dessa vivência, fui sensibilizada sobre a importância da abordagem do tema em todos os âmbitos da atenção, gestão e formação, sendo instigada a vontade de investigar e aprofundar o conhecimento teórico e prático acerca do assunto.

A segurança do paciente tornou-se, nos últimos anos, um dos principais temas discutidos em todo o mundo por profissionais de saúde, sociedade civil, comunidade científica, governos e organizações reguladoras de saúde (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

Segundo o documento da Organização Mundial da Saúde (OMS), Segurança do Paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” se refere àquilo que é viável diante do

conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não-tratamento, ou outro tratamento. Complementando este conceito, a segurança do paciente não é nada mais que a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e uso das melhores práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente (WHO, 2009).

O ambiente de cuidados de saúde de hoje é altamente complexo. A prestação deste tipo de serviço muitas vezes é feita dentro de um contexto que envolve os profissionais em um cotidiano de expectativas no desenvolvimento de suas atividades, como o atendimento eficaz e sem demoras e a constante vigilância em evitar erros, exigindo do profissional atenção permanente na prestação de cuidados em saúde, capacidade técnica e habilidades específicas para lidar com um arsenal tecnológico significativo, que influencia diretamente na tomada de muitas decisões e julgamentos individuais diários pela equipe profissional. Em tais circunstâncias, eventos podem acontecer de forma não prevista, muitas vezes resultando em um dano não intencional que pode levar a lesões ou até precipitar o óbito (OMS, 2004a).

A problemática vem sendo amplamente discutida em decorrência dos danos derivados dos processos da assistência prestada ou da estrutura hospitalar, assumindo papel de relevância no desenvolvimento de esforços, com o objetivo de tornar a assistência mais segura ao paciente. Estes danos observados não somente trazem consequências de ordem física aos pacientes, como também emocional, podendo incluir seus familiares, a equipe de saúde e a instituição prestadora de cuidados (MIASSO et al., 2006; CASSIANI, 2004; BRASIL, 2013a).

Essa preocupação nas instituições de saúde tem surgido em âmbito global. O movimento direcionado à segurança do paciente teve início na última década do século XX, período da divulgação do relatório intitulado *To err is human: building a safer healthcare system*¹ publicado pelo Instituto de Medicina, que relatou de forma sistematizada os problemas de segurança do paciente e foi considerado como marco para o início das discussões sobre a temática em todo o mundo (KOHN; CORRIGNAN; DONALDSON, 1999).

Os esforços conjuntos de organizações, como a OMS e a *The Joint Commission*, são expressos nas iniciativas de campanhas, programas e projetos para a segurança do paciente, sendo que algumas já foram implementadas e outras estão em fase de implantação. Essas

¹ Tradução: *To err is human: building a safer healthcare system* = Errar é humano: a construção de um sistema de saúde mais seguro.

iniciativas têm servido de base para que organizações de abrangência nacional, em diversos países, desenvolvam estratégias semelhantes (GOMES, 2008).

Diante da mobilização mundial após a publicação do relatório *Errar é Humano*, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004, que tem como missão apoiar os estados membros para promoção e implementação de mecanismos para melhorias na segurança mundial do paciente em instituições de saúde. Isso despertou os países membros para o compromisso de desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente, incluindo o Brasil (CAPUCHO; CASSIANI, 2013). Torna-se relevante esta crescente preocupação de autoridades e de organizações nacionais e internacionais em melhorar os níveis de confiança no sistema de saúde, por meio das iniciativas que visam à segurança do paciente (GOMES, 2008).

A segurança é um princípio fundamental do atendimento ao paciente e um componente crítico de gestão da qualidade. Sua melhoria exige um complexo esforço, envolvendo uma ampla gama de ações na melhoria de desempenho, segurança ambiental e gestão de riscos, incluindo controle de infecção, uso seguro de medicamentos, equipamentos de segurança, a prática clínica segura e um ambiente de cuidados seguro. Ela envolve quase todas as áreas e os atores da saúde, e, portanto, requer uma abordagem abrangente e multifacetada para identificar os potenciais riscos para a Segurança do Paciente em serviços individuais para encontrar soluções para o sistema como um todo (OMS, 2004a).

A segurança do paciente é efetivada a partir de práticas que evitem a ocorrência dos eventos adversos à saúde, ou seja, eventos que causem algum dano mensurável ao indivíduo.

Uma nova abordagem voltada à segurança do paciente é a de reestruturar processos de assistência à saúde, ao invés de culpar os profissionais, com o objetivo de antecipar-se à ocorrência de incidentes que possam causar danos aos pacientes, tendo como princípio desta condição, sempre conhecer, aprender e preveni-los. É importante saber quais são os processos mais críticos e com maior probabilidade para novos incidentes, para que ações eficazes de prevenção possam ser desenvolvidas (BRASIL, 2013a). Segundo Carrera (2013), investimentos na segurança do paciente estão voltados para o aprimoramento de programas que têm como meta a promoção de cultura de segurança nas instituições de saúde.

O maior desafio para garantir um sistema de saúde seguro pode ser muitas vezes, cultural. Uma cultura de culpa, em que os erros são vistos apenas como fracassos pessoais, deveria ser substituída por uma cultura em que os erros sejam encarados como oportunidades de melhorar o sistema (IOM, 2001). A segurança do paciente deve ser alcançada por meio de uma cultura de atitudes seguras, construída e aceita por todos os profissionais envolvidos.

Avaliar a cultura de segurança em um serviço de saúde tem por finalidade construir um diagnóstico e a partir dele elaborar estratégias de intervenção em todos os fatores que influenciam a segurança do paciente (PAESE, 2010).

Vincent (2009) refere que a cultura de segurança não surgiu completamente formada, mas emergiu de uma cultura organizacional. Quando falamos em cultura de segurança, estamos implicitamente falando da cultura organizacional mais ampla e que esta é parcialmente construída com base nas atitudes e valores dos indivíduos, e cada um contribui para a cultura de segurança de seu próprio modo, além disso, o comprometimento institucional e administrativo também é esperado.

Além de um conjunto de regras, de hábitos e de artefatos, cultura significa construção de significados partilhados pelo conjunto de pessoas pertencentes a um mesmo grupo social. Cultura implica referir sobre a capacidade de adaptação do indivíduo à realidade do grupo no qual está inserido, uma vez que este é essencialmente um ser de cultura (CARRERA, 2013). Mudar a cultura de segurança de profissionais e de instituições não é tarefa fácil, pois implica na modificação de vários processos de trabalho e do próprio cotidiano das organizações, além de necessitar de um comprometimento de toda a equipe multiprofissional.

É válido destacar que a maioria dos cuidados de saúde é desenvolvida fora dos ambientes hospitalares e que muitos incidentes identificados nos hospitais têm origem em outros locais, como na Atenção Primária à Saúde (APS) (MAKEHAM et al., 2008).

Atenção Primária à Saúde é definida, desde a Conferência de Alma-Ata, como a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (BRASIL, 2001).

No Brasil, o conceito de APS tem sido muitas vezes, na literatura, substituído por Atenção Básica à Saúde. Estes dois termos, que serão utilizados como sinônimos nesse estudo, possuem características que favorecem a oferta de cuidados individuais e coletivos, objetivando uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas. Usa tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde (BRASIL, 2012a).

Os cuidados de saúde desenvolvidos na Atenção Básica envolvem algum tipo de risco aos usuários, seja relacionado à medicação, falta de comunicação entre a equipe

multidisciplinar, ausência de comprometimento dos profissionais, ou relacionados a outros procedimentos, mas que precisam de atenção contínua, a fim de evitar possíveis danos.

Seja no âmbito hospitalar, seja na atenção básica, a prática profissional de enfermagem é permeada pela vivência e percepção diária de situações de risco, que podem subsidiar o gerenciamento do cuidado em relação à segurança do paciente, portanto, investigar e suscitar uma cultura de segurança do paciente entre os profissionais de enfermagem faz-se necessário para produzir melhores resultados no cuidado prestado.

Uma vez que a essência da prática de enfermagem é o cuidado, os enfermeiros devem defender as políticas de saúde e enfermagem que assegurem acesso ao tratamento de qualidade (RADUENZ et al., 2010). Podemos afirmar então que a enfermagem está implicada direta ou indiretamente na prevenção de danos no cuidado ao paciente, sendo uma categoria profissional importante para garantir um cuidado seguro à população assistida.

As investigações sobre a segurança do paciente devem subsidiar as tomadas de decisão e as intervenções da gestão modificando a prática do cuidado. As ações adotadas precisam gerar resultados como práticas confiáveis que façam a diferença na segurança dos pacientes, minimizando os riscos e alterando o quadro atual de eventos indesejáveis (SILVA, 2010).

Tendo em vista que a produção científica sobre a segurança do paciente na APS é ainda muito incipiente, realizou-se uma revisão bibliográfica da literatura, com produções publicadas no período de 2008 a 2016, buscando responder a seguinte questão norteadora: De que forma é evidenciada na literatura a temática de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde?

A busca inicial foi feita por meio do levantamento das produções relacionadas à temática “Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde” em 15 periódicos nacionais: Acta Paulista de Enfermagem, Revista de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Coletiva, Cadernos de Saúde Pública, Ciência & Saúde Coletiva, Epidemiologia e Serviços de Saúde, Revista da Escola Anna Nery, Revista Interface, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista Gaúcha de Enfermagem, Saúde e Sociedade, Saúde em Debate, Texto & Contexto Enfermagem e Physis. Foram excluídos durante a pesquisa, editoriais, resenhas, cartas e notícias. Ao final foram identificados cinco artigos completos relacionados à temática.

Realizou-se também busca em oito periódicos internacionais, sendo eles: Canadian Medical Association Journal, The New England Journal of Medicine, International Journal for Quality in Health Care, BMJ Quality and Safety Health Care, The New Zealand Medical Journal, Management Science, Journal of Nursing Scholarship e Medical Journal of Australia.

Nesta pesquisa também foram excluídos: editoriais, resenhas, cartas e notícias. Esta busca identificou seis artigos disponíveis na íntegra relacionados ao tema.

Por último foi feita uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com produções indexadas nas bases de dados: Scielo, Lilacs, Medline e BDEF. Para isso, foram cruzados os descritores “Segurança do paciente” e “Atenção Primária à Saúde”, consultados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O cruzamento foi feito com o operador booleano *and*. Na ocasião, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis em texto completo; artigos no idioma português e que abordassem a temática em estudo. Foram excluídos durante a busca: toda produção duplicada, editoriais, boletins epidemiológicos, bem como estudos que não abordassem temática relevante ao alcance do objetivo da pesquisa. A busca feita na BVS resultou em 245 produções disponíveis. Após seleção minuciosa pelos critérios de inclusão e exclusão, resultou-se em oito artigos. Considerando que quatro artigos se repetiram nas demais buscas, desta restaram quatro para análise.

O total de produções resultantes das três buscas bibliográficas foi 15. Tais produções, apresentadas no quadro 1 a seguir, foram lidas e delas foram extraídos os marcos conceituais do tema e as lacunas de conhecimento existentes.

Quadro 1 - Distribuição dos dados de identificação das produções científicas acerca da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde no período de 2008 a 2016. Sobral, Ceará, 2017.

Periódico	Artigo	Autores	Ano	Local
Cadernos de Saúde Pública	Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde	Simone Grativol Marchon; Walter Vieira Mendes Junior.	2015	Rio de Janeiro/RJ
Revista da Escola de Enfermagem da USP	O papel da Atenção Primária na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde	Maria Clara Padoveze; Rosely Moralez de Figueiredo.	2014	São Paulo/SP
Texto Contexto Enfermagem	Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde	Fernanda Paese; Grace Teresinha Marcon Dal Sasso.	2013	Florianópolis/SC
Cadernos de Saúde Pública	Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática	Simone Grativol Marchon; Walter Vieira Mendes Junior.	2014	Rio de Janeiro/RJ
Revista Gaúcha de Enfermagem	Qualidade da higienização das mãos de Profissionais atuantes em Unidades Básicas de Saúde	Lindsay Locks; Josimari Telino Lacerda; Elonir Gomes; Ana Claudina Prudêncio Serratine.	2011	Porto Alegre/RS

Acta Paulista de Enfermagem	Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária	Márcia Timm; Maria Cristina Soares Rodrigues.	2016	Brasília/DF
Cadernos de Saúde Pública	Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil	Simone Grativol Marchon; Walter Vieira Mendes Junior; Ana Luiza Braz Pavão.	2015	Rio de Janeiro/RJ
Revista de Enfermagem UFPE	Cuidados de enfermagem no pré-natal e segurança do paciente: revisão integrativa	Daniela Kércia Ponte Costa; Lidyane Parente Arruda; Ana Hirley Rodrigues Magalhães; Leidy Dayane Paiva de Abreu; Keila Maria de Azevedo Ponte; Consuelo Helena Aires de Freitas.	2016	Recife/PE
Revista Latino-Americana de Enfermagem	Suporte para aprendizagem na perspectiva da segurança do paciente na atenção primária em saúde	Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá; Ana Lúcia Queiroz Bezerra; Gabriela Camargo Tobias; Suely Itsuko Ciosak.	2016	Goiânia/GO
International Journal for Quality in Health Care	Using nurses and office staff to report prescribing errors in primary care	Amanda G. Kennedy; Benjamin Littenberg; John W. Senders.	2008	Burlington/EUA
International Journal for Quality in Health Care	A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey	Said Bodur; Emel Filiz.	2009	Konya/Turquia
International Journal for Quality in Health Care	Safety climate and its association with office type and team involvement in primary care	Katrin Gehring; David L.B. Schwappach; Markus Battaglia; Roman Buff; Felix Huber; Peter Sauter; Markus Wieser.	2013	Berna/Suíça
International Journal for Quality in Health Care	Exploring patient safety culture in primary care	Natasha J. Verbakel; Marije Van Melle; Maaïke Langelaan; Theo J.M. Verheij; Cordula Wagner; Dorien L.M. Zwart.	2014	Utrecht/Holanda
The New Zealand Medical Journal	Using triggers in primary care patient records to flag increased adverse event risk and measure patient safety at clinic level	Kyle S Eggleton; Susan M Dovey.	2014	Whangarei/Nova Zelândia
BMJ Quality and Safety Health Care	How safe is primary care? A systematic review	Sukhmeet Singh Panesar; Debra de Silva; Andrew Carson-Stevens; Kathrin M Cresswell; Sarah Angostora Salvilla; Sarah Patricia Slight; Sundas Javad; Gopalakrishnan Netuveli; Itziar Larizgoitia; Liam J	2016	Houston/Texas

		Donaldson; David W Bates; Aziz Sheikh.		
--	--	---	--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

A literatura ressalta que inúmeras organizações têm se dedicado a avaliar a ocorrência de incidentes relacionados ao cuidado em saúde, visando a melhorar a qualidade da assistência prestada; entretanto, a ênfase tem sido na assistência hospitalar. Há dois anos, a OMS constituiu um grupo para estudar os riscos e os incidentes na APS (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2015).

Um estudo que avaliou a ocorrência de incidentes no cuidado à saúde na atenção primária brasileira, concluiu que a taxa de incidência envolvendo todos os incidentes foi de 1,11%, a taxa que não atingiu os pacientes foi de 0,11%, a taxa de incidência de incidentes que atingiram os pacientes, mas não causaram dano foi de 0,09% e a taxa que atingiu os pacientes e causaram evento adverso foi de 0,9%. Com isso concluiu que incidentes também ocorrem na atenção primária (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015).

Panesar et al. (2016) realizaram uma revisão sistemática com objetivo similar, buscando investigar a quantidade de incidentes que ocorrem na atenção primária e com que frequência eles causam danos aos pacientes. Nesta também se evidenciou que incidentes ocorrem nesse nível de atenção e que muitos levam a danos graves ao usuário, impactando o seu bem-estar físico e psicológico.

A pesquisa de Marchon e Mendes Júnior (2015) teve como objetivo descrever as etapas de tradução e adaptação do questionário Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME) para o contexto brasileiro, com o papel de contribuir com a mensuração de incidentes em APS. A aplicação desses instrumentos chama a atenção para o problema da ocorrência de danos em pacientes na APS.

Outro estudo desse mesmo cunho intentou traduzir, adaptar e validar o instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), para avaliar a cultura de segurança do paciente na APS no Brasil, como forma de facilitar a realização de pesquisas nesse campo, possibilitando compreender esse multifacetado fenômeno da cultura de segurança nesse nível de atenção (TIMM; RODRIGUES, 2016).

Em estudo que buscava analisar a segurança do paciente no âmbito na APS com enfoque na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS), foi possível evidenciar que a APS possui um papel indireto na prevenção de IRAS, dado que deve atuar na prevenção de enfermidades e, conseqüentemente, na redução de internações hospitalares desnecessárias. Além disso, traz em discussão o fenômeno caracterizado como

hospitalocentrismo, que enfatiza de maneira desproporcional a resolução dos problemas de saúde por meio do atendimento hospitalar. Considerando que internações hospitalares causam muitos mais custos à instituição, levantam-se as questões sobre qual seria a real necessidade dessas internações? Elas poderiam ser evitadas nos outros níveis de atenção? (PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014).

Os mesmos autores destacam que, além da prevenção das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e do acesso oportuno, a APS deve atuar também no sistema de referência e contra-referência e pode contribuir com a vigilância pós-alta de IRAS. Em suma, embora o princípio de não causar dano esteja intrinsecamente ligado no papel da APS pela inerente potencialidade deste nível de atenção para a qualificação da saúde, é necessário ampliar a reflexão de que a segurança em saúde não começa apenas quando um indivíduo é hospitalizado (PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014).

Segundo Padoveze e Figueiredo (2014), os riscos associados aos procedimentos mais comuns realizados na APS são pouco conhecidos, com exceção daqueles referentes à imunização. Comumente são realizados na atenção primária procedimentos com certo grau de invasividade, como coleta de exames colpocitológico, inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU), cauterização de colo de útero, glicemia capilar, inalações, curativos, administração de injetáveis, para os quais se pode antecipar algum evento adverso associado. Entretanto, até o momento não existem estimativas a este respeito. Quanto aos procedimentos odontológicos, é bem reconhecido o risco associado à aquisição de vírus (ex.: hepatite B, HIV), porém são raros os relatos de IRAS causadas por bactérias.

A segurança do paciente deve ser buscada em todos os espaços de cuidado em saúde da APS, seja durante a realização de procedimentos, seja no momento da consulta, dentre outros. Costa et al. (2016), quando realizam uma revisão com as publicações sobre segurança do paciente durante o cuidado de enfermagem no pré-natal da atenção primária, enfatizam que os profissionais necessitam de qualificação para que tenham conhecimento e habilidades para um atendimento seguro e de qualidade, com acolhimento humanizado à gestante e sua família e incentivando a participação do pai durante a assistência pré-natal.

Outra pesquisa investigou sobre a realização da higienização das mãos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo considerado como necessário, já que no Brasil a maioria dos estudos desse cunho é realizada apenas nos hospitais. Além disso, um tópico escolhido pela OMS para o primeiro desafio global para a segurança do paciente foi a IRAS e teve como ação chave a promoção da higienização das mãos. Nos resultados desse estudo pode-se perceber que os profissionais em sua grande maioria não realizavam a higienização das mãos

corretamente e, quando o faziam, grande parte não seguia a técnica certa. Observa-se aí a negligência no procedimento sabidamente essencial no controle das infecções cruzadas (LOCKS et al., 2011).

Marchon e Mendes Júnior (2014), em sua revisão identificam os fatores contribuintes de incidentes mais relatados nos estudos, incluindo: falhas na comunicação interprofissional e com o paciente; falhas na gestão, tais como: falta de insumos médico-cirúrgicos e de medicamentos, profissionais pressionados para serem mais produtivos em menos tempo, falhas em prontuários, falhas na recepção dos pacientes, planta física da unidade de saúde inadequada, descarte inadequado de resíduos da unidade de saúde, tarefas excessivas e falhas no cuidado (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2014).

A pesquisa de Marchon e Mendes Júnior (2014) traz ainda várias soluções para esses fatores, tais como: divulgar as práticas seguras; adequar as estruturas físicas; capacitar os profissionais da equipe de saúde; melhorar a comunicação interprofissional; melhorar a gestão das unidades de saúde, permitir que os pacientes e os profissionais reconheçam e gerenciem os eventos adversos; capacitar o profissional de saúde para compartilhar mudanças na equipe, para identificar e atuar nas situações de riscos; motivar os profissionais de saúde para agir em prol da segurança do paciente; participar (o profissional de saúde) nas decisões gerenciais; criar sistemas de avaliações de desempenho do médico.

Reitera-se a necessidade de ampliar a cultura de segurança na atenção primária à saúde, a fim de habilitar 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).

Em estudo sobre a cultura de segurança do paciente na APS é possível observar o erro como uma atitude menos relevante para a cultura da segurança do paciente. De certa forma, o erro ainda está muito associado à culpa, a um ambiente de trabalho punitivo e a uma cultura de pensar que os erros provocados pelo prestador de cuidado em saúde é resultado de descuido. Assim, trabalhar nas equipes sobre o erro e a culpa pode ser uma alternativa para modificar e transformar o erro em oportunidade de discutir e desenvolver o pensar crítico sobre as ações de cuidado e as atitudes frente ao próprio erro e ao erro do colega, ou seja, percebê-lo como oportunidade de aprendizado para impedir novos eventos relacionados à mesma causa (PAESE; DAL SASSO, 2013).

Bodur e Filiz (2009) desenvolveram uma pesquisa que também investigou a cultura de segurança em serviços de saúde primários na Turquia, reforçando da mesma forma que melhorar a cultura de segurança do paciente deve ser uma prioridade entre os administradores

dos centros de saúde e que profissionais de saúde devem ser encorajados a reportar erros sem medo de ação punitiva. Os autores citaram as dimensões consideradas para a avaliação da cultura de segurança do paciente, sendo elas: liderança, políticas e procedimentos, recursos humanos, comunicação e apresentação.

A pesquisa de Paranaguá et al. (2016), com o objetivo de analisar o suporte para a aprendizagem, na perspectiva da segurança do paciente, oferecido no ambiente de trabalho, identificou, dentre as variáveis favoráveis ao suporte à aprendizagem na APS, o respeito mútuo, a autonomia para organizar o trabalho e a valorização de novas ideias, sendo as mais perceptíveis pelos profissionais de saúde e obtiveram médias acima de 7,0. E as variáveis que dificultam o processo de aprendizagem no ambiente de trabalho, percebidas pelos profissionais, foram a resistência às mudanças e o excesso de serviço que impede a reflexão sobre como melhorar o trabalho, com média acima de 6,0.

Gehring et al. (2013) afirmam em sua pesquisa sobre o clima de segurança do paciente na atenção primária, que a qualidade do círculo de participação da equipe em reuniões envolvendo todos os membros são eficazes maneiras para fortalecer o clima de segurança em termos de estratégias baseadas em equipe e atividades de prevenção de erros.

Em um estudo que investigou erros de prescrição de medicamentos em serviços de cuidados primários de uma cidade dos EUA sob a visão de enfermeiros e pessoal de escritório, foi destacada a importância dos relatos desses profissionais, tido como recursos valiosos em pesquisas desse cunho (KENNEDY; LITTENBERG; SENDERS, 2008). O estudo de Verbakel et al. (2014) realizado na Holanda já destaca a importância da variedade de profissões que atuam na atenção primária para contribuir na implementação de estratégias de segurança.

Com esse embasamento na literatura, percebe-se a escassa produção científica sobre a segurança do paciente na APS, haja vista que neste nível de atenção também podem acontecer erros relacionados à assistência à saúde. Nesse contexto, muitas lacunas do conhecimento perpassam o estudo da temática, tais como as poucas informações acerca da cultura de segurança entre os profissionais da APS, a difícil mensuração dos tipos de incidentes ocorridos nesse nível de atenção, a escassez de estratégias para abordagem e sensibilização da temática e de instrumentos para investigações desse cunho.

Nesse contexto, surge a seguinte questão norteadora que guiará esta pesquisa: **Qual a cultura de Segurança do Paciente existente entre os profissionais de enfermagem que atuam na Atenção Primária à Saúde?**

A Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), apresenta em seus objetivos específicos a necessidade de produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente e ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente, justificando a realização desta pesquisa (BRASIL, 2013b).

A relevância teórica do estudo ancora-se na contribuição que ele trará para o fomento de novas pesquisas e enriquecimento da literatura na área, reduzindo as lacunas do conhecimento existentes, tendo como foco a melhoria da qualidade da assistência à população.

A relevância prática na abordagem do tema fundamenta-se na necessidade de que se estabeleça um conhecimento técnico, que implica em mudança de cultura organizacional acerca da segurança do paciente. Desta forma, todos os esforços, em todos os níveis de atenção à saúde, são importantes para buscar a efetivação dessa cultura nas instituições de saúde, de modo a garantir um cuidado seguro aos usuários do sistema.

Esse estudo ainda subsidiará a construção de uma proposta de Educação Permanente em Saúde que vise trabalhar o tema com os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Sistema de Saúde de Sobral, com vistas a sensibilizá-los e tentar modificar sua prática para garantir uma melhor assistência à saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar a cultura de Segurança do Paciente entre os profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar quais conhecimentos os profissionais de enfermagem detém sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.

- Identificar aspectos de segurança do paciente no processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

- Descrever as características que evidenciam as práticas de cultura de segurança do paciente entre os profissionais de enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Bases históricas e iniciativas sobre Segurança do Paciente

O estudo sobre segurança do paciente exige o conhecimento de alguns termos comumente vistos nas produções acerca da temática, que são apresentados no quadro 2 que segue.

Quadro 2 – Alguns conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde.

Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: WHO, 2009.

Ao longo da história da saúde, diversos personagens deixaram um legado de indagações e soluções para a segurança do paciente. Hipócrates já falava de não causar dano ao paciente (“Primo Non Nocere”). Em 1847, Ignaz Phillip Semmelweis chamava atenção para a importância da higiene das mãos na prevenção da mortalidade materna. Florence Nightingale foi a primeira líder em segurança do paciente a fazer a análise estatística para mensurar o resultado da assistência e reduzir óbitos preveníveis na guerra da Criméia de 42% para 2%. Todos tiveram suas teorias rejeitadas pela comunidade científica em suas épocas (MYERS, 2012).

Percebe-se que o problema dos eventos adversos nos cuidados em saúde não é novo. No século passado, em 1950 e 1960 já eram notificados eventos adversos, porém o assunto

manteve-se em grande parte negligenciado. Um corpo de evidências começou a surgir no início de 1990 e 1991. Pesquisas posteriores na Austrália, Grã-Bretanha e EUA começaram a ser realizadas e os eventos adversos que envolviam os cuidados com a saúde encarados como um problema mundial. Posteriormente, mais países, incluindo Canadá, Dinamarca, Países Baixos, Suécia e outros começaram a tomar um olhar sério para o problema (OMS, 2004a). Nova Zelândia e Canadá publicaram recentemente estudos de ocorrências adversas em hospitais públicos (DAVIS et al., 2002; BAKER et al., 2004).

O movimento em prol da segurança do paciente teve seu início na última década do século XX, após a publicação do relatório *Errar é Humano* do Instituto de Medicina (*Institute of Medicine - IOM*) dos EUA que apresentou os resultados de vários estudos que revelaram a crítica situação de assistência à saúde. Dados apontaram que de 33,6 milhões de internações resultaram em 44.000 a 98.000 mortes de pacientes, como consequência de incidentes. Tal relatório foi considerado um marco que despertou o mundo para uma atenção maior com a segurança do paciente nas instituições de saúde (KOHN; CORRIGNAN; DONALDSON, 1999). Até então, a questão era discutida apenas entre os profissionais que prestavam assistência, sem a participação do paciente, de seus familiares ou da comunidade. Como o sistema de saúde tornou-se mais complexo, a oportunidade para que o dano ocorra ficou mais frequente (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

Em janeiro de 2002, o Conselho Executivo da OMS discutiu extensivamente o tema da segurança do paciente e recomendou uma solução para a Assembleia Mundial da Saúde. Uma resolução, aprovada pela Assembleia da Saúde, em maio de 2002, instigou os países membros a dedicar maior atenção para o problema da segurança do paciente (WHO, 2002). Desde então, muitos países tomaram iniciativas dentro de seus próprios sistemas de saúde. Muitos têm contactado a OMS em busca de informações ou apoio na elaboração das ações sobre segurança do paciente (OMS, 2004a).

Em 2004, a OMS criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Sua abrangência é internacional e tem a missão de apoiar os estados membros para a implementação de mecanismos para melhorias na segurança mundial do paciente e dedicar uma maior atenção às circunstâncias que envolvem a segurança do paciente. Em 2005, a Aliança, identificou seis áreas de atuação, entre elas, o desenvolvimento de Soluções para a Segurança do Paciente, que intenciona a promoção de melhorias específicas em áreas que são problemáticas na assistência (WHO, 2009).

Ainda em 2005, a Joint Commission, uma organização de certificação de qualidade em assistência médico-hospitalar, e a Joint Commission International (JCI), foram designados

como o Centro Colaborador da OMS em Soluções para a Segurança do Paciente, tendo o papel de elaboração e difusão de soluções que visem à abordagem dessa problemática (CARRERA, 2013).

No mesmo ano é instituída a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente com recomendações às organizações de ensino, aos profissionais e organizações de saúde, com representação dos EUA, México, Argentina, Equador, Chile e Brasil (MELLEIRO et al., 2012).

Durante a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana (CSP), em 5 de outubro de 2007, foi emitida a Resolução CSP27.R.10, “Política e Estratégia Regional para a Garantia da Qualidade da Atenção Sanitária, incluindo o tema segurança do paciente. Esta resolução tratou, dentre outros, de instar os Estados-Membros a priorizar a segurança do paciente e a qualidade da atenção nas políticas de saúde e programas setoriais, incluindo a promoção de uma cultura organizacional e pessoal de segurança do paciente e da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes (OPAS, 2007).

Outra organização com essa preocupação é o Instituto de Melhoria da Assistência Médica (The Institute for Healthcare Improvement - IHI) que tem sido a referência nas mudanças para a segurança. A partir de 1996, o IHI começou a auxiliar hospitais, a reformular os seus sistemas de segurança através de colaborações focadas em segurança de medicamentos, cuidados intensivos, cuidados cardíacos, e outros tratamentos. No decorrer da década, eles geraram projetos de demonstração e alterações do sistema e medidas (tais como a ferramenta de gatilho), e com milhares de médicos, enfermeiros, farmacêuticos e administradores treinados na execução de práticas seguras (LEAPE et al., 2008).

Diversos países têm se preocupado com essa questão, principalmente a partir de evidências dos danos causados por incidentes que podem ser evitados com a segurança do paciente. Atualmente, nos Estados Unidos, estima-se que 100.000 pessoas morram em hospitais a cada ano vítimas de incidentes. Desde o século XVIII, vêm sendo divulgados estudos a respeito dos agravos à saúde causados pelo cuidado prestado pelos profissionais de saúde (MENDES; TRAVASSOS; MARTINS, 2005).

Diante dessas evidências, vários estudos investigaram a extensão de eventos adversos em diversos países. Uma pesquisa realizada em Harvard descobriu que 4% dos pacientes sofrem algum tipo de dano no hospital, 70% dos eventos adversos resultam em deficiência de curta duração e 14% dos casos levam à morte (BRENNAN et al., 1991). O Departamento de Saúde do Reino Unido, em seu relatório de 2000, estimou que eventos adversos ocorrem em cerca de 10% das internações hospitalares e cerca de 850.000 eventos adversos ocorrem em

um ano (OMS, 2004a). Um estudo realizado na Austrália em 1995 encontrou uma taxa de eventos adversos de 16,6% entre pacientes hospitalares (WILSON et al., 1995 apud OMS, 2004a). Em hospitais da Europa foi estimado em 2000, que um em cada dez pacientes sofre de mal evitável e efeitos adversos relacionados ao seu cuidado (OMS, 2004a).

De Vries e colaboradores (2008) fizeram uma revisão pela Cochrane e Medline e encontraram oito trabalhos sobre incidência de eventos adversos intra-hospitalares envolvendo 74.485 pacientes com incidência global de 9,2%, ou seja, 1 evento adverso para cada 10 internações hospitalares. A média de eventos preveníveis foi de 43,5% e 7,4% dos eventos adversos foram letais. A origem mais frequente do dano foi de 39,6% relacionada a procedimento cirúrgico e de 15,1% devido a uso de medicamento.

Importante considerar o custo hospitalar que o alto número de incidentes causa às instituições de saúde, conforme mencionado por Mendes, Travassos e Martins (2005) em seu estudo: no Reino Unido e na Irlanda do Norte, o prolongamento do tempo de internação devido aos incidentes consome cerca de 2 bilhões de libras ao ano. Nos Estados Unidos, estima-se que tais gastos fiquem entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais.

Na Grã-Bretanha, o custo dos incidentes evitáveis é de aproximadamente US\$ 1,5 bilhão por ano, somente pela ocupação adicional do leito hospitalar. Custos mais amplos de tempo de trabalho perdido, indenização por incapacidade, entre outros, são ainda maiores (SOUZA et al., 2011).

O cenário brasileiro não difere em incidência do quadro mundial. Mendes e colaboradores realizaram um estudo de avaliação de eventos adversos em hospitais brasileiros baseado na revisão retrospectiva de prontuários. A incidência de eventos foi estimada em 7,6%, sendo que 66,7% dos casos foram considerados evitáveis (FRANCO FILHO, 2014).

Embora o sistema de saúde brasileiro tenha aspectos positivos como a cobertura universal de vacinação e o sistema nacional de transplantes, a alta frequência de eventos adversos relacionados a medicamentos e infecções hospitalares é motivo de preocupação (MENDES et al., 2009). Esses eventos são atribuídos à falta de políticas governamentais que incentivem as instituições de saúde a participar de programas de qualidade e acreditação (PAIM et al., 2011). Atualmente, há hospitais brasileiros que ainda são prestadores de serviços que atuam sem avaliar seus processos de trabalho ou usar seus resultados para a melhoria contínua da qualidade.

Uma iniciativa no Brasil para disseminar e sedimentar a cultura de segurança do paciente nas organizações foi a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), criada em 2008, pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Com

intuito de prevenir danos e fortalecer ações na assistência ao paciente a REBRAENSP está presente em todo o país constituída de membros reunidos em polos e núcleos regionais. Estes pólos e núcleos compartilham conhecimentos relacionados a qualidade em saúde e a segurança do paciente, promovendo a articulação entre as Instituições de Ensino Superior (IES) ampliando e fortalecendo as atividades de assistência, gerência, ensino e pesquisa acerca da temática (MELLEIRO et al., 2012).

O Ministério da Saúde instituiu ainda, pela Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, o PNSP, em ressonância com o apelo individual e/ou coletivo dos profissionais da saúde e da população em geral por uma atenção segura, livre de incidentes que possam gerar danos à saúde da pessoa. O programa considera que a cultura de segurança perpassa os seguintes eixos: estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão no cuidado, visando aumentar sua segurança; a inclusão do tema Segurança do Paciente no ensino: educação permanente, pós-graduação e graduações em saúde; e o incremento de pesquisa em segurança do paciente (BRASIL, 2013b).

Apesar do crescente interesse na segurança dos pacientes, ainda é generalizada a falta de sensibilização para o problema. A capacidade para relatar, analisar e aprender com a experiência ainda está seriamente comprometida por falta de uniformidade metodológica na identificação e medição de eventos adversos, sistemas de comunicação inadequados, preocupações excessivas sobre brechas na confidencialidade dos dados, o medo da responsabilidade profissional e fracos sistemas de informação. Compreensão e conhecimento da epidemiologia de eventos adversos-frequência, causas, determinantes e impactos sobre resultados e de métodos eficazes para impedi-los ainda são limitados. Embora existam exemplos de iniciativas bem sucedidas para a redução da incidência de eventos adversos, nenhuma tem sido expandida para alcançar todo o sistema de saúde (OMS, 2004a).

A OMS (2004a) ressalta ainda que práticas relacionadas com a gestão da qualidade nos cuidados de saúde diferem entre países com culturas diferentes. Há uma necessidade de padronização internacional de terminologia na definição, métodos comuns de medição e relatórios compatíveis de eventos adversos.

3.2 Cultura de Segurança do Paciente

A cultura em um âmbito mais geral, como a cultura da nação de um povo, também interfere na maneira de lidar com o erro. Por definição, cultura é entendida como um padrão de suposições básicas compartilhadas, por este grupo. Percebem-se com maior facilidade as

diferenças culturais no contexto étnico e nacional do que no contexto organizacional (SCHEIN, 2009).

Na literatura, o termo Cultura de Segurança foi utilizado pela primeira vez pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear (INSAG) ao publicar o relatório sobre o acidente nuclear de Chernobyl em 1986. De acordo com este grupo, cultura de segurança é um produto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento de segurança da instituição. Desde então, o termo vem sendo utilizado por indústrias consideradas de alto risco (FLIN et al., 2006).

Alguns artigos referem que a segurança do paciente está intimamente relacionada à cultura de segurança, um dos subitens da cultura organizacional (COZENS, 2001; LAWTON; PARKER, 2002; KUHN; YOUNGBERG, 2002; COZENS, 2003).

Schein define cultura organizacional como o conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu, ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionou bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas. Cultura inclui normas, valores e rituais que caracterizam um grupo ou organização. Ela serve como mecanismo de controle social, traduzido por meio das expectativas sobre atitudes e comportamentos apropriados de um grupo (SCHEIN, 1991).

A cultura de segurança impulsiona os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos por meio de uma liderança pró-ativa, na qual se potencializa o entendimento e se explicitam os benefícios, assegurando a imparcialidade no tratamento dos eventos adversos, sem tomar medidas de punição frente à ocorrência dos mesmos (SAMMER et al., 2010).

Em toda organização existem normas, que levam à ética, à moralidade, ao que é certo e errado. As normas referem-se ao comportamento esperado, formal ou não, que é repassado aos indivíduos na organização por meio de elementos culturais (ARRUDA, 2006). Existe uma consonância de que alguns atributos culturais da organização contribuem para a segurança do paciente, como o trabalho em equipe, o suporte das lideranças e a comunicação (NIEVA; SORRA, 2003).

É sabido que há um reconhecimento crescente da importância de uma cultura de segurança do paciente. Alcançar uma cultura de segurança requer um entendimento de

valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados (SORRA et al., 2009). As características de uma cultura de segurança sólida incluem o compromisso para discutir e aprender com os erros, o reconhecimento da inevitabilidade do erro, identificação pró-ativa das ameaças latentes e incorporação de um sistema não-punitivo para o relato e análise dos eventos adversos (HELMREICH; MERRITT, 2001).

Além dos danos causados aos pacientes, os profissionais de saúde envolvidos em erros podem sofrer consequências que podem ser de ordem administrativa, punições verbais, escritas, demissões, processos civis, legais e éticos (SANTOS; PADILHA, 2005). Esses profissionais sentem-se culpados e manifestam reações emocionais indesejáveis. Um agravante nesse processo é que, mediante a ocorrência de erros, frequentemente não é dada ênfase na educação, mas à punição, levando à subnotificação, prejuízo do conhecimento dos fatores de risco e facilitando a repetição do erro. O erro pode ser encarado como algo que pode trazer aprendizado e melhoria da qualidade da assistência, e para isso há a necessidade de se criar a cultura de segurança do paciente (PETERLINI; SAES, 2014).

O *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations*, da Inglaterra, define Cultura de Segurança de uma organização como o produto de valores individuais e de um grupo, atitudes, percepções, competências e padrão de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura. Organizações com cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações baseadas em confiança mútua, compartilhamento de percepção sobre a importância da segurança e confiança na eficácia das medidas preventivas (ACSNI, 1993).

Nos últimos anos muitas tem sido as tentativas de elaboração de modelos teóricos para fundamentar a cultura de segurança. A maioria deles fundamentados no modelo de cultura organizacional proposto por Schein (2004), que se organiza em três níveis: o nível superficial, composto pelos padrões de comportamento e artefatos; nível intermediário, composto pelas crenças e valores; e o nível mais profundo ou núcleo, composto pelas crenças e pressupostos básicos.

Outro modelo proposto foi o Modelo de Segurança Total (GELLER, 1997), que conceituou cultura de segurança total como um ambiente onde todos se sentem responsáveis pela segurança e perseguem-na diariamente. O autor salienta que ações seguras estão fundamentadas na interação dinâmica entre conjunto de fatores: ambientais, comportamentais e pessoais. Cooper (2000) desenvolveu um modelo abrangente de cultura de segurança

baseado no Modelo do Determinismo Recíproco de Bandura, indicando que a cultura de segurança é o produto de interações entre os fatores psicológicos, comportamentais e situacionais.

James Reason (1990) propôs o Modelo da Cultura Informada (*Informed Culture*), onde enfatiza que a cultura de segurança apresenta três características: é uma cultura justa, na qual as pessoas percebem quais são as diferenças entre o comportamento aceitável e inaceitável; é uma cultura de relato, ou seja, as pessoas devem ser encorajadas a falarem sobre os erros; e é uma cultura de aprendizagem, onde todos estão dispostos a aprender com os erros cometidos (REASON, 2004). Este tem sido o modelo de avaliação de cultura de segurança mais adaptado para o cenário da saúde.

O Modelo de Reason considera não somente os indivíduos envolvidos nos eventos, mas também as condições de trabalho, falhas latentes e ativas. Os eventos acontecem como consequência desses dois tipos de falhas: latentes e ativas. As falhas latentes estão associadas às decisões gerenciais e ao processo organizacional da instituição, e contribuem de forma significativa para que os erros ativos se manifestem. As falhas ativas estão associadas com ações inseguras individuais, e tem efeito imediatamente inverso, tais como: omissões, lapsos, falhas da memória e violação de regras (CARVALHO, 2011).

A Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, que instituiu o PNSP, considera que a Cultura de Segurança configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

- Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;
- Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Para criar uma cultura de segurança, Yates et al. (2004) propõem quatro estratégias centrais para as organizações: adotar a segurança como um valor central; adotar comportamentos para prevenção de erros e converter esses comportamentos em hábitos de trabalho; desenvolver programas de análise do que ocasionou o erro (análise do processo); e focar em processos que simplifiquem o trabalho e a documentação de procedimentos.

O termo cultura de segurança do paciente na concepção de Vincent (2009) é usado de várias formas diferentes nas discussões sobre segurança no atendimento médico-hospitalar. Às vezes, a cultura é somente um termo inespecífico, usado para referir-se a uma série de práticas diversas e, ao combiná-las, pode produzir uma abordagem coerente, mas superficial, sobre segurança. Nesses casos, as exigências, as mudanças, nada mais são do que mensagens vazias que retardam a aplicação de ações eficazes. Contudo, ao referir sobre a necessidade de mudar a cultura, reflete uma crença profundamente arraigada e um comprometimento, para que seja mudada a forma como o incidente e a segurança do paciente são abordados, além da convicção de que, se a cultura não mudar nada será mudado.

Ardern (2012) relaciona a cultura de segurança do paciente, às atitudes individuais como organizacional, e afirma que estas influenciam o desenvolvimento de uma cultura de segurança em um local de trabalho. Por conseguinte, cada organização precisa considerar esses aspectos no desenvolvimento e na criação de uma cultura de segurança que se adapte a organização e aos indivíduos. Em um estudo bibliográfico o autor identifica sete fatores como determinantes para caracterizar as organizações que têm uma boa cultura de segurança, sendo apresentados a seguir.

- Compromisso em todos os níveis:

A organização adota segurança e saúde como um valor fundamental e se preocupa com a força de trabalho. A visão da organização é que o local de trabalho deve ser livre de incidentes/acidentes e segurança e saúde estão integrados a cada aspecto do trabalho processo. Esta atitude é evidente em toda a organização desde o diretor ao profissional mais inexperiente.

- Ambiente e Atitudes:

Gestão de risco, segurança e saúde são tratadas como um investimento, não um custo, mas como uma forma de melhorar o desempenho da organização. Segurança e saúde são reportados como parte do processo de desenvolvimento do orçamento.

- Segurança e saúde fazem parte da melhoria contínua:

A segurança e saúde são integradas em toda a organização, tornando-se parte do processo de melhoria contínua, assegurando que a organização pode identificar os incidentes e desenvolver estratégias para resolver e fortalecer o desempenho de segurança.

- Formação e informação são fornecidas para todos:

Os profissionais que recebem informações regulares sobre segurança têm maior probabilidade de estarem atentos às questões de segurança e saúde, e as formas em que as suas ações podem afetar a si e aos outros. As discussões sobre segurança devem permear

todos os níveis hierárquicos que estejam relacionados à assistência, assim como os resultados das ações devem ser comunicados em todos os níveis. Treinamentos devem ser realizados para que tenham conhecimento dos riscos relacionados à segurança do paciente, diminuindo a propensão de poderem causar danos ao paciente. O treinamento deve ser contínuo, podendo ser de várias formas.

- Necessidade de um sistema para análise e prevenção do risco:

Avaliações da cultura de segurança através da percepção dos profissionais podem obter um retrato do estado atual da cultura de segurança da organização de saúde e podem revelar barreiras que estejam impedindo que pessoas possam melhorar seu desempenho e que possam estabelecer uma linha de base para a organização recomeçar.

- Um ambiente livre da cultura punitiva:

A cultura de culpabilidade é por muitas vezes o obstáculo mais difícil de superar no estabelecimento para o alcance de uma cultura de segurança, para que possa se estabelecer à cultura da confiança. Todos na organização devem ser incentivados a realizarem notificações dos incidentes ocorridos, para que possam ser corrigidas as práticas inseguras independentes do nível hierárquico, para que a administração possa ter o conhecimento de fato do que está ocorrendo, e que a força de trabalho possa dizer a verdade, mesmo que não seja o que a gestão queira ouvir. Manter as pessoas em todos os níveis responsáveis pela segurança significa abraçar uma má notícia.

- Organização reconhece o sucesso:

Reconhecimento, recompensas, incentivos, reforço e retroalimentação são importantes. Uma boa cultura de segurança faz valer a pena a todos para manter um estado de consciência independente de o sucesso ser grande ou pequeno na melhoria da segurança do paciente. Cultura de segurança é sobre como melhorar a segurança e a gestão da saúde comum a visão holística de toda a organização e da importância da vida.

Sammer et al. (2010), identificam em seu estudo ampla gama de propriedades da cultura de segurança que foram descritas em sete subculturas definidas como:

- Liderança:

Os líderes reconhecem o ambiente de saúde como ambiente de alto risco e procuram alinhar visão/missão, competência pessoal e fiscal e os recursos humanos.

- Trabalho em equipe:

Um espírito de colaboração e cooperação existe entre os executivos, funcionários e independentes praticantes. As relações são abertas, seguras, respeitadas e flexíveis.

- Baseada em evidências:

Práticas de atendimento ao paciente são baseadas em evidências. Há padronização para reduzir a variação que pode ocorrer em cada oportunidade. Os processos são concebidos para alcançar alta confiabilidade.

- Comunicação:

O ambiente favorece que um membro da equipe, não importando sua função tenha o direito e a responsabilidade de comunicar fatos ocorridos com pacientes.

-Aprendizagem:

O hospital aprende com seus incidentes e procura novas oportunidades de melhoria de desempenho. Aprendizagem é valorizada entre todos os funcionários, incluindo a equipe médica.

- Cultura da não culpabilidade:

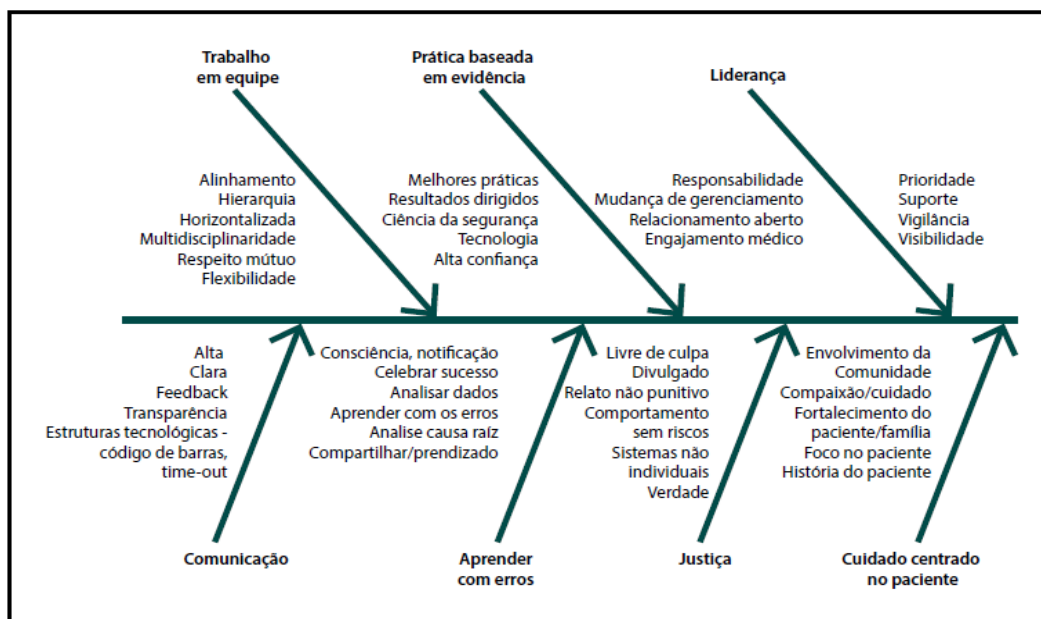
Uma organização que tem como cultura o reconhecimento de erros e falhas no sistema em vez de falhas individuais e, ao mesmo tempo, não se coíbe de que cada profissional seja responsável por suas ações.

-Centrado no paciente:

O cuidado é centrado em torno da paciente e da família. O paciente não é apenas um ativo participante no seu próprio cuidado, mas também atua como um elo entre o hospital e a comunidade.

A figura 1, proposta por Sammer et al. (2010), demonstra a tipologia da cultura de segurança, identificando as propriedades de cada uma das referidas subculturas.

Figura 1 - Tipologia da cultura de segurança.



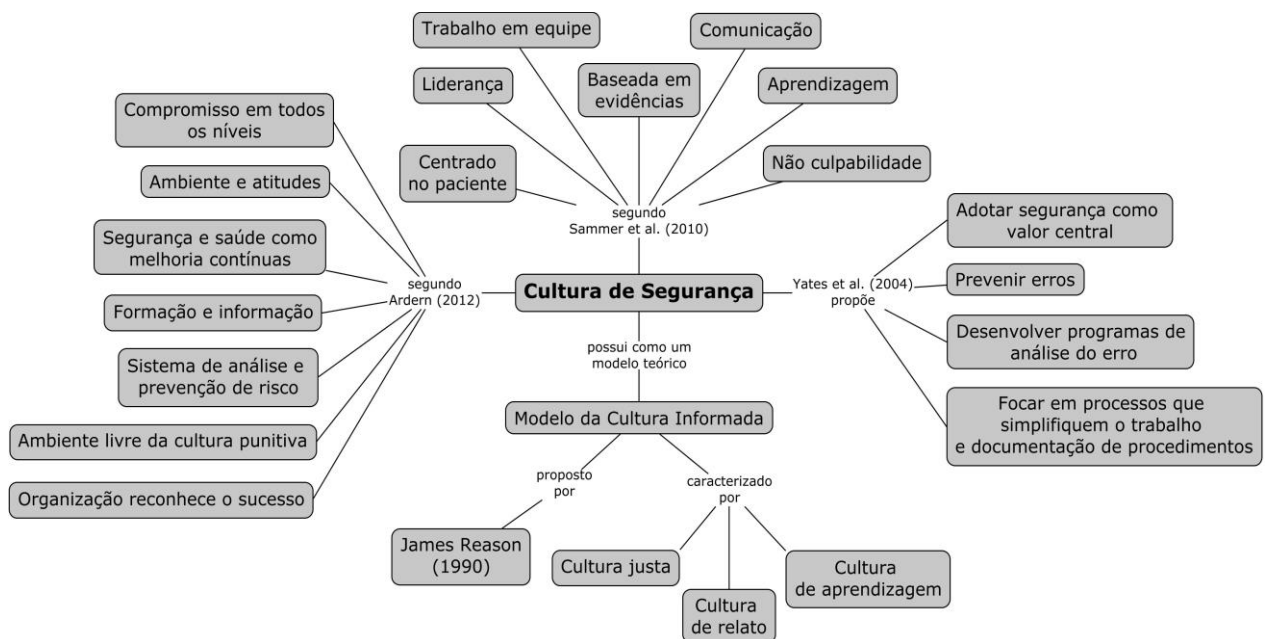
Fonte: Adaptada de: SAMMER et al. (2010).

Nesse contexto, entende-se que implementar a cultura de segurança nas instituições de saúde, pode ter associação direta com a diminuição dos eventos adversos e mortalidade, implicando melhorias na qualidade da assistência à saúde (NAVEH; KATZ-NAVON; STERN, 2005).

Erros acontecem e uma cultura de segurança implica ter a prevenção de erros como prioridade para todos, gestores, lideranças, profissionais e pacientes. A primeira coisa é ter em mente que para haver mudança dos liderados é preciso que a liderança tenha como meta tornar o ambiente de prestação de assistência mais seguro ao assumir que é de alto risco. Sendo de alto risco, o erro é passível de ocorrer. Documentar erros, analisar suas causas sistêmicas, gerar medidas de discussão em equipe sobre o tema, identificar soluções e tecnologias capazes de prevenir sua recorrência de maneira constante e compartilhada com o paciente e a família é o que promove a criação e sustentação de uma cultura de segurança (PETERLINI; SAES, 2014).

Face aos diversos autores e modelos teóricos que abordam a cultura de segurança, optou-se por adotar nesse estudo alguns, que servirão de subsídio teórico científico para a análise posterior dos dados. A figura 2 demonstra esse esquema conceitual síntese.

Figura 2 – Esquema conceitual sobre Cultura de Segurança.



Fonte: Elaborada pela autora.

3.3 Segurança do Paciente: Responsabilidade Legal e Ética dos profissionais de Enfermagem

Quando se discute sobre a qualidade da assistência de enfermagem, como essencial para garantir melhorias ao usuário, é necessário delinear o que se sabe por qualidade da assistência e o que se almeja dos trabalhadores envolvidos no cuidado para atingi-la. O enfermeiro é o profissional que coordena e gerencia todo o processo de assistência a ser desenvolvido em relação ao paciente. O cliente e suas especificidades, suas necessidades e sua recuperação constituem a principal razão da assistência de enfermagem, a qual deve, portanto, ser realizada eficientemente, com comprometimento de quem a desenvolve, garantindo qualidade do cuidado prestado (BARBOSA; MELO, 2008).

A gestão de qualidade no serviço de enfermagem é uma ferramenta que o profissional deve utilizar na sua prática, a qual proporciona excepcional oportunidade de melhoria nas relações interpessoais, onde as necessidades dos clientes devem ser analisadas e atendidas como prioridades do cuidado. Certamente, o aprimoramento da qualidade na assistência envolve vários fatores, dentre eles a capacitação técnica das equipes com vista no comprometimento com as necessidades do paciente e segurança no cuidado (LLAPA-ROFRIGUES et al., 2013).

A segurança do paciente envolve também uma questão ética do cuidado de enfermagem. Analisando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, pode-se refletir sobre a responsabilidade jurídica desses profissionais.

No Código de Ética (COFEN, 2007) é ressaltado que os trabalhadores de enfermagem devem estar aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos. Além disso, algumas responsabilidades e deveres dos profissionais são estabelecidos em relação à segurança do paciente:

Art. 12 – Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 21 – Proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde.

Art. 40 – Posicionar-se contra falta cometida durante o exercício profissional seja por imperícia, imprudência ou negligência.

Atualmente a essência das atividades dos profissionais de saúde se caracteriza cada vez mais por uma multidisciplinaridade, obrigando cada segmento a ser permeável em relação às suas conclusões sobre o estado e o tratamento do paciente. O Enfermeiro vem, cada vez mais, se destacando neste atendimento multiprofissional em serviços de saúde aos pacientes, pelo fato de ser o profissional que está atuando de forma mais direta na coordenação do cuidado. Isto tem acarretado uma exposição maior do seu atuar nos casos em que haja dano ao paciente, no atendimento em saúde que este recebe. Com isto, há possibilidade de ser responsabilizado por seus atos na atuação junto ao paciente, com repercussões legais que podem se situar na área jurídica da responsabilidade civil (SOUZA, 2006).

A situação privilegiada do profissional de enfermagem, próxima ao paciente, como o é de fato, implica assumir, por parte desses profissionais, a liderança nessa matéria e o desenvolvimento e avaliação de estratégias de cuidado inovadoras que garantam a segurança do paciente (QUES; MONTORO; GONZALEZ, 2010).

Coimbra e Cassiani (2001) afirmam que a conscientização da responsabilidade do profissional durante o cuidado não poderá acontecer isoladamente no contexto técnico-científico, pois há uma interação complexa envolvendo o enfermeiro e o indivíduo a ser cuidado. Esta interação imbui a experiência de vida, a responsabilidade ética, moral e profissional do enfermeiro, respeitando-se os direitos legais, culturais e os valores do indivíduo a ser assistido.

O termo “responsabilidade”, juridicamente, é definido como “capacidade de entendimento ético-jurídico e determinação volitiva adequada, que constitui pressuposto penal necessário de punibilidade” (HOLANDA FERREIRA, 1986).

Para que um profissional responda judicialmente a um processo civil, há necessidade de vinculá-lo a uma responsabilidade civil comprovada. Para tanto, é necessária a conjunção de três elementos formadores: uma conduta que pode ser ação ou omissão; um resultado ocasionando um prejuízo moral ou físico e nexo causal - que é a ligação lógica (imaginária) entre a conduta realizada e o resultado final dessa conduta (COIMBRA; CASSIANI, 2001).

3.4 Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família

As ações de saúde que constituem a atenção básica começaram a ser definidos a partir da Conferência de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão (antiga URSS), em setembro de 1978, um marco histórico na organização dos sistemas de saúde, ao introduzir conceitos,

formulações e recomendações de Atenção Primária à Saúde, na conformação de uma rede de sistemas de saúde nestas bases (ABRAHÃO-CURVO, 2010).

A OMS (1978) definiu a APS como:

Atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o País possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do País, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo e atenção continuada à saúde (OMS, 1978).

A partir da conferência, as concepções e as práticas da APS se deram de forma diversificada em todo mundo, sendo que nos países periféricos foi ressonante um tom mais seletivo, passando a designar um pacote de intervenções de baixo custo para controle de determinados agravos, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência de nível de atenção de maior densidade tecnológica. Essa concepção foi fortemente fomentada pelos organismos internacionais, levando a APS a assumir um polo muito mais tecnocrático, com práticas racionalizadas, restrita à cesta de serviços, sendo colocada numa posição antagônica ao Estado de Direito (RODRIGUES et al., 2014).

Segundo Oliveira (2007) Atenção Primária a Saúde foi definida como “...essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade (...) e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar”.

Starfield (2002) defende que para poder oferecer um cuidado em saúde mais amplo e eficaz para a população, o modelo da atenção primária é o mais adequado, pois ao contrário do atendimento fragmentado e subespecializado, a “atenção primária envolve o manejo de pacientes que, geralmente, tem múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos”. Assim a atenção primária deve ser a porta de

entrada ao sistema de saúde, onde o paciente pode ser avaliado não só em relação à enfermidade, mas a dimensão social que envolve o indivíduo, incluindo suas queixas, seu histórico de vida, família, etc.

Para a autora, as principais responsabilidades da atenção primária à saúde são: ser a porta de entrada do serviço, ter longitudinalidade no cuidado (mais conhecida no Brasil como ‘continuidade do cuidado’), integralidade da atenção e manter a interação profissional/paciente e a coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002).

Reconhecendo os processos de estruturação das redes de atenção à saúde como iniciativas que caminham na direção de oferecer um cuidado integral à saúde população, há que se ressaltar a importância desses processos serem alicerçados na valorização e no reconhecimento da APS como instância responsável pelo ordenamento do sistema e pela coordenação do cuidado.

A atenção primária exerce um papel fundamental no atendimento holístico aos usuários, considerando todos os aspectos que influenciam direta ou indiretamente a sua saúde e bem-estar, seja na dimensão social, cultural, econômica, ambiental ou política. Essa característica da APS, fortalecida pela intersetorialidade, permite incidir de forma mais ampla na promoção da saúde das populações.

No Brasil, a estratégia adotada pelo MS para a expansão da APS e, portanto, para a reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS) é a ESF, iniciada em 1994 (BRASIL, 1998).

A ESF tem por objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais. Pretende trabalhar com o modelo da vigilância da saúde, com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, incentivando a participação popular, criação de parcerias intersetoriais e responsabilização da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais (ALVES; AERTS, 2011).

Há boas evidências sobre o papel central da APS na organização de sistemas de saúde públicos e universais que provenha cuidado integral aos seus cidadãos (STARFIELD, 2002), e a ESF é apontada como eixo estruturante da APS no SUS. A atuação das equipes da ESF deve envolver ações e subsidiar políticas de promoção da saúde, ao menos no âmbito local e municipal, onde as análises da realidade social e de saúde são processos de grande valia, uma vez que se espera delas também atuação no território, enfoque familiar e comunitário e abordagem de problemas psicossociais e sócio-sanitários em parcerias com os usuários e outros setores governamentais e não governamentais (TESSER et al., 2011).

As diretrizes da ESF têm como objetivo romper com o comportamento passivo das equipes de saúde e estender as ações de saúde para toda a comunidade. Suas ações são interdisciplinares, sendo as equipes compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários para uma população de, em média, quatro mil pessoas. A equipe também se responsabiliza pela população adstrita em seu território, resgatando os vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre ela e a população, reorganizando a atenção básica e garantindo a oferta de serviços dentro dos princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS (ALVES; AERTS, 2011).

Esses progressos inquestionáveis na estrutura organizacional da estratégia, no processo de consolidação do SUS, também vêm viabilizando o seu fortalecimento e o da qualificação das equipes de saúde como os principais pontos de pauta nas inúmeras discussões relacionadas à organização da atenção básica no Brasil (SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007).

As mudanças operadas no sistema de saúde brasileiro, direcionadas para a reorientação dos serviços e práticas de saúde, a partir da criação e oficialização de propostas mais integrais, inclusivas e universalizantes, voltadas para a atenção e promoção à saúde da população como um todo, fizeram com que a ESF se configurasse como uma modalidade inovadora e promissora de organização do modelo de atenção, alcançando, em poucos anos, maturidade como alternativa de estruturação da política pública de saúde e potencialidade para mudar o paradigma da assistência (COSTA; MIRANDA, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e abordagem do estudo

O estudo utilizou uma abordagem qualitativa, sendo de natureza descritiva e exploratória.

O método qualitativo é o que melhor se aplica à busca de respostas dentro do estudo da história, relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produto das interpretações que os homens fazem a respeito de sua cultura, comportamentos, sentimentos e ideias (MINAYO, 2014).

Um segundo aspecto distinto desse tipo de abordagem, e um de seus pontos-chave, é que ela estuda as pessoas em seus ambientes naturais em vez de ambientes artificiais ou experimentais. Ela tenta interpretar os fenômenos sociais em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem, em função disso é comumente referida como pesquisa interpretativa (POPE; MAYS, 2009).

A pesquisa qualitativa não convém a todos os temas de pesquisa possíveis e tem a utilidade e a superioridade metodológica em determinadas situações, principalmente quando:

- A pesquisa não pode ser realizada de modo experimental, por razões práticas ou éticas;
- A pesquisa tem por objetivos aprofundar processos ou fenômenos complexos;
- A pesquisa comporta variáveis pertinentes, que não tenham ainda sido delimitadas;
- A pesquisa pretende explorar em um momento e onde os políticos, o bom senso popular e a prática malogram;
- A pesquisa se refere a sociedades desconhecidas ou estruturas inovadoras;
- A pesquisa se refere aos processos organizacionais, suas ligações informais e não-estruturadas;
- A pesquisa se refere aos objetivos organizacionais reais, por oposição àqueles que são pretendidos (DESLAURIERS; KÉRISIT 2008, p. 129-130).

As mudanças sociais que vêm surgindo de forma acelerada e a consequente diversificação das esferas da vida cotidiana, levam a pesquisa social a enfrentar novos contextos e perspectivas sociais (FLICK, 2009). Desta forma as pesquisas estão cada vez mais obrigadas a lançarem mão das estratégias indutivas, ou seja, em vez de partir para teorias e testá-las, são necessários “conceitos sensibilizantes” para a abordagem dos contextos sociais a serem estudados.

Ao se indicar a natureza descritiva do estudo, Deslauriers e Kérisit (2008) colocam a questão dos mecanismos e dos atores (o “como” e o “que” dos fenômenos) por meio da precisão dos detalhes, fornecendo informações contextuais que poderão servir de base para outras pesquisas de natureza explicativa.

A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Ao final da pesquisa será possível conhecer mais sobre aquele assunto (GIL, 2008). Optou-se por essa natureza de pesquisa para que se tenha maior exploração do objeto de estudo, tentando investigá-lo minuciosamente.

4.2 Cenário do estudo

Os cenários do estudo foram seis Centros de Saúde da Família (CSF) do município de Sobral, especificamente dos bairros Junco, Terrenos Novos, Tamarindo, Vila União, Pedrinhas e do distrito de Jaibaras. A partir de um universo de 63 equipes distribuídas em 35 CSF, procurou-se contemplar uma amostra significativa, embora intencional de unidades de saúde, abrangendo unidades de regiões centrais do município (Junco, Tamarindo e Pedrinhas), de regiões mais periféricas (Terrenos Novos I e Vila União) e de área rural (Jaibaras). Neste sentido, permite-se uma variabilidade de profissionais com usuários de diferentes perfis e distintas realidades.

A cidade de Sobral encontra-se situada na região noroeste do Estado do Ceará, distando de Fortaleza, capital do Estado, 224 km. É constituída por onze distritos, com uma área territorial de 1.729 Km², equivalente a 1,45% do território estadual. Dispõe de uma população de 199.750 habitantes, de acordo com o censo de 2010 (IBGE, 2010).

Limita-se ao Norte com os Municípios de Meruoca, Massapê, Santana do Acaraú e Alcântaras. Ao Sul com os Municípios de Forquilha, Santa Quitéria, Groaíras e Cariré; a Leste com, Mirafima, Irauçuba e Canindé e a Oeste com Coreaú e Mucambo (SOBRAL, 2009, p.14).

Sobral é a sede da macrorregião de saúde composta por 55 municípios, que estão distribuídos em cinco regiões de saúde, sendo elas: 11^a Região de Saúde – Sobral, 12^a Região de Saúde – Acaraú, 13^a Região de Saúde – Tianguá, 15^a Região de Saúde – Crateús, 16^a Região de Saúde – Camocim.

A construção do Sistema Municipal de Saúde de Sobral, enquanto um conjunto de serviços coordenados por gestão local, com área geográfica definida e metas para melhoria da situação de saúde da população iniciou-se em 1997. O primeiro passo foi a realização de um

diagnóstico de saúde do município com base em dados secundários, logo em seguida, a realização de um Seminário de Planejamento Estratégico Participativo, organizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município. O modelo de atenção à saúde do município está organizado com base nos princípios e diretrizes do SUS. A concepção de saúde adotada em Sobral é abrangente e positiva, não se limitando à atuação do setor saúde, mas requerendo o exercício de práticas intersetoriais e interdisciplinares, construídas a partir da contribuição de diferentes atores e áreas do conhecimento. Os serviços de APS são estruturados com base na Estratégia Saúde da Família desde 1997 (ANDRADE et al., 2004).

Atualmente, são 63 equipes de Saúde da Família (eSF), 40 equipes de Saúde Bucal (eSB), 06 de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 03 equipes de atenção domiciliar. As equipes atuam em 35 CSF e garantem uma cobertura de 100% da ESF na sede e distritos de Sobral.

4.3 Período do estudo

Por tratar-se de uma dissertação de mestrado, este estudo foi desenvolvido durante o período de março de 2015 a abril de 2017, incluindo todas as suas etapas.

4.4 Participantes do estudo

Os participantes deste estudo foram selecionados de forma intencional, constituindo assim, uma amostra intencional ou de seleção racional ou ainda por tipicidade (RICHARDSON et al., 1999, p. 161; MARCONI; LAKATOS, 2001, p. 108), na qual elementos que formam a amostra relacionam-se intencionalmente de acordo com certas características estabelecidas no plano e nas hipóteses formuladas pelo pesquisador. Desse modo, considerando a importância de investigar o objeto de estudo nas distintas realidades de atuação da Atenção Primária à Saúde, e assim se configura esta pesquisa, a amostra intencional apresenta-se como representativa do universo.

A amostragem intencional é baseada no pressuposto de que o conhecimento do pesquisador sobre a população a ser estudada pode ser usado para pinçar os casos a serem incluídos na amostra. Conforme Polit, Beck, Hungler, (2004, p. 229), o pesquisador pode decidir selecionar, propositalmente, a maior variedade possível de respondentes, ou escolher sujeitos que sejam considerados típicos da população em questão, ou ainda particularmente conhecedores do assunto em estudo.

A escolha deste tipo de amostragem justifica-se como aponta Pires (2008, p. 154), por ser próprio da pesquisa qualitativa, de ser flexível e *descobrir-construir* seus objetos, à medida que a pesquisa progride. Consequentemente, a amostra pode sofrer modificações no decorrer do processo, em relação ao delineamento do estudo. Da mesma forma, é difícil, ou mesmo impossível descrever o procedimento de amostragem sem fazer referência ao projeto de construção progressiva do objeto como um todo, portando existe um componente razoavelmente grande de *imprevisibilidade*.

Pelas razões apontadas, a escolha dos participantes do estudo está distribuída da seguinte maneira:

- 1 enfermeiro e 2 técnicos de enfermagem do CSF Junco;
- 1 enfermeiro e 2 técnicos de enfermagem do CSF Terrenos Novos I;
- 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem do CSF Vila União;
- 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem do CSF Tamarindo;
- 1 enfermeiro e 2 técnicos de enfermagem do CSF Pedrinhas;
- 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem do CSF Jaibaras.

Sendo assim, os participantes do estudo totalizaram 15 profissionais, sendo 06 enfermeiros e 09 técnicos de enfermagem. Os critérios de inclusão utilizados para selecionar os sujeitos do estudo foram: ser enfermeiro assistencial, pertencente à equipe da ESF do município de Sobral e estar, no mínimo, há seis meses atuando no serviço; Ser Técnico de Enfermagem, pertencente à equipe da ESF do município de Sobral e estar, no mínimo, há seis meses atuando no serviço.

4.5 Técnicas para coleta de dados

Para proceder à coleta de dados foi feita uma pesquisa documental, entrevista semiestruturada e a observação não participante, configurando-se em um desenho metodológico denominado *triangulação*.

A triangulação de dados significa coletar dados em diferentes períodos e de fontes distintas de modo a obter uma descrição mais rica e detalhada dos fenômenos. A triangulação pode combinar métodos e fontes de coleta de dados qualitativos e quantitativos (entrevistas, questionários, observação e notas de campo, documentos, além de outras), assim como diferentes métodos de análise dos dados. Seu objetivo é contribuir não apenas para o exame do fenômeno sob o olhar de múltiplas perspectivas, mas também enriquecer a compreensão,

permitindo emergir novas ou mais profundas dimensões. Ela contribui para estimular a criação de métodos inventivos, novas maneiras de capturar um problema para equilibrar com os métodos convencionais de coleta de dados (AZEVEDO et al., 2013).

De acordo com Gaskell e Bauer (2010), a estratégia da triangulação é um modo de institucionalização de perspectivas e métodos teóricos, buscando reduzir as inconsistências e contradições de uma pesquisa.

4.5.1 Pesquisa documental

Como um dos métodos para a coleta das informações foi realizada uma pesquisa documental que ocorreu mediante a busca de materiais que discutem sobre a Segurança do Paciente, empregando fontes primárias, sendo eles os manuais, protocolos e documentos sobre segurança do paciente elaborados pela secretaria municipal de saúde onde se situa o cenário da pesquisa. Esta etapa tentou investigar a existência de evidências acerca da temática em estudo, de forma a serem explorados e interpretados segundo os objetivos propostos pela pesquisa.

Segundo Lakatos e Marconi (2010) a característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Utilizando essas variáveis – fontes escritas ou não; fontes primárias ou secundárias; contemporâneas ou retrospectivas – podemos apresentar um quadro que auxilia a compreensão do universo da pesquisa documental.

Portanto, a pesquisa documental emprega fontes primárias, assim considerados os materiais compilados pelo próprio autor do trabalho, que ainda não foram objeto de análise e que ainda podem ser reelaborados de acordo com os propósitos da pesquisa.

A investigação documental foi feita por meio da abordagem à coordenação da Atenção Primária à Saúde do município e às gerências dos CSF incluídos no estudo, durante visitas realizadas *in locu* para a busca dos materiais, porém, ao final, não foram encontrados documentos, protocolos ou manuais produzidos e/ou utilizados pelos participantes no processo de gestão ou assistência ao paciente.

4.5.2 Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada foi outra técnica utilizada para coletar os dados, sendo aplicada aos sujeitos a partir de um roteiro construído para captar o conhecimento desses

profissionais acerca das práticas que envolvem a segurança do paciente dentro da sua atuação na Estratégia Saúde da Família (APÊNDICE A). Esta fase da pesquisa compreendeu a abordagem dos profissionais de saúde enfermeiros e técnicos de enfermagem que desempenham suas atividades nas unidades de saúde em estudo. Dessa forma, foram entrevistados um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem de cada CSF.

A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Lakatos e Marconi (2010) ainda afirmam que a preparação para a entrevista é uma etapa importante da pesquisa: requer tempo (o pesquisador deve ter em mente de forma clara a informação de que necessita) e exige algumas medidas como: deve ser planejada, tendo em vista o objetivo a ser alcançado; deve ser marcada com antecedência a hora e o local para assegurar-se de que será recebido; deve-se garantir ao entrevistado o segredo de suas confidencialidades e de sua identidade; deve ser organizado um roteiro ou formulário com as questões importantes.

As entrevistas semiestruturadas são conduzidas com base em uma estrutura flexível, consistindo em questões abertas que definem a área ser explorada, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou a pessoa entrevistada podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou respostas em maiores detalhes (POPE; MAYS, 2009, p.24).

Pope e Mays (2009) afirmam ainda que os entrevistadores qualitativos devem tentar ser interativos e sensíveis à linguagem e aos conceitos usados pelo entrevistado, devem ir além da superfície do tópico que está sendo discutido e explorar o que as pessoas dizem de forma detalhada. Para mais, essas entrevistas precisam ser registradas por meio de anotações feitas na hora, feitas posteriormente ou por gravação em áudio.

Cumpramos ressaltar que as orientações destacadas na literatura foram seguidas nesta pesquisa, a fim de facilitar o processo de aplicação das entrevistas e tornar as informações mais fidedignas possíveis. Todas as entrevistas foram gravadas em meio digital de voz e posteriormente transcritas na íntegra. Lakatos e Marconi (2010) confirmam que o uso do gravador é ideal, se o informante concordar com a sua utilização.

4.5.3 Observação não participante

Foi necessário ainda observar as atitudes e práticas dos enfermeiros e técnicos de enfermagem durante seu processo de trabalho, a fim de identificar ações exercitadas durante o seu fazer, além de observar a organização e funcionamento do próprio serviço, e assim tornar mais fidedignas as informações. Para isso empregou-se a técnica de observação não participante. A observação foi guiada por um roteiro com itens que buscam identificar ações e atitudes que evidenciam os aspectos e características de uma prática de cultura de segurança do paciente no processo de trabalho dos profissionais e de organização da instituição (APÊNDICE B).

Todos os participantes do estudo compuseram o rol de observações. Foram observados dois turnos de atividades de cada categoria profissional. Nesse sentido foi observado um enfermeiro em cada CSF, um técnico de enfermagem em três CSF e dois técnicos de enfermagem em três CSF, neste último caso foi observado dois devido à necessidade de abranger diferentes processos de atuação, pois em algumas unidades esse profissional sempre atua no mesmo processo. Desse modo, foi possível realizar observação nos seguintes momentos:

- Observações aos Enfermeiros:
 - Enfermeiro do CSF Junco: Puericultura (2 horas), pré-natal (2 horas) e atendimento de enfermagem (4 horas).
 - Enfermeiro do CSF Terrenos Novos I: Atendimento de enfermagem (8 horas).
 - Enfermeiro do CSF Vila União: Acolhimento (8 horas).
 - Enfermeiro do CSF Tamarindo: Atendimento de enfermagem (6 horas) e grupo de idosos (2 horas).
 - Enfermeiro do CSF Pedrinhas: Atendimento de enfermagem (8 horas).
 - Enfermeiro do CSF Jaibaras: Atendimento de enfermagem (8 horas).
- Observações aos Técnicos de Enfermagem:
 - 1º Técnico de Enfermagem do CSF Junco: Coleta de sangue (1 hora) e Sala de procedimentos (3 horas).
 - 2º Técnico de Enfermagem do CSF Junco: Sala de vacina (4 horas).
 - 1º Técnico de Enfermagem do CSF Terrenos Novos I: Sala de vacina (4 horas).
 - 2º Técnico de Enfermagem do CSF Terrenos Novos I: Sala de procedimentos (4 horas).
 - Técnico de Enfermagem do CSF Vila União: Sala de procedimentos (3 horas) e coleta de sangue (1 hora).

- Técnico de enfermagem do CSF Tamarindo: Sala de procedimentos (4 horas) e sala de vacina (4 horas).
- 1º Técnico de Enfermagem do CSF Pedrinhas: Sala de procedimentos (4 horas).
- 2º Técnico de Enfermagem do CSF Pedrinhas: Sala de observação (4 horas).
- Técnico de Enfermagem do CSF Jaibaras: Sala de procedimentos (4 horas) e Sala e observação (4 horas).

É válido ressaltar que, além das observações feitas às atividades e ao processo de trabalho dos profissionais, também foram observadas a organização, funcionamento, existência de normas, sistemas, rotinas, dentre outros processos do serviço.

No momento das observações foi feito um diário de campo para facilitar uma memória posterior. Autores dizem que anotações ou rascunhos iniciais para registrar eventos-chave, citações e impressões servem como lembrete para anotações de campo completas que deveriam ser redigidas logo que possível após o período de observação (POPE; MAYS, 2009 p.50).

Os diários ou notas de campo têm sido utilizados por pesquisadores para relatar de forma escrita àquilo que é visto, ouvido, experienciado e pensado no decurso da coleta de dados do estudo qualitativo (BOGDAN, BIKLEN, 1994, p. 150). Deslandes (2007) afirma que o diário de campo consiste em um instrumento para o registro de informações que emergem do trabalho de campo e que posteriormente serão utilizadas pelo pesquisador ao fazer a análise dos dados.

No método observacional o pesquisador sistematicamente acompanha as pessoas e eventos para observar os comportamentos e relacionamentos cotidianos. Um benefício desses métodos é que eles oferecem um modo relativamente rápido de coletar informações e ainda permite desvendar a afirmação– não podemos ter certeza de que o que as pessoas dizem que fazem é o que elas realmente fazem (POPE; MAYS, 2009 p.45).

Na observação não participante, o pesquisador toma contato com a comunidade, grupo ou realidade estudada, mas sem integrar-se a ela: permanece de fora. Presencia o fato, mas não participa dele; não se deixa envolver pelas situações; faz mais o papel de expectador. Isso, porém, não quer dizer que a observação não seja consciente, dirigida, ordenada para um fim determinado. O procedimento tem caráter sistemático (LAKATOS; MARCONI, 2010, p.176).

Como observador total, o pesquisador não comunica aos grupos que está estudando o fato de que os está observando e não se envolve com a vida dos seus interlocutores. Esta é uma estratégia raramente usada de forma pura, tendo papel complementar em relação a outras

iniciativas de campo, como no caso desse estudo em que serão utilizados mais de um método de coleta de dados (MINAYO, 2014).

Acredita-se que a combinação desses três métodos para coleta dos dados tornou as informações mais ricas e valiosas, a fim de que seja feita uma análise e reflexão criteriosa do objeto de estudo.

4.6 Técnica para análise dos dados

As informações obtidas na fase de coleta de dados, compreendendo a pesquisa documental, as entrevistas e a observação não participante, foram organizadas e analisadas por meio da Técnica de Análise de Conteúdo.

A análise de conteúdo é um *conjunto de técnicas de análise das comunicações*. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (BARDIN, 2011, p. 37).

Bardin (2011, p. 44) afirma ainda que esta técnica utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).

A análise de conteúdo, como técnica de tratamento de dados, possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo (MINAYO, 2014).

Triviños (1987, p. 159) acrescenta que ao lado do estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências, a análise de conteúdo desvenda as ideologias que podem existir nos dispositivos legais, princípios, diretrizes, que à simples vista não se apresentam com a devida clareza.

Conforme Bardin (2011), as diferentes fases da análise de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

- Pré - Análise – É a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de

maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Nesta etapa é feita a escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. O investigador deve se perguntar sobre as relações entre as etapas realizadas e elaborar alguns indicadores que o orientem na compreensão do material e na interpretação final. Podemos decompor a pré-análise nas sub-etapas da *leitura flutuante*, que consiste em um contato direto e intenso com o material de campo. A dinâmica entre as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais capaz de ultrapassar a sensação de desorganização inicial. A *constituição do corpus* diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, o que deve responder a algumas normas de validade qualitativa: exaustividade, que implica no material contemplar todos os aspectos levantados no roteiro; representatividade, que ele tenha as características essenciais do universo de estudo pretendido; homogeneidade, que tenham sido obedecidos os critérios de escolha dos temas tratados, as técnicas empregadas e os atributos dos sujeitos pesquisados e pertinência que atribui aos documentos analisados adequabilidade às respostas fornecidas aos objetivos do trabalho. A *formulação e reformulação de hipóteses e objetivos* é o processo que consiste na retomada da etapa exploratória tendo como parâmetro da leitura exaustiva do material as indagações iniciais. Ao se falar em reformulação de hipóteses, abre-se a possibilidade de correção de rumos interpretativos ou novas indagações. Ainda durante esta fase, determinam-se as unidades de registro, as unidades de contexto, os recortes, a forma de categorização a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

- Exploração do Material – Se as diferentes operações da pré-análise forem convenientemente concluídas, a fase de análise propriamente dita não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas. Quer se trate de procedimentos aplicados manualmente ou de operações efetuadas por computador, o decorrer do programa completa-se mecanicamente. Esta fase consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.
- Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação – Os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (“falantes”) e válidos. Operações estatísticas simples ou mais complexas permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise.

A reflexão e a intuição embasadas nos materiais empíricos estabelecem relações com a realidade social ampla, aprofundando as conexões das ideias chegando às propostas básicas de transformação nas estruturas específicas e gerais. Na interação dos materiais dentro do tipo de pesquisa proposto, não é possível deter a atenção apenas no *conteúdo manifesto* dos documentos.

Outras etapas do método de análise de conteúdo explicitadas por Bardin (2011) incluem a codificação e a categorização. A codificação corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão; suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices. A categorização é a classificação dos elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos.

4.7 Aspectos éticos e legais do estudo

Foram respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL, 2012b).

De acordo com a resolução este estudo incorporou os referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012b).

Todos os participantes foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades, garantindo seu consentimento livre e esclarecido (BRASIL, 2012b). Para isso, todos assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), para que a liberdade de escolha em participar ou não da pesquisa fosse respeitada e registrada. Foi garantido ainda que todas as informações obtidas sejam mantidas em sigilo e utilizadas apenas para os fins da pesquisa.

Foi garantida a autonomia dos participantes em todo o decorrer do estudo, sendo-lhes dado direito de decidir participar ou não, desistir em qualquer momento caso necessário, buscando haver um entendimento sobre a finalidade da pesquisa por parte dos sujeitos pesquisados.

A pesquisa deve trazer beneficência para os sujeitos envolvidos, pois objetiva o bem do paciente, minimizando os danos e riscos, comprometendo-se com o máximo de benefícios, além de divulgar os resultados às equipes da ESF ao finalizar a pesquisa. Quanto a não maleficência, há garantia de que danos previsíveis serão evitados.

Objetivando justiça e equidade, certamente haverá relevância social na pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos envolvidos e minimização do ônus para os vulneráveis, garantindo a igual consideração dos interesses e não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária.

A realização da pesquisa foi autorizada pela Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral, e foi submetida para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com aprovação pelo parecer nº 1.484.252 e CAAE nº 49134415.5.0000.5053.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Descrevendo os cenários do estudo

Neste subcapítulo serão apresentados os cenários da pesquisa, com informações obtidas a partir das observações de campo feitas na etapa de coleta de dados.

5.1.1 Caracterização do Centro de Saúde da Família Junco

O Centro de Saúde da Família do Junco, como é conhecido, abriga três eSF e acompanha aproximadamente 6.239 famílias, correspondendo a 23.243 pessoas. O atual prédio foi inaugurado em 2001, com o nome de CSF Dr. Estevam Ferreira da Ponte, localizado vizinho ao prédio da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia.

A estrutura é ampla, constituindo-se de recepção, sala de educação em saúde, Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), sala da gerência, sala para marcação de consultas, farmácia, sala de coleta de exames, sala para aferição de sinais vitais, sala de observação, sala de vacinas, sala de procedimentos, sete consultórios onde atendem os médicos e enfermeiros da unidade, um consultório odontológico, copa, lavanderia, sala de esterilização, almoxarifado, lavanderia, três banheiros para usuários, dois banheiros para profissionais e expurgo.

A unidade de saúde é ajardinada e ampla, com boas condições de iluminação e ventilação, tanto nos espaços comuns, quanto nos consultórios. À frente dos consultórios existem cadeiras para os pacientes aguardarem atendimento. Na recepção encontra-se um quadro onde são exibidos os indicadores de saúde das equipes a cada mês. Há ainda rampas de acesso aos portadores de limitações físicas, atendendo às exigências de humanização no atendimento.

A unidade de saúde possui atualmente o seguinte quadro de funcionários: uma gerente, três médicos, três enfermeiros, dois dentistas, quatro auxiliares de enfermagem, trinta e três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cinco agentes administrativos, dois atendentes de farmácia, três auxiliares de consultório dentário, uma farmacêutica, três auxiliares de serviços gerais e quatro vigilantes. Também possui apoio de uma equipe do NASF com profissionais das categorias de serviço social, educação física, nutrição, farmácia, fisioterapia e terapia ocupacional, além de residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

5.1.2 Caracterização do Centro de Saúde da Família Pedrinhas

O CSF do Bairro Pedrinhas atualmente possui duas equipes de Saúde da Família que acompanham, aproximadamente, 11000 pessoas.

A estrutura física é pequena, composta apenas por SAME, quatro consultórios onde são organizados os atendimentos de médicos, enfermeiros e um para atendimento odontológico, sala de vacina, sala de procedimentos, banheiros e copa.

A unidade de saúde possui um quadro de funcionários composto por 31 profissionais, sendo um gerente, três enfermeiros, dois médicos, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, um dentista, nove ACS e dois auxiliares de serviços gerais.

5.1.3 Caracterização do Centro de Saúde da Família Terrenos Novos I

Unidade de Saúde que atualmente abriga três equipes da ESF do bairro Terrenos Novos. Iniciou suas atividades em 1997 em uma creche desativada e adaptada, com quatro equipes da ESF. A partir de 2002 as equipes mudaram-se para um prédio projetado para funcionar como Centro de Saúde da Família Everton Francisco Mendes Mont'Alverne. Em 2016 as equipes foram divididas em CSF Terrenos Novos I e Terrenos Novos II, ficando o CSF Terrenos Novos I atendendo três eSF.

A estrutura constitui-se de uma ampla área de espera bem iluminada e ventilada, com recepção, farmácia, sala de marcação de consultas. Nesta área de espera existe um espaço para ajardinamento e algumas obras de arte de artistas locais. Também nessa área encontra-se um quadro de indicadores de saúde onde são registrados os dados das equipes. Existem cadeiras para a espera dos pacientes.

Outros espaços da unidade são a sala de observação de pacientes, oito consultórios onde atendem médicos e enfermeiros, um consultório dentário, uma sala para o NASF, sala de procedimentos onde se realizam curativos, retirada de pontos, administração de medicamentos, pequenas cirurgias e verificação de sinais vitais. Também dispõe de uma sala de vacinas, sala para nebulização, onde também é realizada a coleta de material para exames em dias determinados, copa, cozinha, lavanderia e sala de esterilização. Nas áreas comuns existem banheiros para o uso dos pacientes.

Os consultórios possuem maca para exames, mesa e cadeira para os profissionais e pacientes; pia com sabão e toalha para a higienização das mãos e armário para guardar equipamentos.

Atualmente, trabalham uma gerente, dois médicos, quatro enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, dezenove ACS, dois dentistas, dois auxiliares de saúde bucal quatro agentes administrativos, três auxiliares de serviços gerais e cinco vigilantes. Além disso, as equipes contam com o apoio dos profissionais do NASF, sendo um nutricionista, um assistente social, um psicólogo, um profissional de educação física e um fisioterapeuta.

5.1.4 Caracterização do Centro de Saúde da Família Vila União

O CSF do bairro Vila União denominado Dr. Antônio de Pádua Neves foi inaugurado em 2009. Possui, atualmente, duas eSF e 3.175 famílias cadastradas, totalizando um número de 12.700 pessoas.

A estrutura física do CSF inclui: quatro consultórios (1 ginecológico e 2 com banheiros), um consultório odontológico, sala de vacina, sala de marcação de consultas, uma farmácia, sala de procedimentos (utilizada também como sala de observação com 1 leito e coleta de exames), sala de nebulização, copa, expurgo, sala de esterilização, depósito de material de limpeza e dois banheiros para usuários (masculino e feminino).

A equipe do CSF é composta por três enfermeiras, dois médicos, quatro técnicos de enfermagem, onze ACS, quatro auxiliares administrativos, um auxiliar de farmácia, um auxiliar de saúde bucal, três auxiliares de serviços gerais e quatro vigilantes. O CSF recebe o apoio dos profissionais do NASF, sendo das categorias de terapia ocupacional, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e farmacêutico.

5.1.5 Caracterização do Centro de Saúde da Família Tamarindo

O Centro de Saúde da Família Tamarindo possui duas equipes da ESF, atendendo, aproximadamente, 4443 pessoas.

A estrutura da unidade de saúde compõe-se por SAME, sala de vacina, sala de procedimentos, sala de reuniões, farmácia, dois consultórios médicos, um consultório de enfermagem, uma sala para gerência, um consultório odontológico, dois banheiros para usuários e quatro consultórios com banheiros.

A equipe de trabalho é composta por um gerente, dois médicos, três enfermeiras, um dentista, três técnicos de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, uma funcionária para marcação de consultas, três auxiliares administrativos, quatro vigias, dois auxiliares de serviços gerais e um office boy.

5.1.6 Caracterização do Centro de Saúde da Família Jaibaras

O Centro de Saúde da Família do distrito de Jaibaras iniciou suas atividades em 1997 na estrutura de unidade de saúde especialmente criada para esse fim, na zona rural do distrito de Jaibaras, município de Sobral.

A estrutura da unidade compõe-se de sala para nebulização, farmácia, SAME, sala de vacinas, sala para educação em saúde e reuniões. Possui ainda quatro consultórios onde atendem médicos e enfermeiros, um consultório odontológico, sala para curativos, sala para observação de pacientes, copa, lavanderia, despensa, expurgo e sala de esterilização.

A unidade de saúde possui como apoio um anexo, denominada barragem, onde também acontecem atendimentos e ações pela equipe de saúde da família.

As equipes do CSF e do anexo são compostas por um gerente, dois médicos, quatro enfermeiros, nove técnicos de enfermagem, dezessete agentes comunitários de saúde, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, seis agentes administrativos, três auxiliares de serviços gerais e oito vigilantes. Além desses, seis profissionais do NASF integram a equipe de saúde da família de Jaibaras, incluindo assistente social, farmacêutico, nutricionista, psicólogo e fisioterapeutas. Atualmente, o NASF também presta apoio ao CSF, com as categorias de assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e farmacêutico.

5.2 Caracterização dos participantes do estudo

A caracterização dos participantes do estudo é apresentada a seguir, de acordo com o perfil de sexo, categoria profissional, tempo de atuação como profissional da categoria, tempo de atuação na unidade de saúde, carga horária de trabalho semanal e contato com o paciente.

Quadro 3 – Perfil dos participantes do estudo. Sobral, Ceará, 2017.

VARIÁVEL		N
Sexo	Masculino	2
	Feminino	13
	Não informado	0
Categoria profissional	Enfermeiro	6
	Técnico de Enfermagem	9
	Não informado	0
Tempo de atuação na unidade de saúde	De 6 meses a 1 ano	3
	De 2 a 5 anos	9
	De 6 a 10 anos	0
	De 11 a 30 anos	1
	Acima de 30 anos	0
	Não informado	2
Carga horária de trabalho semanal	20 horas	0
	40 horas	15
	Não informado	0
Contato com paciente	Sim	15
	Não	0

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se no quadro 3 que a maioria dos participantes do estudo são do sexo feminino (13), demonstrando a predominância ainda existente do gênero na categoria da enfermagem, sem querer delimitar papéis fixos de gênero na classe, mas levantando uma reflexão culturalmente construída ao longo dos tempos desde a constituição da enfermagem como profissão. Batalha (2012) afirma que a profissão de enfermagem, desde o seu início, foi desempenhada em sua maioria por mulheres, e essa característica mantém-se na atualidade.

Dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) apontam que os profissionais de enfermagem são majoritariamente do sexo feminino, em concordância com os resultados desta pesquisa (COFEN, 2011).

Ao analisar a categoria profissional observa-se a predominância de técnicos de enfermagem (9), considerando que durante a técnica de observação foi necessária a abordagem de uma maior quantidade desses profissionais para abranger diversidade de atividades desenvolvidas por eles, visto que cada técnico de enfermagem no CSF é responsável por uma única atividade específica no seu período de trabalho.

Quanto ao tempo de atuação, a maioria dos profissionais atua há menos de cinco anos na instituição (12). Tal dado pode ter justificativa na característica do cenário da pesquisa, visto tratar-se de serviços onde grande parte da contratação dos funcionários é feita por meio de seleções temporárias, o que não permite ao profissional estabilidade, e conseqüentemente aumenta a rotatividade. É válido ressaltar que esses dados têm relação direta com o objeto desse estudo, assim como cita Ferreira (2014), que o vínculo frágil e instável põe em risco a continuidade do trabalho na saúde e da assistência ao paciente.

Ressalta-se também o fato de grande parte desses profissionais atuarem de 2 a 5 anos na unidade de saúde (9), possuindo um tempo de serviço que possibilita conhecer a cultura organizacional, a sua missão, valores e visão.

Evidencia-se ainda que todos os profissionais tem carga horária semanal de 40 horas de trabalho e realizam atividades que requerem contato direto com os pacientes.

5.3 Análise da Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

As informações obtidas por meio das entrevistas, observações e investigação documental foram os componentes para a análise temática, tendo como objetivo analisar a cultura de segurança do paciente existente entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde de Sobral, Ceará.

Para elaboração do material, inicialmente as entrevistas foram transcritas e lidas na íntegra e as notas de campo da observação não participante foram lidas e organizadas para o início da pré-análise, constituindo a primeira etapa na Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Nesse momento foi realizada a leitura flutuante de todo o material, objetivando formular hipóteses e identificar as informações utilizáveis para a pesquisa, ou seja, aquelas que atendessem aos objetivos propostos inicialmente. É válido ressaltar que esses objetivos são resgatados ao longo da trajetória do estudo, a fim de nortear a análise das informações e alcança-los de forma mais fidedigna. Essa primeira etapa permitiu a obtenção das informações úteis ao processo de análise.

Seguindo, foi realizada a exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, tornando os dados válidos e significativos para a posterior categorização. Dessa forma, buscou-se agrupar conteúdos similares, correlacionando o material empírico com o científico/teórico. Este último foi baseado nos conceitos de cultura de segurança abordados no capítulo de referencial teórico sobre Cultura de Segurança do Paciente e na literatura vigente sobre o tema.

Conforme Bardin (2011), as variáveis empíricas emergem dos dados do texto. O grau de estranheza (ideologia) e o conflito (vivido) são as variáveis construídas, constituindo-se o material teórico.

Ao final, resultou-se no seguinte consolidado de categorias: Conhecimento dos profissionais sobre Segurança do Paciente; Educação permanente sobre Segurança do Paciente; Percepção dos profissionais sobre os incidentes na Atenção Primária à Saúde; Atitudes dos profissionais para lidar com os erros; Responsabilidade e comprometimento com a Segurança do Paciente; Clima de trabalho em equipe; Comprometimento da gerência quanto à segurança; Satisfação no trabalho; Envolvimento do paciente e da família no cuidado.

Diante disso, serão apresentadas as falas dos profissionais entrevistados, confrontadas com as observações realizadas nos cenários da pesquisa e a busca documental, conforme o desenho da triangulação, e discutidas com base na literatura sobre a temática.

Para fins de identificação dos discursos, os enfermeiros entrevistados serão intitulados Enfermeiro 1, Enfermeiro 2 e assim sucessivamente; Assim como os técnicos de enfermagem serão denominados Técnico de Enfermagem 1, Técnico de Enfermagem 2, etc.

5.3.1 Conhecimento dos profissionais sobre Segurança do Paciente

Nas falas dos entrevistados, diversos conceitos de segurança do paciente surgiram, sendo a maioria deles não condizentes aos encontrados na literatura vigente sobre o tema.

...o que vem a minha cabeça são as ações, as atitudes que a gente tem, que nós temos nos nossos serviços, pra garantir uma segurança no sentido de eu estar dando orientações sobre risco, sobre agravos, quando eu tenho um atendimento com o paciente, pra eu tá orientando sobre algumas posturas que ele pode tá adquirindo, por exemplo, com o tratamento...” (Enfermeiro 2)

“Segurança do paciente entende-se por alguns métodos que você vai fazer pra garantir essa segurança do paciente em algum atendimento ou procedimento, ver o risco benefício que vai trazer pra o paciente também, uma das coisas que se observa.” (Enfermeiro 3)

O que os profissionais relatam relaciona-se, especialmente, ao processo de trabalho cotidiano, especificado em ações que garantam a segurança do paciente, estas que não se encontram expressas de forma clara nos discursos. Observa-se, então, que os mesmos não conseguem trazer uma definição sobre o tema.

Considerando que a proteção dos pacientes de danos não intencionais é uma responsabilidade dos profissionais, da equipe, das instituições, dos serviços e do sistema de saúde (NEUFELD, 2009), o esforço pela garantia de um cuidado seguro precisa ser iniciado pelo entendimento e sensibilização de todos sobre o tema. Iniciativas de âmbito nacional são disparadas para serem implementadas, tais como o próprio PNSP, que delimita no seu Artigo 3º a necessidade de produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente (BRASIL, 2013b).

Um único profissional enfermeiro elencou em sua fala questões importantes sobre o conceito de segurança do paciente.

“De acordo com a Portaria 529 né, é sobre o trabalho que todos os profissionais, pode ser da atenção primária ou terciária, que tem com relação ao paciente, pra reduzir os riscos, os mínimos riscos possíveis desnecessários aos pacientes durante o cuidado sobre eles.”
(Enfermeiro 1)

A enfermeira traz em sua fala aspectos contidos na Portaria nº 529 do PNSP, que define segurança do paciente como sendo a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Dano seria o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico (BRASIL, 2013b). A REBRAENSP traz a definição de dano como aquele surgido por ou associado a planos ou ações realizadas durante o cuidado de saúde ao invés de uma doença de base ou lesão (REBRAENSP, 2013).

É importante contextualizar que a definição para a segurança do paciente surgiu a partir do movimento da qualidade dos cuidados de saúde, com abordagens diferentes para os componentes mais concretos e essenciais. A segurança do paciente foi definida pelo *Institute of Medicine* como: A ênfase deve ser colocada no sistema de prestação de cuidados no qual se devem evitar incidentes para prevenir os danos causados aos pacientes. Além disso, deve-se aprender com os incidentes que ocorreram e deve ser construída uma cultura de segurança, que envolva profissionais de saúde, organizações e pacientes (ASPDEN et al., 2004).

Vincent (2009) refere que a segurança do paciente pode ser definida como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico hospitalar, e acredita que a segurança reside nos sistemas e nas pessoas, e por isso, deve ser ativamente buscada e provocada. Apenas tentar evitar danos não é suficiente, o melhor é que os incidentes de todos os tipos possam ser reduzidos e que a alta confiabilidade seja componente essencial do atendimento de qualidade ao paciente.

Nas entrevistas foram evidenciados discursos que associam a garantia de um cuidado seguro e a prestação de um atendimento humanizado ao paciente.

“No momento eu entendo assim como segurança a privacidade do paciente, o atendimento da queixa dele, o acolhimento, que ele seja acolhido, que seja direcionado um resultado pra queixa dele dentro da ética profissional...” (Enfermeiro 4)

“Assim, em todos os sentidos eu vejo que o paciente tem que ter confiança no profissional [...] Então assim, pra mim essa é a segurança do paciente, no sentido da gente guardar a fala dele, as queixas dele. Nós estamos aqui como profissionais, no sentido de promover e recuperar a saúde do paciente, então o que a gente pode tá promovendo junto com a equipe multiprofissional, a gente tá aqui pra tá acolhendo e tentando resolver na questão da segurança do paciente, principalmente os usuários de droga, os portadores de algum agravo de saúde mental e outros.” (Enfermeiro 5)

No que tange ao conhecimento sobre a temática, observa-se pouca argumentação. Entretanto, realizando uma análise dos discursos, é possível evidenciar uma questão importante relacionada ao processo assistencial, quando se estabelece a relação de que a

prestação de um atendimento de forma humanizada promove um cuidado mais seguro aos usuários. Rios (2009) cita que o atendimento humanizado seria ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento e melhoria dos cuidados.

Realizar o acolhimento, enquanto diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde, objetivando construir uma relação de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes, trabalhadores e usuários. Deve-se acolher o usuário por meio de uma escuta qualificada às suas necessidades, garantindo acesso oportuno às tecnologias adequadas, ampliando a efetividade das práticas de saúde (BRASIL, 2013c).

Dessa forma, o atendimento humanizado leva a uma maior qualidade no cuidado aos pacientes durante a assistência à saúde, podendo prevenir a ocorrência de possíveis danos. Porém, é preciso ressaltar que construir uma cultura humanizada dentro das instituições de saúde também perpassa obstáculos complexos e diversos processos de mudança de âmbito processual, institucional, de comportamento, dentre outros.

A utilização de medidas de segurança do profissional no seu processo de trabalho, como forma de garantir a segurança do paciente, foi citada nas falas dos enfermeiros e técnicos de enfermagem.

“...quando eu uso EPI, eu entendo como segurança do paciente, é mais ou menos assim, mas assim explicar e dizer bem um conceito eu não tenho bem definido.” (Enfermeiro 6)

“Segurança do paciente, a gente tem que trabalhar adequadamente, com equipamentos adequados, tanto para prevenir eles, quanto para nos prevenir, de doenças e algumas infecções. Pra poder dar segurança a eles e a nós também.” (Técnico de Enfermagem 1)

“Segurança do paciente é a mesma coisa, a mesma segurança porque a gente trabalha com sangue, com tipos de bactérias, então a gente tem que se prevenir, e ao mesmo tempo que a gente se previne, previne eles também.” (Técnico de Enfermagem 2)

De acordo com a Norma Regulamentadora–NR 6, “[...] considera-se Equipamento de Proteção Individual (EPI) todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho” (BRASIL, 2004).

Portanto, evidencia-se que o uso do EPI foi relacionado à segurança do paciente de forma equivocada, visto que estes equipamentos são utilizados para proteção dos profissionais durante o processo de trabalho. Essa referência pode dever-se a semelhança dos termos e o desconhecimento do profissional sobre o tema segurança do paciente.

Profissionais trazem em suas falas evidências sobre a segurança no uso e na administração de medicamentos, tido como uma das estratégias de segurança do paciente em ambientes de saúde.

“A segurança do paciente eu entendo como a privacidade, a segurança do paciente quanto também à medicação que a pessoa vai administrar com segurança.” (Técnico de Enfermagem 3)

“Segurança do paciente pra nós aqui é só mesmo a gente não aplicar a vacina e medicação errada.” (Técnico de Enfermagem 5)

Os técnicos de enfermagem definem segurança do paciente como sendo as medidas adotadas durante a realização desse procedimento específico no seu cotidiano de trabalho. Entretanto, a promoção da segurança do paciente abrange ações que vão desde o acolhimento do usuário no serviço de saúde, passando por todos os processos de cuidado, não devendo ser considerado apenas um procedimento na prestação de um cuidado seguro.

Por outro lado, como é citado no manual da REBRAENSP (2013), a ampla variedade e os diferentes níveis de complexidade das ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde apresentam características e necessidades específicas quanto à segurança do paciente. A atenção primária, por exemplo, tem especificidades quanto à segurança do cuidado que precisam ser identificadas e adequadamente abordadas (BRASIL, 2011).

Indo de encontro aos depoimentos dos profissionais, um estudo realizado no Canadá revelou que um dos grandes temas da segurança na atenção primária é o manejo de medicamentos (KINGSTON-RIECHERS et al., 2010), sendo necessário este conhecimento pelos profissionais desse nível de atenção.

É válido ressaltar que o apoio na implantação de protocolos de segurança do paciente constitui-se como uma das estratégias de implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, com o objetivo de promover práticas seguras nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013b). Os protocolos básicos são: Identificação do paciente; Cirurgia segura; Prevenção de úlcera por pressão; Prática de higiene das mãos em serviços de saúde; Prevenção de quedas e Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. O Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, deve ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas.

Os depoimentos dos enfermeiros e técnicos de enfermagem da APS apontam, em sua maioria, desconhecimento sobre segurança do paciente. Fica evidente que os aspectos levantados por eles são baseados apenas na experiência profissional.

Essa falta de conhecimento pode estar associada à formação acadêmica dos profissionais desalinhada às necessidades atuais. Segundo Sherwood e Drenkard (2007), na formação de profissionais, a segurança do paciente é um conceito novo. A preocupação com a segurança do paciente e a qualidade do cuidado são questões mais recentes na saúde, e é preciso lembrar que muitos professores não tiveram, em sua formação, educação para a segurança do paciente.

Rhodes et al. (2015) afirmam que o conceito de segurança do paciente no ambiente da atenção primária deve ser examinado, uma vez que, em sua forma atual, ele talvez não tenha uma boa repercussão entre os profissionais desse nível de atenção.

Dessa forma, verifica-se a necessidade de se abordar a temática junto aos profissionais da APS. É necessário discutir as práticas atuais com o intuito de produzir ações que efetivamente sejam capazes de reduzir os riscos à segurança do paciente durante a assistência à saúde (REBRAENSP, 2013).

5.3.2 Educação permanente sobre Segurança do Paciente

Conforme já sinalizado no item anterior, 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 e o desconhecimento dos trabalhadores acerca da temática. Evidencia-se nos discursos a ausência de processos formativos sobre segurança do

paciente para os enfermeiros e técnicos de enfermagem da Estratégia Saúde da Família de Sobral.

“Aqui eu nunca tive educação permanente ou nada disso não, eu sei porque eu estudei, mas aqui. Nunca foi realizado treinamento a respeito.” (Enfermeiro 1)

“Treinamento só tive relacionado à segurança da saúde do trabalhador.” (Enfermeiro 2)

“Desde quando eu cheguei aqui, eu não passei por nenhum treinamento, agora assim, pra você se envolver com essa questão de segurança do paciente a gente não precisa...a gente precisa estar nesse dia a dia, pra gente está praticando, o treinamento é necessário é, porque saem coisas novas todo dia e a gente precisa está revendo esses protocolos, e a gente sabe que a segurança do paciente tem protocolo, mas a gente faz, a gente procura fazer mesmo sem esse treinamento.” (Enfermeiro 3)

“Treinamento específico pra isso não, mas durante a nossa formação a gente teve vários momentos de formação assim.” (Enfermeiro 4)

“Não, nós não tivemos nenhum curso assim específico pra isso. Mas a gente entende pelo lado da gente, o lado de humano, de profissional mesmo, como a gente deve agir [...] Treinamento nunca foi realizado. Mas é como eu digo, a gente tem a sensibilidade, a gente já trabalha há muito tempo, então a gente tem a sensibilidade.” (Enfermeiro 6)

“Treinamento diretamente não, a gente faz mais estratégias que a gente tem no dia a dia né.” (Técnico de Enfermagem 2)

“Treinamento nunca foi realizado nesse tempo que eu estou aqui não, comigo e a outra técnica não, a gente nunca vivenciou isso.” (Técnico de Enfermagem 3)

“Treinamento eu não estou lembrado não, acho que não, aqui não.”

(Técnico de Enfermagem 7)

Todos os profissionais entrevistados afirmaram nunca terem participado de momentos de educação permanente, capacitação ou treinamento acerca do tema segurança do paciente, considerando necessário em sua prática profissional. Um estudo realizado por Tobias et al. (2016) em Goiânia também constatou a necessidade de melhor qualificação e desenvolvimento de ações de educação no contexto da prática dos enfermeiros de uma instituição de saúde.

É preciso que haja uma transformação com relação ao preparo dos profissionais, de forma a atender as necessidades dos pacientes no processo atual de cuidado em saúde, assim como é pontuada em uma das falas dos enfermeiros. Nesse contexto, algumas iniciativas vêm surgindo ao longo dos anos. Em 2008, o *Canadian Patient Safety Institute* e o *The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* elaboraram o documento *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions*, que indica conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos na formação e aperfeiçoamento dos profissionais da saúde. Sua finalidade é promover a cultura da segurança do paciente em todos os serviços e instituições de cuidado à saúde. Para tanto, deve ser adaptado e adotado na formação de profissionais da saúde e na educação permanente no trabalho (FRANK; BRIEN, 2008).

Em 2011, a OMS desenvolveu o *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition*. O *Curriculum Guide* foi elaborado por um grupo de mais de 50 profissionais de várias partes do mundo, tendo como referência o *Australian Patient Safety Education Framework*, validado na Austrália e internacionalmente e publicado em 2005, e o *The Safety Competencies – Enhancing patient safety across the health professions*, produzido no Canadá em 2009.

Tanto o documento australiano como o canadense estão centrados em conhecimento, habilidades e atitudes/comportamentos exigidos de todos os profissionais da saúde. O documento apresenta temas a serem incorporados ao currículo e, os estudantes, ao aplicarem seus conhecimentos e habilidades de segurança do paciente adquiridos pelas propostas do currículo, servirão de exemplo para os profissionais nos serviços de saúde, auxiliando assim no processo de atualização destes (WHO, 2011).

Na construção da cultura de segurança, a formação acadêmica e a educação permanente dos profissionais da saúde destacam-se como componentes essenciais (REBRAENSP, 2013).

A educação permanente surge como estratégia de investimento na qualificação profissional, oferecendo elementos valiosos ao prover uma visão geral filosófica-política e técnica pedagógica para o processo de formação e aperfeiçoamento constante dos profissionais da saúde em relação aos desafios de seu trabalho cotidiano. É fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, centrada no exercício cotidiano do trabalho e na valorização deste como fonte de conhecimento, no reconhecimento da articulação da atenção à saúde com a gestão e o controle social e no destaque de que as práticas são definidas por múltiplos fatores (TESSER et al., 2011).

A utilização de metodologias ativas no processo de educação permanente dos profissionais da saúde pode ser particularmente produtiva. A problematização de situações de cuidado presentes no cotidiano do fazer profissional e que apresentem risco de ocorrência de eventos adversos pode ser construída e discutida conjuntamente por estudantes, docentes e profissionais. As rodas de conversa sobre os eventos adversos mais frequentemente notificados ou identificados pela equipe de um serviço de saúde constituem outra proposta de problematização e análise de aspectos relacionados à segurança do paciente (WEGNER, 2011; BRASIL, 2009).

Conforme já citado em capítulo anterior, quando se discute sobre cultura de segurança, um autor aponta como um dos fatores determinantes para uma boa cultura de segurança em estabelecimento de saúde, a formação e informação fornecida para todos, ou seja, a necessidade dos trabalhadores receberem informações e treinamentos regulares sobre segurança de várias formas, para que tenham conhecimento sobre tal, diminuindo a possibilidade de causarem danos no processo de assistência ao paciente (ARDERN, 2012).

Considerando que o município de Sobral possui um sistema de saúde que tem em sua estruturação uma coordenação de educação na saúde, que organiza, planeja, apoia e executa processos de educação permanente para os profissionais do sistema municipal de saúde, pode-se dizer que a inclusão do tema segurança do paciente nas ações de educação permanente torna-se um processo com maior viabilidade, especialmente surgindo da necessidade das equipes de saúde.

5.3.3 Percepção dos profissionais sobre os incidentes na Atenção Primária à Saúde

A análise das entrevistas e anotações de campo das observações permitiu avaliar a percepção dos profissionais acerca da existência de incidentes no ambiente de trabalho da atenção primária.

Quando questionados se o local é livre de incidentes, os profissionais anunciam:

“Qualquer ambiente pode acontecer alguma coisa, pode acontecer falhas no atendimento, pode acontecer falhas na prescrição, no encaminhamento do paciente pra outra unidade, então incidente pode acontecer em qualquer ambiente de trabalho.” (Enfermeiro 1)

“Eu acho que nenhum local vai ser livre totalmente de causar algum dano pra o paciente. Mas assim, eu não sei como colocar, às vezes por uma questão de atenção, pode ser uma medicação de uma forma errada ou aferir uma pressão arterial e realmente não ser aquela, não ser aferida adequadamente, às vezes na pressa, você deixa de fazer alguma coisa, e não ser totalmente livre dos incidentes, eu acho que pode acontecer, o que a gente faz é tentar fazer com que eles não ocorram, mas que realmente pode acontecer, pode.” (Enfermeiro 2)

“Todo local que estejamos, estamos propícios a incidentes, então... Vários incidentes podem ocorrer, de um risco de queda, eu desequilibrar e cair, até contaminação, enfim, tem todas as probabilidades de risco.” (Enfermeiro 3)

“Não, porque nenhum lugar é livre né, mas em relação a outras unidades que eu já trabalhei, pelo menos aqui a estrutura é boa. A gente tem que trabalhar da maneira que cuide bem do paciente, mas se eu fosse dar uma nota daria um 8. Existem vários que podem causar danos, como a parte de procedimentos, como aplicação de injeção, coleta de material pra exames, mas assim, com frequência

não acontecem esses incidentes, é uma coisa que poderia acontecer nesses momentos.” (Enfermeiro 5)

“Eu acho que nenhum lugar é livre de incidentes, incidentes acontecem né. Assim, tanto aqui, quanto na casa do paciente, escorregar, quebrar o braço, tudo isso poderia acontecer, não só aqui.” (Técnico de Enfermagem 3)

“Não. Acontecem. Acho que não existe nenhum local de trabalho livre não.” (Técnico de Enfermagem 5)

Todos os profissionais acreditam que o local de trabalho não é livre de incidentes, justificando que todo ambiente de cuidados de saúde possui probabilidade dessa ocorrência, conforme evidenciado nas falas.

A atenção primária tem sido considerada relativamente segura, porém incidentes também podem ocorrer neste cenário. Os profissionais citam alguns tipos de incidentes que podem ocorrer no ambiente da APS, tais como falha no atendimento ou no encaminhamento do paciente a outros serviços, erro na prescrição e administração de medicamentos ou queda do paciente. Entretanto, além dos citados, existem outros inúmeros tipos de incidentes no campo da atenção básica, que vão desde falhas de comunicação, falhas de gestão, até falhas no processo de cuidado, mas que não estão perceptíveis pelos profissionais.

Os incidentes podem ser resultado de problemas na prática, produtos, processos ou sistemas. A ocorrência de incidentes em organizações de saúde é consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias da organização, sua cultura, práticas de trabalho, abordagem à gestão de qualidade, prevenção de riscos e a capacidade de aprendizagem a partir dos erros (OMS, 2004b).

Wetzels et al. (2008) afirmam que a ocorrência de incidentes em cuidado de saúde primário está estimada entre 5 a 80 vezes por 100.000 consultas. Os resultados de um estudo realizado na Holanda mostraram que os eventos adversos de drogas administradas no domicílio foram uma importante causa de hospitalizações agudas, com quase 50% de internações potencialmente evitáveis (LEENDERTSE et al., 2008).

Uma revisão sistemática realizada para avaliar incidentes na APS identificou como principais fatores contribuintes: falhas na comunicação interprofissional e com o paciente; falhas na gestão, tais como: falta de insumos medico-cirúrgicos e de medicamentos, profissionais pressionados para serem mais produtivos em menos tempo, falhas em

prontuários, falhas na recepção dos pacientes, planta física da unidade de saúde inadequada, descarte inadequado de resíduos da unidade de saúde, tarefas excessivas e falhas no cuidado. As falhas no cuidado foram diversas: falhas no tratamento medicamentoso (principalmente erro na prescrição); falha no diagnóstico; demora na realização do diagnóstico; demora na obtenção de informações e interpretação dos achados laboratoriais; falhas em reconhecer a urgência da doença ou suas complicações; déficit de conhecimento profissional (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014).

A pesquisa de revisão identificou ainda que as falhas de medicação estavam entre as mais frequentes segundo os estudos selecionados, corroborando com o achado desta pesquisa (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014).

Durante as observações de campo e da pesquisa documental um dos aspectos investigados era a existência de um sistema, método ou processo de análise ou prevenção de riscos e incidentes, entretanto não foi identificado em nenhum dos Centros de Saúde da Família incluídos no cenário da pesquisa.

A literatura contextualiza a necessidade da realização de uma análise de incidentes, que deve ser feita abordando-se os diversos fatores contribuintes para a ocorrência dos mesmos (VINCENT; ALMABERTI, 2016). Vincent et al. (2000), indica as seguintes perguntas-chave a serem feitas na investigação: O que aconteceu? (desfecho e cronologia); Como aconteceu? (problemas na prestação do cuidado); Por que aconteceu? (fatores contribuintes).

É preciso entender que, depois de um incidente, é necessário reavaliar a série de eventos que conduziram ao problema e que estão direta ou indiretamente ligados a ele. Amalberti et al. (2011) sustentaram que deve-se ampliar a duração da análise para considerar a “trajetória do evento”. Porém, para examinar a segurança por períodos mais longos, em particular no cuidado prestado na comunidade, acredita-se agora ser necessário falar simplesmente da trajetória do paciente. Ou seja, é preciso reavaliar sua história clínica, procurando todos os eventos que definiram a trajetória e contribuíram para o resultado final, não importando se esses eventos foram percebidos como graves quando ocorreram ou não, e avaliando se o problema foi detectado e resolvido. E, acima de tudo, é importante que o evento seja examinado pela perspectiva do paciente e sua família, bem como dos profissionais (VINCENT; ALMABERTI, 2016).

5.3.4 Atitudes dos profissionais para lidar com os erros

Na análise da cultura de segurança do paciente, um aspecto essencial a ser investigado refere-se à atitude dos profissionais para lidar com os erros relacionados à assistência. Essa investigação foi realizada por meio das entrevistas aos profissionais.

Os enfermeiros pontuam quais atitudes apresentam quando ocorre um erro relacionado à assistência e de que maneira o erro é corrigido para evitar danos ao paciente:

“A gente busca de qualquer forma, busca de todas as formas, pra poder amenizar esses danos né. A gente recorre à gerência, a gente recorre à central de medicações, porque às vezes está faltando, a gente busca de todas as formas.” (Enfermeiro 1).

“A atitude foi reconhecer que tinha cometido o erro e procurar ajuda, então aconteceu isso, você está lidando com vidas, então nesse que eu presenciei a pessoa fez, mas procurou logo em seguida ajuda pra tentar contornar aquilo que tinha acontecido, como eu falei, pela simples falta de atenção, você nunca está totalmente livre, pode acontecer.” (Enfermeiro 2)

“Não fui eu que fiz! Então assim, é difícil quando acontece o erro que eu não sei da onde foi que saiu, até eu descobrir quem errou todo mundo vai dizer ‘não fui eu’. Vai ser muito difícil um ser humano que errou ir assumir aquele erro. Mas assim, a gente procura trabalhar da melhor forma, pra não chegar a ponto de prejudicar o restante da equipe e nem o funcionamento da unidade.” (Enfermeiro 3)

“Tentar corrigir o erro. Investigar o que aconteceu e tentar minimizar as causas e o que vai acontecer, de acordo com aquele erro.” (Enfermeiro 4)

“Pra corrigir o erro, quando acontece, nas vezes que eu pude presenciar, a pessoa tentou procurar ajuda pra que aquele paciente

não fosse prejudicado. Então na maioria dos casos isso aconteceu, o que aconteceu foi corrigido. Às vezes uma prescrição de medicamento, se foi percebido o erro a pessoa procura ajuda e a gente tenta contornar a situação pra que não aconteça mais. Se houver, por exemplo, a entrega de um medicamento errado.”
(Enfermeiro 5)

“Eu acho o nível superior mais comprometido né. A gente sempre pede e ajuda do outro. Diz - Olha aconteceu isso... A gente conversa com a gerente, ela nos ajuda, nos apoia. E o que eu percebo, como já aconteceu caso aqui com a minha técnica de enfermagem, de eu chamar atenção de alguma coisa que ela deixou passar batido, ou então não fez correto, ai ela nega. - Eu não fiz isso, não fui eu. Entendeu? Então assim, a gente percebe essa falta de comprometimento, essa falta de assumir o seu erro, no nível médio.”
(Enfermeiro 6).

Os técnicos de enfermagem também se pronunciam:

“Quando ocorre a gente se reúne pra debater o ocorrido, pra poder melhorar e não acontecer novamente.” (Técnico de Enfermagem 1)

“Assim, o erro a gente procura corrigir da maneira mais prática possível. Tipo, às vezes o erro nem chega a ser nosso, mas acaba que cai na gente.” (Técnico de Enfermagem 2)

“Assim, nunca aconteceu de eu vivenciar um erro, mas a gente procura se acontecer a gente procura o paciente pra corrigir o erro, o incidente.” (Técnico de Enfermagem 3)

“De imediato. Quando se erra, quando a gente não pode mais voltar atrás, a gente tenta resolver da melhor maneira possível, conversando com a gerente, pedindo pra ela resolver, conversando com o próprio paciente também.” (Técnico de Enfermagem 4)

“Não tem um erro que prejudique um paciente assim aqui não. Aqui é uma unidade de saúde, não é um hospital. São coisas simples que acontecem aqui. Caso acontecesse a gente ia voltar com o paciente e fazer todo o procedimento novamente pra corrigir o erro, ele teria que ser corrigido.” (Técnico de Enfermagem 5)

“O certo é o profissional assumir que errou e buscar corrigir da melhor forma possível dentro dos seus conhecimentos e passar pra o profissional que é a supervisora, gerente ou então a enfermeira pra saber qual é a ação que se deve fazer, se vai ter alguma reação inesperada por conta do procedimento, da medicação que foi dada errada uma coisa assim.” (Técnico de Enfermagem 6)

“Comigo nunca aconteceu nada não. Não sei como elas procedem não. Nunca ouvi falar de erro aqui não. Sei não.” (Técnico de Enfermagem 8)

Quando às atitudes na ocorrência de um erro, a maioria dos profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem afirma que busca antecipar-se, reconhecendo o erro cometido e tentando identificar sua causa, a fim de minimizar os danos causados ao paciente, comunicando-o à gerência e procurando ajuda de outros profissionais da equipe de saúde. Pode-se afirmar que esta postura torna-se a mais adequada quando se almeja garantir a qualidade e segurança no cuidado ao paciente, visto que a identificação precoce dos fatores desencadeantes do erro permitirá uma intervenção mais segura na busca de minimizar os possíveis danos causados.

Corroborando com esse resultado, dois estudos (DE WET et al., 2012; WALLIS; DOVEY, 2011) que mediram a cultura de segurança na atenção primária mostraram que os profissionais de saúde estavam propensos a aprender, com base em falhas detectadas, adaptando suas práticas de trabalho, tornando-as mais seguras.

Um enfermeiro reconhece a dificuldade dos profissionais assumirem a ocorrência do erro para buscar auxílio, comprometendo a segurança dos usuários envolvidos no processo. Outro relata o comprometimento maior dos profissionais de nível superior, quando

comparados aos trabalhadores de nível médio. Apenas um técnico de enfermagem afirma não saber lidar com a ocorrência de erros relacionados à assistência.

Com relação às maneiras que os profissionais buscam para corrigir os erros, tentando minimizar ou evitar danos ao paciente, o enfermeiro aponta que se deve recorrer a outros profissionais da equipe, compartilhando a situação para encontrar soluções.

Os técnicos de enfermagem pontuam em seus depoimentos que o erro percebido deve ser comunicado à gerência para que esta possa buscar a melhor forma de resolução e, também, acham necessário conversar com o paciente como forma de tentar minimizar os danos causados pelo erro. Considera-se que impor a responsabilidade unicamente para a gerência não é a maneira mais correta de lidar com a ocorrência do erro, já que a responsabilidade é coletiva.

Estudos comprovaram que a comunicação, quer interprofissional, quer dos profissionais de saúde com o paciente, foi considerada como fator contribuinte preponderante para a melhoria da segurança (BUETOW et al., 2010; GAAL; VERSTAPPEN; WENSING, 2010; WALLIS; DOVE, 2011).

Na fala de um técnico de enfermagem é afirmado que na APS não ocorrem erros que possam causar danos ao paciente. É válido ressaltar que, apesar da atenção primária ainda ser vista como um nível de atenção livre de incidentes, existem muitos processos que podem levar a ocorrência deles, como já citado em item anterior.

Os erros são consequências e não causas. E embora não se possa mudar a condição humana, é possível mudar as condições sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema, que reduzam os riscos de ocorrência dos erros (REASON, 2000).

Quando questionados sobre o compromisso para discutir sobre os erros, os profissionais expõem seus discursos, sendo destacados alguns.

“A gente sempre se reúne uma vez na semana. E aí a gerente pergunta o que está tendo de falha, o que está faltando, e aí a gente vai trocando experiências, até no dia a dia.” (Enfermeiro 1)

“Eu acho assim que quando acontece fica muito a cargo da gerência está se reunindo pra poder está chamando a atenção, eu acho que não parte de certa forma diretamente dos profissionais, por exemplo, se acontece com uma categoria, se foi os agentes de saúde, eu não sei se eles mesmos se juntam pra conversar sobre aquilo pra tentar

contornar, eu acho que sempre tem esse chamamento de alguma parte que está coordenando [...] pra está chamando atenção pra esses erros que aconteçam, pra que não tornem a acontecer.” (Enfermeiro 2)

“Eu sei que esse compromisso é da gerente do posto, ela que tem que chamar a gente pra conversar quando acontece um erro. Eu penso assim. Acho que essa função é dela como gestora.” (Enfermeiro 6)

“Na minha equipe a gente tem uma convivência muito boa, com a minha enfermeira e os ACS, então a gente tá sempre debatendo, tá sempre procurando ver a melhora do paciente, o que é mais confortável pra eles. Quanto a nossa equipe, a gente procura sempre tá conversando.” (Técnico de Enfermagem 2)

“Eu acho que esse papel de ter o compromisso pra conversar com a gente sobre todo erro que acontecer é o gerente que faz né? Na minha equipe a gente conversa no dia a dia, sempre a gente conversa. Mas parte da gerente chamar.” (Técnico de Enfermagem 7)

Nos depoimentos dos profissionais fica clara a utilização dos espaços de encontros e reuniões para momentos de discussão sobre os erros que podem acontecer no processo de assistência ao paciente, entretanto destacam que a iniciativa deve ser da gestão, afirmando que o compromisso para discutir sobre os erros é de responsabilidade da gerência da unidade de saúde, repetindo o que já foi pontuado anteriormente nesta pesquisa. Nesse certame, verificase a não corresponsabilização e conseqüente falta de compromisso dos profissionais para discutir sobre os erros, uma questão que dificulta a construção de uma cultura de segurança no cenário da pesquisa.

Bell et al. (2011) enfatizam a necessidade da responsabilização coletiva a qual abrange o profissional envolvido no incidente, a equipe prestadora do cuidado de saúde e a instituição. Para os autores um quadro de responsabilização coletiva pressupõe uma cultura de segurança organizada, que possua o desenvolvimento de sistemas de informação robustos, não punitivos, que apoiem os trabalhadores prestadores do cuidado após a ocorrência de incidentes, e desenvolvam maneiras de compensar os pacientes que são prejudicados por erros do sistema, atenuando os efeitos decorrentes dos mesmos.

Uma questão investigada durante a coleta dos dados foi a existência ou não de um ambiente livre da cultura punitiva, considerando que uma cultura não punitiva encoraja o profissional a reconhecer e relatar os seus erros. O profissional precisa encarar o erro não como uma culpa, mas como uma forma de aprendizagem, buscando sua causa para tentar corrigi-lo.

Contrapondo-se aos achados das entrevistas, nas observações de campo evidenciou-se que a maioria dos profissionais possui um sentimento de culpabilidade na ocorrência de atos inseguros, evitando a comunicação à gerência. Além disso, o serviço não possui a visão de “pensamento sistêmico”, considerando suas falhas de organização, de processo, inerentes do próprio sistema.

O “pensamento sistêmico” aponta para as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua concepção, organização e funcionamento, como principais fatores responsáveis pela ocorrência por danos ocasionados pelo cuidado de saúde ao invés de culpar os indivíduos, isoladamente. A premissa é de que os seres humanos cometem falhas, e que, portanto, erros são esperados (MENDES, 2014).

Para a Organização Mundial da Saúde, a cultura de segurança nas organizações de saúde deve ser constituída pelos seguintes componentes: Cultura justa, onde haja o consenso entre as pessoas no que concerne a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis, uma cultura que não seja punitiva frente à ocorrência de incidentes, mas que priorize buscar as suas causas; Cultura de notificação de incidentes, que privilegie a informação e encoraje as pessoas a falarem sobre os seus erros e a notificá-los; e Cultura de aprendizagem, direcionando o aprendizado a partir de uma memória de eventos passados (WHO, 2008a).

5.3.5 Responsabilidade e comprometimento com a Segurança do Paciente

As análises realizadas nesse item baseiam-se na responsabilidade e no compromisso dos profissionais com a segurança do paciente e no comprometimento organizacional para essa segurança. Para isso foi possível obter informações das entrevistas, por meio da percepção dos profissionais; e das observações, quando se tentou verificar na prática esse comprometimento mediante os aspectos observados: responsabilidade e comprometimento; comunicação, educação e aprendizado e evidências científicas.

Quando se investigou a compreensão dos profissionais sobre a responsabilidade dos seus atos no processo de trabalho e a existência de uma postura proativa entre a equipe, na busca de garantir um cuidado seguro, eles se pronunciaram:

“Eu acho que cada um é responsável pela sua área, cada um se torna líder da sua área.” (Enfermeiro 1)

“Eu acho que algumas pessoas têm atitudes proativas, outras não. Muitos profissionais não trabalham nesse sentido de ter atitude, de fazer alguma coisa e cada um faz seu trabalho e pronto[...].”
(Enfermeiro 2)

“Nível superior eu percebo que é uma classe mais comprometida pra fazer as ações com segurança, nível médio eu percebo isso menos, em alguns, não são em todos.” (Enfermeiro 5)

“Eu acho que sim. Todos tem sua responsabilidade com os usuários.”
(Técnico de Enfermagem 1)

“Deixa muito a desejar, sempre. Eu acho que no caso seria o sistema em si que não nos dar suportes para trabalhar. Então, tipo, eu quero isso de uma forma, só que eu não vou poder atender aquele pedido que minha gerente fez, porque eu não tenho material, porque eu não tenho suporte, entendeu?” (Técnico de Enfermagem 5)

“Sim. É positivo. Os profissionais daqui são muito positivos. Os médicos, as enfermeiras, são muito comprometidos, são responsáveis, dão conta da demanda, são pessoas bem comprometidas com o trabalho.” (Técnico de Enfermagem 6)

“Sim. Toda quinta-feira a gente se reúne, a gente debate qual é a ação que a gente tem que melhorar, os procedimentos que a gente tem que fazer que dar mais segurança [...]” (Técnico de Enfermagem 7)

Os enfermeiros anunciam uma responsabilização individualizada dos profissionais com a segurança do paciente, sinalizando ainda que esse compromisso é mais evidente entre os trabalhadores graduados.

Em contrapartida, durante os momentos de observação não se evidenciou a categoria de nível superior mais compromissada com a prestação de um cuidado seguro, quando comparada ao nível médio. Foi observado que, de forma geral, a maioria não possui esse comprometimento, associado a alguns fatores de cunho profissional e institucional.

Nas observações feitas aos enfermeiros, serão discutidos os principais pontos identificados.

Quanto ao aspecto “Responsabilidade e Comprometimento” observou-se que, apesar de apresentar razoável cuidado durante o atendimento ao usuário, os enfermeiros o realizam de forma rápida e sem a avaliação completa e, por vezes, prescrevem medicamentos sem a presença do paciente, apenas por pedido da mãe, pondo em risco a segurança do paciente pela ausência da avaliação de sua condição. Além disso, a maioria dos enfermeiros não realiza a higienização das mãos para realizar o contato ao paciente, facilitando a transmissão de IRAS. Diante dessas observações verifica-se pouco comprometimento dos enfermeiros para garantir um cuidado seguro durante o processo assistencial.

A higiene das mãos é considerada a medida mais eficiente para a prevenção de infecções, pois previne a propagação de microrganismos em todos os contextos de cuidados em saúde (MARTÍN-MADRAZO et al., 2011).

Embora as mãos dos profissionais de saúde tenham comprovadamente um papel crucial na transmissão de micro-organismos em ambientes hospitalares (PITTET et al., 2006), continua sendo difícil definir o papel da transmissão pelas mãos nos serviços extra-hospitalares ou na atenção primária. Vários estudos realizados nesses serviços mostram que as mãos dos profissionais de saúde estão contaminadas por micro-organismos potencialmente patogênicos. A partir de amostras microbiológicas coletadas das mãos de médicos em serviço de atenção primária e clínicas de dermatologia, Cohen e colegas isolaram *Staphylococcus* spp. (85,4% e 84,6% dos casos, respectivamente), *Staphylococcus aureus* (56,4% e 69,2% dos casos, respectivamente) e MRSA (9,1% e 7,7% dos casos, respectivamente) (COHEN et al., 2002). Girier e Le Goaziou (2005) detectaram a presença de bactérias nas mãos, estetoscópios e manguitos de pressão dos médicos generalistas em 9% das amostras coletadas.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) adota as recomendações da OMS quanto aos cinco momentos para a higienização das mãos – (1) antes de contato com o paciente, (2) antes da realização de procedimento asséptico, (3) após risco de exposição a

fluidos corporais, (4) após contato com o paciente e (5) após contato com as áreas próximas ao paciente (BRASIL, 2007).

Por outro lado, foi observado que quando alguns enfermeiros não compreendem a letra ilegível do médico nas receitas, solicitam a ajuda de outros profissionais, por exemplo, do farmacêutico. Essa postura favorece a prevenção de incidentes relacionados à assistência à saúde, considerando que, segundo McCoy (2005), um dos fatores potenciais de risco de ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos é a prescrição com letra ilegível.

No aspecto de “Comunicação educação e aprendizado”, foi observado que os casos dos pacientes são compartilhados com toda a equipe, com exceção do profissional médico; que os erros ou fatos negativos são comunicados à gerência e que os enfermeiros identificam como equipamento para discussão dos incidentes a reunião de equipe que acontece nos CSF nas quintas-feiras. Entretanto, observou-se que acontecem falhas de comunicação entre os profissionais durante o processo de trabalho diário.

Quando se analisa a dificuldade de comunicação dos casos aos médicos, consulta-se a literatura, no estudo de Cañada et al. (2011) onde conclui que a dificuldade de o profissional atuar como equipe pode ser atribuída a vários fatores, mas em especial, ao tipo de formação acadêmica do profissional em saúde. Cabe ressaltar que na pesquisa de Ques, Montoro e González (2010), a falta e/ou falha de comunicação é reconhecida pelos profissionais como um dos fatores que impedem que a segurança do paciente seja efetiva.

Dingley et al. (2008) em seu estudo faz referência que o alcance da segurança dos pacientes pode ser desenvolvido através de estratégias para melhoria da comunicação, e afirma que quando há uma comunicação ineficaz entre os membros da equipe de saúde contribui para que haja ocorrência de incidentes, e que para a prevenção de resultados negativos na assistência ao paciente a implementação de métodos e intervenções são necessárias. Além disso, as informações devem ser transparentes, livres, sendo um dos atributos mais importantes da cultura de segurança (CARRERA, 2013).

Uma revisão traz em seus resultados que a troca de informação entre os médicos de família e os especialistas, o reforço do trabalho em equipe, as reuniões regulares para discutir casos clínicos, e a divulgação das práticas seguras são apontadas como soluções para a melhoria da comunicação interprofissional, contribuindo, conseqüentemente, para a segurança do paciente (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014).

Analisando a percepção dos técnicos de enfermagem, nas entrevistas eles afirmam o compromisso de todos com a segurança dos pacientes e reconhecem a responsabilidade dos profissionais com nível superior, destacando as falhas organizacionais como fator agravante.

Estabelecendo uma correlação com as observações feitas a esses profissionais, é possível evidenciar uma divergência com os depoimentos, por meio da análise do aspecto “Responsabilidade e Comprometimento”. Neste aspecto foi observado pouco comprometimento com a segurança do paciente durante o processo de trabalho, evidenciado pela utilização de técnicas incorretas na execução de procedimentos como na aplicação de vacinas, e não higienização das mãos antes e após a realização de procedimentos.

A realização de procedimentos de forma incorreta pode levar a ocorrência de incidentes e ocasionar danos ao paciente. Nesse certame, uma das dimensões que se precisa ter uma instituição com uma cultura de segurança é a existência de profissionais habilitados para a execução de técnicas corretas durante o processo de cuidado à população.

Durante a busca documental, só foi evidenciada a utilização de um protocolo durante o cuidado em saúde, o Protocolo para Assistência ao Pré-natal utilizado pelos enfermeiros, não existindo outros protocolos ou manuais que fornecessem orientações técnicas aos profissionais de forma a executarem os procedimentos da maneira mais segura, o que se pode associar aos achados das observações.

Na atualidade, para a prática da assistência, há necessidade que o profissional da saúde apresente, além da competência técnica, habilidades na dimensão política do trabalho. O entendimento das demandas sociais, econômicas, culturais, familiares e afetivas vem permitir a construção de cidadãos melhores. A construção de protocolos perpassa por todas essas áreas, buscando atender às necessidades de saúde (SARTORI; YAMANAKA, 2016).

Ainda segundo Sartori e Yamanaka (2016), a assistência do cuidado ao paciente é complexa, cada ser humano é diferente com suas peculiaridades, com sintomas e atitudes próprias, portanto, é necessário estabelecer algumas regras baseadas cientificamente em estudos, como os protocolos clínicos que vêm possibilitar a toda a equipe, informações sobre as decisões, ações e resultados prestados no momento do cuidado.

Quanto à “Evidências científicas”, conclui-se que as práticas dos profissionais não são baseadas em evidências, mas apenas em sua experiência. A REBRAENSP (2013) traz que, na perspectiva de que a participação do profissional é fundamental para a qualidade do cuidado, o seu preparo está diretamente associado ao aperfeiçoamento dos sistemas e um dos enfoques deve ser a prática baseada em evidências.

Na área de enfermagem, o desenvolvimento do cuidado tem sido baseado mais na tradição do que em evidências. É necessário capacitar e apoiar enfermeiros para identificar e utilizar práticas baseadas em evidências relacionadas à segurança do paciente. O próprio sistema de saúde está exercendo pressão com relação ao uso de boas práticas, impondo

condições não reembolsáveis de custos relacionados aos cuidados pós-queda, infecções urinárias, úlcera por pressão, dentre outras (SAMMER et al., 2010).

Nessa categoria de análise, nota-se que existem fragilidades inerentes às pessoas e a processos. Com isso, verifica-se a pouca responsabilidade dos profissionais e da instituição em tentar garantir um cuidado seguro, sendo fragilizada a cultura de segurança do paciente no cenário em estudo.

Ardern (2012) relaciona a cultura de segurança do paciente, às atitudes individuais como organizacional, e afirma que estas influenciam o desenvolvimento de uma cultura de segurança em um local de trabalho. Por conseguinte, cada organização precisa considerar esses aspectos no desenvolvimento e na criação de uma cultura de segurança que se adapte a organização e aos indivíduos.

A cultura da aprendizagem existe dentro de uma instituição, quando a cultura organizacional integra processos de melhorias de desempenho em sistemas de prestação de cuidados. A cultura da aprendizagem cria a consciência de segurança na equipe e promove um ambiente de aprendizagem através das oportunidades educacionais que surgem com as análises dos incidentes ocorridos, e quando esta cultura já está amadurecida, ela se torna proativa na identificação e melhorias dos processos potencialmente perigosos com a possibilidade de evitar a ocorrência de novos incidentes (SAMMER et al., 2010).

5.3.6 Clima de trabalho em equipe

Nesta categoria de análise é discutido sobre o trabalho em equipe nas unidades de saúde em estudo, conforme a opinião dos enfermeiros e técnicos de enfermagem e a observação do seu processo de trabalho realizada no cenário de prática.

Quando questionados se os profissionais se apoiam durante o processo de trabalho, os enfermeiros e técnicos de enfermagem afirmam:

“Sim. Quando uma está sobrecarregada e a outra está mais livre a gente sempre procura ajudar uma a outra. Quando, por exemplo, tá faltando médico, a gente procura ajudar. A gente tem a quantidade de fichas exatas, por exemplo, eu tenho sete, aí a outra está sem médico, aí a gente acaba dividindo as fichas, e assim vai.” (Enfermeiro 1)

“Assim, a gente procura trabalhar em equipe, e todo mundo se ajuda, a questão da enfermagem com os residentes, a relação entre os profissionais é boa, são recíprocas, a gente procura trabalhar, se envolver e tá sempre pedindo, se por acaso eu não conseguir resolver algo na minha área eu já peço ajuda a outra enfermeira ou dos residentes e assim a gente vai tentando resolver os problemas.”
(Enfermeiro 3)

“Sim. Falando mais para o lado da enfermagem. Quando um profissional falta, o outro atende os agendados dele, ou as vezes está faltando auxiliar de enfermagem e a gente dar uma mão pra eles, se está precisando a gente ajuda, contanto que no decorrer o serviço flua.” (Enfermeiro 4)

“Sim, apoiam sim. Como eu falei, da forma quando é necessário, se a gente for falar ‘olhe eu tô precisando de ajuda pra isso, o que tu pode fazer?’ Com certeza tem ajuda. Hoje aconteceu um caso, eu atendendo uma paciente aqui e estava o fisioterapeuta do NASF, eu cheguei e passei o caso pra ele, perguntei se ele poderia atendê-lo. Fiz a minha parte e ele ia fazer a parte dele. Isso é tranquilo. Então assim, sempre que é necessário a gente tem essa ajuda.” (Enfermeiro 5)

“Assim, com algumas falhas, mas na maioria das vezes sim. Às vezes a gente tem um pouco de dificuldade com relação a fazer o trabalho em equipe como sempre tem. Mas eu acredito que na maior parte das vezes a gente consegue trabalhar em equipe. Pelos resultados que a gente tem, por exemplo, na nossa equipe, a gente tem reunião semanalmente pra gente poder ver as ações que vão ser realizadas. Claro que existem as falhas, mas na maioria das vezes eu acredito que sim.” (Enfermeiro 6)

“Sim. Um ajudando ao outro da melhor maneira possível.” (Técnico de Enfermagem 1)

“Sim. Com certeza. É sempre um dando suporte ao outro. Tipo, eu vou pra área, e eu trabalho com uma pessoa aqui na sala, aí eu saio, então ele fica fazendo o trabalho de nós dois. Quando ele sai, a mesma coisa. Ou outro sai de outro setor, ou comunica pra gente e a gente vai dar suporte ao outro setor. Visita domiciliar às vezes eu não posso ir, eu peço o colega pra fazer pra mim. Acontece também dele ir fazer.” (Técnico de Enfermagem 2)

“Sim. Aqui a equipe é boa. Assim, existe a parceria. O coleguismo existe. Claro que tem os deslizes, as desavenças, mas a gente consegue fazer o trabalho bem.” (Técnico de Enfermagem 3)

“Sim. Quando um profissional está ocioso ele sempre ajuda o outro que está sobrecarregado.” (Técnico de Enfermagem 4)

“Sim. Aqui é um trabalho de equipe viu. Eu trabalho aqui na vacina, mas terças e quintas que tem coleta de sangue, então eu fico verificando PA e glicemia enquanto as duas meninas ficam coletando sangue, aí eu saio daqui e vou dar assistência ao pessoal que vai pra o médico que precisa de verificação de PA, glicemia e peso.” (Técnico de Enfermagem 5)

“É, aqui a gente tenta trabalhar em equipe, mas às vezes é difícil, porque tem profissional muito complicado sabe. Mas a gente tenta ajudar o outro no que der.” (Técnico de Enfermagem 6)

“Razoavelmente. A gerente tenta reunir todo mundo na roda, pra tentar criar esse vínculo, mas nem todo mundo vai. No dia a dia a gente tenta ajudar um ao outro, mas o trabalho em equipe em si não acontece muito bem aqui.” (Técnico de Enfermagem 8)

A discussão desse contexto, com base nos depoimentos apresentados apontam que, segundo a maioria dos profissionais, existe respeito entre eles e o apoio por parte de todos os

profissionais em seus serviços quando há muito trabalho a ser feito. Por outro lado, alguns pontuam a dificuldade de trabalhar em equipe, especialmente pela resistência de alguns profissionais.

As percepções apresentadas assemelham-se as pesquisas de Reis (2013) e Costa (2014), que também demonstraram concordância dos profissionais quando questionados sobre a existência de respeito e apoio entre os profissionais para a prestação da assistência.

Nas observações de campo foi possível evidenciar um espírito de cooperação entre os profissionais pertencentes à mesma categoria, excetuando-se em uma unidade de saúde em que os técnicos de enfermagem faltam ao trabalho sem informar à equipe, deixando os outros técnicos sobrecarregados na execução das atividades. Em duas unidades de saúde evidenciou-se a comunicação da equipe com a categoria médica prejudicada.

Estes últimos resultados, onde são evidenciadas falhas de comunicação entre alguns profissionais, impedem a instituição de uma cultura de trabalho em equipe efetiva nos CSF. Estudos apontam que falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais de saúde têm sido os principais fatores que contribuem para os erros médicos, eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados em saúde (BAGNASCO et al., 2013; MARTINS et al., 2014).

As pesquisas Bagnasco et al. (2013) e Maxfield et al. (2013), mostram que os profissionais prestadores de cuidados de saúde têm dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e, conseqüentemente, a segurança do paciente. Distingões hierárquicas, poder e conflitos no cenário do trabalho têm influenciado diretamente no modo como a comunicação se institui, fazendo com que as categorias profissionais atuem em paralelo, em detrimento do trabalho em equipe.

Analisando os fatores que podem justificar essas falhas de comunicação no trabalho em equipe nas unidades de saúde, resgata-se a literatura, em que traz como principais: a diversidade na formação dos profissionais, em que o treinamento para comunicação pode diferir entre os indivíduos; a tendência de uma mesma categoria profissional se comunicar mais uns com os outros; o efeito da hierarquia, geralmente com o médico ocupando posição de maior autoridade, situação que pode inibir os demais membros da equipe interdisciplinar (ROWLANDS; CALLEN, 2013).

A prática do trabalho em equipe em saúde e a cooperação entre as pessoas que o executam, são fundamentais para garantir a segurança do paciente, considerando a cultura do trabalho em equipe como uma das atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente. Assim, citam King et al. (2008) em seu levantamento bibliográfico, que equipes

cometem menos erros do que os indivíduos, especialmente quando cada membro da equipe sabe as suas responsabilidades, bem como, as responsabilidades dos outros membros.

Vincent (2009) refere que, uma equipe que não esteja trabalhando de forma eficaz, multiplica as possibilidades de incidentes. No entanto, quando trabalham bem, se sentem mais seguras do que qualquer indivíduo separadamente. As equipes podem criar defesas adicionais contra incidentes, como monitorar possibilidades destes, fazer checagens repetidas e promover apoio mútuo, e quando um comete um erro, outro o intercepta. As habilidades específicas de uma equipe, como a priorização de tarefas, monitorização recíproca do trabalho de cada um e a comunicação adequada, é realizada quando há uma compreensão única das tarefas a serem realizadas, e o significado do trabalho realizado em equipe.

5.3.7 Comprometimento da gerência quanto à segurança

Nesta categoria de análise busca-se discutir acerca do comprometimento da gerência quanto à segurança do paciente, por meio da percepção dos profissionais sobre as atitudes que a gerência apresenta quando ocorre um erro e as observações realizadas com base no aspecto “Suporte da liderança”.

Quando questionados sobre as atitudes da gerência diante a ocorrência do erro, os entrevistados se posicionam:

“Ela faz de tudo. Ela procura a Secretaria, ela usa o carro dela pra ir deixar paciente. Isso não é certo, mas infelizmente a gente tem que se virar em mil para poder dar certo.” (Enfermeiro 1)

“Quando é comunicado ela vai chamar o profissional, na maioria das vezes ela chama a pessoa pra conversar sobre o que aconteceu, e depois ela chama todos que estão naquele mesmo setor pra estar discutindo sobre aquilo para que não aconteça mais. Eu acho, não tenho certeza disso, mas acho que às vezes até geram relatórios, dependendo do que for o caso, ou advertência, como em caso que já aconteceu. [...] Nesse caso que eu estou falando, foi feita advertência por escrito, até pra resguardar o serviço e o próprio gerente daquela situação.” (Enfermeiro 2)

“Ela toma as providências, chamar as pessoas envolvidas, ver o que aconteceu, se for preciso falar com o paciente também.” (Enfermeiro 4)

“Ela chama o profissional e conversa, se for uma coisa que der pra ela... não for uma coisa tão grave ela observa e na segunda vez que ocorre ela chama, mas ela sempre chama.” (Enfermeiro 5)

“Ela chama a equipe e conversa em particular com as pessoas envolvidas e depois chama todo mundo e depois chama em particular até resolver o caso.” (Enfermeiro 6)

“Ela nos chama pra sentar, pra conversar, chamar atenção, pra gente ter mais cuidado.” (Técnico de Enfermagem 1)

“Então, se a falha for nossa, a gerente chama a equipe, ela faz uma reunião, no caso tem as reuniões dia de quinta-feira, então são relatadas muitas coisas, são dados informes e relatados alguns fatos, tenta-se corrigir alguns erros. Dependendo do erro da equipe se chama a equipe pra conversar. Então ela chama a atenção realmente e tenta corrigir da melhor maneira possível.” (Técnico de Enfermagem 2)

“Com certeza reúne e diga para o profissional que não é o certo. E talvez as providências dela e corrigir.” (Técnico de Enfermagem 4)

“Ela leva para as reuniões de roda e tenta falar pra todos pra não errarem mais e corrigir. Toda quinta a gente faz a reunião e lá são relatados todos os erros e o que precisa melhorar.” (Técnico de Enfermagem 5)

“Dependendo, a gerente chama sim a gente pra conversar, existe assim todos os funcionários, o maior ou o menor, ela conversa pra esclarecer o que aconteceu.” (Técnico de Enfermagem 7)

Nas entrevistas, os sujeitos acreditam que seus gerentes procuram tomar atitudes corretas para tentar corrigir um erro e evitar a sua ocorrência novamente, principalmente por meio de conversas com a equipe e abordagem e atenção ao paciente envolvido.

Em um estudo onde também se investigou a cultura de segurança, foi identificado um achado semelhante relacionado à liderança imediata dos profissionais entrevistados, onde conjectura-se a ideia de que, apesar de os gerentes possivelmente não estarem ligados ao atendimento direto ao paciente, estes não estão alheios aos problemas relacionados à segurança do paciente, mostrando-se comprometidos com estes, segundo a percepção de seus liderados (KAWAMOTO et al., 2016).

Um ponto positivo à cultura de segurança referida pelos profissionais foi quanto à abordagem às equipes e realização de reuniões para discutir sobre os erros ocorridos, na tentativa de encontrar soluções. Valoriza-se esse achado, pois, sabendo que o serviço de saúde envolve um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, é fundamental que as questões importantes e decisões sejam discutidas e compartilhadas entre todos os membros da equipe, o que sinaliza que os gerentes das unidades de saúde possivelmente aderem aos preceitos da gestão compartilhada, que consiste na descentralização das decisões e aproximação dos integrantes da equipe que compõem o trabalho em saúde, o que poderá interferir na qualidade do serviço, e, assim, na segurança do atendimento ao paciente (HAYSHIDA et al., 2014).

Reforçando a perspectiva favorável à cultura de segurança do paciente relacionada ao comprometimento da gerência pelos profissionais entrevistados, nas observações de campo observou-se que a gerência busca antecipar-se na prevenção de erros no serviço, superando falhas na organização, tais como problemas estruturais. Foi possível evidenciar que as gerentes reconhecem quando o ambiente possui algum risco e procura minimizá-lo.

Antecipar-se na prevenção de erros requer uma adequada abordagem de gestão de riscos. Conforme Vincent e Amalberti (2016) a gestão de riscos em ambientes de cuidados primários claramente requer uma abordagem baseada na antecipação e detecção de problemas incipientes e em respostas rápidas. É preciso aceitar e valorizar uma maior autonomia das pessoas, sabendo que, com essa maior liberdade, o risco será maior. Isso significa que as estratégias de segurança precisam depender menos de normas e padrões e basear-se mais na detecção de problemas e na resposta rápida diante de sua ocorrência.

Entretanto, os mesmos autores destacam que, o controle dos riscos pode parecer uma solução para todos os riscos, mas evitá-los às vezes significa perder os benefícios em potencial advindos da atitude arriscada (VINCENT; AMALBERTI, 2016).

Ainda com relação à gestão de riscos, talvez seja melhor investir na melhoria dos aspectos mais manejáveis do sistema (como a comunicação de resultados de exames) e, o que provavelmente seja mais importante, investir mais tempo e esforços no seguimento de pacientes que se apresentam inicialmente com sintomas potencialmente graves. Para isso, seria necessário desenvolver sistemas infalíveis para detectar resultados anormais negligenciados e para entrar em contato com pacientes que não compareçam a exames ou consultas agendadas (LYRATZOPOULOS; WARDLE; RUBIN, 2014).

Sammer et al. (2010) refere que cultura de segurança começa com liderança. Descreve que um elemento chave para o papel da liderança é conceber, promover e criar uma cultura de segurança.

A meta do gestor deve ser a segurança do paciente, permitindo um ambiente justo e adequado, que reconhece a necessidade das contribuições dos profissionais e as características organizacionais sistêmicas para incidentes, e favorecendo a atitudes e engajamento dos funcionários, e são observáveis nos comportamentos das organizações e das equipes, demonstrando que uma real cultura de segurança existe dentro da organização (CARRERA, 2013).

5.3.8 Satisfação no trabalho

A análise desta dimensão, intenta refletir a satisfação no local de trabalho sob a ótica dos profissionais e a observação do reconhecimento do seu trabalho pelo serviço.

Nas entrevistas, os enfermeiros e técnicos de enfermagem foram indagados sobre a quantidade aproximada de pessoas que prestam assistência por dia. Todos afirmaram que a quantidade é relativa a depender do dia, visto que em alguns dias da semana a demanda é maior, como por exemplo, nas segundas-feiras. Quanto às respostas dos enfermeiros, dois afirmaram atender em média 20 pessoas ao dia, um disse atender 30 e três afirmaram que atendem mais de 60 pacientes. Os técnicos de enfermagem responderam: dois atendem em torno de 35 pessoas, três afirmam atender, aproximadamente, 50 pacientes e quatro disseram atender mais de 60 pessoas ao dia.

Foi possível investigar junto aos profissionais a sua percepção quanto à relação entre a quantidade de profissionais da unidade de saúde e a demanda existente, questionando se essa relação é suficiente para dar conta do trabalho.

Os profissionais se posicionam:

“É desumano, é um absurdo uma pessoa atender 65 pacientes em um dia. Isso é um absurdo. Com certeza essa relação não é suficiente pra dar conta do trabalho. Aqui precisava de, no mínimo, mais três equipes, porque a minha área é muito grande, ai tem a outra área que a enfermeira foi embora que é maior ainda, ai tem mais duas outras enfermeiras, mas não dar conta, é muita gente. Eu não estou satisfeita com essa carga de trabalho.” (Enfermeiro 1)

“Eu acho que o nosso serviço, a questão mesmo da coordenação de enfermagem, a gente tem que fazer outras atividades que não só o atendimento, ai às vezes excede um pouco. A gente muitas vezes fica muito no atendimento, mas também tem que resolver outras coisas. Eu acho assim, que outra pessoa, mais uma pessoa pra trabalhar junto comigo, assim pela quantidade de pessoas que eu tenho, teria tanta necessidade, eu vejo que há uma sobrecarga. O que a enfermagem faz na atenção primária, coordena, tem os agentes de saúde, tem que dar conta de toda a área, tem que saber de tudo que acontece, tem a questão da promoção e prevenção, a gente tem um vínculo maior com os usuários, tem visitas, e isso acaba gerando uma sobrecarga, as vezes a gente leva trabalho pra casa, pra o outro dia.” (Enfermeiro 2)

“Se viesse mais um enfermeiro seria ótimo. Já amenizaria muita coisa, porque a gente tem áreas bem consideráveis pelo número de pessoas. Eu digo pela minha área que ela é assim, tem de tudo um pouco, gestante tem muito, criança tem muito, então assim, se tivesse mais um enfermeiro pra dividir seria bem melhor. Acho que essa relação seria suficiente pra dar conta do trabalho. Porque se a gente fizesse a redivisão de áreas e tivesse outro profissional na nossa assistência talvez seria bem mais, não que a nossa assistência não

seja boa, mas que a gente teria mais tempo pra ter uma assistência melhor.” (Enfermeiro 3)

“A relação é desigual né, por conta da gente estar mais na parte de documentos, nós só temos um médico que não atende as necessidades da demanda e a parte da enfermagem está mais ou menos equilibrada. Mas essa relação não é suficiente pra dar conta do trabalho.” (Enfermeiro 4)

“Eu acho uma demanda grande e poucos profissionais, mas infelizmente a gente tem que tentar resolver. A gente acaba dando conta, às vezes a gente ultrapassa o horário de trabalho, se for preciso. A gente ultrapassa o horário do serviço e dá certo.” (Enfermeiro 5)

“É muita coisa pra poucos recursos humanos. Além de toda demanda de atendimento e do PSF, tem o acolhimento que a gente passa o dia atendendo, se a tarde a gente tem demanda agendada, mas a gente que é referência da unidade, da área, então caso aconteça algum problema nós é que vamos ter que atender e tentar resolver, e isso torna o trabalho mais denso, além dos atendimentos, da demanda, as outras coisas que a gente tem pra fazer.” (Enfermeiro 6)

“Eu acho que deixa a desejar, precisam vim mais profissionais. Acho que não é suficiente. Porque muitas vezes a gente tá ocupada e precisa atender outras pessoas, outra demanda e eles tem que estar esperando, porque são praticamente só duas ali. Aí enquanto a gente tá fazendo a coleta, tem gente que quer tomar injeção, tem gente que quer olhar pressão, tem gente que quer se pesar, e ficam todos esperando a gente terminar, porque a gente tem tal hora pra entregar os exames. Às vezes ficam até chateados porque esperam.” (Técnico de Enfermagem 1)

“Deixa a desejar a quantidade de profissionais, mais dois técnicos e mais uns três médicos poderia até ser que melhorasse. Essa relação não é suficiente pra dar conta do trabalho. A população fica desejando mais; o sistema não dá suporte pra gente.” (Técnico de Enfermagem 2)

“Assim, aqui no meu setor eu acho que tá dando legal. Mas funcionário suficiente, suficiente eu acho que não tem. Apesar disso em harmonia a gente faz com que as coisas aconteçam.” (Técnico de Enfermagem 3)

“Eu acho que existem poucos profissionais para a demanda. Acho que na correria a gente dá conta, tira um profissional daqui, bota ali pra ajudar, mas sempre fica o outro desfalcado e no final ninguém fica satisfeito, só faz mesmo pra dar conta do trabalho.” (Técnico de Enfermagem 4)

“Com certeza essa relação não é suficiente. Nós temos uma sobrecarga grande de trabalho. A gente resolve isso, resolve aquilo, faz esse procedimento e aquele, e tem uma fila esperando. Chega dar um estressa na hora de trabalhar.” (Técnico de Enfermagem 6)

“Eu acho assim, é pouco funcionário pra muita gente, hoje foi uma loucura aqui, tem horas que não dá conta. Tem dias que não tem nada, mas tem horas que lota. Ali no acolhimento tenho certeza que precisa de mais gente, lá eles atendem mais gente. [...] Assim, muita gente reclama porque foi rápido o atendimento ou porque não foi satisfatório como ele queria, mas porque a gente não pode dar atenção a só um e deixar outros. O certo seria dar atenção bem melhor, se tivesse mais gente, pra gente dar atenção a só uma pessoa por mais tempo.” (Técnico de Enfermagem 9)

A grande demanda assistencial notada nos achados, visto que a maioria dos profissionais afirma atender uma grande quantidade de pacientes diariamente e todos relatam

a sobrecarga de trabalho, leva a reflexão de que a carga de trabalho excessiva pode prejudicar o desempenho do profissional no exercício de sua atuação, associado à insatisfação no trabalho. Nesse contexto, Zakari (2011) revela que há uma ligação entre a satisfação no trabalho positiva com o aumento no desempenho e na qualidade da segurança do paciente, favorecendo maior apoio na criação de uma cultura de segurança.

É notório que os profissionais relatam a necessidade da adequação do número de profissionais nas unidades de saúde, para uma melhor assistência à população. O estudo de Paese (2010) identificou achado semelhante, onde 31,4% dos profissionais sugerem a adequação do número de recursos humanos para o atendimento da demanda (PAESE, 2010).

Um dos fatores que dificulta a segurança, segundo Ques, Montoro e Gonzalez (2010), se refere a grande demanda assistencial e a forte carga de trabalho, que foi considerada como uma grande pressão assistencial a qual os profissionais sofrem.

O número adequado de profissionais é uma prioridade para o cuidado seguro, sendo a provisão de recursos humanos uma responsabilidade institucional, considerando que a adequação quantitativa de profissionais, segundo as necessidades dos pacientes, possibilita a redução dos riscos aos pacientes (INOUE, MATSUDA, 2010).

Resgatando dados quantitativos da literatura, um estudo constatou que para cada paciente adicionado à carga média de trabalho do enfermeiro, cresceu 7% a taxa mortalidade dos pacientes, 23% o *burnout* dos enfermeiros e 15% a insatisfação no ambiente de trabalho (WACHTER, 2010).

A observação do processo de trabalho dos profissionais foi baseada no aspecto “Recompensa, reconhecimento e reforço positivo”, onde foi evidenciado que os enfermeiros e técnicos de enfermagem não são reconhecidos pelo trabalho desempenhado por parte da gerência da unidade de saúde, não são recompensados e reconhecidos financeiramente pelo trabalho por parte da alta gestão e, além disso, não existem elogios feitos pela gerência no processo de atuação profissional.

É possível ressaltar que a satisfação dos profissionais no ambiente de trabalho e o reconhecimento do seu trabalho pela gestão estimulam a prestação de um atendimento com qualidade ao paciente, associado a um cuidado mais seguro. Entretanto, neste estudo verifica-se uma fragilidade na dimensão satisfação no trabalho para a garantia de uma cultura de segurança do paciente nos CSF.

5.3.9 Envolvimento do paciente e da família no cuidado

No contexto da análise da cultura de segurança do paciente, outra dimensão importante a ser discutida relaciona-se ao envolvimento do paciente e de seu familiar no processo de cuidado em saúde. Para isso, nas observações buscou-se identificar como se dá esse envolvimento durante o acolhimento, o atendimento, a realização de procedimentos ou outra atividade que envolva contato com o usuário e/ou seus cuidadores e familiares.

Surgindo como um aspecto desfavorável à cultura de segurança do paciente, evidenciou-se nas observações que os profissionais de enfermagem não explicam sobre o procedimento aos pacientes e familiares, antes ou durante sua realização, como forma de envolvê-los com o cuidado. Além disso, na maioria das vezes, o cuidado é direcionado unicamente à queixa do paciente, excluindo o acompanhante do processo e desconsiderando a visão holística à pessoa assistida.

Comunicar-se com os usuários, possibilitando sua participação no processo de cuidado é tido como um dos fatores contribuintes na garantia de sua segurança. Um requisito essencial para a continuidade do cuidado e a segurança do paciente é a comunicação consistente entre os profissionais de uma equipe e entre profissionais, paciente e familiar (ICN, 2012). A Organização Mundial da Saúde recomenda que uma das iniciativas para garantir a segurança do paciente seja o desenvolvimento da autonomia e corresponsabilidade do próprio paciente/acompanhante no processo de tratamento, recuperação e cura (WHO, 2008b).

A continuidade do cuidado seguro constitui-se como uma necessidade no campo da segurança do paciente. É preciso entender que um cuidado seguro não deve ser limitado ao serviço de saúde, mas precisa ser garantido no domicílio e em todos os espaços da comunidade. Na APS esse processo se torna naturalmente menos complexo, do ponto de vista de suas características e modo de atuação, conforme destacam Andrade et al. (2012), que a atenção primária tem como características a continuidade e integralidade, a atenção centrada na família e o controle social.

Pode-se destacar como formas de garantir essa continuidade da assistência, o envolvimento dos pacientes e familiares no processo de cuidado, tornando-os corresponsáveis pela segurança, fornecendo orientações e estabelecendo uma comunicação efetiva entre profissional-paciente-familiar.

A participação do paciente, que deve perpassar todas as áreas da segurança e da atenção à saúde, inclui indagar sobre suas preferências, promover o seu relacionamento com a equipe de saúde, elaborar materiais sobre segurança do paciente, criar comitês de aconselhamento para as famílias, formular políticas e pleitear mudanças (WHO, 2008b).

Especialmente no domicílio, a figura do familiar torna-se essencial na garantia da segurança do paciente. As medidas para prevenção de quedas, um dos protocolos utilizados no campo da segurança do paciente, ilustram como o auxílio do familiar é fundamental para os bons resultados das ações, especialmente nos casos de pacientes acamados ou com dificuldade de deambulação. Da mesma forma, as práticas preventivas de lesões de pele e lesões por pressão, quando compreendidas e realizadas com a participação da família, fortalecem o cuidado seguro e a redução de danos.

Vincent e Amalberti (2016) afirmam que, cada vez mais, os pacientes e suas famílias gerem o trabalho complexo de coordenar o próprio cuidado. A avaliação formal desses recursos financeiros, emocionais e práticos está se tornando essencial para a coordenação do cuidado, e a ideia de que o paciente é um membro da equipe de saúde deixará de ser uma aspiração e passará a ser uma necessidade. Isso certamente pode trazer benefícios em termos de envolvimento e empoderamento do paciente, mas também envolve riscos, pois quando os pacientes assumem a responsabilidade sobre a organização e a prestação do cuidado, o lócus dos erros no cuidado de saúde passa dos profissionais para os pacientes e suas famílias.

Proporcionar e receber cuidados de saúde deve ser um ato de parceria e confiança entre os pacientes e profissionais da saúde. Assim, o envolvimento do paciente e do seu acompanhante é uma medida para fortalecer o cuidado seguro (WHO, 2010).

6 CONCLUSÃO

Diante da escassez de pesquisas sobre segurança do paciente na atenção primária, considera-se que este estudo possui relevantes contribuições, na medida em que traça resultados importantes no contexto da garantia de uma assistência mais segura nesses ambientes de cuidados em saúde.

Ressalta-se que foi possível alcançar os objetivos propostos inicialmente, tendo em vista que o estudo analisou a cultura de Segurança do Paciente entre os profissionais de enfermagem da APS no cenário *locus* desta pesquisa, identificando o conhecimento dos profissionais sobre o tema, os aspectos que evidenciam a prática de segurança e descrevendo as características/dimensões da cultura de segurança do paciente no âmbito da APS.

Resgatando-se a questão norteadora que guiou o estudo: “Qual a cultura de Segurança do Paciente existente entre os profissionais de enfermagem que atuam na Atenção Primária à Saúde?”, pode-se afirmar que, mediante os resultados obtidos, evidenciou-se que no ambiente da APS em Sobral, especialmente entre os trabalhadores da enfermagem, não há uma cultura de segurança positiva, considerando a forma como o incidente e a segurança do paciente são abordados. Esta conclusão se dar pela identificação de fragilidades em muitas dimensões que caracterizam uma cultura de segurança sólida em uma instituição, com base no referencial teórico utilizado na pesquisa.

As fragilidades da cultura de segurança do paciente foram identificadas nas dimensões: conhecimento sobre segurança do paciente, educação permanente, prevenção de riscos e incidentes, compromisso dos profissionais para discutir sobre os erros, cultura punitiva, responsabilidade e comprometimento com a segurança, trabalho em equipe, protocolo, evidências científicas, satisfação no trabalho e envolvimento do paciente e da família no cuidado.

Aspectos favoráveis à cultura de segurança também foram identificados na pesquisa, sendo destacados: a atitude dos profissionais para lidar com erros e o comprometimento da gerência quanto à segurança. Diante disso, compreende-se que é possível estabelecer uma cultura de segurança positiva neste cenário, tendo em vista que o suporte da liderança nesse processo é essencial e pode impulsionar o desenvolvimento de estratégias para alcançá-la.

Frente aos desafios, nota-se a necessidade de trabalhar o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente no ambiente da APS, local onde esse processo se torna mais complexo pela variedade de áreas a qual envolve, considerando ainda que requer mudanças organizacionais, pessoais e de gestão. É preciso reconhecer que processos de mudança

demandam tempo e empenho, porém almejam benefícios para a instituição, para os profissionais e os pacientes.

Nesse contexto, é preciso implementar estratégias para garantir um cuidado seguro à população, incluindo a adoção de protocolos de segurança do paciente, utilização de evidências científicas para a tomada de decisão, criação de sistemas de notificação de incidentes, envolvimento dos usuários e familiares no cuidado, educação permanente sobre segurança do paciente e sensibilização de profissionais e gestores para a prática da segurança do paciente.

A pesquisa certamente trará contribuições para o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, na medida em que instiga os profissionais de enfermagem e os gestores para a adoção de estratégias que busquem um cuidado seguro e sensibiliza a gestão para o desenvolvimento da educação permanente para os profissionais do sistema municipal de saúde de Sobral.

A educação permanente sobre segurança do paciente para os profissionais do sistema, aparece como uma implicação prática fundamental nesta pesquisa. Concluiu-se que há necessidade de qualificação dos trabalhadores sobre a temática, na tentativa de construção da cultura de segurança nas instituições, considerando que isso foi posto como necessidade por todas as equipes envolvidas nesta pesquisa. Dessa forma, uma sugestão viável para ser implementada inicialmente é o desenvolvimento de ações de educação permanente sobre segurança do paciente para os enfermeiros da APS, visto que esta categoria profissional precisa 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, incluindo os técnicos de enfermagem. A educação permanente para os profissionais do sistema municipal de saúde de Sobral é coordenada pela EFSFVS, o que torna o processo mais viável, considerando a minha atuação nesta instituição.

A abordagem aos técnicos de enfermagem também pode acontecer mediante o desenvolvimento de cursos sobre segurança do paciente, considerando que essa temática foi elencada pela Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) da macrorregião de Sobral como necessidade de formação prioritária. A CIES é um órgão responsável pela condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, viabilizando as demandas de educação permanente para os trabalhadores do SUS, a partir das necessidades levantadas nas regiões. A EFSFVS, uma Escola Técnica do SUS, auxilia nesse processo na medida em que atua no segmento da Educação Profissional, desenvolvendo processos formativos para atender as demandas locais de formação técnica dos trabalhadores do SUS da

macrorregião de Sobral. Vale ressaltar que, como docente desta Escola, poderei ajudar na sensibilização da gestão e nos processos de qualificação, por possuir uma corresponsabilização na multiplicação da temática, pela realização do Curso de aperfeiçoamento em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente.

Para mais, pensando no sistema de saúde de Sobral como um Sistema Saúde Escola, que possui a integração ensino-serviço como prática constante nos serviços de saúde, a implementação da educação permanente sobre segurança do paciente, permitirá ainda a troca qualificada de saberes com os estudantes de cursos técnicos, de graduação e pós-graduação, conseqüentemente, contribuindo para a formação acadêmica. A inclusão do tema nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem é uma estratégia pertinente para possibilitar a formação de enfermeiros sensíveis à prática de segurança do paciente.

As ações para envolver o paciente e seus familiares no cuidado também merecem destaque, visto que esses atores precisam ser estimulados como corresponsáveis, possibilitando a continuidade do cuidado e a conseqüente melhoria na qualidade da assistência.

A pesquisa apresentou limitações na sua operacionalização. Uma delas foi relacionada à escassez de estudos sobre segurança do paciente na APS, principalmente no contexto nacional, dificultando a composição de material teórico/científico para análise dos dados. Uma tentativa utilizada para não prejudicar o desenvolvimento do estudo foi a realização de pesquisas bibliográficas com diferentes formas de busca, em periódicos nacionais e internacionais, busca de dissertações, teses e outros documentos sobre o tema, em sua maioria internacionais. Outra limitação refere-se à amostra restrita do estudo, fazendo com que os resultados possam não ser considerados uma expressão da segurança do paciente na atenção primária à saúde. Entretanto, considerando a incipiência na realização de pesquisas locais sobre o tema, esta já traz uma significativa compreensão sobre a temática, e, além disso, pesquisas qualitativas são melhores desenvolvidas com um número menor de participantes, buscando explorar extensivamente as opiniões, atitudes e percepções dos sujeitos, de forma a torná-las significativas e expressivas.

Espera-se que este estudo instigue a realização de outros na área, abrindo novas perspectivas, visto que a produção sobre segurança do paciente deve entrar na agenda da política de saúde brasileira, como forma de garantir um cuidado mais seguro. É possível apontar algumas possibilidades de estudos necessários na área, tais como:

- Investigação dos eventos adversos na APS;
- Análise da percepção dos gestores sobre segurança do paciente;

- Análise do conhecimento dos médicos da APS sobre segurança do paciente;
- Abordagem de segurança do paciente na formação acadêmica de enfermeiros e médicos;
- Abordagem de segurança do paciente nos currículos dos cursos técnicos em enfermagem;
- Avaliação de instrumentos de melhoria da segurança do paciente na APS.

Nesse sentido, esses apontamentos permitem reconhecer a complexidade que o campo da segurança do paciente pode abranger no cenário da atenção básica, sendo necessário o comprometimento da comunidade científica com a produção de um conhecimento-
emancipação, digno de desvendar as incompletudes existentes na área.

Sinto que a missão de despertar a sensibilização de profissionais sobre a importância de se trabalhar a segurança do paciente na APS foi alcançada, o dever foi cumprido. A sensação agora é de que o trabalho está apenas começando e que novos horizontes desabrocharão. Não é o fim da história, não é o ponto final, não é a sede saciada.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO-CURVO, P. **Avaliação da atenção básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção.** 2010. 153p. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública) – Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.
- ACSNI. Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. **Organising for safety: Third report.** Study group on human factors. Health and Safety Commission. England, 1993.
- ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.
- AMALBERTI, R.; BENHAMOU, D.; AUROY, Y.; DEGOS, L. Adverse events in medicine: easy to count, complicated to understand, and complex to prevent. **J Biomed Inform**, v. 44, n. 3, p. 390– 394, 2011.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C; GOYA, N; JÚNIOR, T.M. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de Atenção Integral à Saúde. **Sanare**, Sobral, v. 5, n. 1, jan/mar, 2004.
- ANDRADE, L. M. et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Rev. Saúde e Transformação**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.
- ARDERN, J. **Creating a safety culture. Manager of Education and Information Services.** Disponível em: <http://www.commerce.wa.gov.au/Worksafe/PDF/Forums/safety_culture-Jane_.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2012.
- ARRUDA, M. F. **Cultura organizacional e inovação: estudo de caso de um hospital privado com características de inovação no município de São Paulo.** 2006. 120p. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006.
- ASPDEN, P.; CORRIGAN, et al. **Patient safety: achieving a new standard for care.** Washington: The National Academies Press, 2004.
- AZEVEDO, C.E.F.; OLIVEIRA, L.G.L.; GONZALEZ, R.K.; ABDALLA, M.M. A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo. *In*: IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e contabilidade, Brasília, 2013. **Anais do IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e contabilidade.** Brasília: ENEPQ, 2013. p. 1-16.
- BAGNASCO, A. et al. Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department. **Int Emerg Nurs**. v. 21, n. 3, p. 168-72, 2013.

BAKER, G.R.; NORTON, P.G.; FLINTOLF, V. et al. The Canadian Adverse events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **Canadian Medical Association Journal**, v. 179, n. 11, p. 1678-1686, 2004.

BARBOSA, L.R.; MELO, M.R.A.C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 366-370, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BATALHA, E. M. S. S. **A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um Hospital de ensino**. 2012. 154p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BELL, S.K.; DELBANCO, T.; ANDERSON-SHAW, L.; MCDONALD, T.B.; GALLAGHER, T.H. Accountability for medical error: moving beyond blame to advocacy. **Chest**, v. 140, n. 2, p. 519-26, 2011.

BODUR, S.; FILIZ, E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. **Quality in Health Care**, v. 21, n. 5, p. 348-355, 2009.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto Editora, 1994. 336p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

_____. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 33-34, 2001.

_____. NR-6. Equipamento de Proteção Individual. EPI. In: EQUIPE ATLAS. **Segurança e medicina do trabalho**. 54. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das Mãos em Serviços de Saúde**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/index.htm>. Acesso em: 07 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>>. Acesso em 01 abr. 2017.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <www.conass.org.br/colecao2011/livro_3.pdf>. Acesso em 01 abr. 2017.

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

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução N.º 466 de 12 de dezembro de 2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática** /Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013**: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 23 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em 01 abr 2017.

BRENNAN, T.A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: results of the Harvard Medical Practice Study. **New England Journal of Medicine**, v. 324, n. 6, p. 370-7, 1991.

BUETOW, S.; KIATA, L.; LIEW, T.; KENEALY, T.; DOVEY, S.; ELWYN, G. Approaches to reducing the most important patient errors in primary health-care: patient and professional perspectives. **Health Soc Care Community**, v. 18, p. 296-303, 2010.

CANÁDA, D.A. et al. Identificación de las prácticas seguras simples en un área de atención primaria. **Rev Calid Asist**, Madrid, v. 26, p. 292-8, 2011.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013.

CARRERA, S. A. **Cultura de Segurança do paciente: A percepção do enfermeiro em um hospital oncológico**. 2013. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança**. 2011. 158p. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CASSIANI, S. H. B. **Segurança de pacientes na utilização da medicação**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311/2007. **Código de Ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Brasília: Departamento de Tecnologia da Informação, 2011.

COHEN, H.A. et al. Handwashing patterns in two dermatology clinics. **Dermatology**, v. 205, p. 358-361, 2002.

COIMBRA, J. A. H.; CASSIANI, S.H.B. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 56-60, 2001.

COOPER, M. D. Towards a model of safety culture. **Safety Science**, v. 36, n.2, p.111-136, 2000.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F.A.N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 120-128, abr./jun. 2008.

COSTA, D. B. **Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares**. 2014. 97p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2014.

COSTA, D. K. P. et al. Cuidados de enfermagem no pré-natal e segurança do paciente: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line** [internet], Recife, v. 10 (Supl. 6), p. 4909-19, dez., 2016. Disponível em: <
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/10053/pdf_2034>. Acesso em: 08 abr. 2017.

COZENS, J. F. Cultures for improving patient safety through learning: the role of team work. **Quality in Health Care**, v. 10, p. 26-31, 2001.

COZENS, J. F. Evaluating the culture of safety. **Quality and Safety Health Care**, n.12, p. 401, 2003.

DAVIS, P.; LAY-YEE, R.; BRIANT, R. et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. **New Zealand Medical Journal**, v. 115, 2002.

DE VRIES, E.N.; RAMRATTAN, M.A.; SMORENBURG, S.M.; GOUMA, D.J.; BOERMEESTER, M.A. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Qual Saf Health Care**, v. 17, n. 3, p. 216-23, 2008.

DESLANDES, S.F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25a Edição, revista e atualizada. Petrópolis: Vozes, 2007.

- DESLAURIERS, J-P; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008, p.127-153.
- DE WET, C.; JOHNSON, P.; MASH, R.; MCCONNACHIE, A.; BOWIE, P. Measuring perceptions of safety climate in primary care: a cross-sectional study. **J Eval Clin Pract**, v. 18, p. 135-42, 2012.
- DINGLEY, C. et al. Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. In: HENRIKSEN, K. et al. (Eds). **Advances in patient safety: new directions and alternative approaches**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, v. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/>>. Acesso em 06 abr 2017.
- FERREIRA, M. A. S. **Educação Permanente para os enfermeiros e técnicos de enfermagem para o cuidado em CAPS: relato de experiência**. 2014. 24f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de J. E. Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.
- FLIN, R.; BURNS, C.; MEARNES, K.; YULE, S.; ROBERTSON, E.M. Measuring safety climate in health care. **Qual Saf Health Care**. v. 15, n. 2, p. 109-15, 2006.
- FONSECA, A.S.; PETERLINI, F.L.; COSTA, D.A. **Segurança do paciente**. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2014.
- FRANCO FILHO, J.R.C. Segurança do paciente no cenário mundial e no Brasil: uma breve revisão histórica. In: FONSECA, A.S.; PETERLINI, F.L.; COSTA, D.A. **Segurança do paciente**. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2014.
- FRANK, J.R.; BRIEN, S.; (Editors) on behalf of The Safety Competencies Steering Committee. **The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions**. Ottawa: Canadian Patient Safety Institute, 2008. Disponível em: <<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/safetyCompetencies/Pages/default.aspx>>. Acesso em 01 abr. 2017.
- GAAL, S.; VERSTAPPEN, W.; WENSING, M. Patient safety in primary care: a survey of general practitioners in The Netherlands. **BMC Health Serv Res**, v. 10, p. 21, 2010.
- GASKELL, G., BAUER, M. W. Para uma prestação de conta pública: além da amostra da fidedignidade e da validade. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, p. 470-490, 2010.
- GEHRING, K. et al. Safety climate and its association with office type and team involvement in primary care. **Quality in Health Care**. v. 25, n. 4, p. 394-402, 2013.

GELLER, S. **The Psychology of Safety**: How to improve behaviors and attitudes on the job. Florida: The Chilton Book Company, 1997. 560p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRIER, P.; LE GOAZIOU, M.F. [Are multiresistant microorganisms present in GP'S offices?]. **Medecine et Maladies Infectieuses**, v. 35 (Suppl. 2), p. 69-71, 2005.

GOMES, A. Q. F. **Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela internet por organizações internacionais**: estudo exploratório. 2008. 155p. Dissertação (Mestrado em Ciências), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

HAYSHIDA, K.Y.; BERNARDES, A.; MAZIERO, V.G.; GABRIEL, C.S. Decision-making of the nursing team after the revitalization of a decentralized management model. **Texto & Contexto Enferm** [internet], Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 286-93, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/0104-0707-tce-23-02-00286.pdf>>. Acesso em 08 abr. 2017.

HELMREICH, R.L.; MERRITT, A.C. **Culture at work in aviation and medicine**. Burlington: Ashgate, 2001.

HOLANDA FERREIRA, A.B. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 08 fev. 2017.

ICN. International Council of Nurses. **Patient safety**: ICN position. Geneva: ICN, 2012. Disponível em: <<http://www.icn.ch/publications/position-statements/>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Sizing the nursing staff in an intensive care unit for adults. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 379-384, 2010.

IOM. Institute of Medicine. **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press, 2001.

KAWAMOTO, A.M. et al. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **J. res.: Fundam. Care. Online** [internet]. v. 8, n. 2, p. 4387-4398, abr./jun. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4387-4398>>. Acesso em: 08 abr. 2017.

KENNEDY, A.G.; LITTENBERG, B.; SENDERS, J.W. Using nurses and office staff to report prescribing errors in primary care. **Quality and Safety Healthcare**, v. 20, n. 4, p. 238-245, 2008.

KING, H. B. et al. TeamSTEPPS™: team strategies and tools to enhance performance and patient safety. **Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches**, v. 3, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43686/>>. Acesso em: 09 abr. 2017

KINGSTON-RIECHERS, J. et al. **Patient Safety In Primary Care**. Edmonton: Canadian Patient Safety Institute and BC Patient Safety & Quality Council, 2010. Disponível em: <<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/patientSafetyPublications/Pages/default.aspx>>. Acesso em 01 abr. 2017.

KOHN, L. T.; CORRIGNAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. 2. ed. Washington: National Academy Press, 1999.

KUHN, A. M.; YOUNGBERG, B. J. The need for risk management to ensure a culture of safety. **Quality and Safety Healthcare**, v. 11, p. 158-162, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LAWTON, R.; PARKER, D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. **Quality and Safety Healthcare**, v. 11, p. 15-18, 2002.

LEAPE, L. L. et al. Scope of problem and history of patient safety Harvard School of Public Health. **Obstetrics Gynecology Clinical North American**, v. 35, n. 1, p. 1-10, 2008.

LEENDERTSE, A.J.; EGBERTS, A.C.; STOKER, L.J.; BEMT VAN DEN, P.M. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. **Arch. Intern. Med.**, v. 168, n.17, p.1890-6, 2008.

LLAPA-RODRIGUES, E.O.; CUNHA, S.; INAGAKI, A.D.M. et al. Qualidade da assistência de enfermagem na percepção de puérperas. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v.7, n.1, p. 76-82, 2013.

LOCKS, L.; LACERDA, J.T.; GOMES, E.; SERRATINE, A.C.P. Qualidade da higienização das mãos de profissionais atuantes em Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n. 3, p. 569-75, 2011.

LYRATZOPOULOS, G.; WARDLE, J.; RUBIN, G. Rethinking diagnostic delay in cancer: how difficult is the diagnosis? **BMJ**, v. 349, 2014.

MAKEHAM, M.; DOVEY, S.; RUNCIMAN, W.; LARIZGOITIA, I. **Methods and measures used in primary care patient safety research**. Geneva: World Health Organization, 2008.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2001, 219 p.

MARCHON, S.G.; MENDES JUNIOR, W.V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p.1815-35, 2014.

MARCHON, S.G.; MENDES JUNIOR, W.V. Questionário para avaliar a segurança do paciente na Atenção Primária em Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1395-1402, jul, 2015.

MARCHON, S.G.; MENDES JUNIOR, W.V.; PAVÃO, A. L. B. Características de eventos adversos na atenção primária no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2313-2330, 2015.

MARTINS, C.C.F.; SANTOS, V.E.P.; PEREIRA, M.S.; SANTOS, N.P. The nursing team's interpersonal relationships v. stress: limitations for practice. **Cogitare enferm.** [Internet], Curitiba, v. 19, n. 2, p. 287-93, 2014. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/36985/22757>>. Acesso em 10 fev. 2016.

MARTÍN-MADRAZO, C. et al. Evaluación del cumplimiento de higiene de las manos em una área de Atención Primaria de Madrid. **Enferm Infecc Microbiol Clin.** v. 29, n. 1, p. 32-5, 2011.

MAXFIELD, D.G.; LYNDON, A.; KENNEDY, H.P.; KEEFFE, D.O.; ZLATNIK, M.G. Confronting safety gaps across labor and delivery teams. **Am J Obstet Gynecol**, v. 209, n. 5, p. 402-8, 2013.

MCCOY, L.K. Look-alike, sound-alike drugs review: include look-alike packaging as an additional safety check. **Jt Comm J Qual Patient Saf.** v. 31, n. 1, p. 47-53, 2005.

MELLEIRO, M.M. et al. Construção de um projeto de pesquisa sobre segurança do paciente pelo Núcleo das Escolas de Graduação em Enfermagem do Pólo São Paulo. *In*: VIII Congresso Brasileiro de Gerenciamento de riscos e Segurança do paciente, 2012, São Paulo. **Anais do VIII Congresso Brasileiro de Gerenciamento de riscos e Segurança do paciente.** São Paulo: Adh São Camilo, 2012.

MENDES, W.; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care**, v.21, n.4, p. 279-84, 2009. Disponível em: <<http://www.aeciherj.org.br/publicacoes/evento-adverso-Brasil-2009.pdf>>. Acesso em 07 abr. 2017.

MENDES, P. S. W. **Segurança do Paciente**: criando organizações de saúde seguras. Fiocruz, v. 2, 2014

MIASSO, A. I. et al. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 354-363, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MYERS, S. A. **Patient safety and hospital accreditation**: a model for ensuring success. New York: Springer Publishing, 2012.

NAVEH, E.; KATZ-NAVON, T.; STERN, Z. Treatment errors in healthcare: a safety climate approach. **Manage Sci.** v. 51, n. 6, p. 948-60, 2005.

NEUFELD, K. The safety imperative. **Canadian Nurse.** v. 105, n. 8, p. 2, 2009.

NIEVA, V. F. e SORRA, J. Safety Culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality Safety Health Care,** v. 12, 2003.

OLIVEIRA, M. M. C. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada.** 2007. 118f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Atenção Primária à Saúde. **Informe da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde Alma-Ata.** Genebra, 1978.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Aliança Mundial para a Segurança do Paciente,** 2004a.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Patient safety – a global priority.** Bull World Health Organ. Genebra: WHO, v.82, n.12, 2004b. Disponível em <<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/12/editorial11204html/en/>> Acesso em 02 abr. 2017.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. **27ª Conferência Sanitária Pan-Americana. CSP27R10. 59ª Sessão do Comitê Regional. 1-5 Outubro 2007.** [Internet]. Washington, 2007. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27.r10-s.pdf>>. Acesso em 06 set. 2015.

PADOVEZE, M.C.; FIGUEIREDO, R.M. O papel da Atenção Primária na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP,** São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1137-1144, dez. 2014.

PAESE, F. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde.** 2010. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PAESE, F; DALSSASSO, G.T.M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-10, 2013.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet.** v. 11, n. 31, 2011.

PANESAR, S. S. et al. How safe is primary care? A systematic review. **BMJ Qual S,** v. 25, p. 544–553, 2016.

PARANAGUÁ, T. T. B.; BEZERRA, A. L. Q.; TOBIAS, G. C.; CIOSAK, S. I. Support for learning in the perspective of patient safety in primary health care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 24, n. e2771, 2016.

- PETERLINI, F.L.; SAES, A.C. Culpa: Cultura de Não Punição e Accountability na Assistência à Saúde. In: FONSECA, A.S.; PETERLINI, F.L.; COSTA, D.A. **Segurança do paciente**. 1.ed. São Paulo: Martinari, 2014.
- PIRES, A. Bolsa família e políticas públicas universalizantes: o caso de um município paulista. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 134, p. 341-366, 2008.
- PITTET, D. et al. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. **Lancet Infect Diseases**, v. 6, n. 10, p. 641-52, 2006.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.
- POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na Atenção à Saúde**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172p.
- QUES, A.A.M.; MONTORO, C.H.; GONZÁLEZ, M.G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, mai-jun 2010.
- RADUENZ, A.C. et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, condicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, nov-dez, 2010.
- REASON, J. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems. **Philosophical Transactions of the Royal Society**, Series B. v. 327, n.1241, p. 475-484, 1990.
- REASON, J. Beyond the organizational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. **Quality Safety Healthy Care**, v. 13, p. 28-33, 2004.
- REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.
- REIS, C.T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. A Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.11, p. 2199-2210, nov., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/19.pdf>. Acesso em 17 fev. 2014.
- REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. 203f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- RICHARDSON, R. J. e cols. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999, 334 p.
- RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

RHODES, P.; CAMPBELL, S.; SANDERS, C. Trust, temporality and systems: how do patients understand patient safety in primary care? A qualitative study. **Health Expect.** 2015. Disponível em: <10.1111/hex.12342>. Acesso em 08 abr. 2017.

RODRIGUES, L.B.B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.

ROWLANDS, S.; CALLEN, J. A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team. **Eur J Cancer Care**, v. 22, n. 1, p. 20-31, 2013.

SAMMER, C.E.; LYKENS, K.; SINGH, K.P.; MAINS, D.; LACKAN, N.A. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. **Jornal Nursing Scholarship**. v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010.

SANTOS, A.E.; PADILHA, K.G. Eventos adversos com medicações em serviços de emergências: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 429-33, 2005.

SARTORI, M. R. A.; YAMANAKA, N. M. A. Gerenciamento de protocolos assistenciais e indicadores: resultado e desempenho. In: FONSECA, A. S.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. (Org.). **Segurança do Paciente**. São Paulo: Martinari, 2016. p. 101-108.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1991, 358 p.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. 3rd Edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers, 2004, 429p.

SCHEIN, E.H. **Cultura organizacional e liderança**. São Paulo: Atlas, 2009. 441p.

SHERWOOD, G.; DRENKARD, K. Quality and safety curricula in nursing education: matching practice realities. **Nurs Outlook**. v. 55, p.151-155, 2007. Disponível em: <tahsa.org/.../QS_curricula_in_nursing_education.pdf>. Acesso em 01 abr. 2017.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. **Rev. Eletrônica Enferm.** [Internet], Goiânia, v. 12, n. 3, p. 422, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>. Acesso em 06 out. 2014.

SIMÃO, E.; ALBUQUERQUE, G.L.; ERDMANN, A.L. Atenção Básica no Brasil (1980-2006): alguns destaques. **Rev RENE**, Salvador, v. 8, n. 2, p. 50-9, 2007.

SOBRAL. Secretaria da Saúde e Ação Social. **Plano municipal de saúde 2009-2013**. Sobral, 2009, 72 p.

SORRA, J.; FAMOLARO, T.; DYER, N.; NELSON, D.; KHANNA, K. Hospital survey on patient safety culture. **Agency for Healthcare Research and Quality**, Rockville, 2009.

SOUZA, L. P. et al. Eventos adversos: instrumento de avaliação de desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. **Rev. Enferma. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 127-133, 2011.

SOUZA, N.T.C. Responsabilidade civil do Enfermeiro. **Revista Direito e Liberdade – ESMARN**, Mossoró, v. 2, n.1, p. 337-350, jan./jun., 2006.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, C.D. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011.

TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 26-37, 2016.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. p. 116-173.

TOBIAS, G. C. et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospital universitário. **Rev. Enferm UFPE online** [internet], Recife, v. 10, n. 3, p. 1071-9, mar., 2016. Disponível em: <10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201617>. Acesso em: 08 abr. 2017.

VERBAKEL, N. J. et al. Exploring patient safety culture in primary care. **Quality in Health Care**. v. 26, n. 6, p. 585-591, 2014.

VINCENT, C. et al. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. **Br Med J**, v. 320, n. 7237, p. 777, 2000.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente: Orientações para evitar eventos adversos**. Videira, São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009.

VINCENT, C.; AMALBERTI, R. **Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado**. Rio de Janeiro: Proqualis, 2016, 198p.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed. 2010, 320p.

WALLIS, K.; DOVEY, S. Assessing patient safety culture in New Zealand primary care: a pilot study using a modified Manchester Patient Safety Framework in Dunedin general practices. **J Prim Health Care**, v. 3, p. 35-40, 2011.

WEGNER W. **A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil**. 2011. 156f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

WETZELS, R; WOLTERS, R; VAN; WEEL, C; WENSING, M. Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: a prospective observational study. **BMC FamPract**, v. 9, n. 35, 2008.

WHO. World Health Organization Resolution WHA55.18. **Quality of Care: Patient Safety**. In: Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva, 13-18 May 2002. Volume 1. Resolutions and decisions. Geneva: WHO, 2002.

_____. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. Sections III e IV (PPS 49-90), 2008a. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf>. Acesso em 08 abr. 2017.

_____. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. **Forward programme 2008-2009**. Geneva: WHO; 2008b. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/en/>. Acesso em 07 abr. 2017.

_____. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report**. Geneva: WHO, 2009.

_____. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. **Patient safety workshop: learning from error**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/education/vincristine_download/en/>. Acesso em 10 abr. 2017.

_____. World Health Organization patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf>. Acesso em 01 abr. 2017.

WILSON, R.M. et al. The Quality in Australian Health Care Study. **Medical Journal of Australia**, v. 163, p. 458-71, 1995.

YATES, et al. Sentara Norfolk General Hospital: accelerating improvement by focusing on building a culture of safety. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 30, n. 10, Oct, 2004.

ZAKARI, N. M. A. Attitude of academic ambulatory nurses toward Patient Safety Culture in Saudi Arabia. **Life Science J**. v, 8, n. 3, p. 230-7, 2011.

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Dados de Identificação

Identificação do entrevistado: _____

Centro de Saúde da Família: _____

Há quanto tempo você trabalha nesse local? _____

Quantas horas por semana você trabalha nesta unidade? _____

Há quanto tempo você trabalha como enfermeiro? _____

Conhecimento sobre Segurança do Paciente

1. O que você sabe sobre Segurança do Paciente?
2. Você conhece ou existe alguma orientação a respeito de segurança do paciente no dia a dia da Estratégia Saúde da Família? Já foi realizado algum treinamento a respeito?
3. O que você poderia dizer sobre cuidados de enfermagem que priorizem a segurança do paciente na APS?

Cultura de Segurança do Paciente no processo de trabalho

1. Em média, quantas pessoas você presta assistência por dia?
2. O que você acha da relação entre a quantidade de profissionais existentes nessa unidade de saúde e a demanda existente?
3. Você acha que essa relação quantidade de profissionais x demanda dos pacientes é suficiente para dar conta do trabalho? Fale um pouco mais.
4. Seu local de trabalho é livre de incidentes? Explique.
5. Na sua unidade de saúde os profissionais se apoiam mutuamente? De que forma?
6. Você observa uma liderança proativa (profissionais responsáveis pelos seus atos) no seu processo de trabalho?
7. Que atitudes os profissionais apresentam quando ocorre um erro relacionado à assistência?
8. Os profissionais possuem um compromisso para discutir e aprender com os erros?
9. Esse erro é relatado à gerência?
10. Que atitudes a gerência apresenta quando ocorre um erro relacionado à assistência?
11. Esse erro é percebido e corrigido de modo a evitar danos ao paciente? De que maneira?

APÊNDICE B
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DE ASPECTOS/CARACTERÍSTICAS DA
CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS**

CSF:	
CATEGORIA PROFISSIONAL: Enfermeiro () Técnico de enfermagem ()	
PROCEDIMENTO/AÇÃO/ATIVIDADE OBSERVADA:	
ASPECTO/CARACTERÍSTICA	OBSERVAÇÃO
Trabalho em equipe (Um espírito de colaboração e cooperação existe entre os profissionais? As relações são abertas, seguras, respeitadas e flexíveis? Os profissionais trabalham de maneira coordenada?)	
Suporte das lideranças (Os líderes reconhecem o ambiente de saúde como ambiente de alto risco e procuram minimizá-los?)	
Comunicação, educação e aprendizado (O profissional tem o direito e a responsabilidade de comunicar fatos ocorridos com pacientes? A unidade aprende com seus incidentes e procura novas oportunidades de melhoria de desempenho?)	
Documentação (É feito registro documentado dos procedimentos e de erros ocorridos?)	
Evidências científicas (Práticas de atendimento ao paciente são baseadas em evidências? Há padronização de técnicas nos procedimentos?)	
Cuidado centrado no paciente (O cuidado é centrado em torno do paciente e da família?)	
Responsabilidade e comprometimento (O profissional demonstra responsabilidade e comprometimento para garantir a segurança do paciente?)	

APÊNDICE C
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

- 1- Investigar nos Centros de Saúde da Família do estudo e na Secretaria da Saúde de Sobral, se existem manuais, protocolos ou outros documentos orientadores do processo de trabalho dos profissionais, de forma a garantir um cuidado seguro. Se sim, identificar quais são e como são utilizados.

APÊNDICE D
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro (a) participante,

Sou aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo uma pesquisa científica sobre a Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde, sob a orientação da Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira. Nesse sentido, solicitamos sua colaboração na participação dessa pesquisa, aceitando responder às questões de uma entrevista semi-estruturada sobre as práticas que envolvem a segurança do paciente dentro da sua atuação.

Os dados serão apresentados na Universidade Federal do Ceará, respeitando o caráter confidencial das identidades. Será garantido que sua participação ficará no anonimato e não será divulgado o seu nome.

Você tem o direito de não participar dessa pesquisa, se assim o desejar, mas seria importante sua participação, visto que você faz parte das pessoas que direta/indiretamente estão envolvidas nesse processo. Esse trabalho subsidiará o gerenciamento do cuidado em relação à segurança do paciente, auxiliará na tomada de decisão e desencadeará o desenvolvimento de ações de educação permanente voltada a essa temática.

Serão respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – MS (BRASIL, 2012b). Aceitando participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento. Reforçamos que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento científico. Sua participação não lhe trará riscos à saúde, nem mesmo risco de receber advertência por ter participado ou não. Tudo ocorrerá em sigilo.

Em caso de dúvidas, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, situado à Avenida Dr. Guarany, nº 317 - Centro de Ciências da Saúde, Derby – Sobral/Ceará, telefone: (88) 3677-4255 ou a pesquisadora Karina Oliveira de Mesquita na Av. José Frederico Gomes, 1175, Junco-Sobral/Ceará, telefone: (88)99466339.

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

Termo de Consentimento Pós-informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo cujo título é “Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde”, realizado pela pesquisadora Karina Oliveira de Mesquita, sob a orientação da Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira, compreendi seus propósitos e concordo em participar da pesquisa, não me opondo a responder as perguntas da entrevista, e também que em qualquer momento da pesquisa posso tirar meu consentimento em participar da mesma.

Sobral, _____ de _____ de 201__.

Ciente: _____

Assinatura do Sujeito

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

ANEXO A
PARECER DE AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA
DA SAÚDE DE SOBRAL



PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

PARECER PROTOCOLO Nº 0058/2015

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do projeto de Dissertação de Mestrado intitulado - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE desenvolvida por KARINA OLIVEIRA DE MESQUITA do Mestrado Acadêmico em Saúde Família/UFC/Sobral, sob orientação da Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado concordamos em autorizar a realização da coleta de dados do estudo com Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem dos Centros de Saúde da Família da sede de Sobral, Ceará, mediante pactuação prévia entre as pesquisadoras, as gerências dos CSF e os profissionais quanto à escolha dos melhores dias, horários e local para a realização das entrevistas.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga as pesquisadoras de solicitar anuência a cada um dos profissionais, devendo estes serem convidados a participar mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Ressalta-se ainda que é de responsabilidade das pesquisadoras encaminhar à esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão.

Código de Validação: PP13931441813952F

Emitted em: Sobral, 09 de Setembro de 2015, às 12:52, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC
Este documento pode ser validado no endereço sicc.uvnet.br/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

Sobral, 03 de Junho de 2015

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

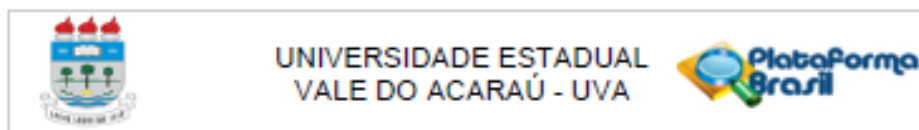
Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica

Código de Validação: PP13931441813952F

Emitido em: Sobral, 09 de Setembro de 2015, às 12:52, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC
Este documento pode ser validado no endereço sicc.uvavet.br/validacao, através das informações acima.

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Karina Oliveira de Mesquita

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49134415.5.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.484.252

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado referente ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o conhecimento e as atitudes dos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família que evidenciam a cultura da segurança do paciente.

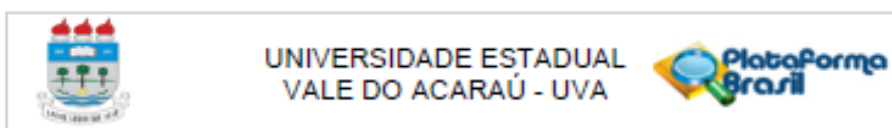
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos envolvidos diretamente, no que diz respeito ao constrangimento e desconforto aos participantes tanto pelas entrevistas, como pelo ato da observação, no entanto, os pesquisadores se comprometem a minimizar os possíveis danos ou riscos que possam surgir com a pesquisa. Os benefícios da pesquisa pautam-se nos elementos evidenciados que podem subsidiar as tomadas de decisão relacionadas ao cuidado e a gestão, no que diz respeito a segurança das pessoas assistidas na Atenção Primária à Saúde. Portanto, embora indiretos, sobrepoem aos riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, a ser desenvolvida nos CSF da sede do município de Sobral, com enfermeiros e técnicos de enfermagem, a partir de entrevistas semiestruturadas e observação não-participante.

Endereço: Av Comendante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.454.252

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados encontram-se adequados.

Recomendações:

Recomendamos a devolutiva dos resultados da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do envio do Relatório Final de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considera-se o projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em segunda análise, decidiu-se pela aprovação ad referendum do Colegiado do CEP/UVA, após análise do relator que verificou que a pesquisadora acatou as pendências identificadas na primeira análise. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer de enviar relatório final após a conclusão do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMações BÁSICAS DO PROJETO 521920.pdf	13/03/2016 16:42:47		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/03/2016 16:41:57	Karina Oliveira de Mesquita	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	12/09/2015 22:51:07	Karina Oliveira de Mesquita	Aceito
Outros	Carta_anuenciã2.pdf	12/09/2015 15:48:09	Karina Oliveira de Mesquita	Aceito
Outros	Carta_anuencia.pdf	12/09/2015 15:47:24	Karina Oliveira de Mesquita	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO MESTRADO para comite de ética.pdf	26/05/2015 14:26:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - mestrado.pdf	26/05/2015 14:27:41		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com