

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Celso Marcos da Silva

Segurança do paciente: percepção dos profissionais de saúde atuantes na atenção
primária

Rio de Janeiro

2019

Celso Marcos da Silva

Segurança do paciente: percepção dos profissionais de saúde atuantes na atenção primária

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientadora: Divanise Suruagy Correia

Coorientadora: Maria das Graças Monte Mello Taveira

Rio de Janeiro

2019

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código do Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

Título do trabalho em inglês: **Patient safety**: perception of health professionals working in primary care.

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

S586s Silva, Celso Marcos da.

Segurança do paciente: percepção dos profissionais de saúde atuantes na atenção primária / Celso Marcos da Silva. – 2019.

75 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadores: Divanise Suruagy Correia e Maria das Graças Monte Mello Taveira

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2019. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

1. Segurança do Paciente. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Gestão da Qualidade em Saúde. 4. Percepção. I. Título.

CDD – 23.ed. 362.104258

Celso Marcos da Silva

Segurança do paciente: percepção dos profissionais de saúde atuantes na atenção primária

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: 29 de Maio de 2019.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Divanise Suruagy Correia (Orientadora)
Universidade Federal de Alagoas

Profa. Dra. Patricia de Carvalho Nagliate
Universidade Federal de Alagoas

Profa. Dra. Simone Schwartz Lessa
Universidade Estadual das Ciências da Saúde de Alagoas

Rio de Janeiro

2019

Dedico à minha família (pai, mãe, irmãos, esposa e filho), às pessoas que acreditaram em mim e no meu potencial, em especial, às minhas orientadoras, Dra. Divanise e Ma. Graça Monte, pelo investimento de tempo e dedicação a esse desafio.

Dedico também a todos os colegas profissionais que colaboraram com a construção deste projeto de segurança, e não poderia deixar de citar os dois timoneiros do projeto, Caio e Luana, que, na época do estágio rural, se dedicaram à discussão e construção junto comigo e toda a equipe da UBS Dr. Daniel Houly.

Dedico a todos aqueles que lutam por um SUS de qualidade e que promovem, nos seus dias, uma perspectiva de construção, discussão e materialização de um olhar diferenciado dos nossos profissionais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me iluminado e motivado a cada dia para conseguir vencer mais esta batalha.

Aos meus pais, em especial, à minha mãe, que nunca desistiu de mim e sempre acreditou no meu potencial.

Aos meus irmãos, que sempre foram meu porto seguro e minha inspiração para prosseguir com novos desafios e sonhos.

Às minhas orientadoras, “Mães” que consegui nesta jornada e que carrego com muito carinho dentro de todos os momentos que passei nesta jornada.

À minha esposa e filho, aos quais amo e tento melhorar a cada dia para servir de fonte de inspiração para ambos.

Às minhas alunas, Beatriz Brito, Raphaella Feitosa, Isabel Cristina, Isabel Isaura e Isabela Tenório, pela colaboração e cumplicidade na construção e desenvolvimento deste projeto de mestrado.

RESUMO

SILVA, C. M. **Segurança do paciente:** percepção dos profissionais de saúde atuantes na atenção primária. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019

Introdução: a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, tendo a atenção primária como ordenadora do cuidado com o atributo de garantir a acessibilidade e a integralidade do cuidado. Muito se discute sobre segurança do paciente na atenção secundária e terciária, todavia, são poucos os estudos sobre o tema na atenção primária. **Objetivo:** abordar o tema sobre segurança do paciente com ênfase na Atenção Básica. **Método:** trata-se de um trabalho de revisão bibliográfica, com pesquisa de campo do tipo descritivo, observacional, de abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, usou-se a técnica de Grupo Focal e, para a análise dos dados, o programa IRAMUTEC e a teoria de Análise de Conteúdo. **Resultados:** a revisão de literatura vem apresentada nos três primeiros capítulos, ou seja: Segurança do Paciente, Atenção Básica e Segurança do Paciente na Atenção Básica. O quarto capítulo é o resultado da pesquisa sobre segurança do paciente, que é apresentado em forma de artigo, sendo intitulado: Percepções de Profissionais atuantes na Atenção Básica de Saúde sobre Segurança do Paciente. O quinto capítulo refere-se aos três produtos decorrentes deste trabalho, ou seja: o vídeo educacional sobre segurança do paciente; o projeto de intervenção intitulado: Implementação da Segurança do Paciente no Município de Arapiraca (AL) e a Lei 2562/2018. **Considerações finais:** pode-se concluir que a atenção Primária pode funcionar como porta de entrada também para a promoção da cultura de segurança e como instrumento de qualificação de todos os níveis de assistência.

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

ABSTRACT

SILVA, C. M. **Patient safety:** perception of health professionals working in primary care. 2019. Dissertation (Professional Master in Family Health) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

Introduction: Patient safety is defined as the least acceptable reduction in the risk of unnecessary harm associated with health care; with primary care as caregiver, with the attribute of guaranteeing the accessibility and integrality of care. Much is discussed about Patient Safety in secondary and tertiary care; however there are few studies on primary care. **Objective:** address the subject of patient safety with emphasis on Primary Care. **Method:** This is a work of bibliographic review, with descriptive, observational field research with a qualitative approach. For data collection, we used the Focus Group technique and, for data analysis, the IRAMUTEC program and the Content Analysis theory. **Results:** The literature review is presented in the first three chapters, namely: Patient Safety, Primary Care and Patient Safety in Primary Care. The fourth chapter is the result of research on patient safety, which is presented in article form, entitled: Perceptions of Professionals working in Primary Health Care on Patient Safety. The fifth chapter refers to the three products derived from this work, namely: the educational video on patient safety; the intervention project entitled: Implementation of Patient Safety in Arapiraca (AL) Municipality and Law 2562/2018. **Final considerations:** It can be concluded that Primary care can also act as a gateway for the promotion of safety culture and as an instrument of qualification of all levels of care.

Keywords: Patient Safety. Primary Health Care. Quality in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AFC	Análise Fatorial de Correspondência
ABS	Atenção Básica de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
EA	Evento Adverso
eAB	Equipe de Atenção Básica
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMED	Faculdade de Medicina
IOM	Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América
IRAMUTEQ	Interface de R <i>Pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et Questionnaires</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assesment Tool</i>
PCISME	<i>Primary Care International Study of Medical Errors</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RST	Reagrupamento do Segmento de Texto
SAS	Superintendência de Atenção à Saúde
ST	Segmento de Texto

SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Superintendência de Vigilância à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA.....	11
3	OBJETIVOS.....	13
3.1	<i>Geral.....</i>	<i>13</i>
3.2	<i>Específicos.....</i>	<i>13</i>
4	A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	14
5	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	18
6	A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO BÁSICA.....	21
7	RESULTADOS.....	25
7.1	<i>A pesquisa.....</i>	<i>25</i>
7.2	<i>Os produtos.....</i>	<i>45</i>
7.2.1	<i>Videoaula sobre segurança do paciente na atenção básica.....</i>	<i>45</i>
8	CONCLUSÃO.....	46
	REFERÊNCIAS.....	47
	APÊNDICES.....	50
	APÊNDICE A - Projeto de Intervenção.....	50
	ANEXOS.....	70
	ANEXO A - Decreto nº 2562 de 26 de dezembro de 2018.....	70
	ANEXO B - Roteiro de perguntas do Grupo Focal.....	72
	ANEXO C- Aprovação do Projeto no CEP.....	73

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho traz o resultado da dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família. O mesmo está organizado conforme a seguir.

Inicialmente, na uma introdução que será abordada no trabalho e, em seguida, se apresentam a revisão de literatura que engloba a segurança do paciente envolvendo todos os níveis do cuidado, discutindo seus conceitos, revisão histórica e modelos seguidos mundialmente. Na sequência, são abordados os aspectos da Atenção Básica de Saúde (ABS), seus conceitos e atributos, novas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017 e, por fim, a temática de segurança do paciente na ABS.

Depois apresenta-se um artigo, que é o resultado da pesquisa realizada durante o mestrado, envolvendo oito profissionais de nível superior da cidade de Arapiraca (AL) que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de um estudo qualitativo cujo objetivo geral foi levantar a percepção dos profissionais que trabalham na APS sobre segurança do paciente e utilizou-se, como técnica de coleta de dados o grupo focal e na análise dos dados o programa IRAMUTEC e a teoria de Análise de Conteúdo.

Em seguida apresentam-se os três produtos frutos das discussões e dos resultados da pesquisa do mestrado, que são: Projeto de Intervenção de criação do Núcleo Municipal de Segurança do Paciente, Vídeo Educativo sobre Segurança do Paciente com destaque para a APS e a lei municipal decorrente do Projeto de Intervenção.

Este trabalho é um dos resultados das expectativas que possuímos como profissional médico e docente. Sempre estivemos envolvidos com o ensino, mesmo antes de cursar a universidade, como aluno de Medicina. Portanto, é constante meu interesse por projetos que melhorem minha capacidade de construir, transmitir e discutir informações.

O Mestrado Profissional em Saúde da Família foi uma oportunidade que surgiu para aprofundar os aspectos referentes à pesquisa, na capacitação didática, e formação como docente, nos modelos de ensino, na capacidade de sintetizar e também na capacidade de avaliar os meus conhecimentos e os conhecimentos dos discentes, aprimorando e qualificando a minha capacidade de ensino e aprendizagem.

Nesse processo, teve-se a oportunidade de discutir temas com profissionais do mais alto conhecimento, autores de trabalhos fantásticos, de livros nacionais e internacionais, que me fizeram sentir orgulhoso e realizado. Nessa perspectiva, sigo com a ideia de dar mais um salto

2 JUSTIFICATIVA

A segurança do paciente é um componente fundamental na busca pela qualidade do cuidado de saúde e sua ausência provoca um grave problema de saúde pública, visto que em cada dez pacientes que recebem assistência hospitalar é acometido por Eventos Adversos (EA) que podem ter consequências severas para os pacientes, familiares, profissionais, hospitais e gestores de saúde. Os gastos com esses incidentes são astronômicos e aumentam a importância da sensibilização de todos os atores envolvidos nos cuidados de saúde, inclusive, os próprios pacientes e acompanhantes, sobre a temática segurança, e urge a necessidade em se difundir essa cultura de segurança nos estabelecimentos de saúde, sejam eles hospitais, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Unidade Básica de Saúde (UBS).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define segurança do paciente como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Após a publicação do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (IOM) intitulado “*To err is human*”, (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999) houve o alerta público sobre os riscos provocados pelo moderno cuidado de saúde, demonstrando a importância de seguir o modelo de outras indústrias, como a de aviação civil, para a aplicação de técnicas de segurança com foco primário no sistema em vez de nos usuários. Priorizou-se a necessidade do fortalecimento da cultura de segurança em nível organizacional, sendo um dos pilares fundamentais da conquista da qualidade e segurança nos contextos da atenção à saúde em qualquer nível de assistência, seja ele primário, secundário ou terciário.

Disseminar a cultura de segurança positiva nas instituições de saúde surge como um dos critérios fundamentais para minimizar a ocorrência de EA, levando a níveis aceitáveis tal qual determina a OMS, ao utilizar o aprendizado proativo a partir dos erros, reestruturar e monitorar os processos de trabalho com a finalidade de evitar a ocorrência dos erros ou incidentes (HANDLER et al., 2006).

O Ministério da Saúde lançou, em sua portaria 529/2013 (BRASIL, 2013), o Plano Nacional de Segurança do Paciente, que oferece subsídios para a criação de Núcleos de Segurança nas unidades da Rede de Assistência à Saúde, e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013 determinou a implantação de núcleos de segurança do paciente em todas as unidades hospitalares e nas UBS (BRASIL, 2013), possibilitando a perspectiva de utilizar esta ferramenta para promover a melhoria da qualidade da assistência, para minimizar a ocorrência

de EA e, assim, garantir maior segurança aos usuários destes serviços em uma perspectiva de ampliar sua confiabilidade e resolutividade.

Para alcançar as metas propostas para a atenção primária na composição da rede, é prioritário que sejam discutidos diariamente, em todas as possibilidades de contato entre profissionais e usuários, o tema segurança do paciente e cultura de segurança, explicando o quão importante é a notificação de EA, a disseminação da cultura de segurança, a organização dos processos de trabalho, a educação permanente, a territorialização, a participação social nas discussões e decisões que envolvam a melhoria das condições de saúde de uma comunidade, garantindo qualidade na assistência prestada e otimização de recursos financeiros utilizados.

Este trabalho apresenta o resultado do trabalho do mestrando durante o Mestrado Profissional em Saúde da Família, que apresentam a revisão de literatura sobre o tema, o resultado da pesquisa em forma de artigo e dois produtos resultantes de todo o trabalho.

Quando se discute o tema segurança do paciente na atenção primária, observa-se sua pertinência e a justifica frente à pouca produção científica na área, haja vista a importância do assunto para a melhoria da qualidade na assistência à saúde (MESQUITA et al., 2016).

Justifica-se ainda pela ocorrência de EA na atenção primária, que são frequentes e podem provocar danos graves às pessoas acometidas por esses agravos, além de ampliar os custos e diminuir a qualidade da assistência.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Abordar o tema sobre segurança do paciente com ênfase na Atenção Básica e em seus conhecimentos e práticas entre profissionais da área da saúde atuantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Arapiraca (AL).

3.2 Específico

- a) Identificar, na literatura, estudos que abordem os temas: Segurança do Paciente, Atenção Básica e Segurança do Paciente na ABS;
- b) Apresentar os resultados do estudo sobre conhecimentos e práticas dos profissionais atuantes na ESF sobre segurança do paciente;
- c) Apresentar os produtos resultantes do trabalho oriundo do mestrado.

4 A SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente foi definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado em saúde, pela OMS. Apesar de sua notória importância, só foi escolhida como uma das dimensões da qualidade em 2001, quando o IOM publicou o texto *Crossing the Quality Chasm: A New HealthSystem for the 21st Century*.¹ A partir disso, ganhou notoriedade e adesão no âmbito internacional (SOUSA; MENDES, 2014a).

Sabe-se que, quando há deficiência na segurança, abre-se precedente para maior ocorrência de EA, os quais, até então, eram entendidos como inevitáveis. Todavia, esses estudos sobre o tema, em especial, o *To err is human*,² fizeram com que o processo fosse repensado. Dessa forma, foi dada maior atenção aos números de EA e ao que eles significavam. Assim, as causas passaram a ser investigadas e problematizadas e foi constatado que é necessário que o sistema de saúde incorpore lideranças em segurança, além de uma cultura organizacional que assinale e aprenda com os erros, e coloque a segurança do paciente como uma prioridade (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

Nos Estados Unidos, morrem de 44 a 98 mil pacientes por ano em decorrência de erro da assistência médico-hospitalar. E, desses, apenas 55% recebem o tratamento adequado. Em uma revisão nas bases de dados *Cochrane and MEDLINE*, envolvendo 74.485 pacientes, a incidência de EA intra-hospitalares foi de 9,2%, ou seja, um EA para cada dez internações hospitalares. A média de eventos preveníveis foi de 43,5% e 7,4% dos EA foram letais (evento sentinela) (RIBAS, 2010).

No Brasil, o cenário é bastante parecido. Um estudo realizado em hospitais brasileiros verificou que os índices de EA tiveram uma incidência de 7,6%, sendo que, desses, 66,7% poderiam ter sido evitados (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014). Essa expressiva taxa de EA mostra o quanto a segurança do paciente – um dos aspectos que compõem a qualidade do cuidado – ainda é negligenciada no ambiente da saúde e o quanto ainda é preciso intervir nessa realidade.

Erros como esses ocorrem cotidianamente e, nesse meio, foi instaurada uma cultura de culpabilidade, a qual pune aquele que cometeu o erro em vez de identificar os fatores que possibilitaram a ocorrência daquele fato e reeducar toda a equipe responsável pela cena. Além do prejuízo humanitário, os EA acarretam altos custos ao sistema de saúde, os quais poderiam ser investidos em melhoria da assistência (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

¹ Tradução: Atravessando o abismo de qualidade: um novo sistema de saúde para o século XXI.

² Tradução: Errar é humano.

Apesar de ser um assunto ainda muito recorrente na atualidade, ele já preocupava personalidades da saúde desde a Antiguidade. Hipócrates, por exemplo, proferiu sua máxima “Primo Non Nocere”, afirmando que não causar dano ao paciente deve ser a primeira parte do cuidado⁷. Ao avançar na História, durante o século XIX, a enfermeira Florence Nightgale foi responsável por enfermarias na Guerra da Crimeia e observou que melhorias na alimentação, na higiene dos soldados, na organização e na estrutura refletiam diretamente em sua recuperação, evitando sequelas e mortes (SOUSA; MENDES, 2014a).

Outro personagem com grande atuação nessa luta por modificação do processo foi o médico húngaro Ignaz Philipp Semmelweis. Ele observou e registrou a diferença entre as taxas de morte por infecção durante o parto nas enfermarias sob a responsabilidade dos estudantes e naquelas sob responsabilidade das parteiras e que o percentual na primeira era maior. Isso ocorria porque os estudantes, antes de atender às parturientes, atuavam nas autópsias e não lavavam as mãos entre esses dois tipos de procedimento (SOUSA; MENDES, 2014a).

A partir dessas constatações, Semmelweis também buscou melhorias na organização dos procedimentos, no entanto, assim como Florence Nightgale, não obteve apoio da classe médica e suas teorias foram ignoradas (SOUSA; MENDES, 2014a). Passadas décadas ou até séculos desses acontecimentos, o assunto ganhou espaço entre os profissionais de saúde e virou objeto de pesquisas, artigos e livros, como “*To Err Is Human*”, do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, em 1999. Entretanto, isso não é o suficiente. Mais do que livros publicados, é necessário que haja uma mudança na cultura dos envolvidos para, de fato, instalar-se a segurança do paciente (RIBAS, 2010).

Conforme os conhecimentos sobre saúde foram se expandindo e as tecnologias foram sendo acrescentadas, a prestação do cuidado foi se tornando uma atividade cada vez mais complexa. E isso se expande tanto ao nível do paciente tratado quanto da prática nas organizações de saúde e dos financiadores (SOUSA; MENDES, 2014b). Para gerenciar essa rede de cuidado, torna-se cada vez mais necessária a organização dos processos executados.

Esses processos, por sua vez, em algum momento de seu desenvolvimento ou execução, passam por mãos humanas (o chamado fator humano), os quais podem evoluir para o erro humano. Esses dois conceitos são utilizados por James Reason, professor inglês de Psicologia, o qual afirma ainda que são possíveis duas abordagens do erro: a individual - como esquecimento, negligência e imprudência - e a sistêmica - a qual leva em consideração a falibilidade humana e prevê a ocorrência de erros, mesmo em organizações de excelência (SOUSA; MENDES, 2014a).

Para ilustrar essa segunda abordagem, o funcionamento do cuidado ao paciente usa o Modelo do Queijo Suíço no sistema de acidentes ou o modelo epidemiológico. Ele representa principalmente sistemas com alta tecnologia, apresentando diversas barreiras de proteção. Essas camadas de proteção são alarmes, sendo algumas focadas nos indivíduos que trabalham nas ações finalistas ou de ponta, como cirurgiões e pilotos, e outras que dependem de ações e controles gerenciais. Dessa forma, sua função é a de proteção (SOUSA; MENDES, 2014a).

A analogia com o queijo suíço se deve à ideia da barreira com furos. As fatias de queijo são barreiras de segurança e os furos nelas presentes são os erros cometidos durante as etapas do processo. Quando as fatias são dispostas sequencialmente e os furos se alinham, permite-se a trajetória do erro e o acidente acontece (SOUSA; MENDES, 2014a).

Para bloquear esse percurso e prevenir o erro, defende-se o uso da abordagem sistêmica. Dessa forma, preconizam-se medidas fundamentadas em distintos objetos: no indivíduo, na equipe, na tarefa, no local de trabalho e na organização em sua totalidade (SOUSA; MENDES, 2014a).

Assim, seria possível elaborar um sistema resiliente e capaz de criar estratégias entre as camadas defensivas quando acontecesse um erro em alguma das etapas (SOUSA; MENDES, 2014a).

Em contribuição a estes estudos (SOUSA; MENDES, 2014a) percebe-se que operacionalizam a capacidade de planejamento das estratégias corretivas para lidar, de maneira adequada, com os erros. Ele diferencia os conceitos de erro e de violação, explicando que essa última advém do elemento de escolha e geralmente é resultado do não seguimento das normas pré-estabelecidas (SOUSA; MENDES, 2014a).

Esse cenário de violação é característico de uma organização na qual os valores da segurança não são bem internalizados pelos seus personagens e, por isso, facilmente transgredidos; em outras palavras, não existe uma cultura de segurança bem estabelecida. A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento, individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura (SOUSA; MENDES, 2014b).

É desse ambiente que surgem as soluções para os problemas que ocorrem ao longo do caminho. Uma organização com uma cultura de segurança efetiva é aberta e justa com seus profissionais quando incidentes ocorrem; os profissionais sentem-se motivados a relatar o erro; aprende-se com os erros em vez de culpar os indivíduos e procura-se olhar para o que deu errado dentro do sistema (COX; COX, 1991).

Essa mudança comportamental move a organização para a resolatividade dos erros já cometidos, mas também para a sua prevenção, evitando, assim, que tornem a acontecer. Nessa nova cultura, valorizam-se o trabalho em equipe, a livre e efetiva comunicação entre seus membros, a atitude proativa dos líderes e o incentivo à notificação de incidente, resultando no êxito do aprendizado organizacional (SOUSA; MENDES, 2014b).

As estratégias de promoção da segurança do paciente em uma instituição de saúde podem incluir mudanças no sistema - gestão ou estrutura, por exemplo -, treinamentos em equipe - facilitando a comunicação, o trabalho em grupo e a liderança - e os chamados *rounds* interdisciplinares - nos quais as lideranças organizacionais se unem para debater os principais desafios à segurança do paciente e buscam soluções para eles (SOUSA; MENDES, 2014b).

Por fim, percebe-se que a segurança do paciente e, conseqüentemente, seu estabelecimento como cultura se comportam como um redutor dos riscos de incidentes e de EA. Assim, ela diminui os prejuízos à saúde do paciente e os gastos para corrigi-los, além de aumentar seu grau de confiabilidade e de satisfação no cuidado e direcionar os recursos financeiros diretamente aos cuidados comprovadamente eficazes e efetivos, uma vez que, como explica o epidemiologista Archie Cochrane, os recursos são escassos (SOUSA; MENDES, 2014a).

Estabelecem-se, portanto, instituições e profissionais capazes de ofertar cuidado com alta qualidade ao paciente.

5 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 1960, a nomenclatura APS começou a ser adotada. Ao longo dos anos, sofreu algumas alterações, adequações e conceituações, até chegar em 1978, quando Scheffer elaborou uma das definições mais aceitas e disseminadas atualmente acerca do tema: a APS é definida como cuidado acessível, coordenado, abrangente e contínuo realizado por profissionais comprometidos (GUSSO; LOPES, 2012).

Nesse contexto, ressoavam, no Brasil, os princípios da Conferência de Alma Ata, que resultou na Reforma Sanitária. Como repercussão das reivindicações desse movimento, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu três grandes eixos para o sistema de saúde brasileiro: o conceito ampliado de saúde; a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde (SUS) (COX; COX, 1991). A APS está relacionada ao primeiro contato, sendo contínua, global e coordenada, ofertada à população sem distinção de gênero, doença ou sistema orgânico (STARFIELD, 2002).

Esse cenário, no qual se somam disputas ideológicas, qualidade de prestação de serviços e normatizações a um mundo globalizado e egoísta, gerou uma série de concepções e conflitos entre descendências. De um lado, há quem afirme ser um fazer medicina básica e simples voltada para os pobres. Do outro, é vista como um modelo coletivo que reflete e possibilita uma nova visão acerca do universo das ações de promoção da saúde, prevenção de adoecimento, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução dos danos, cujo objetivo é potencializar uma atenção integral, com organização de fluxo, acolhimento, resolutividade e, especialmente, centrada na pessoa (MEDEIROS JÚNIOR, 2016).

O Instituto de Medicina em 1978, simultaneamente à Alma Alta, instaurou os atributos da APS: a acessibilidade, a integralidade, a coordenação, a continuidade e a transparência. Mais tarde, em 2002, esses atributos foram revistos e ampliados por Bárbara Starfield, tornando-se primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural como pré-requisitos para moldar a APS a uma estratégia de modelo de atenção com responsabilização e formação de vínculo, que direciona os recursos para as necessidades da comunidade, garantindo os direitos do usuário, valorizando o trabalho na saúde com tecnologias menos densas e buscando gestão participativa nos serviços (MEDEIROS JÚNIOR, 2016).

A **atenção ao primeiro contato ou acesso** pode ser reconhecida como o princípio norteador de todos os outros, refere-se ao primeiro contato do usuário com o sistema, ou seja, a porta de entrada. Há, nesse contexto, uma questão interessante: torna-se necessário diferenciar

triagem de acolhimento. O acolhimento pressupõe um atendimento acolhedor resolutivo, baseado em critérios de risco, redução das filas e do tempo de espera, há garantia de que todos serão atendidos, não necessariamente naquele momento, pois é buscar, dentro das suas condições, responder às necessidades do outro (GUSSO; LOPES, 2019).

A **longitudinalidade** apresenta a tendência de fornecer diagnósticos e tratamentos mais objetivos, que diminuam os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a efetivação de procedimentos de maior complexidade. A **integralidade**, por sua vez, representa também um dos princípios norteadores do SUS e pressupõe a articulação de uma rede capaz de garantir atendimento integrado, contínuo e de qualidade em todos os níveis de atenção (GUSSO; LOPES, 2019).

A **coordenação** é indispensável para a efetividade dos outros aspectos. Sem ela, a longitudinalidade perderia sua competência, a integralidade seria prejudicada e a função do primeiro contato restringir-se-ia a um ato meramente técnico-administrativo (GUSSO; LOPES, 2019).

Para avaliar e qualificar o funcionamento da APS, são utilizadas inúmeras ferramentas, a destacar o *Primary Care Assesment Tool* (PCATool), aplicado, fundamentalmente, de duas maneiras: entrevista por telefone ou domicílio e entrevista na Unidade de Saúde com algum usuário, disponível na versão para a saúde da criança e do adulto. Esse instrumento é organizado em diversos tópicos e tem como intuito medir a presença e a dimensão dos atributos já citados anteriormente (MEDEIROS JÚNIOR et al., 2013).

No início da década de 90, algumas experiências espalhadas pelo país demonstravam resultados animadores, a destacar o Programa Médico de Família, de Niterói (RJ); a Medicina Geral e Comunitária, do Grupo Hospitalar Conceição (RS); o programa Médico de Família, de São Paulo (SP) e o Projeto de Equipes de Saúde da Família, em Quixadá (CE). Em dezembro de 1993, uniram-se, em Brasília, representantes dessas experiências, juntamente com consultores do Ministério de Saúde, instituindo aquilo que ficou conhecido como as bases do Programa Saúde da Família (PSF) e, mais tarde, a ESF, amparada, atualmente, pela PNAB, de 21 de setembro de 2017. A PNAB estabelece alguns tipos de equipes para atuar no contexto de atenção à saúde, dentre elas, torna-se fundamental destacar e diferenciar a Equipe de Saúde da Família (eSF) e a Equipe de Atenção Básica (eAB) (GUSSO; LOPES, 2019).

No caso da equipe da Saúde da Família, considera-se um plano de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, posto que favorece uma reorientação do processo de trabalho, com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar a situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Deve ser composta, no mínimo, por médico, preferencialmente da especialidade Medicina de Família e Comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família; auxiliar e/ou técnico de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Podem-se, ainda, fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em Saúde da Família, e auxiliar ou técnico em Saúde Bucal. No município de Arapiraca (AL), é a estratégia utilizada na rede (BRASIL, 2017).

Em relação à eAB, as equipes deverão ser compostas minimamente por médicos, preferencialmente da especialidade Medicina de Família e Comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família; auxiliares de Enfermagem e ou técnicos de Enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de Saúde Bucal e ou técnicos de Saúde Bucal, ACS e ACE (BRASIL, 2017).

A gestão municipal possui autonomia para compor equipes de Atenção Básica de acordo com características e necessidades do município (BRASIL, 2017). Uma vez que o modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica podem posteriormente se organizar tal qual esse modelo. Em uma pesquisa desenvolvida no município de Curitiba, no ano de 2008, foram comparados e avaliados os escores médios de presença e extensão dos atributos essenciais da APS e percebeu-se que a unidade que adota a PSF cumpre, com maior competência, o que é preconizado, se comparada com as unidades tradicionais (GUSSO; LOPES, 2012).

Um ponto bastante relevante a ser considerado é que, com a nova PNAB, estabelece-se a presença do gerente de Saúde, com a finalidade de organizar as ofertas e necessidades das equipes da ESF, sendo um profissional exclusivo para esta função e tendo como pré-requisitos: nível superior, com formação ou conhecimentos em gestão em saúde e Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2017).

6 A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO BÁSICA

Dos fatos que compõem a percepção histórica da necessidade de se investigar a segurança do paciente na APS, destaca-se um relatório de 2006, do Comitê Europeu de Segurança do Paciente, que abordou a urgência de mais estudos acerca do tema (SOUSA, 2016). Posteriormente, a OMS, em seu relatório *Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*, (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) enfatizou a falta de informações sobre a segurança do paciente e a insegurança nos cuidados de saúde como fatores inquietantes, especialmente em países subdesenvolvidos. Esse documento ressalta ainda a existência de:

Um sistema mal pensado que é incapaz de garantir níveis de segurança e higiene, levando a elevadas taxas de infecções, juntamente com erros de medicação e outros EA que são evitáveis e que constituem causas de morte e de falta de saúde, muitas vezes subestimadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008, p. 285).

No período citado, e ainda hoje, há uma discrepância entre a quantidade de pesquisas sobre a incidência de EA em hospitais e estabelecimentos da atenção primária. As informações sobre o tema são escassas neste último caso, apesar de diversos estudos realizados em ambiente hospitalar indicarem que parte dos EA em pacientes admitidos para a internação podem ser resultados de condutas da APS (SOUSA; MENDES, 2014a).

Por isso, e também devido à extrema importância do assunto, em 2008, um grupo de pesquisadores da OMS publicou um artigo de revisão sistemática denominado *Methods and Measure used in Primary Care Patient Safety Research*. Nele, mais uma vez, salientou-se a necessidade de mais informações sobre a segurança do paciente na atenção primária, uma vez que é neste nível de atenção que ocorre a maior parte dos cuidados em saúde e, diferentemente do que ocorre no ambiente hospitalar, não há monitoramento tão rígido das ações dos profissionais (MAKEHAM et al., 2008).

Esse estudo concluiu que o método adequado para mensurar EA pode variar de acordo com a realidade de cada país, uma vez que não há pesquisa suficiente para indicar o melhor método a ser utilizado. Não é o que ocorre, por exemplo, com as análises desse tipo na área hospitalar, na qual a revisão retrospectiva de prontuários constitui o método padrão nesse tipo de estudo. Percebe-se, portanto, que, na APS, a mensuração de incidentes não é desenvolvida e é difícil indicar uma medida totalmente confiável de incidentes (MAKEHAM et al., 2008).

No tocante aos EA, é importante salientar que aqueles encontrados na APS são diferentes dos encontrados em outros níveis de atenção à saúde, uma vez que o ambiente, os

cuidados prestados e o tempo de acompanhamento do paciente são característicos. Dessa forma, os incidentes mais comuns na APS são decorrentes de: erros nos diagnósticos (entre 26% e 57% de todos os incidentes), erros no tratamento (7% a 52%), erros na investigação (13% a 47%), na forma de organização do serviço (9% a 56%) e na comunicação (5% a 72%) (MAKEHAM et al., 2008).

Por outro lado, em um estudo espanhol realizado em 2008 (APEAS), a prevalência de EA nas consultas da APS foi de 11,18%. A maior parte desses EA (54,7%) foi considerada EA leve, enquanto 38% foram considerados moderados e 7,3%, graves. De todos eles, 70,2% eram claramente evitáveis. Os fatores contribuintes estavam relacionados principalmente à medicação (48,2%), aos cuidados (25,7%), à comunicação (24,6%), ao diagnóstico (13,1%) e à gestão (8,9%) (ESPAÑA, 2008).

Esse estudo evidenciou, ainda, os EA mais frequentes, que consistem em pior curso evolutivo da enfermidade de base do paciente; náuseas, vômitos ou diarreia secundários à medicação; prurido, *rash* e lesões cutâneas associadas à medicação; infecção de ferida cirúrgica ou traumática e alterações neurológicas associadas a fármacos (ESPAÑA, 2008).

Já no Brasil, em 2015, o questionário *Primary Care International Study of Medical Errors* (PCISME) foi traduzido e adaptado para o contexto nacional, sendo aplicado entre médicos e enfermeiros da APS para a avaliação de incidentes. O estudo demonstrou que 82% dos incidentes analisados causaram danos aos pacientes, sendo estes permanentes em 25% dos casos (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014).

O mesmo estudo evidenciou, ainda, que a maior parte dos erros que contribuíram com os incidentes é composta por aqueles do atendimento administrativo (26%), seguidos por erros de comunicação (22%) e, por fim, erros no tratamento (19%). No tocante aos fatores contribuintes, a comunicação – inter-profissional e entre profissional e paciente - foi o fator predominante para o acontecimento de EA na APS (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014).

Em um outro estudo, o autor Ribas aponta algumas medidas individuais e organizacionais que podem ser aplicadas para reduzir e prevenir incidentes na APS. Elas incluem a promoção de medidas de segurança na aplicação de injetáveis, a normatização da nomenclatura e interpretação de exames, treinamento e recertificação periódica para os profissionais, implementação de registro clínico único, capacitação de pacientes como parceiros no processo de cuidados de saúde e implementação de um sistema nacional de notificação de EA (RIBAS, 2010).

De forma mais abrangente, o erro pode ser evitado com a identificação, compreensão e notificação do erro, assim como pela valorização da cultura de segurança, que preza pela

aprendizagem, a qual deve prevalecer sobre a punição e culpabilização. Vale ressaltar que a notificação é de extrema importância para avaliar individualmente cada erro cometido e, dessa forma, implementar medidas corretoras necessárias. Além disso, uma das formas de evitar os EA, de acordo com o mesmo autor, seria dando suporte emocional para o profissional que cometeu o erro (RIBAS, 2010).

Foram identificados como fatores contribuintes de incidentes: falhas na comunicação inter-profissional 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 inadequada, descartar inadequado de resíduos da unidade de saúde, tarefas excessivas e falhas no cuidado (MESQUITA et al., 2016). Outro aspecto que merece destaque é o clima de segurança do paciente na atenção primária, que sofre influência da qualidade do vínculo entre a equipe, das reuniões envolvendo todos os membros, sendo esta uma maneira eficaz de fortalecer o clima de segurança em termos de estratégias baseadas em equipe e atividades de prevenção de erros (MESQUITA et al., 2016).

A ampliação das tecnologias disponíveis na APS e as demandas impostas impõem uma necessidade cada vez maior de conhecimento e tornam-se fatores que aumentam a chance de ocorrência de erros diagnósticos, administração incorreta de medicamentos e outros eventos que podem acontecer neste nível de atenção (VINCENT; AMALBERTI, 2015). A meia-vida de um conhecimento é de apenas seis anos na maioria das especialidades (SHOJANIA et al., 2007). Erros ou atrasos no diagnóstico são muito mais frequentes em estudos sobre queixas e processos judiciais. A alegação mais comum nos processos por negligência médica na atenção primária (até 40% do total de queixas) envolve diagnósticos não realizados ou feitos em atraso, especialmente em casos de câncer e doenças cardíacas (GANDHI et al., 2006; SINGH et al., 2013). O estudo dos erros de diagnóstico é complexo, uma vez que é difícil defini-los e especificar sua ocorrência em um momento específico, além do fato de não serem diretamente observáveis, pois o seu estabelecimento em um diagnóstico final pode demorar meses ou anos na APS, pelas queixas inespecíficas na maioria das vezes relacionadas a fatores psíquicos e sociais que dificultam a elucidação do problema de saúde do usuário (VINCENT, 2010).

O limitado número de estudos nesta área é outro desafio para a discussão do tema segurança do paciente na atenção primária (MESQUITA et al., 2016) em sua revisão integrativa de 2016, que buscou periódicos nacionais e internacionais sobre o tema e só encontrou os primeiros artigos a partir de 2008 e que os temas mais abordados eram investigação da cultura de segurança, relação da segurança do paciente com a prevenção de EA e avaliação de

incidentes e tradução de instrumento para a avaliação da segurança do paciente, além de concluir sobre a necessidade de investir em mais estudos sobre o tema diante da sua relevância.

Outro importante fator é a disseminação da cultura de segurança entre profissionais e usuários da rede de assistência, principalmente entre os profissionais que acreditam que a qualidade da assistência está diretamente relacionada a práticas seguras, porém não associam a segurança à discussão dos erros cometidos durante os processos de trabalho realizados nas unidades e durante a prestação da assistência aos pacientes (PAESE; DAL SASSO, 2013).

Ainda precisaram-se coletar dados epidemiológicos básicos, realizar novas análises sobre as causas de dano a pacientes na atenção primária e desenvolver intervenções específicas (WYNIA; CLASSEN, 2011). Para os pacientes, a segurança na atenção primária está parcialmente associada ao controle e à regulamentação, mas está muito mais ligada à confiança e às relações pessoais (RHODES; CAMPBELL; SANDERS, 2016).

A atenção primária é um sistema altamente mutável e que pode se adequar às necessidades do sistema, que podem se moldar a essas novas necessidades de implantação da cultura de segurança do paciente, monitoramento e necessidades dos usuários e podem contar com a participação deles, dos seus cuidadores, da comunidade, dos profissionais na gestão de riscos e na busca de soluções particularizadas para cada unidade e comunidade, podendo usar, como ferramentas, a educação e o treinamento, com a finalidade de garantir uma ampliação na segurança dos pacientes.

Por fim, observou-se, de forma geral, que, apesar da maior complexidade existente na atenção terciária - o que justifica, de certa forma, o maior número de investigações sobre segurança do paciente -, a atenção primária é a porta de entrada do usuário ao serviço de saúde (MAKEHAM et al., 2008) e, por isso, necessita de mais estudos acerca dos incidentes nesse nível de atenção à saúde. Essa necessidade dá-se, principalmente, em países subdesenvolvidos, uma vez que, na literatura atual, predominam os estudos realizados em países com maiores condições socioeconômicas, como os Estados Unidos e Espanha (SOUSA; MENDES, 2014a).

7 RESULTADOS

7.1 A pesquisa

Apresenta-se, a seguir, em forma de artigo, o resultado da pesquisa realizada durante o mestrado.

TÍTULO:

PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS ATUANTES NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

RESUMO

Introdução: a segurança do paciente pode ser definida como a redução, a um mínimo aceitável, de danos durante o ato do cuidado aos usuários. A atenção primária participa, em uma parcela muito pequena, na colaboração para a promoção de uma cultura de segurança, após a implantação, em algumas UBS de Arapiraca (AL), de uma proposta de melhoria de processo de trabalho englobando pontos como a identificação do paciente e trânsito de prontuários, lavagem das mãos, acolhimento com classificação de risco, comunicação e medicação segura. **Objetivo:** identificar a percepção dos profissionais de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família do município de Arapiraca (AL) sobre a segurança do paciente. **Método:** trata-se de um trabalho descritivo, observacional, transversal, de abordagem qualitativa, que usou, como técnica de coleta de dados, o Grupo Focal. **Resultados:** após a análise dos textos e a partir das palavras mais significativas, surgiram cinco classes: Classe 1 - referente à importância da segurança do paciente para os profissionais; Classe 2 - o processo de trabalho; Classe 3 - a classificação de risco; Classe 4 - sobre a estrutura de trabalho e classe 5 - que trata da comunicação e identificação sobre a segurança do paciente na atenção básica. **Considerações finais:** os profissionais pesquisados detêm conhecimentos sobre segurança do paciente, apresentam dificuldades na execução das suas normas e protocolos por limitações estruturais, o que mostra que a APS pode colaborar na implantação da cultura de segurança na rede de assistência à saúde. **Palavras-chave:** Segurança do paciente na atenção primária; Qualidade na assistência e Cultura de segurança do paciente.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente pode ser definida como a redução, a um mínimo aceitável, de danos durante o ato do cuidado aos usuários. A cada dia, dezenas de EA acontecem com os pacientes, na maioria das vezes, evitáveis e que podem ter desde um efeito insignificante até o letal, promovendo um grande prejuízo para as famílias e um gasto exorbitante para os cofres públicos, que são onerados pelos cuidados inadequados.

Esses danos podem acontecer em qualquer nível do cuidado, seja ele primário, secundário ou terciário. Neste momento, o olhar está voltado para o nível hospitalar, tentando melhorar a qualidade e criar a cultura de segurança entre os profissionais, usuários e gestores. Para fortalecer esta proposta, foram aprovadas a portaria 529/2013 e a RDC 36/2013, que instituem o Programa Nacional de Segurança do Paciente a fim de promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013).

Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde são ações priorizadas na política pública da segurança do paciente, porém, na região estudada, ainda pouco difundida (BRASIL, 2013).

Como a atenção primária tem, dentre seus atributos, a coordenação do cuidado e a acessibilidade, sendo hoje o nível de acesso mais difundido na região estudada, idealizou-se potencializar a utilização deste nível de atenção como agente promotor e formador de um cuidado seguro e, a partir deste nível, difundir, entre os profissionais, usuários e a gestão, a cultura de segurança do paciente.

Esta ferramenta pode qualificar a assistência, minimizar custo e garantir satisfação aos usuários e profissionais vinculados a esta atividade de atenção à população. Dessa forma, este artigo objetiva identificar a percepção dos profissionais de saúde atuantes na ESF do município de Arapiraca (AL) sobre segurança do paciente.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, de abordagem qualitativa, que usou como técnica de coleta de dados o Grupo Focal.

O Grupo Focal é aplicado como uma técnica que busca coletar informações sobre um tema específico, utilizando a discussão participativa que deve acontecer em um único local e durante um determinado período de tempo. Esta técnica valoriza a interação entre os participantes, um moderador e o porta-voz, sendo realizada a partir de debates direcionados em tópicos específicos, proporcionando troca de experiências, conceitos e opiniões entre os membros do grupo. Ajuda na construção de táticas grupais para solucionar problemas e modificar realidades focadas na aprendizagem e troca de experiências sobre o tema em discussão, promovendo uma construção coletiva dos resultados obtidos (KINALSKI. et al., 2017).

Enrique Pichon Revière, psiquiatra suíço, propôs esta técnica a partir de uma visão dialética da realidade. Seus constructos baseiam-se na ideia de movimento e contínua transformação das pessoas, de seus vínculos e do modo como atuam na realidade. Um grupo de seis a 15 participantes é o recomendado, oito a dez participantes é o ideal, e o tamanho do grupo dependerá do objetivo da pesquisa. Se o objetivo for ter múltiplos pontos de vista, os grupos com mais componentes são mais favoráveis. No caso do objetivo de aprofundamento, os grupos menores são mais satisfatórios (KINALSKI. et al., 2017).

A amostra foi do tipo por conveniência, composta por oito profissionais do nível superior, da área da saúde de ambos os sexos, sendo duas médicas, três enfermeiros, um assistente social, uma cirurgiã dentista e um administrador público, da ESF, atuantes nas UBS da cidade de Arapiraca (AL) onde foi implantando o NSP, ou seja, UBS Daniel Houly, UBS Cavaco e UBS Teotônio Vilela.

O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista aberta composta por seis perguntas elaboradas pelo pesquisador, considerando a literatura sobre NSP na Atenção Primária, sendo a pergunta disparadora: “O que você entende por segurança do paciente?”.

Os dados foram coletados em 2019, em sala anexa ao 3º Centro de Saúde de Arapiraca, que foi reservada para o grupo focal, com a duração média de uma hora e 30 minutos. A entrevista grupal foi conduzida por profissional médico, não participante da pesquisa e não pertencente à rede de saúde da cidade de Arapiraca (AL), a fim de evitar viés ou fator de confundimento, uma vez que o pesquisador é profissional atuante no município. Houve a

participação de dois discentes do curso de Medicina da Faculdade de Medicina (FAMED) Arapiraca (AL) que atuaram como observadores e transcritores do material gravado.

Após transcritos, os dados foram organizados para ser analisados por meio do programa Interface de R *Pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et Questionnaires* (IRAMUTEQ), considerando as cinco categorias pré-estabelecidas abordadas no instrumento de pesquisa, que são: acolhimento e classificação de risco; comunicação; lavagem das mãos e controle de infecções; medicação segura; identificação e organização de prontuário.

Após a obtenção do relatório do programa, os dados foram analisados embasados na Análise de Conteúdo (BARDIN, 2000) e da literatura sobre segurança do paciente (SOUSA; MENDES, 2014).

Os dados do grupo focal foram analisados por meio do Programa IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que é um *software* licenciado por GNU GPL (v2) e permite fazer análises estatísticas sobre dados textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras e está ancorado no *software* R (www.r-project.org) e na linguagem *python* (www.python.org). O programa permite diferentes tipos de análise de dados textuais, sejam simples, como a lexicografia básica, que abrange a lematização e o cálculo de frequência de palavras, bem como análises multivariadas, como a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise Fatorial de Correspondência (AFC) e análise de similitude.

Este *software* apoia-se em cálculos efetuados sobre a co-ocorrência de palavras em seguimentos de texto, buscando reuni-las em classes de acordo com sua semelhança e dessemelhança. Tem como objetivo obter um número de classes, por meio de uma classificação estatística de enunciados simples do *corpus*, considerado (respostas dadas pelos participantes) em função da distribuição de palavras dentro do enunciado, a fim de apreender as palavras que lhes são mais características, isto é, mais significativamente presentes pelo coeficiente de associação [$X^2(1) \geq 3,84, p \leq 0,05$] da palavra à sua posição no texto (CAMARGO; JUSTO, 2016; IMAGE, 2010; NASCIMENTO; MENANDRO, 2016).

Além disso, por meio da AFC, é possível uma descrição, cruzando o vocabulário e as classes, por meio de uma representação gráfica na qual os eixos permitem visualizar as relações e/ou oposições entre as classes (ALBA, 2004; CAMARGO, 2005).

Para que se possa compreender este processo de análise, faz-se necessário destacar alguns conceitos.

O *corpus* – corresponde ao banco de dados de texto que será analisado (neste caso, que foi analisado). Podem ser respostas de uma entrevista, artigos de revistas e jornais, obras literárias, entre outros.

O “texto” (ou Unidade de Contexto Inicial – terminologia utilizada para o Método de Reinert), que compreende a divisão natural do *corpus* (respostas às questões abertas de uma entrevista de cada participante). É a unidade a partir da qual o programa efetuou a fragmentação inicial do *corpus*; se entrevistas, os textos correspondem às respostas, isto é, ao que foi dito pelos participantes, sendo desprezadas as perguntas utilizadas. Portanto, caso a análise considere as respostas de “n” participantes a uma questão aberta, então, cada resposta será um texto e ter-se-ão “n” textos. Enquanto, que ao se tratar de pesquisas documentais, atas de reuniões, cartas, cada exemplar destes documentos será um texto.

O segmento de texto (ST) ou (Unidade de Contexto Elementar – terminologia utilizada para o Método de Reinert), que corresponde ao menor fragmento de texto com sentido; de maior peso semântico em função do tamanho do texto (avaliado em número de palavras analisadas) e da pontuação (dentro de uma ordem de prioridade). Os segmentos de textos são os ambientes das palavras e são determinados automaticamente pelo *software*.

O Reagrupamento de Segmentos de Texto (RST) ou (Unidade de Contexto – terminologia utilizada para o Método de Reinert), que consiste no reagrupamento dos segmentos de texto sucessivos de um mesmo texto até que o número de diferentes segmentos de texto analisados seja maior que o limite λ [Lambda - índice de associação para avaliar a relação entre variáveis, admitindo que os dados sejam categóricos ou nominais, por exemplo, palavras (IMAGE, 2010; LOUBÈRE; RATINAUD, 2014; SIEGEL; CASTELLAN JUNIOR, 2017).

Trata-se de uma medida de relação de assimetria entre as variáveis em que há dois índices diferentes, um baseado nas linhas e outro baseado nas colunas (por exemplo, uma tabela 2 x 2 ou qualquer tabela r x k). Pode variar de zero a um, sendo zero o indicador de que a variável “a” não tem valor na predição da variável “b”, enquanto o valor um indica uma perfeita previsibilidade da variável “b” a partir da variável “a”(SIEGEL; CASTELLAN JUNIOR, 2017).

O conceito de classe, que representa um tema extraído do texto, ou seja, cada classe é representada por vários segmentos de texto de maior verossimilhança. As classes são nomeadas pelo pesquisador.

A lematização - consiste na operação de substituir palavras por uma forma reduzida, que permite ao programa considerar e verificar a frequência de palavras isomorfas com um radical comum.

A CHD, que corresponde a um tipo de análise de agrupamento, isto é, uma técnica multivariada cuja finalidade é de agregar objetos (por exemplo, palavras e segmentos de texto) com base nas características que eles possuem. Especificamente, esta análise visa a obter classes de ST que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos segmentos das outras classes. A partir dessas análises, o *software* organiza a análise dos dados em um dendograma que ilustra as relações entre as classes (CAMARGO; JUSTO, 2016; LOUBÈRE; RATINAUD, 2014). Em síntese, o resultado é a construção de uma hierarquia ou estrutura em árvore [dendograma – representação gráfica em árvore], que representa a formação dos agrupamentos.

Depreende-se que a similaridade entre os objetos pode ser verificada de duas formas, a saber: (a) uma medida de associação, com coeficiente de correlação positivo maior, representando maior similaridade; (b) a proximidade entre cada par de objetos pode avaliar a similaridade em que medidas de distância ou diferença são empregadas, sendo as menores distâncias ou diferenças representando maior similaridade (HAIR JUNIOR et al., 2009).

A AFC consiste no cruzamento entre o vocabulário (tendo em conta a frequência de palavras) e as classes, representadas de forma gráfica em plano cartesiano. Possibilita verificar a oposição entre as classes (IMAGE, 2010). A AFC utiliza a mesma abordagem que a análise de componentes principais, pelo cálculo dos autovetores e autovalores de uma matriz de variância-covariância com a diferença com que cada dado é previamente transformado em probabilidade – isto é, dividido pela soma total de dados e, em seguida, duplamente centrado pelas probabilidades marginais da linha e da coluna correspondentes. Com essas transformações, calculam-se as variâncias-covariâncias correspondentes à distância do X^2 (qui-quadrado), permitindo a perfeita correspondência entre as linhas e as colunas. A AFC evidencia as afinidades entre linhas e colunas de uma matriz de dados, permitindo o estudo da relação existente no conjunto de linhas (i) e das propriedades ou colunas (j). Também possibilita a apreensão da estrutura das relações entre os dois conjuntos (i x j), bem como a projeção no espaço fatorial.

A Análise de Similitude, que se baseia na teoria dos grafos, é um ramo da matemática que estuda as relações entre os objetos de um determinado conjunto. Para tal, são empregadas estruturas chamadas de grafos, $G(V, E)$, onde V é um conjunto não vazio de objetos denominados vértices e E é um subconjunto de pares não ordenados de V , chamados arestas

(https://pt.wikipedia.org/wiki/Teoria_dos_grafos). Possibilita identificar as co-ocorrências entre palavras e seu resultado traz a indicação da conexidade entre palavras, auxiliando na identificação da estrutura do conteúdo de um *corpus* textual. Permite também identificar as partes comuns e as especificidades em função das variáveis descritivas identificadas na análise. Esta análise produz gráficos da livreria "IGRAPH" do R. A matriz de entrada é uma matriz de presença/ausência. A matriz de semelhança é calculada a partir de um dos índices disponíveis. A maior parte dos índices propostos é derivada a partir da livreria "proxy" do R (CAMARGO; JUSTO, 2016; LOUBÈRE; RATINAUD, 2014).

Ao sumarizar, o IRAMUTEQ decompõe o texto em segmentos de texto e efetua uma classificação em função da distribuição do vocabulário. Inicialmente, a análise estatística efetuada consiste em uma CHD com o objetivo de calcular as partições em classes lexicais e apresentar suas relações sob a forma de uma árvore (dendograma). Em seguida, efetua-se uma AFC, que permite visualizar, sob a forma de um plano cartesiano, as relações e/ou oposições resultantes da CHD. A análise de texto informatizada efetua a organização do conteúdo estruturado a partir de uma análise estatística em uma CHD. A finalidade da CHD é a de estabelecer uma divisão entre as classes de forma mais nítida possível. O dendograma permite verificar a relação entre as classes [ligação forte (proximidade) ou fraca (distanciamento)] e a representatividade de cada classe a partir do seu percentual de explicação do *corpus* avaliado. Contudo, o dendograma, elaborado a partir da análise, possibilita a compreensão de inter-relação das classes (CAMARGO; JUSTO, 2016; IMAGE, 2010; LOUBÈRE; RATINAUD, 2014).

Para este estudo, utilizou-se uma parametragem que possibilitou uma limpeza, sendo considerado o conteúdo do texto mais importante. Consideraram-se os elementos de linguagem "plenos" como ativos: adjetivos; formas não reconhecidas; nomes (substantivos) e verbos e com nomes (substantivos) e verbos auxiliares como complementares (suplementares), eliminando as "palavras-instrumento".

A parametragem foi adotada para todas as análises do *corpus* aqui avaliado, a saber: especificidade e classificação por meio do Método de Reinert, análise de similitude e nuvem de palavras. Adotou-se o método SIMPLES SOBRE ST, que equivale a uma análise sobre os segmentos de texto delimitados pelo *software* (Análise Standart) recomendada para respostas longas, isto é, mais de três linhas de cada texto ou unidade de contexto inicial.

A CHD elencou as cinco classes junto às classes e palavras definidoras. Com base na seleção das palavras mais características de cada classe, isto é, quanto maior o valor do X^2 (\geq

3,84), maior peso semântico as palavras têm em relação à classe à qual pertence e, dessa forma, foram atribuídos nomes que funcionam como seus descritores (Figura 1).

Os dados obtidos por meio do grupo focal geraram, após a análise dos resultados por meio do programa, um *corpus* de 57 textos, que apresentou 244 segmentos de texto, sendo aproveitados 188, correspondendo a 77,05% do total do *corpus*. Isto demonstra que o resultado foi significativo estatisticamente e que o aproveitamento do *corpus* possibilitou um aproveitamento acima de 75%, que é o ponto de corte dado pelo programa usado.

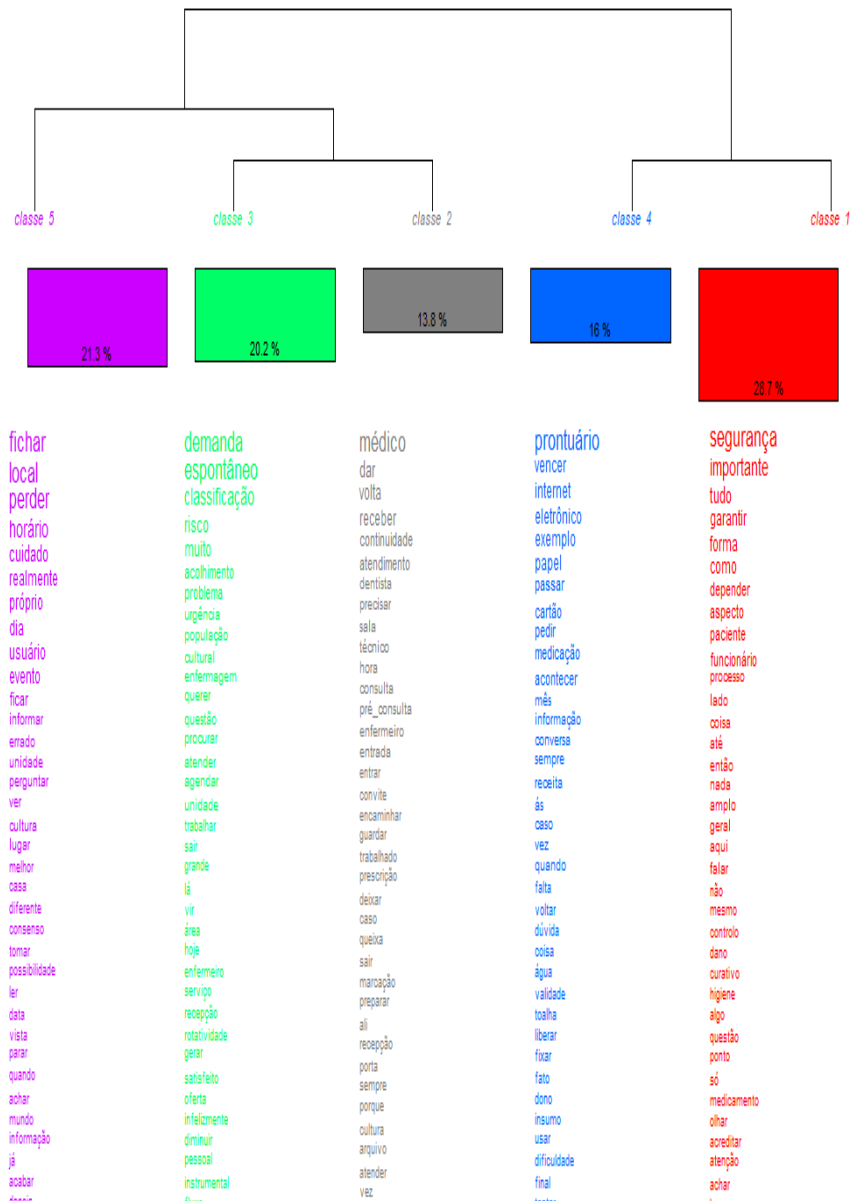
A relação entre as classes pode ser visualizada no dendograma (Figura 2), que deve ser lido da esquerda para a direita. Visualiza-se que o dendograma foi dividido em dois *subcorpus*, separando as classes um e quatro do restante do material. Em um segundo momento, o *subcorpus* maior foi dividido, originando a Classe 5 (2ª partição ou iteração). Em um terceiro momento, há uma partição, originando as Classes 2 e 3.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas com parecer consubstanciado número 3.138.931.

RESULTADOS

A análise dos dados elencou cinco classes (Figura 1) que são descritas a seguir. A Classe 1 contemplou 28,7% do *corpus* e foi denominada de **importância da segurança do paciente para os profissionais**. A Classe 2 correspondeu a 13,8% do *corpus* e foi nomeada de **Processo de Trabalho**. A Classe 3 correspondeu a 20,2% do *corpus* e foi nomeada de **Classificação de Risco**. A Classe 4 contemplou 15,9% do *corpus* e foi denominada de **Estrutura de Trabalho**. A Classe 5 contemplou 21,3% do *corpus* e foi denominada de **Comunicação e identificação**.

Figura 1. Dendograma com partições em classes lexicais

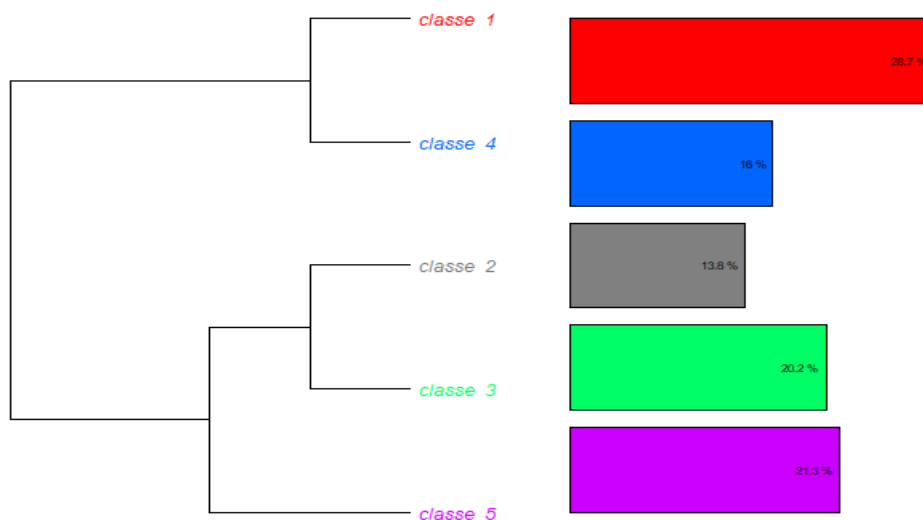


Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Pode-se observar que as Classes 1 e 4 estão estritamente relacionadas, dada a sua proximidade e sua correspondência quanto aos aspectos semânticos elencados. Igualmente, as classes 2 e 3. A Classe 5 apresenta-se de forma independente.

Os dendogramas apresentados (Figuras 1 e 2) demonstram a relação entre as quatro classes, com base na CHD, e apresentam suas relações sob a forma de um dendograma.

Figura 2. Dendograma com a intersecção das classes



Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

As classes estão apresentadas nas figuras 1 e 2. Optou-se por apresentar a figura 2 para mostrar, de uma forma mais sintética, o dendograma. Abaixo, apresentam-se seguimentos de texto que caracterizam cada classe.

Classe 1. Importância da segurança do paciente para os profissionais

Nesta classe, estão as palavras significativas que remetem às perguntas: “o que é segurança do paciente para vocês” ($X^2= 4,82$) e “sobre segurança do paciente, vocês acham que tudo é importante ou teria um aspecto que se destacaria mais?” ($X^2 = 10,13$).

Apresentam-se, abaixo, segmentos de texto que a representam.

[...] eu acredito que todos os aspectos da segurança do paciente tenham a mesma relevância porque o mais importante para mim é o bem-estar do usuário, então ele pode se incomodar mais com alguma coisa do que com outra e a gente tem que garantir que ele seja seguro em tudo.

[...] penso que todos os aspectos da segurança do paciente são importantes porque não só a administração de um medicamento pode causar danos como também o próprio atendimento; às vezes, você tem uma criança que pode não estar com febre naquele momento, mas é algo grave.

[...] eu acho que tudo isso é uma forma ampla de ver a questão da segurança do paciente, ver se o procedimento de um curativo está

sendo feito com uma visão mais ampla, considerando se o paciente pode ter diabetes ou não.

Classe 2. Processo de Trabalho

Aqui, observa-se o impacto da pergunta: “Em relação à identificação e ao acolhimento, como é que vocês veem, em termos de segurança do paciente, na sua unidade? E a demanda espontânea?” ($X^2 = 4,04$).

Apresentam-se, abaixo, alguns segmentos de texto que a representam.

[...] desde quando ele entrou até a hora do seu atendimento, eu acredito que os danos podem estar tanto em uma prescrição médica equivocada, no sentido do atendimento médico, como também no acolhimento na hora da pré-consulta.

Então, antigamente, por exemplo, em um paciente que a gente fizesse um teste rápido de vírus da imunodeficiência humana e o resultado desse positivo, eu pensaria duas vezes em colocar no prontuário de papel porque aquela informação tanto poderia ser perdida.

[...] e também para o profissional que vai dar continuidade à assistência ao paciente, então, ainda há muito o que se construir em relação à demanda espontânea, há muitos casos que precisam ser trabalhados porque são atendimentos desnecessários que poderiam ser atendidos em outro momento.

[...] porque a ficha sai, entra na sala da médica e, muitas vezes, o atendimento é compartilhado, a médica atende e depois a enfermeira também passa da sala da médica para as enfermeiras e volta para o arquivo para ser guardado.

Classe 3. Classificação de Risco

A Classe 3 é caracterizada por palavras que remetem ao impacto da pergunta: “Com relação à segurança do paciente, como vocês trabalham o atendimento à demanda espontânea?” ($X^2 = 42,7$), que se remete à classificação de risco.

Os segmentos de texto abaixo exemplificam as falas dos pesquisados.

Eu acho que, na minha unidade, nós temos muito o que caminhar na questão do paciente por demanda espontânea, nós fomos capacitados para aquela classificação de risco, mas infelizmente ela não ocorre por

problemas de recursos humanos e também por educação cultural da população.

A gente tem a classificação que o médico atende às consultas agendadas e às urgências, que seriam essa demanda espontânea; muitos pacientes que procuram a unidade por demanda espontânea não se quadram no quadro de urgência e acabam sendo atendidos pela enfermeira.

Lá, a gente trabalha com classificação de risco e a gente sabe que a resolatividade é bem maior; isso gera a probabilidade de ser bem maior a demanda espontânea, mas o usuário iria sair satisfeito mesmo que a resposta, para ele, fosse somente comunicando que nós não podemos atender sua demanda agora.

Classe 4. Estrutura de trabalho

Como foi observado no dendograma (Figura 2), esta classe é caracterizada por palavras que estão relacionadas às perguntas: “Com relação à identificação do paciente, como trabalham a questão de prontuário, de prontuário eletrônico. Todas as unidades têm prontuário eletrônico?” ($X^2 = 11,88$); “Que insumos vocês acham que são mais importantes? O que é que precisa, na farmácia, para funcionar direitinho? Para garantir a segurança do paciente?” ($X^2 = 8,86$). Os segmentos de texto abaixo exemplificam as falas dos pesquisados.

[...] e por isso o prontuário de papel não deixa de existir, nunca vai deixar de existir o papel quando a gente precisa, que está sem internet ou faltou energia, temos que recorrer ao prontuário de papel e pode acontecer sempre.

[...] sempre que tem uma medicação para vencer, por exemplo, no final do mês, ele sempre conversa com a médica e pede para ela não passar mais que uma determinada quantidade porque, depois daqueles dias, a medicação não vai valer mais.

[...] se ele tiver alguma dúvida sobre validade de receita, ele pode solicitar pela ficha ou conversar com o médico perguntando se pode liberar a validade da receita; são seis meses, então, durante esses seis meses, a gente vai fixando no prontuário do paciente também que ele vai continuar pegando aquela medicação.

[...] acredito que, de uma forma ampla, a segurança do paciente é tudo, acredito que até a estrutura física da unidade influencia na segurança do paciente, aonde ele vai entrar, como é o piso, se tem algum obstáculo.

[...] ser carregado, tem muitos degraus, a sala não tem privacidade e não tem ventilação para a Odontologia, a demanda espontânea é um caso mais específico: todos são atendidos, a gente não tem problema com a demanda espontânea.

[...] não tenho como extrair um dente e depois ficar sem suturar; acho que tudo isso são formas de garantir a segurança; a parte da higiene tem que ter álcool em gel, tem que ter papel toalha, sem papel toalha, não dá.

Classe 5. Comunicação e identificação

Como foi observado no dendograma sintético (Figura 2), esta classe é caracterizada por palavras que remetem à pergunta: “Em relação aos serviços prestados ao usuário, como eles são comunicados?” ($X^2 = 22,7$).

A gente chama dona Maria e entra dona Joana, então, o fato de sempre pedir o cartão SUS, mesmo que ele já esteja anotado no prontuário, ajuda a gente a organizar porque acontece de outro paciente entrar quando a gente só segue aquela ordem sem pedir o cartão junto.

[...] e muitas vezes a gente tem que procurar, e com muito cuidado, para não entregar em mãos erradas e perder a ficha do usuário na própria unidade; também tem que ter o maior cuidado com a segurança da ficha.

[...] na unidade, a gente fixa o cartaz com algumas informações que a maioria não lê; a minha marcação teve um histórico de como o usuário não lê, a gente já fixou um cartaz informando um horário de um evento e todo mundo perguntava quando iria ser.

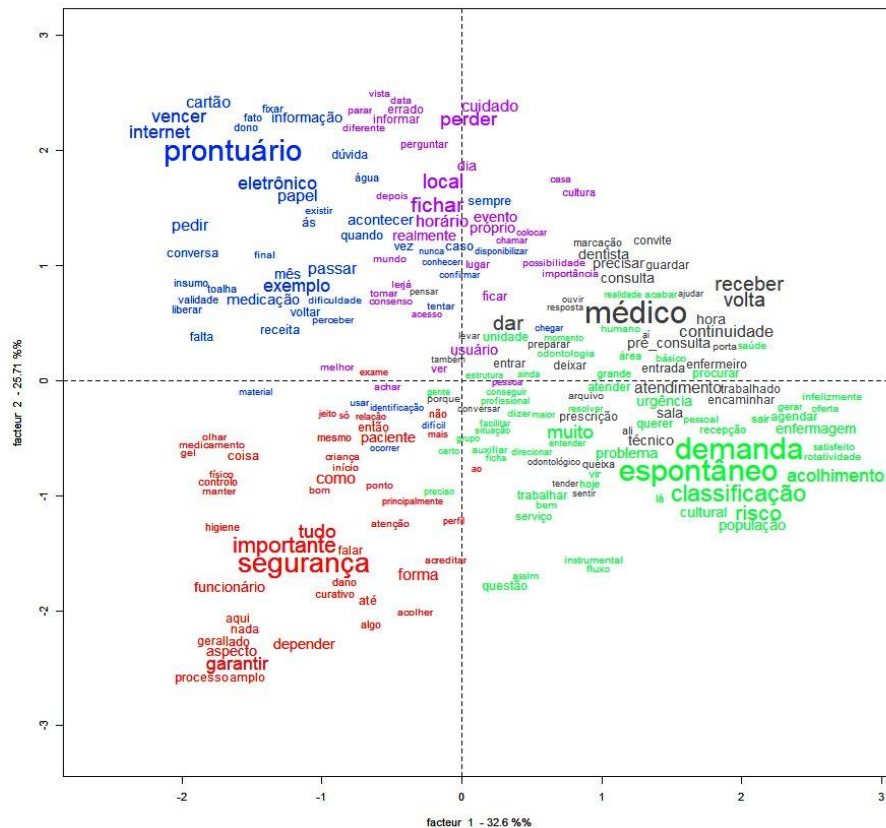
[...] normalmente, todos os pacientes que são convidados em consulta comparecem ao evento ou recebem o convite pela dentista ou pela médica; eles se sentem mais privilegiados e sentem mais a importância daquilo de pensar que, se a médica convidou, eles devem ir; eles têm essa cultura também.

[...] quando a gente consegue chegar em um consenso, a gente tenta colocar uma data e um local para ficar bom para todos os profissionais da unidade; em primeiro lugar, para que todos possam estar presentes e depois organizar esse evento para que todos os usuários também tenham acesso.

[...] na minha unidade, a gente usa o agente de saúde; além disso, usamos também os convites impressos, que ficam na sala da médica da enfermeira e da dentista, porque, durante o atendimento, nós convidamos a pessoa.

A relação entre as classes, por meio da AFC, permite visualizar, sob a forma de um plano cartesiano, as relações entre as classes, apresentada na figura 3. Aqui, observa-se que as Classes 2 e 3 apresentam maior relação entre si, e as Classes 1 e 4 mostram-se independentes.

Figura 3. Plotagem das classes e palavras definidoras.



Legenda: Cor Vermelha: Classe 1 - Importância da Segurança do Paciente para os Profissionais; Cor Cinza: Classe 2 - Processo de Trabalho; Cor Verde: Classe 3 - Classificação de Risco; Cor Azul: Classe 4 - Estrutura de Trabalho; Cor Lilás: Classe 5 - Comunicação e Identificação.

DISCUSSÃO

Surgiram cinco classes como resultados, todavia, elas não correspondem exatamente às cinco categorias prévias, ou seja, acolhimento e classificação de risco, comunicação, lavagem das mãos e controle de infecções, medicação segura, identificação e organização de prontuário. Obtiveram-se novas categorias após a aplicação dos resultados no IRAMUTEQ, surgindo a categoria importância da segurança, processo de trabalho que engloba acolhimento, identificação e organização de prontuário. Outra nova categoria foi a estrutura de trabalho, que corresponde à lavagem das mãos, controle de infecções e medicação segura.

Poucos são os trabalhos publicados (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014; SOUSA; MENDES, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) no Brasil sobre o tema, tendo, como pesquisados, profissionais atuantes na atenção básica. Isto dificulta um pouco a discussão dos resultados, por não haver parâmetros para a comparação no Brasil e no Nordeste, uma vez que a segurança do paciente é mais estudada relacionada à atenção secundária e terciária.

Observa-se, na análise dos resultados (Figura 1), que a Classe 1 contempla 28,7% do *corpus*, denominado como a importância da segurança do paciente para os profissionais. Percebe-se que os pesquisados reconhecem que a presença das ações de segurança do paciente minimiza o risco de danos aos usuários e melhora a qualidade da assistência. Como é também constatado por meio dos segmentos de textos apresentados nos resultados.

A segurança do paciente é considerada um atributo fundamental na formação dos profissionais de saúde, podendo revolucionar a forma como os estabelecimentos de saúde irão ofertar seus serviços aos usuários, garantindo, por meio de conhecimento e evidências, um aumento na qualidade dos serviços (SOUSA; MENDES, 2014). Com o resultado da Classe 1, começaram-se a identificar os primeiros passos da implantação da cultura de segurança e que está diretamente relacionada a comportamentos individuais e de grupo de compromisso, excelência na administração e de uma gestão segura e saudável (SOUSA; MENDES, 2014).

A Classe 2, nomeada Processo de Trabalho, englobou as categorias prévias de identificação, acolhimento e organização dos prontuários e, segundo as falas dos participantes, se verifica que alguns aspectos, como o fluxo do prontuário físico, o sigilo e a organização da demanda, estão incluídos dentro das dificuldades para se desenvolver um processo de trabalho organizado. Nota-se que um dos incidentes mais comuns na APS é decorrente de erros na forma de organização do serviço, atingindo de 9% a 56% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A maior parte dos erros que contribuem com os incidentes para a segurança do paciente na ABS corresponde àqueles relacionados aos atendimentos administrativos (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014). Esses incidentes podem se instalar na perda de prontuários, prontuários erroneamente preenchidos, falta de sequência nos atendimentos do usuário, desconexão de informações, falta de planejamento nas equipes para discutir as suas deficiências e procurar soluções. Nestes aspectos, os participantes da pesquisa entendem estes itens como obstáculos a uma assistência segura, o que se revela em suas falas.

O acolhimento vem como uma ferramenta a ser utilizada na organização e ampliação do acesso, diminuindo os conflitos, pois as pessoas se sentem valorizadas por ter suas histórias ouvidas e valorizadas, além de terem um direcionamento para a resolução dos seus problemas

de saúde. Ele surge como meio de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes e/ou recortados a partir de ciclos de vida) são agentes privilegiados do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios (BRASIL, 2013).

O acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho, e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2003).

A Classe 3 relata as ideias decorrentes sobre Classificação de Risco. Este tema vem sendo amplamente discutido nos últimos anos entre os atores da APS. Segundo os pesquisados, a utilização desta ferramenta irá aumentar a demanda de atendimento, possibilitando melhorar a satisfação dos usuários e, na prática, ampliar seu acesso à ESF. Acreditou-se que isto levou ao maior valor nos resultados apresentados pelos discursos dos pesquisados, justificando-se pelas discussões que são realizadas nas reuniões administrativas do município pesquisado. Entende-se que um dos grandes problemas do funcionamento das unidades de saúde é a organização das agendas de atendimento, o desequilíbrio entre necessidade e oferta de serviços, fator que desencadeia conflitos entre usuários e profissionais por não garantir amplo acesso, sendo realizado o agendamento por programas e, muitas vezes, com marcação para demanda uma única vez na semana.

Uma estratégia na garantia de acesso com equidade é a utilização da avaliação/classificação de risco como ferramenta, permitindo identificar os variados níveis de risco, as situações de maior urgência e, assim, implantando as devidas prioridades. Para isso, o trabalho em equipe é fundamental. Já na recepção da unidade, um atendente, um porteiro ou um segurança podem identificar situações que apresentam maior risco ou que provocam sofrimento intenso e podem orientar a priorização do atendimento (BRASIL, 2013).

A Estrutura de Trabalho surgiu na Classe 4 aonde os profissionais participantes da pesquisa citam as dificuldades para realizar a lavagem das mãos devido à deficiência de insumos, como também a dificuldade em garantir uma adequada assistência farmacêutica devido à insuficiência de alguns itens da farmácia básica, demonstrando os problemas de financiamento e burocratização relacionados às gestões.

A tríade “Estrutura - Processo - Resultado” está envolvida no processo do cuidado e que, para se obterem bons resultados em um ambiente seguro na atenção primária, é necessário contemplar essa tríade (SOUSA; MENDES, 2014). A enfermeira Florence Nightingale, no

século XIX, já citava que a estrutura e a organização dos serviços hospitalares influenciam diretamente a saúde e a recuperação dos pacientes, fato este que pode ser aplicado em qualquer nível do cuidado e que foi amplamente citado pelos profissionais entrevistados, tendo alto valor preditivo e coincidindo com as citações literárias.

A Classe 5 contemplou 21,3% do *corpus* e foi denominada de “Comunicação e identificação”, tendo alto valor significativo. A comunicação é parte fundamental da organização dos processos de trabalho e construção de um ambiente seguro para a população e para os servidores da UBS. E um dos atributos mais difíceis de conseguir é a implantação de uma comunicação efetiva entre todos os setores. Apresentar uma carta de serviços à comunidade, determinar horários e garantir o controle social são formas de melhorar a prestação dos serviços e minimizar os conflitos.

5% a 72% dos incidentes que acontecem na APS tiveram, como principal fator contribuinte, a comunicação ineficiente, demonstrando a importância do tema (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Ressalta-se que os aspectos organizacionais e a falha na comunicação entre médicos e pacientes (MIRA et al., 2010). Em um estudo semelhante (BUETOW et al., 2010) a este, utilizando grupo focal, também identificaram que a falha na comunicação, a pressão para diminuir o tempo de atendimento e os sistemas de informação foram os principais contribuintes para a ocorrência dos incidentes.

Os profissionais aqui pesquisados conseguiram detectar alguns obstáculos que podem levar a planejamentos, em uma perspectiva educativa, possibilitando minimizar as chances de EA em vista a uma assistência mais segura.

No dendograma e na plotagem (Figura 3), observou-se que as classes importância da segurança e estrutura de trabalho estão relacionadas, demonstrando que os participantes entendem que a segurança está relacionada, também, a uma boa estrutura. Associam-se, também, os processos de trabalho à classificação de risco, levando-se em conta que um dos maiores desafios da ESF é garantir o acesso solicitado pelos usuários e que os participantes da pesquisa visualizam, nestes pontos, uma forma de resolver essas demandas. Como ponto de entrelaçamento entre todas as classes, a comunicação aparece como grande ponto que tem participação em todas as etapas de organização, segurança e qualidade de qualquer estabelecimento de saúde, por isso, ela deve ser otimizada e fortalecida para que se consigam melhores resultados. Não existe incorporação de cultura de segurança sem uma boa comunicação.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que os resultados apontam para o fato de que os profissionais pesquisados conhecem sobre segurança do paciente e apresentam algumas dificuldades para o seu exercício na prática.

Sendo a APS a principal porta de entrada do usuário na rede de assistência e ordenadora do cuidado, pode servir para a disseminação da cultura de segurança. Sugere-se a realização de ações que fortaleçam a cultura de segurança entre os profissionais, gestores e usuários em uma perspectiva de qualificação da atenção primária, visando à difusão do tema.

REFERÊNCIAS

- ALBA, M. El método ALCESTE y su aplicación al estudio de las representaciones sociales del espacio urbano: el caso de la ciudad de México. **Papers on Social Representations**, Lins, v. 13, p. 1-20, jan. 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/228695152_El_Metodo_ALCESTE_y_su_Aplicacion_al_Estudio_de_las_Representaciones_Sociales_del_Espacio_Urbano_El_Caso_de_la_Ciudad_de_Mexico. Acesso em: 15 ago. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 23 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 529 de 1º de abril de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_i.pdf. Acesso em: 15 set. 2019.
- BUETOW, S, et al. Approaches to reducing the most important patient errors in primary health-care: patient and professional perspectives. **Health & Social Care in the Community**, Oxford, v. 18, n. 3, p. 296-303, apr. 2010. Doi: [10.1111/j.1365-2524.2009.00904.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00904.x)
- CAMARGO, B. V. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. (org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: UFPB, 2005. p. 511-539.
- CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ**. Santa Catarina: UFSC, 2016. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 25 out. 2019.
- HAIR JUNIOR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- IMAGE. **Alceste 2010**: Software de Análise de Dados Textuais. Toulouse: IMAGE; 2010. Disponível em: <http://www.alcestesoftware.com.br/manuais/alceste-manual.pdf>. Acesso em: 02 out. 2019.
- KINALSKI, D. F. et al.. Focus group on qualitative research: experience report. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 424-429, mar/abr. 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>

LOUBÈRE, L.; RATINAUD, P. **Documentation IRaMuTeQ 0.6 alpha 3 version 0.1.**

Toulouse: IRAMUTEQ, 2014. Disponível em:

http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation_iramuteq_21_12_2013.pdf.

Acesso em: 29 set. 2019.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. Patient safety in primary health care: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1815-1835, sep. 2014. Doi: 10.1590/0102-311X00114113

MIRA, J. J. et al. Patient report on information given, consultation time and safety in primary care. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 19, n. 5, oct. 2010. Doi: 10.1136/qshc.2009.037978

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Lexical Analysis and Content Analysis: a Proposal for Conjugate Utilization. **Estudos de Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 72-88, maio 2014. Doi: <http://dx.doi.org/10.12957/epp.2006.11028>

SIEGEL, S.; CASTELLAN JUNIOR, N. J. **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SINGH, H, et al. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. **JAMA Internal Medicine**, Chicago. v. 173, n. 6, p. 418-425, 2013. Doi: 10.1001/jamainternmed.2013.2777

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Methods and measures used in primary care patient safety research**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em:

https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_full.pdf.

Acesso em: 27 nov. 2019.

7.2 Os produtos

Apresentam-se, a seguir, dois produtos resultantes da pesquisa realizada neste mestrado. O primeiro é um vídeo educativo sobre o tema com dezoito minutos e que está disponível gratuitamente *on-line* no site www.youtube.com.

O segundo produto é um Projeto de Intervenção a ser aplicado na cidade de Arapiraca (AL), que resultou na criação da Lei nº 2.562/2018.

7.2.1 Videoaula sobre segurança do paciente na atenção básica

Foi formatado um vídeo com o tema “Segurança do paciente na atenção primária” onde se descrevem as definições, um pouco da história da segurança do paciente, fundamentação teórica e projetos implantados.

A criação do vídeo foi motivada pela coordenação do telessaúde, que solicitou a gravação do vídeo por achar muito pertinente o tema e para funcionar como uma ferramenta de disseminação da temática segurança do paciente e de qualificação da assistência ofertada nos serviços de atenção primária do município estudado.

No vídeo, abordaram-se a definição de segurança do paciente, uma breve abordagem histórica citando nomes importantes que contribuíram com o tema em segurança, as perspectivas adotadas ao longo dos anos e dos modelos e estratégias adotados no Brasil e em alguns lugares do mundo. Discutiu-se sobre a segurança do paciente na atenção primária e apresentou-se o projeto inicial que foi implantado em uma UBS de Arapiraca (AL) abordando a melhoria nos processos de trabalho, educação e qualificação do serviço.

Link da publicação do vídeo: https://youtu.be/BiA8w_CeEvk

8 CONCLUSÃO

O mestrado oportunizou uma ampliação dos conhecimentos sobre ensino, pesquisa e projetos de extensão, fatores que irão produzir uma qualificação na atuação docente do pesquisador. Aprofundaram-se os conhecimentos sobre instrumentos que podem ser utilizados no ensino e na atuação como médico de uma equipe de atenção primária. Discutiram-se vários temas pertinentes para a construção de um sistema de saúde mais sólido, resolutivo e menos oneroso.

Todos os estudos geraram a perspectiva de disseminar o tema Segurança do Paciente na Atenção Primária e torná-lo capítulo obrigatório em todos os livros e tratados que versem sobre atenção primária. Tem-se a pretensão de continuar esta pesquisa focando no conhecimento e prática em segurança nos profissionais de nível médio, que trabalham no apoio às equipes de saúde da família e dos agentes comunitários de saúde, com a finalidade de fazer um comparativo com os profissionais de nível superior, buscando, assim, a melhor estratégia para a disseminação da cultura de segurança do paciente.

Nos resultados obtidos na pesquisa, verificou-se a potencialidade que a APS apresenta na disseminação da cultura de segurança do paciente e o fortalecimento do tema entre os profissionais e usuários, podendo ser utilizados os atributos como a organização do cuidado, longitudinalidade e acessibilidade para fortalecer o tema segurança e incluir, nos momentos de reunião administrativa da equipe, salas de espera, educação permanente, reunião dos conselhos de saúde, reunião com a gestão e discussões que promovam o interesse sobre o assunto “Segurança do Paciente”.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1.: final technical report January 2009. Geneva: WHO; 2009. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>. Acesso em: 29 set. 2019.
2. KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press; 1999.
3. HANDLER, S. M. et al. Patient safety culture assessment in the nursing home. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 15, n. 6, p. 400-404, dec. 2006. Doi:[10.1136/qshc.2006.018408](https://doi.org/10.1136/qshc.2006.018408)
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 529 de 1º de abril de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2019.
5. MESQUITA, K. O. et al. Patient safety in primary health care: an integrative review. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 01-08, apr./jun. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45665/28527>. Acesso em: 15 out. 2019.
6. SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014a.
7. FONSECA, A. S.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D.A. **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014.
8. RIBAS, M. J. Eventos adversos em cuidados de saúde primários: promover uma cultura de segurança. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v. 26, p. 585-589, 2010. Disponível em: http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004450_RevPortCliGeral.pdf. Acesso em: 28 set. 2019.
9. SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014b.
10. COX, S. J.; COX, T. The structure of employee attitude to safety: a European example. **Work and Stress**, London, v. 5, n. 2, p. 93-106, 1991. Doi: [10.1080/02678379108257007](https://doi.org/10.1080/02678379108257007)
11. GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
12. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Atencao_primaria_equilibrio_entre_necessidade_de_saude_servicos_e_tecnologia/291. Acesso em: 12 nov. 2019.

13. MEDEIROS JÚNIOR, M. E. et al. **Manual do Médico de Família**. Santa Marcelina: Martinari, 2016.
14. GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 19 nov. 2019.
16. SOUSA, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 19, p. 309-318, 2006.
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cuidados de saúde primários: agora mais que nunca: relatório mundial de saúde 2008**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/08_overview_pr.pdf. Acesso em: 22 set. 2019.
18. MAKEHAM, M. et al. **Methods and measures used in primary care patient safety research**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_full.pdf. Acesso em: 22 out. 2019.
19. ESPAÑA. Ministerio e Sanidad y Consumo. **Estudio APEAS: estudiosobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Disponível em: http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf. Acesso em: 29 out. 2019
20. MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. Patient safety in primary health care: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1815-1835, sep. 2014. Doi: 10.1590/0102-311X00114113
21. VINCENT, C.; AMALBERTI, R. Safety in healthcare is a moving target. **BMJ Quality Safety**, London, v. 24, 539-540, jul. 2015. Doi: [10.1136/bmjqs-2015-004403](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004403)
22. SHOJANIA, K. et al. How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 147, n. 4, p. 224-233, aug. 2007. Doi: [10.7326/0003-4819-147-4-200708210-00179](https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-4-200708210-00179)
23. GANDHI, T. K. et al. Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: a study of closed malpractice claims. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 145, n. 7, p. 488-496, oct. 2006. Doi:10.7326/0003-4819-145-7-200610030-00006
24. SINGH, H. et al. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 173, n. 6, p. 418-425, mar. 2013. Doi: 10.1001/jamainternmed.2013.2777

25. VINCENT, C. **Patient safety**. 2. ed. Oxford: Wiley Blackwell, 2010.
26. PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Patient safety culture in primary health care. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, apr./jun. 2013. Doi: 10.1590/S0104-07072013000200005
27. WYNIA, M. K.; CLASSEN, D. C. Improving ambulatory patient safety: learning from the last decade, moving ahead in the next. **JAMA**, Chicago, v. 306, n. 22, p. 2504-2505, dec. 2011. Doi: [10.1001/jama.2011.1820](https://doi.org/10.1001/jama.2011.1820)
28. RHODES, P.; CAMPBELL, S.; SANDERS, C. Trust, temporality and systems: how do patients understand patient safety in primary care? A qualitative study. **Health Expectations**, Oxford, v. 19, n. 2, p. 253-263, apr. 2016. Doi: 10.1111/hex.12342

APÊNDICES

APÊNDICE A - Projeto de intervenção

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CELSO MARCOS DA SILVA

**IMPLEMENTAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO MUNICÍPIO DE
ARAPIRACA (AL)**

ARAPIRACA (AL)

2019

CELSO MARCOS DA SILVA

**IMPLEMENTAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO MUNICÍPIO DE
ARAPIRACA (AL)**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal de Alagoas para a obtenção do certificado de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Divanise Suruagy Correia

Coorientadora: Profa. Ma. Maria das Graças Monte Mello Taveira

ARAPIRACA (AL)**2019****RESUMO**

Introdução: a implementação da segurança do paciente na rede de assistência à saúde da cidade de Arapiraca (AL) exige ações políticas que apoiem sua implantação. Para tanto, sente-se a necessidade de um núcleo municipal de segurança do paciente que fiscalize e organize a aplicação deste atributo para a organização e qualificação nas unidades hospitalares, unidades de especialidades e nas unidades básicas de saúde, atingindo, assim, todos os níveis de atenção à saúde. **Problema:** “Como implantar/implementar ações segurança do paciente entre profissionais, gestores e usuários?”. **Justificativa:** faz-se necessária a implementação de um órgão que promova fiscalização e capacitação profissional no âmbito da segurança do paciente por meio de cursos constantes e atualizados e exigência da presença do núcleo de segurança funcionando nas unidades, estando os alvarás de funcionamento dos estabelecimentos de saúde emitidos pela vigilância sanitária e atrelados à presença do Núcleo de Segurança do Paciente

Objetivo geral: implantar o Núcleo Municipal de Segurança do Paciente no município de Arapiraca (AL). **Metodologia:** será realizado um momento de discussão e de sensibilização da gestão com a participação dos superintendentes e do secretário municipal de Saúde. Posteriormente, a proposta de constituição do Núcleo de Segurança do Paciente será apresentada à equipe de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca (AL) e será programado um curso em quatro módulos para os profissionais da rede de assistência à saúde.

Resultados esperados: aumento da adesão na criação dos Núcleo de Segurança do Paciente nas unidades hospitalares e ampliação da cultura de segurança nas instituições de saúde e entre os profissionais no município de Arapiraca (AL).

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Gestão do Cuidado; Qualidade do Cuidado.

ABSTRACT

Introduction: The implementation of patient safety in the Arapiraca (AL) health care network requires political actions that support its implementation. Therefore, there is a need for a municipal patient safety nucleus that oversees and organizes the application of this attribute for the organization and qualification in hospital units, specialty units and basic health units, thus reaching all levels of health care. **Problems:** “How to implement / implement patient safety actions among professionals, managers and users?”. **Rationale:** It is necessary to implement a body that promotes supervision and professional training in the area of patient safety through constant and updated courses and the presence of the functioning safety nucleus in the units, the operating permits of health facilities being issued through the sanitary surveillance service and linked to the presence of the Patient Safety Center. **General objective:** implement the Municipal Patient Safety Center in Arapiraca (AL). **Methodology:** A discussion and management awareness will be held with the participation of the Superintendents and the Municipal Health Secretary. Subsequently, the proposal for the establishment of the Patient Safety Center will be presented to the management team of the Arapiraca (AL) Municipal Health Secretariat and will be a four-module course, scheduled for healthcare professionals. **Expected Results:** increased adherence, in the creation of the Patient Safety Nucleus, in hospital units and expansion of the safety culture, in health institutions and among professionals in the municipality of Arapiraca (AL).

Keywords: Patient Safety; Management of Care; Quality of Care.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no município de Arapiraca (AL) relacionados à segurança do paciente.....
- Quadro 2 Operações sobre o “nó crítico 1”, relacionado ao problema “segurança do paciente”.....
- Quadro 3 Operações sobre o “nó crítico 2”, relacionado ao problema “segurança do paciente”.....

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EA	Evento Adverso
IOM	Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAS	Superintendência de Atenção à Saúde
SVS	Superintendência de Vigilância à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	
1.1	ANTECEDENTES.....	
1.2	DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	
2	JUSTIFICATIVA.....	
3	OBJETIVOS.....	
3.1	OBJETIVO GERAL.....	
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	
4	METODOLOGIA.....	
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	
6.1	DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO (TERCEIRO PASSO).....	
6.2	EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO (QUARTO PASSO).....	
6.3	SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS (QUINTO PASSO).....	
6.4	DESENHO DAS OPERAÇÕES (SEXTO PASSO).....	
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	
	REFERÊNCIAS.....	
	ANEXO.....	
	ANEXO A - Decreto nº 2562 de 26 de dezembro de 2018.....	

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um componente fundamental na busca pela qualidade do cuidado de saúde e sua ausência provoca um grave problema de saúde pública, visto que em cada dez pacientes que recebem assistência hospitalar é acometido de Evento Adverso (EA) que podem ter consequências severas para os pacientes, familiares, profissionais, hospitais e gestores de saúde. Os gastos com esses incidentes são altos, o que aumenta a importância da sensibilização de todos os atores envolvidos nos cuidados de saúde, inclusive, os próprios pacientes e acompanhantes, sobre a temática segurança. Surge, então, a necessidade de se difundir essa cultura de segurança nos estabelecimentos de saúde, sejam hospitais, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Unidade Básica de Saúde (UBS).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define segurança do paciente como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Após a publicação do relatório pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (IOM) intitulado “*To err is human*”, (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999) houve o alerta público sobre os riscos provocados pela falha na assistência ao cuidado de saúde, demonstrando a importância de seguir o modelo de outras indústrias, como a de aviação civil, para a aplicação de técnicas de segurança com foco primário no sistema em vez de nos usuários. Priorizou-se a necessidade do fortalecimento da cultura de segurança em nível organizacional, sendo um dos pilares fundamentais da conquista da qualidade e segurança nos contextos da atenção à saúde em qualquer nível de assistência, seja ele primário, secundário ou terciário.

Disseminar a cultura de segurança positiva nas instituições de saúde surge como um dos critérios fundamentais para minimizar a ocorrência de EA, levando a níveis aceitáveis tal qual determina a OMS, utilizar o aprendizado proativo a partir dos erros, reestruturar e monitorar os processos de trabalho com a finalidade de evitar a ocorrência dos erros (HANDLER et al., 2006).

Criou-se, levando tudo isso em consideração, um plano de ação visando à implantação do Núcleo Municipal de Segurança do Paciente na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, estando vinculado à Superintendência de Atenção à Saúde (SAS) e à Superintendência de Vigilância à Saúde (SVS).

O Núcleo Municipal de Segurança do Paciente deve fiscalizar e organizar os planos de ação ligados à temática segurança do paciente, promovendo a cultura de segurança entre as unidades de saúde, sendo responsável pelas ações de segurança do paciente na APS, visando

sempre a um melhor, mais eficiente e mais seguro atendimento de saúde à população, contribuindo para a qualidade dos serviços.

1.1 ANTECEDENTES

Resolveu-se implantar, levando em consideração a tríade instituída por Donabedian em 1980¹ “Estrutura - Processo - Resultado “ e sua aplicabilidade na atenção primária, um plano de ação com a finalidade de minimizar os principais problemas que atingiam a UBS Dr. Daniel Houly, localizada na zona urbana do município de Arapiraca (AL), considerando o grau de governabilidade da equipe e que não envolvesse aumento de recursos para aplicar este plano de ação. Em uma parceria com alunos do último período do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas e que estavam em estágio curricular obrigatório, planejou-se, em conjunto, um momento de discussão com os profissionais desta unidade, listando todos os problemas encontrados para a execução de suas atividades, e elencaram-se cinco pontos principais, que foram: atendimento à demanda espontânea e de urgência; identificação dos pacientes e controle de fluxo de prontuários; higiene das mãos; comunicação ineficiente entre profissionais, profissionais e usuários, profissionais e gestão; dispensação, armazenamento e recebimento de medicamentos.

Para cada problema, foram programadas discussões em grupo com a participação dos membros dos setores responsáveis, utilizando ações com comprovada evidência científica, que poderiam ajudar na construção dos planos de ação que iriam resolver cada ponto citado. Assim, foi construído um plano de intervenção, que foi apresentado e chancelado por todos os servidores da unidade, foi apresentado ao conselho local de saúde e à gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca (AL), que aprovaram sua implantação. Os novos processos de trabalho foram implantados na UBS Dr. Daniel Houly, no ano de 2016. Ficou estabelecido que, durante as reuniões administrativas que aconteciam uma vez por mês, seriam rediscutidos os temas e os problemas encontrados na execução do projeto, podendo ser realizadas adequações necessárias para o bom funcionamento da unidade nos setores sobre intervenção com a finalidade de melhorar a segurança aos usuários e, com isso, garantir uma qualificação da assistência.

Após a implantação na unidade, apresentou-se uma proposta à equipe de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca (AL) para a implantação em outras UBS do município, seguindo os mesmos princípios adotados inicialmente. Recebeu-se a autorização para implantar em mais sete UBS do município, utilizando, como critério de seleção, aquelas

que tivessem a presença de alunos do curso de Medicina. Neste momento, após dois anos do início do projeto, analisar-se-ão os pontos abordados no plano de ação em três das sete unidades onde o projeto foi implantado inicialmente.

Destacam-se os resultados alcançados nas UBS onde o núcleo foi implantado. Lançou-se uma proposta para ampliar para todos os níveis do cuidado e para conseguir atingir também a rede hospitalar e de atenção especializada. Para isso, criar-se-ia um Núcleo Municipal de Segurança do Paciente.

1.2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

É constante a ocorrência de incidentes – em todos os níveis de atenção à saúde - provocados pela falta de segurança do paciente. Os profissionais não são preparados para lidar com essas situações, que podem ser uma circunstância notificável, um *near miss*, um incidente sem dano ou um incidente com dano ou EA (SOUSA; MENDES, 2014a). Entretanto, com a difusão da cultura de segurança, somada à fiscalização constante, os danos aos pacientes poderiam ser evitados (RIBAS, 2010). Dessa forma, surgem alguns problemas fundamentais: como implantar a cultura de segurança do paciente entre os profissionais, gestores e usuários?; como os profissionais poderiam ser capacitados para lidar com tais situações? De que forma esses profissionais serão cobrados a colocar em prática a cultura de segurança depois de receberem capacitação? De que forma a cultura de segurança poderia ser promovida?

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no município de Arapiraca (AL) relacionados à segurança do paciente. Arapiraca (AL), 2019.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção/ Priorização****
Ausência de Núcleos de segurança nas Unidades Hospitalares.	Alta	15	Total	3
Desconhecimento do tema segurança do paciente entre os profissionais de saúde.	Média	5	Parcial	1
Falta de cultura de segurança entre os profissionais e usuários.	Média	5	Parcial	4
Falta de ferramenta de monitoramento dos núcleos de segurança no município.	Média	5	Total	2

Nota: *Alta, média ou baixa/ ** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30. ***Total, parcial ou fora

2 JUSTIFICATIVA

Os números de incidentes que ocorrem em todos os níveis de atenção podem denotar o descaso com a segurança do paciente, além de ampliar os custos. Eles podem resultar em danos extremamente graves e muitas vezes irreversíveis, que afetam a vida dos usuários e familiares de forma drástica. Em uma visão mais geral, tais incidentes diminuem a resolutividade dos serviços e a confiabilidade dos usuários nos mesmos.

Dessa maneira, faz-se necessária a implementação de um órgão que promova fiscalização e capacitação profissional no âmbito da segurança do paciente, por meio de cursos constantes e atualizados, exigência da presença do núcleo de segurança funcionante, estando atrelado às liberações necessárias por parte da vigilância sanitária para permitir o funcionamento destas instituições de saúde. Entretanto, a capacitação, por si só, não é suficiente: é necessário, ainda, que os profissionais, depois de capacitados, sejam cobrados e seus aprendizados sejam colocados em prática.

Assim, é fundamental que haja uma vinculação do alvará de funcionamento dos estabelecimentos de saúde do município à existência e efetividade do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nesses locais. Com esse vínculo, somente as instituições que comprovem a atividade do NSP – por meio de notificações dos EA, implantação dos protocolos (identificação, comunicação efetiva, cirurgia segura, prevenção de queda e úlcera de decúbito, lavagem das mãos e controle de infecção e medicação segura) e implementação de ações de controle de riscos e outras medidas - poderão funcionar.

Além disso, faz-se indispensável a promoção da cultura de segurança entre gestores, servidores e usuários por meio de ações educativas. Para que os serviços de saúde sejam, de fato, resolutivos, é preciso um empenho conjunto: os gestores devem conhecer e disseminar a cultura de segurança; os servidores necessitam tê-la enraizada em sua formação profissional; os usuários precisam ser informados do direito de terem sua segurança preservada no âmbito da saúde.

Essa cultura de segurança vai de encontro à cultura da culpabilização hoje existente na sociedade brasileira e baseia-se no aprendizado que os profissionais podem adquirir a partir do erro. Ela envolve a criação de sistemas de notificações de EA, com incentivos para que os profissionais os reportem. A partir disso, os EA serão analisados individual e sistematicamente para que os resultados das análises sejam conhecidos por outros profissionais, que poderão aprender com os erros dos demais. Dessa forma, evita-se a ocorrência de novos EA (SOUSA; MENDES, 2014a).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Implementar o Núcleo Municipal de Segurança em Arapiraca (AL).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Criar o Núcleo Municipal de Segurança para os diversos níveis de atenção à saúde;
- b) Planejar curso de segurança do paciente para a rede de assistência à saúde de Arapiraca (AL);
- c) Vincular a liberação do alvará da vigilância sanitária das unidades hospitalares à existência e ao funcionamento do NSP por meio de portaria municipal;
- d) Promover a cultura de segurança entre os gestores, servidores e usuários.

4 METODOLOGIA

A criação do Núcleo Municipal de Segurança do Paciente tem a intenção de aumentar a fiscalização e a organização do plano de ação, em todos os níveis de atenção à saúde, para oferecer, à população da cidade de Arapiraca (AL), um atendimento à saúde eficiente e seguro.

Esse núcleo é composto por um grupo de profissionais de nível superior, designados pelo secretário municipal de Saúde e nomeados por meio de Portaria do Chefe de Executivo, conferindo-lhes: autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações que tenham preferencialmente formação na área de saúde e curso de especialização em Segurança do Paciente.

A estrutura do Núcleo Municipal de Segurança do Paciente é formada um grupo executor assim representado: profissionais de nível superior, representando as Unidades de Saúde, com composição multidisciplinar e multiprofissional, que têm como função a realização das ações programadas de segurança do paciente definidas pela Núcleo Municipal de Segurança. Esse grupo reunir-se-á ordinariamente, a cada 30 dias, e extraordinariamente e a qualquer tempo, se necessário, em local previamente designado e comunicado aos membros. Além disso, a equipe designada terá sua estrutura representada por: um representante da SAS; um representante da Coordenação de Acompanhamento e Monitoramento; um representante da Coordenação de Assistência Farmacêutica; um representante da Superintendência da Vigilância em Saúde - fiscal sanitário municipal e, por último, um assistente administrativo.

Para a implantação do Núcleo Municipal de Segurança, será necessário um momento de discussão e sensibilização da gestão com a participação dos superintendentes e do secretário municipal de Saúde. Posteriormente, será realizado um curso com o tema segurança do paciente, que será composto por quatro módulos. O primeiro módulo é a Introdução à Segurança do Paciente e Núcleo de Segurança ao Paciente. O segundo está direcionado à formação e atuação do Núcleo de Segurança no Hospital de Urgência e nas UBS. O terceiro módulo tem como tema a apresentação do plano de ação dos núcleos dos serviços de saúde. Por fim, o último módulo é a primeira amostra das ações implantadas pelos NSP dos serviços de Saúde de Arapiraca (AL).

Após isso, a implantação e o funcionamento do NSP serão pré-requisitos para a liberação do alvará de funcionamento de qualquer instituição de saúde.

Os núcleos implantados serão responsáveis por acompanhar e fiscalizar as formações promovidas por meio dos planos de ação e promover a extensão a outras instituições de saúde, não apenas na atenção básica, mas em todos os níveis de atenção à saúde, a fim de promover

efetiva cultura de segurança, fazer com que os valores dessa cultura sejam internalizados pelos personagens atuantes nesses cenários e cresça a qualidade do cuidado prestado à comunidade.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A segurança do paciente é responsável por minimizar a ocorrência de erros e de EA no cuidado à saúde. Embora possua importância inegável, ela só foi incluída como uma das dimensões integrativas do conceito de qualidade do cuidado em 2001, em ocasião da publicação do texto *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* pelo IOM (SOUSA; MENDES, 2014a).

Quando ocorre negligência nesse aspecto, tende a aumentar a ocorrência de erros e de EA, os quais, muitas vezes, foram considerados inevitáveis. Em contraposição à essa última tese, estão as pesquisas sobre a incidência de EA intra-hospitalares realizadas na *Cochrane and MEDLINE* (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

Elas envolveram 74.485 pacientes, com incidência global de 9,2%. Os dados mostram que a cada dez internações hospitalares, em uma delas acontece EA. Esses trabalhos demonstraram, ainda, que, dentre esses EA, 43,5% eram preveníveis e que 7,4% dos EA foram letais. Esse quadro instável diminui a confiança do paciente no sistema e seu nível de satisfação, além de gerar outras consequências para os seus familiares, os profissionais de saúde e os gestores da instituição (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

Outro problema gerado é o significativo uso de recurso financeiro para a reparação de danos, ao passo que ele poderia ser investido em melhorias na assistência à saúde. Esses dados alarmantes chamam a atenção para a necessidade da disseminação de uma cultura de segurança do paciente e da implantação de núcleos de segurança do paciente nos diversos âmbitos do cuidado, seja em hospitais, UPA ou ainda em UBS (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

Para aplacar essa realidade, em 1999, o IOM publicou o livro *“To Err Is Human”*, o qual denunciou os riscos provocados pelo complexo sistema de saúde atual (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014). O quadro apresentado opõe-se diretamente ao conceito de segurança do paciente, definida como “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado em saúde” (SOUSA; MENDES, 2014a).

Esse texto atribuiu importância e adesão internacional ao assunto e apontou para a necessidade de seguir o exemplo de funcionalidade organizacional de outras empresas, como o da aviação civil, com a aplicação de técnicas de segurança com foco prioritário no sistema e só depois no usuário. Além disso, destaca-se o fortalecimento da cultura de segurança em nível de organização como pilar extremamente importante para atingir um alto nível de qualidade do cuidado ao paciente em todos os níveis de atenção.

A cultura de segurança é “o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização de saúde com a gestão da segurança do paciente”. As instituições com essa cultura positiva estabelecem comunicação eficiente, confiança entre os personagens envolvidos, internalização da importância da segurança e êxito nas atividades preventivas realizadas (SOUSA; MENDES, 2014b).

Essa relação entre a instalação da cultura de segurança em uma instituição e a melhoria da qualidade do cuidado (SOUSA; MENDES, 2014b). Segundo eles, a organização que possui cultura de segurança efetiva está aberta a seus profissionais e os mesmos se motivam a relatar o erro. Dessa forma, ocorre aprendizagem com os erros e não a culpabilização dos indivíduos, olhando-se para o que deu errado no sistema.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado, “Dificuldade de implementação do núcleo de segurança nas unidades de assistência à saúde”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado.

6.1 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO (TERCEIRO PASSO)

Desde a publicação da Portaria nº 529/2013, ficou estabelecida a obrigatoriedade da criação e manutenção do NSP nas unidades de saúde e Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013, que regulamenta o seu funcionamento (BRASIL, 2013). Após seis anos, observou-se que praticamente nenhuma instituição hospitalar no município apresenta, na sua estrutura organizacional, o referido núcleo.

6.2 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO (QUARTO PASSO)

A ausência do NSP mantém no ostracismo os EA, que são frequentes em estruturas de saúde, que não instituem a cultura de segurança dentro das suas propostas de processo de trabalho, provocando aumento nos custos, danos aos usuários e familiares, maior permanência dos pacientes nos hospitais e baixa qualidade na assistência à saúde.

6.3 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS (QUINTO PASSO)

Como nós críticos, destacam-se:

- a) Falta de conhecimento sobre segurança do paciente entre gestores, profissionais e usuários;
- b) Falta de ferramentas de cobrança e acompanhamento dos NSP.

6.4 DESENHO DAS OPERAÇÕES (SEXTO PASSO)

Quadro 2. Operações sobre o “nó crítico 1”, relacionado ao problema “segurança do paciente”. Arapiraca (AL), 2019.

Nó crítico 1	Falta de conhecimento sobre segurança do paciente entre gestores, profissionais e usuários.
Operação (Operações)	
Projeto	Curso para os servidores dos serviços de saúde do município.
Resultados esperados	Discussão do tema segurança do paciente entre os servidores da saúde.
Produtos esperados	Implantação da cultura de segurança nos ambientes de atenção à saúde.
Recursos necessários	Estrutural: espaço com material audiovisual Cognitivo: palestrantes com experiência no tema Financeiro: <i>coffe break</i> e passagens dos palestrantes
Recursos necessários	Estrutural: espaço com material audiovisual Cognitivo: palestrantes com experiência no tema Financeiro: <i>coffe break</i> e passagens dos palestrantes
Controle dos recursos críticos	-----
Ações estratégicas	Sensibilização do secretário de saúde
Prazo	Seis meses
Responsável(eis) pelo acompanhamento das ações	Celso Marcos da Silva Sônia Mércia da Silva
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Relatório semanal das ações

Quadro 3. Operações sobre o “nó crítico 2”, relacionado ao problema “segurança do paciente”. Arapiraca (AL), 2019.

Nó crítico 1	Falta de ferramentas de cobrança e acompanhamento dos NSP.
Operação (Operações)	
Projeto	Criação do Núcleo Municipal de Segurança do Paciente
Resultados esperados	Orientação, monitorização e promoção da segurança do paciente
Produtos esperados	Implantação da cultura de segurança nos ambientes de atenção à saúde
Recursos necessários	Estrutural: espaço para a acomodação da equipe do núcleo na Secretaria Municipal de Saúde Cognitivo: equipe multidisciplinar Financeiro: gratificação por cargo ocupado
Recursos críticos	Estrutural: espaço com material audiovisual Cognitivo: palestrantes com experiência no tema Financeiro: <i>coffe break</i> e passagens dos palestrantes Político: decreto de criação do Núcleo Municipal de Segurança do Paciente
Ações estratégicas	Vinculação do alvará de funcionamento da Vigilância Sanitária à existência do núcleo nas unidades de saúde
Prazo	12 meses
Responsável(eis) pelo acompanhamento das ações	Celso Marcos da Silva Sônia Mércia da Silva
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Relatório semanal das ações

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a criação do NSP, espera-se que, por meio da constante fiscalização e atualização oferecida por esses profissionais, a saúde na cidade de Arapiraca (AL), seja qualificada e o número de casos de incidentes relacionados com o descuido e a insegurança do paciente tenham seus números diminuídos drasticamente, assim, aumentando a confiança do usuário nos serviços prestados, além de diminuir os gastos enormes que são atrelados a eventos que poderiam ter sido evitados.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS). Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/ICPS-report/en/>. Acesso em: 29 set. 2019.
2. KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press; 1999.
3. HANDLER, S. M. et al. Patient safety culture assessment in the nursing home. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 15, n. 6, p. 400-404, dec. 2006. Doi:[10.1136/qshc.2006.018408](https://doi.org/10.1136/qshc.2006.018408)
4. SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014a.
5. RIBAS, M. J. Eventos adversos em cuidados de saúde primários: promover uma cultura de segurança. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v. 26, p. 585-589, 2010. Disponível em: http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004450_RevPortCliGeral.pdf. Acesso em: 28 set. 2019.
6. FONSECA, A. S.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014.
7. SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014b.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 529 de 1º de abril de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2019.

ANEXOS

ANEXO A – Decreto nº 2562 de 26 de dezembro de 2018.

DECRETO Nº 2.562 DE 26 DE DEZEMBRO DE 2018.

**CRIA O NÚCLEO DE
SEGURANÇA DO PACIENTE EM
SERVIÇOS DE SAÚDE – NSPSS
DO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA E
SEU REGIMENTO INTERNO.**

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA/AL, no uso da sua atribuição que lhe confere o art. 51, inciso IX, da Lei Orgânica do Município, e:

Considerando a relevância em priorizar a segurança do paciente em serviços de saúde e criar ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, implantar o Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – NSPSS, conforme previsto na Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013 e Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.

DECRETA:

Art. 1º Fica criada na forma do presente decreto, o Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – NSPSS, do município de Arapiraca/AL, conforme legislação atinente a promoção da melhoria da qualidade dos serviços de saúde, bem como fica aprovado seu Regimento Interno.

Art. 2º O Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – NSPSS é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, tendo seu funcionamento definido pelo seu Regimento.

Art. 3º O Núcleo será composto por profissionais designados pelo Secretário Municipal de Saúde, e nomeados através de Portaria do Chefe do Executivo conferindo-lhes: autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações e que tenham preferencialmente formação na área da saúde e curso de especialização em Segurança do Paciente.

Parágrafo único. A equipe designada terá sua estrutura assim representada:

I - 01 representante da Superintendência de Atenção à Saúde (SAS);

Página 1 de 6

Rogério Augusto Teófilo
Prefeito



- II - 01 representante da Coordenação de Acompanhamento e Monitoramento;
- III - 01 representante da Coordenação de Assistência Farmacêutica;
- IV - 01 representante da Superintendência de Vigilância em Saúde - Fiscal Sanitário Municipal;
- V - 01 Assistente Administrativo.

Art. 4º As funções do Núcleo não são remuneradas, não tendo acréscimo no orçamento da saúde, tendo em vista os mesmos já estarem vinculados a saúde, o tempo de serviço será computado para todos os fins e seu trabalho será considerado de relevante interesse público.

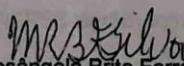
Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Arapiraca/AL, 26 de dezembro de 2018.


ROGERIO AUTO TEÓFILO,
Prefeito.


ANTONIO LENINE PEREIRA FILHO
Secretário Municipal de Gestão Pública

Este Decreto foi publicado e registrado no Quadro de Avisos do Centro Administrativo Antônio Rocha, conforme termos do art. 9º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Lei Orgânica do Município, aos 26 de dezembro de 2018.


Maria Rosângela Brito Ferreira Silva
Coordenadora Especial - I - Atos e Registros Administrativos.

ANEXOS

ANEXO B - Roteiro de perguntas do Grupo Focal

1. O que é segurança do paciente para vocês?
2. Como é a relação de segurança do paciente na unidade de vocês?
3. E o acolhimento para essa explicação, como é que vocês veem em termos de segurança do paciente na unidade de vocês?
4. A demanda espontânea?
5. Com relação à identificação do paciente? A questão de prontuário, de prontuário eletrônico. Todas as unidades têm prontuário eletrônico?
6. Como é que vocês veem, por exemplo, a comunicação de algum evento com o paciente ou a comunicação de alguma ação com o paciente, como é feita na unidade de vocês?
7. Que insumos você acha que são mais importantes? Em termos de prioridade, hierarquia.
8. O que é que precisa da farmácia para funcionar direitinho? Para garantir a segurança do paciente?
9. No que se trata da segurança do paciente, o que vocês acham: que tudo é importante ou se teria um que se destacaria mais? Algum que fosse mais importante?

ANEXO C - Aprovação do Projeto no CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE**Pesquisador:** CELSO MARCOS DA SILVA**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 02839818.7.0000.5013**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da UFAL**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 3.138.931**Apresentação do Projeto:****RESUMO:**

Trata-se de um estudo qualitativo que tem como objetivo descrever o conhecimento e as práticas sobre segurança do paciente entre os servidores (médicos, enfermeiros, dentistas , Técnicos de enfermagem, auxiliar de dentista, técnicos de farmácia, Agentes comunitários) na perspectiva da organização do serviço em 03 UBS do município de Arapiraca. Serão realizados grupos focais com os sujeitos da pesquisa para analisar o conhecimento de segurança do paciente na perspectiva de cinco pontos (atendimento a demanda espontânea, comunicação, identificação ,higiene das mãos e medicação segura), apresentados anteriormente aos participantes.

Objetivo da Pesquisa:**GERAL:**

Descrever o conhecimento e as práticas sobre segurança do paciente entre os servidores (médicos, enfermeiros, dentistas , Técnicos de enfermagem, auxiliar de dentista, técnicos de farmácia, Agentes comunitários) na perspectiva da organização do serviço em 03 UBS do município de Arapiraca.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.138.931

Identificar o conhecimento e as práticas de segurança do paciente relacionados a: identificação do paciente;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios:

Como riscos identificamos a mobilização de sentimentos que podem revelar emoções pelos pesquisados ao relembrar aspectos questionados na pesquisa. Esses riscos serão assistidos pelo pesquisador responsável uma vez que possui capacitação e habilidades para tal. Como benefícios garantiremos a qualificação do serviço ofertado e diminuir a chance de acometer o usuário de eventos adversos evitáveis .

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador respondeu às pendências apontadas em parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos examinados para este parecer:

Projeto;

Folha de rosto;

Informações básicas;

TCLE;

Declaração dos pesquisadores;

Declaração de autorização do local da pesquisa;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador respondeu as pendências de modo adequado e com clareza. O protocolo se encontra de conformidade com as Resoluções 466/2012 e 510/2016. Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.138.931

V.S.^a deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1124250.pdf	26/12/2018 12:26:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento.pdf	26/12/2018 12:25:13	CELSO MARCOS DA SILVA	Aceito
Outros	Anuencia_municipio.pdf	26/12/2018 11:55:20	CELSO MARCOS DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_publicizacao.pdf	26/12/2018 11:54:57	CELSO MARCOS DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Celso.pdf	26/12/2018 10:56:46	CELSO MARCOS DA SILVA	Aceito

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com