

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

KARINE CRISTINA SIQUEIRA CUNHA

**PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE PELO ENFERMEIRO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

ALFENAS/MG

2023

KARINE CRISTINA SIQUEIRA CUNHA

**PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE PELO ENFERMEIRO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pela Universidade Federal de Alfenas. Linha de Pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde e Educação.

Orientadora: Dra. Roberta Seron Sanches

ALFENAS/MG

2023

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Cunha, Karine Cristina Siqueira.

Promoção da segurança do paciente pelo enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. / Karine Cristina Siqueira Cunha. - Alfenas, MG, 2023. 132 f. -

Orientador(a): Dra. Roberta Seron Sanches Sanches.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2023.

Bibliografia.

1. Segurança do paciente;. 2. Atenção Primária à Saúde;. 3. Enfermagem.. I. Sanches, Dra. Roberta Seron Sanches, orient. II. Título.

Ficha gerada automaticamente com dados fornecidos pelo autor.

KARINE CRISTINA SIQUEIRA CUNHA

PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE PELO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE

A Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem

Aprovada em: 24 de novembro de 2024.

Profa. Dra. Roberta Seron Sanches
Presidente da Banca Examinadora
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Mirelle Inácio Soares
Instituição: Centro Universitário de Lavras

Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Roberta Seron Sanches, Professor do Magistério Superior**, em 24/11/2023, às 15:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1134906** e o código CRC **9A62BB7C**.

A meu amado pai Lázaro Mário da Cunha, que dedicou a sua vida por nós. Gratidão a Deus pela honra de ser sua filha. Agora, são os anjos quem desfrutam da sua companhia. Te levo na alma e no coração.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu eterno protetor, agradeço as bênçãos recebidas, e pela alegria de poder realizar esse sonho.

À Nossa Senhora Aparecida, que me ampara nos momentos de aflição e desânimo e que me segurou no colo nos momentos de desespero.

Aos meu pais, Lázaro e Joaquina, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade. Agradeço a paciência e compreensão nas horas mais angustiantes, vocês sempre fizeram o possível e o impossível para tornar real nossos sonhos, não medindo esforços para nos ver felizes, foi por vocês todo esforço para chegar até aqui e provar que através da educação podemos chegar a lugares antes inimagináveis. Papai, chego ao final da caminhada sem conseguir lhe dar um forte abraço e chorar a alegria de minha conquista, mas sei que onde estiver estará me aplaudindo como sempre o fez. Obrigada Mamãe por ser meu porto seguro.

À minha amada filha Maria Alice que com um simples sorriso recarrega todas as minhas energias e me faz continuar perseverante na luta. Filha um dia você vai entender que os momentos de ausência, foram necessários na busca por um futuro melhor pra nossa família.

Ao meu esposo, Denilson, companheiro de vida, por me incentivar e apoiar nos meus sonhos, fazendo deles, os seus. Por me fortalecer, amparar e sustentar nos momentos difíceis, essa conquista também é sua.

A minha irmã Jéssica e meu sobrinho José, que sempre me apoia, com quem compartilho lágrimas e sorrisos, obrigada por ser minha metade, amo vocês.

À minha orientadora, Dra. Roberta Seron Sanches, a qual serei eternamente grata por toda a contribuição inestimável, pelos ensinamentos, pelo empenho, pela empatia nos momentos mais difíceis, tornando a caminhada mais leve. Muito obrigada de coração.

Aos colegas de trabalho, obrigada pela compreensão nos momentos de desespero e ausência, vocês foram o alicerce dessa caminhada, tornando os dias de exaustão mais leves.

Aos amigos e familiares que entenderam minha ausência, e aceitaram minhas omissões, muito obrigada por confiar em mim e acreditar que esse sonho seria possível.

A todos os docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, por ensinarem com tanta maestria e por serem tão solícitos.

Aos membros da Banca Examinadora, Professoras Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck e Dra. Mirelle Inácio Soares, pela disponibilidade e pelas contribuições valiosas, que enriqueceram o estudo.

A todos os enfermeiros participantes da pesquisa, sem vocês esse trabalho não seria possível, obrigada por toda a colaboração.

Enfim, obrigada a todos que direta ou indiretamente fizeram parte dessa caminhada, muito obrigada a todos.

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

“Nós não podemos mudar a condição humana, mas podemos mudar as condições em que trabalhamos para fazer menos prováveis os erros e de mais fácil recuperação se acontecerem.”

(James Reason, 2008)

RESUMO

Sabe-se que os cuidados em saúde, paradoxalmente, também podem resultar em prejuízos aos pacientes quando há a ocorrência de erros e eventos adversos. Assim, a segurança do paciente é uma preocupação mundial em todos os estabelecimentos de saúde, incluindo os pertencentes à Atenção Primária à Saúde, considerada como porta de entrada no sistema de saúde e responsável pela coordenação contínua dos serviços com foco na população. Este estudo tem como objetivo, analisar a promoção da segurança do paciente segundo as vivências dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, seguindo o referencial teórico metodológico da Hermenêutica Dialética, realizado com 24 enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde, os quais foram selecionados por meio da técnica de amostragem snowball. Foi desenvolvido em ambiente virtual, por meio da plataforma Skype e a coleta de dados consistiu em uma única entrevista por participante. Estas foram norteadas por um instrumento elaborado pelos autores, composto por um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes e um roteiro de entrevista semiestruturada composto por três questões abertas. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Para a apresentação dos dados oriundos de caracterização sociodemográfica e profissional, utilizou-se a estatística descritiva e apresentação em tabelas e para a organização e análise dos dados oriundos da entrevista semiestruturada utilizou-se a análise temática reflexiva. Adotou-se como referenciais teórico e teórico-metodológico, respectivamente, a Teoria do Erro Humano e a hermenêutica-dialética. Obteve-se aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 5.582.486. Participaram 24 enfermeiros, com predomínio do sexo feminino, solteiros, com idade entre 30 a 40 anos de idade, atuantes em Estratégia de Saúde da Família, com tempo de atuação na Atenção Primária a Saúde de até 5 anos, concentrados em sua maioria no estado de Minas Gerais. Definiu-se quatro temas, sendo “A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: tema incipiente em comparação ao hospital”, “Condições latentes: riscos à segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde”, “Falhas ativas: riscos à segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde” e “ Promoção da segurança do paciente: ações de enfermeiros para interposição de barreiras aos erros e eventos adversos”. Apreendeu-se a partir deste estudo, que a segurança do

paciente é ainda, um tema incipiente, que carece de maior exploração e investimentos no que concerne à temática. Os enfermeiros identificam que condições latentes e falhas ativas que podem representar riscos e assim, buscam empreendem ações correspondentes para promover a segurança do paciente, ainda que não abarquem todas as situações mencionadas. O estudo poderá contribuir para a literatura, que ainda enfoca de forma mais expressiva o cenário hospitalar, para a sensibilização dos profissionais atuantes nestas unidades quanto à identificação de possíveis riscos e à necessidade de se implementar ações que configurem barreira à ocorrência de eventos adversos, assim como para que a Atenção Primária a Saúde seja considerada uma prioridade pelos gestores e formuladores de políticas públicas quando se almeja uma assistência segura.

Palavras-chave: segurança do paciente; atenção primária à saúde; enfermagem.

ABSTRACT

"It is known that healthcare, paradoxically, can also result in harm to patients when errors and adverse events occur. Thus, patient safety is a global concern in all healthcare facilities, including those in Primary Health Care, considered the entry point into the healthcare system and responsible for the continuous coordination of services with a focus on the population. This study aims to analyze the promotion of patient safety based on the experiences of nurses working in Primary Health Care. It is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach, following the theoretical and methodological framework of Dialectical Hermeneutics, conducted with 24 nurses working in Primary Health Care, who were selected through the snowball sampling technique. It was developed in a virtual environment through the Skype platform, and data collection consisted of a single interview per participant. These interviews were guided by an instrument developed by the authors, consisting of a questionnaire for the sociodemographic and professional characterization of the participants and a semi-structured interview script composed of three open-ended questions. The interviews were recorded and later transcribed. Descriptive statistics and presentation in tables were used for the presentation of data from sociodemographic and professional characterization, and thematic reflective analysis was used for the organization and analysis of data from the semi-structured interview. The Human Error Theory and dialectical hermeneutics were adopted as theoretical and methodological references, respectively. Approval was obtained from the Research Ethics Committee, under opinion no. 5,582,486. Twenty-four nurses participated, with a predominance of females, single, aged 30 to 40 years, working in the Family Health Strategy, with a work experience in Primary Health Care of up to 5 years, mostly concentrated in the state of Minas Gerais. Four themes were defined: 'Patient safety in Primary Health Care: an incipient theme compared to the hospital,' 'Latent conditions: risks to patient safety in Primary Health Care,' 'Active failures: risks to patient safety in Primary Health Care,' and 'Promotion of patient safety: actions by nurses to interpose barriers to errors and adverse events.' It was apprehended from this study that patient safety is still an incipient theme that needs further exploration and investment in the thematic area. Nurses identify latent conditions and active failures that can represent risks and, thus, undertake corresponding actions to promote patient safety, even though they do not cover all

the mentioned situations. The study may contribute to the literature, which still focuses more significantly on the hospital setting, by raising awareness among professionals working in these units regarding the identification of possible risks and the need to implement actions that constitute barriers to the occurrence of adverse events. It may also advocate for Primary Health Care to be considered a priority by managers and policymakers when aiming for safe healthcare."

Keywords: patient safety; primary health care; nursing

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Sumarização de erros humanos segundo James Reason	36
Figura 2 – A dinâmica da causalidade dos acidentes segundo James Reason	38
Figura 3 – Modelo de queijo suíço de James Reason	39
Figura 4 – Mapa Temático “Promoção da segurança do paciente segundo as vivências dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde”	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com as variáveis sexo, faixa etária, estado civil e estado de residência. Alfenas, MG, 2023 (n=24).....	48
Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com as variáveis escolaridade, tempo de atuação na profissão, unidade de atuação e tempo de atuação na APS. Alfenas, MG, 2023 (n=24).....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
E	Enfermeiro
EAP	Equipe de Atenção Primária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPI	Equipamento de Proteção Individual
F	Frequência
IOM	Institute of Medicine nos Estados Unidos
IRAS	Infecções relacionadas a assistência em saúde
MS	Ministério da Saúde
N	Tamanho da Amostra
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSF	Programa Saúde da Família
RCD	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem para a Segurança do Paciente
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	JUSTIFICATIVA	19
1.2	OBJETIVOS	21
1.2.1	Geral	21
1.2.2	Específicos	21
2	REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	22
2.2	SEGURANÇA DO PACIENTE	23
2.3	SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	27
2.4	O ENFERMEIRO E A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SAÚDE	29
3	REFERENCIAL TEÓRICO	32
4	MÉTODO	41
4.1	TIPO DE ESTUDO	41
4.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO	41
4.3	CENÁRIO DO ESTUDO	42
4.4	COLETA DE DADOS	43
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	44
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	46
5	RESULTADOS	48
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL	48
5.2	PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE SEGUNDO AS VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS ATUANTES NA APS	50
5.2.1	A segurança do paciente na APS: um tema incipiente em comparação ao hospital	52
5.2.2	Condições latentes e a segurança do paciente na APS	53
5.2.3	Falhas ativas: riscos à segurança do paciente na APS	57
5.2.4	Promoção da segurança do paciente: ações do enfermeiro para interposição de barreiras aos erros e eventos adversos	58
6	DISCUSSÃO	64
6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL	64

6.2	PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE SEGUNDO AS VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS ATUANTES NA APS	65
6.2.1	A segurança do paciente na APS: tema incipiente em comparação ao hospital	65
6.2.2	Condições latentes: riscos à segurança do paciente na APS	67
6.2.3	Falhas ativas: riscos à segurança do paciente na APS	74
6.2.4	Promoção da segurança do paciente: ações do enfermeiro para interposição de barreiras aos erros e eventos adversos	77
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICES	108
	ANEXO	125

APRESENTAÇÃO

Atuante como enfermeira em uma Estratégia de Saúde da Família Rural há cinco anos, pude apreender que, sendo a porta de entrada e a ordenadora do cuidado na rede de atenção, a Atenção Primária à Saúde (APS) ainda não tem o olhar que merece no que diz respeito à qualidade e segurança e nesse sentido, o anseio por melhoria da assistência APS sempre esteve presente.

Assim se deu a busca pela pós-graduação, na expectativa de trazer as evidências científicas para a prática enquanto enfermeira. Após o ingresso no mestrado, na ocasião do alinhamento do projeto de pesquisa, confesso que em um primeiro momento, surpreendeu-me o fato de a segurança do paciente não ser um assunto amplamente discutido e abordado entre os profissionais da APS, principalmente os enfermeiros, ainda que seja impossível pensar em qualidade da assistência sem que se considere a segurança da mesma.

Após a aproximação com o tema, mediante a leitura de artigos, livros e documentos oficiais, e considerando que na literatura ainda predomina o enfoque hospitalar acerca do tema, ainda que os eventos adversos também ocorram na APS, foi possível perceber o quanto a discussão ainda é incipiente e se faz necessária.

Diante disso surgiram as inquietações, que motivaram o desenvolvimento deste estudo.

1 INTRODUÇÃO

Os avanços científicos e tecnológicos têm melhorado consideravelmente os cuidados em saúde, porém a crescente utilização destes recursos e a sua interação com fatores pessoais, profissionais e organizacionais pode trazer riscos significativos para a segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003).

A segurança do paciente é conceituada como a redução a patamares mínimos aceitáveis, dos riscos de danos desnecessários aos quais um paciente pode estar exposto quando recebe assistência à sua saúde. Compreende uma estrutura de atividades organizadas, que criam culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes para, de forma consciente e sustentável, reduzir os riscos, a probabilidade de ocorrência de erros e o impacto destes quando ocorrerem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a, 2021).

Embora seja tema amplamente discutido na atualidade, a ideia de que os cuidados em saúde podem, paradoxalmente, resultar em danos aos pacientes não é recente. Hipócrates (460-377 a.C), o pai da medicina, já havia afirmado em sua jurisprudência, aplicar os regimes para o bem do doente e nunca para causar-lhe dano (BRASIL, 2014).

Ao longo da história, outros atores também foram reconhecidos por suas contribuições para a segurança e melhoria da qualidade em saúde. Aponta-se como exemplos clássicos, Ignaz Semmelweiss, Ernest Codman e Avedis Donabedian, por intermédio dos quais foi possível conhecer a importância da organização, da criação de padrões e da avaliação dos estabelecimentos de saúde, com vistas à assistência segura (BRASIL, 2014).

Na enfermagem, Florence Nightingale se destacou de forma inquestionável, pois foi a pioneira da enfermagem moderna e, por seu comprometimento com o ambiente físico, a organização do trabalho e o atendimento humanizado centrado no paciente, possibilitou a melhoria dos cuidados em saúde, particularmente na Guerra da Criméia, em que conseguiu atingir a redução da mortalidade de forma expressiva (FRELLO, CARRARO, 2013; MARTINS; BENITO, 2016).

Contudo, foi apenas no final da década de 1990, após a publicação do relatório “Errar é humano” pelo *Institute of Medicine (IOM)* nos Estados Unidos, que a insegurança dos serviços de saúde veio à tona. O referido relatório apontou a estimativa de até 98 mil mortes anuais no país em decorrência de eventos adversos

em hospitais, o que impactou a visão mundial acerca da qualificação da assistência (KOHN *et al.*, 2000).

Após a repercussão dessa publicação e com o intuito de instituir medidas que aumentassem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde, em 2004 foi lançada a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com a missão de coordenar, disseminar e mobilizar profissionais de saúde e a população para a busca de melhorias para a segurança do paciente, divulgando conhecimentos e desenvolvendo ferramentas que possibilitem a mudança em termos mundiais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

No Brasil, em 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) juntamente com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 que previam o desenvolvimento de um conjunto de protocolos básicos sobre segurança do paciente e a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), todos com o intuito de promover e apoiar a implementação de ações voltadas à assistência segura nos diversos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013a, 2013b).

No âmbito hospitalar, a segurança do paciente já é discutida com mais afinco e a cultura de segurança melhor estabelecida. Porém, na APS, ainda são necessários avanços, pois erros e eventos adversos também podem estar presentes (DALLA NORA; BEGHETTO, 2020).

A APS é o primeiro nível de atenção à saúde, sendo definida por um conjunto de atividades relacionadas à saúde, tanto individual quanto coletiva, que incluem promoção e proteção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos. No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da população (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que a APS se constitui como porta de entrada no sistema de saúde, sendo responsável pela coordenação contínua dos serviços com foco na população e por isso, tem impacto direto no bem-estar das pessoas e no uso de outros recursos assistenciais (STARFIELD, 2002).

Assim, cuidados primários inseguros ou ineficazes podem aumentar a morbidade e a mortalidade evitáveis, além de levar ao uso desnecessário de recursos da atenção secundária. Melhorar a segurança na APS é essencial quando

se busca alcançar a cobertura universal e a sustentabilidade dos cuidados de saúde (ESPAÑA, 2008; STARFIELD, 2002).

Nesse contexto, a equipe de enfermagem possui um papel fundamental dentro da APS, sendo o Enfermeiro, o responsável pela supervisão, planejamento, organização, execução, coordenação e monitoramento do trabalho desenvolvido pelos técnicos e auxiliares de Enfermagem (NUNCIARONI *et al.*, 2022).

Particularmente, o enfermeiro na APS no Brasil assume papel gerencial, responsável pelo planejamento e execução das atividades de enfermagem, e faz parte de um processo coletivo de trabalho com a finalidade de produzir ações de saúde por meio de um saber específico, articulado com os demais membros da equipe no contexto político social do setor saúde (FERREIRA, 2018).

Diante do exposto, este estudo tem como questionamento: como ocorre a promoção da segurança do paciente pelo enfermeiro na Atenção Primária à Saúde?

1.1 JUSTIFICATIVA

Todos os anos, um elevado número de pacientes sofre prejuízos em decorrência de cuidados de saúde inseguros. Estima-se que em países de alta renda, um em cada dez pacientes esteja sujeito a eventos adversos enquanto recebe cuidados hospitalares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Apesar de a literatura contemplar, de forma mais expressiva, estudos sobre segurança do paciente com enfoque na assistência hospitalar, em decorrência da maior complexidade tecnológica, sabe-se que a APS é o cenário onde ocorre a maioria dos cuidados, não estando isenta da ocorrência de incidentes e eventos adversos (MARCHON; MENDES, 2019).

A exemplo, um estudo de revisão sistemática identificou que a frequência de incidentes na APS variou de menor que um até 24 por 100 atendimentos e que 4% dos incidentes resultaram em danos graves aos pacientes (PANESAR *et al.*, 2015).

No Brasil, um estudo estimou a incidência de 0,9% de eventos adversos na APS (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015). Aplicando-se esta estimativa ao número de consultas mensais realizadas na APS segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), pode-se presumir que mais de 60 mil pessoas sofreriam um evento adverso em um único mês neste nível de atenção (FERNANDES *et al.*, 2020).

Dada a magnitude do problema, estudos sobre segurança do paciente se fazem relevantes, pois contribuem para a produção e disseminação do conhecimento, para o apoio às tomadas de decisão, para a promoção de práticas baseadas em evidências, bem como para o monitoramento e avaliação do impacto de medidas para a promoção da segurança do paciente (CALDAS; SOUSA; MENDES, 2019).

Corroborando o exposto, o Programa Nacional de Segurança do Paciente tem como um de seus eixos, o incremento de pesquisas sobre a temática (BRASIL, 2014). Adicionalmente, a realização de estudos em segurança do paciente é ressaltada pelo Plano de Ação Global de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Vale ressaltar que a assistência prestada pela enfermagem está propensa a erros e portanto, sua prática deve estar centrada no cuidado baseado no conhecimento científico e voltada para atitudes e habilidades na promoção de um ambiente seguro (CAVALCANTE *et al.*, 2015).

Realizar os cuidados certos, no momento certo, da maneira correta, para a pessoa certa, almejando sempre alcançar os melhores resultados possíveis, são princípios que fundamentam e direcionam a qualidade da assistência na prática de enfermeiros que se esmeram em prestar uma assistência ética e respeitosa, baseada nas necessidades do paciente e da família, na excelência clínica e na melhor informação científica disponível (PEDREIRA, 2009).

Nesse sentido, os profissionais de enfermagem e, sobretudo os enfermeiros, possuem papel relevante para a promoção de segurança do paciente, com atuação na implantação de protocolos, na identificação de riscos, na notificação de eventos adversos, na comunicação com a equipe de enfermagem e multidisciplinar e no oferecimento de ações educativas para reforçar a cultura de segurança (MIRANDA *et al.*, 2017).

Destarte, a realização de um estudo que identifique como ocorre a promoção da segurança do paciente pelos enfermeiros que atuam na APS, pode abrir caminhos para elaboração de estratégias para prevenção, controle e mitigação dos eventos adversos neste cenário ainda pouco explorado, e assim, contribuir para o fortalecimento da segurança do paciente na atenção primária.

Pode ainda contribuir para sensibilizar os profissionais de enfermagem e outros profissionais atuantes na APS quanto aos riscos e à implementação de ações

para a promoção da segurança do paciente, bem como contribuir com a literatura sobre a temática, que ainda se encontra escassa neste nível de atenção.

Dada a ainda escassa literatura nessa temática, pretende-se, com a realização deste estudo, enriquecer os conhecimentos acerca da promoção da segurança do paciente na atenção primária e aplicar os conhecimentos na prática diária, com vistas a fortalecer a assistência ao paciente neste nível de atenção.

1.2 OBJETIVOS

Apresenta-se nesta seção, o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo.

1.2.1 Geral

Analisar a promoção da segurança do paciente segundo as vivências dos enfermeiros atuantes na APS.

1.2.2 Específicos

- a) Caracterizar os participantes quanto aos aspectos sociodemográficos e profissionais;
- b) Apreender a percepção dos enfermeiros atuantes na APS sobre a segurança do paciente;
- c) Conhecer os riscos aos quais os pacientes estão expostos na APS, segundo a percepção dos enfermeiros;
- d) Identificar as ações para a promoção da segurança na APS, segundo a vivência dos enfermeiros.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção contempla uma revisão narrativa da literatura sobre a temática investigada. Para tanto, foram realizadas buscas não sistematizadas em bases de dados, biblioteca eletrônica, livros, legislações e outros documentos oficiais, sem recorte temporal.

Organizou-se a seção em quatro tópicos: 1) Atenção Primária à Saúde; 2) Segurança do paciente; 3) Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde; e 4) O enfermeiro e a promoção da segurança do paciente na Atenção Primária Saúde.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS tem sido apresentada por diversos países desde a década de 1960, como um modelo de assistência que proporciona um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde, buscando reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático (MATTA, 2007).

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, e propuseram um pacto entre 134 países, denominado “Declaração de Alma-Ata”, com o intuito de atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000 através da APS, política internacional conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

No Brasil algumas experiências de APS foram instituídas de forma incipiente desde o início do século XX. Essas iniciativas somadas à constituição e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitaram a construção de uma política de APS que visasse à reorientação do modelo assistencial, vislumbrando-a como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, de acordo com as necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (MENDES, 2012).

Destarte, APS é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e Vigilância em Saúde,

desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017a).

Trata-se do primeiro nível de atenção à saúde, que busca responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada às necessidades de saúde de uma população, ocorrendo de maneira descentralizada e capilarizada, no local mais próximo à mesma (BRASIL, 2012).

Geralmente, a APS é operacionalizada por meio de equipes de Atenção Primária (EAP), compostas minimamente por médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família ou pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), minimamente compostas por médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem, a depender das características e necessidades de cada município (BRASIL, 2019).

Destaca-se, que o Programa Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS. Criado em 1994, o PSF foi apresentado no primeiro documento ministerial como um programa, passando posteriormente a ser considerado uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, com potencial caráter substitutivo das práticas convencionais (BRASIL, 2009).

Tendo em vista que atualmente, a maior parte das interações profissional de saúde-paciente ocorre na atenção primária, faz-se mister pensar em segurança do paciente neste nível de atenção (SOUSA, 2006).

Nesse sentido, em 2006, o Comitê Europeu de Segurança do Paciente reconheceu a necessidade de considerá-la como uma dimensão da qualidade em saúde em todos os níveis de cuidados, incluindo a atenção primária, desde a promoção da saúde até o tratamento da doença (SOUSA, 2006). Esta necessidade também está contemplada no Programa Nacional de Segurança do Paciente, que preconiza a assistência segura nos estabelecimentos de saúde dos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2013a).

2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

Receber cuidados de saúde de alta qualidade é um direito das pessoas e para tanto, os serviços de saúde devem oferecer uma atenção efetiva, segura e que

priorize a satisfação do paciente em todo o processo assistencial (BRASIL, 2017).

O IOM define qualidade em saúde como o grau em que os serviços aumentam a probabilidade de alcançar os resultados desejados com base no conhecimento científico atual (BRASIL, 2014).

Entre os requisitos para uma assistência de qualidade, tem-se a segurança do paciente, caracterizada como um princípio estrito e fundamental aos usuários dos serviços de saúde e que envolve uma ampla gama de ações de desempenho, segurança, gestão de riscos e prática médica segura (GOMES, 2008).

O movimento em favor da segurança do paciente teve amplo destaque após a publicação do relatório intitulado “Errar é humano” pelo IOM, tornando-a internacionalmente reconhecida e discutida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde (DUARTE *et al.*, 2015; KOHN *et al.*, 2000).

Isso porque o referido relatório estimou a ocorrência de até 98 mil mortes anuais decorrentes de eventos adversos em hospitalizações nos Estados Unidos, contingente superior às mortes relacionadas à câncer de mama, acidentes com veículos e aids (KOHN *et al.*, 2000).

Parte da mobilização para a segurança do paciente foi fruto da constatação de que a ocorrência de eventos adversos envolve sofrimento, desgastes emocionais ao doente, família e profissionais de saúde, aumento de hospitalizações, gerando custos sociais e econômicos consideráveis, e principalmente, pelo fato de poder implicar em danos irreversíveis aos pacientes e seus familiares (DUARTE *et al.*, 2015).

Assim, a partir da década de 2000, vários países protagonizam iniciativas para a criação de institutos, associações e organizações voltadas à questão da segurança do paciente. Destaca-se a criação de sistemas nacionais de notificação de eventos adversos em países como a Dinamarca, Suécia, Noruega, República Tcheca e Holanda (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2001; SOUSA, 2006).

Outros países também criaram agências de pesquisa com o intuito de propor melhorias na assistência, como a *National Patient Safety*, no Reino Unido; a *Danish Society for Patient Safety*, na Dinamarca; e a *Australian Patient Safety Agency*, na Austrália. Nos EUA a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) foi criada com a missão de melhorar a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade do

cuidado à saúde para os norte-americanos (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2001; SOUSA, 2006).

Em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), foi criada com o propósito de definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Especificamente na área da enfermagem, em 2005, foi criada a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP) pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no Chile, com o objetivo de discutir a cooperação e o intercâmbio de informações entre os países e as necessidades de fortalecimento do cuidado (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2011).

No Brasil, destacaram-se diferentes iniciativas, como a Rede Sentinela, criada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no ano de 2001 com o intuito de organizar uma rede de monitoramento e vigilância de eventos decorrentes do uso de fármacos, hemoderivados e tecnologias em estabelecimentos hospitalares, garantindo assim, melhores produtos no mercado e mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde (BRASIL, 2014).

Outra iniciativa empreendida foi a instituição da Rede Brasileira de Enfermagem para a Segurança do Paciente (REBRAENSP) (2013), criada em 2008 no âmbito da educação em saúde e da formação de redes colaborativas para desenvolvimento do tema dentro da categoria profissional.

Em 2013, foi instituído, por meio da Portaria nº. 529, do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com vistas a contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do país (BRASIL, 2013a).

Este programa tem por objetivos, a promoção, o apoio e a implementação de iniciativas para a segurança do paciente por meio da implantação da gestão de risco e dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP); o envolvimento dos pacientes e de seus familiares nas ações de segurança; a ampliação do acesso da população às informações sobre segurança do paciente; a produção e a difusão de conhecimentos sobre o tema e a inclusão do mesmo na formação em saúde (BRASIL, 2013a).

A referida portaria definiu a segurança do paciente como “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” e apresentou os incidentes como as ocorrências que poderiam acarretar ou

acarretaram danos desnecessários aos pacientes e os eventos adversos como aqueles incidentes que, de fato, culminaram em danos aos pacientes (BRASIL, 2013a). Complementa-se que por risco, entende-se a probabilidade de um incidente acontecer (BRASIL, 2014).

Ainda em 2013, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, que especificou os princípios, diretrizes e competências para a atuação dos NSP, bem como a necessidade de elaboração do Plano de Segurança do Paciente e da notificação dos eventos adversos (BRASIL, 2013b).

Ambos os instrumentos legais clarificam que a implementação de ações voltadas à segurança do paciente deve ocorrer nos diferentes locais de assistência à saúde como hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS), clínicas e serviços especializados de diagnóstico e tratamento, entre outros (BRASIL, 2013a, 2013b).

Destarte, a adoção de boas práticas, com vistas à redução de erros relacionados à assistência é fundamental para a segurança do paciente e um atributo essencial para a prestação de serviços de alta qualidade, o qual perpassa o reconhecimento de uma cultura de segurança (ARRUDA *et al.*, 2014; PAESE; DAL SASSO, 2013).

A Cultura de Segurança é um dos eixos do PNSP e se refere à forma como as organizações de saúde devem operar a gestão de segurança, através da responsabilização de todos os profissionais envolvidos no cuidado, incluindo os gestores, pela segurança dos trabalhadores, pacientes e familiares, proporcionando recursos adequados para a manutenção efetiva da segurança e priorizando-a sobre metas financeiras e operacionais. Adicionalmente, na perspectiva da cultura de segurança, encoraja-se a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança, e a partir da ocorrência de incidentes, a promoção do aprendizado organizacional (BRASIL, 2013a).

Reitera-se, portanto, que a consolidação de uma cultura de segurança nos serviços de saúde é vislumbrada como proposta de reestruturação dos processos de trabalho, permitindo estratégias para reduzir a possibilidade de erros e eventos adversos e priorizar a qualidade da assistência à saúde (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2016).

2.3 SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

No Brasil, a Atenção Primária está no centro dos cuidados de saúde e se constitui como a porta de entrada no sistema de saúde, sendo responsável pela coordenação contínua de cuidados e por uma abordagem centrada nas pessoas (BRASIL, 2017).

Assim, a APS constitui o primeiro elemento de um continuado processo de assistência, que deve proporcionar serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades da pessoa e da comunidade (MENDES, 2012).

Dada a sua importância, reconhece-se que a atenção primária insegura ou ineficaz pode aumentar a morbimortalidade evitáveis, além de levar ao uso desnecessário da atenção secundária e terciária. Nesse contexto, melhorar a segurança na APS é fundamental quando se busca alcançar a cobertura universal de saúde, assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar e a sustentabilidade dos cuidados (ESPAÑA, 2008).

Pondera-se que no âmbito hospitalar, a segurança do paciente já é amplamente discutida e a cultura de segurança, mais consolidada. Contudo, as discussões sobre a temática devem ser potencializadas na APS, pois apesar de ser vista como relativamente segura, principalmente pela menor complexidade dos cuidados, trata-se de um cenário onde erros e eventos adversos também estão presentes (DALLA NORA; BEGHETTO, 2020).

Corroborando o exposto, no ano de 2008, a OMS já sinalizava a falta de segurança na APS, e a partir de 2012, este nível de atenção foi contemplado em séries temáticas desenvolvidas por um grupo de trabalho da referida organização (FERNANDES *et al.*, 2020).

No cenário nacional, no ano de 2017, a segurança do paciente foi oficialmente incluída na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio do incentivo ao desenvolvimento de cuidados seguros e da promoção da cultura de segurança entre os profissionais que atuam na APS (BRASIL, 2017).

Concernente aos incidentes e eventos adversos na APS, um estudo de revisão sistemática de literatura que incluiu pesquisas realizadas em diferentes países, identificou que a frequência de incidentes neste nível de atenção pode chegar a até 24 por 100 atendimentos e que 4% dos incidentes resultaram em danos

graves aos pacientes, com impactos significativos no bem-estar físico e psicológico (PANESAR *et al.*, 2015).

Um estudo brasileiro encontrou uma incidência de eventos adversos na APS de 0,9% (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015). Com base nesta estimativa e considerando-se o elevado volume mensal de atendimentos, projeta-se que 60 mil pessoas possam ser acometidas por eventos adversos, dos quais cerca de 30 mil poderiam ser evitados com a adoção sistemática de medidas de segurança do paciente (FERNANDES *et al.*, 2020).

Estudos evidenciam que problemas com a estrutura física, incluindo a falta de acessibilidade, os pisos inadequados, e a falta de manutenção predial são considerados fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes nestas unidades de saúde (SILVA *et al.*, 2019).

Aponta-se também que as falhas de comunicação, a gestão ineficaz, as fragilidades na capacitação dos profissionais de saúde, os erros de medicação e de diagnóstico estão entre os erros mais comuns na APS (DALLA NORA; BEGHETTO, 2020).

Recentemente, um estudo brasileiro identificou três incidentes por 1.000 atendimentos na APS e neste caso, os erros administrativos como os registros imprecisos ou incompletos, o arquivamento incorreto das informações e documentos, o erro no agendamento de consultas e o erro no fluxo do paciente na rede de serviços foram os mais relatados (AGUIAR *et al.*, 2020).

Uma importante ferramenta para a vigilância na promoção da qualidade e da cultura de segurança é a notificação de incidentes, que fortalece a tomada de decisão frente a estas ocorrências (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Apesar da importância, estudo sinaliza a ocorrência de subnotificação, que pode ser decorrente da falta de conhecimento acerca do preenchimento da notificação, como também, do medo de punição (ALVES; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2019).

Vale ressaltar que muitas das complicações que chegam ao ambiente hospitalar são decorrentes de falhas em outros estabelecimentos de saúde, como é o caso da APS (AGUIAR *et al.*, 2020). Reforça-se, portanto, a relevância de se pensar e empreender esforços para a segurança do paciente, particularmente neste nível de atenção, em que a problemática ainda é pouco explorada.

2.4 O ENFERMEIRO E A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SAÚDE

Os profissionais de enfermagem são responsáveis por grande parte das atividades assistenciais nos estabelecimentos de saúde e, com isso, encontram-se em posição privilegiada para reduzir o risco de incidentes que acometem o paciente, bem como para descobrir precocemente as complicações e realizar as ações necessárias para minimizar os danos (PEDREIRA, 2009).

Historicamente, a enfermagem tem apresentado protagonismo para a segurança do paciente. A exemplo, destaca-se o legado de Florence Nightingale, que durante a Guerra da Crimeia, em 1854, analisou as causas de mortes dos soldados e diante dos achados, implementou ações para melhorar o atendimento, resultando em drástica redução da mortalidade (COSTA *et al.*, 2009).

Um estudo apresentou análise de conteúdo de 1.086 artigos publicados no *American Journal of Nursing* desde sua criação, em outubro de 1900 até dezembro de 2015 e destacou que desde os primeiros artigos, percebeu-se que os enfermeiros desempenhavam importante papel frente à segurança do paciente, cuja ênfase aumentou à medida em que o cuidado se tornou mais complexo (KOWALSKI; ANTHONY, 2017).

Assim, a enfermagem tem tido participação fundamental nos processos que visam a garantir a melhoria da qualidade e a segurança da assistência prestada nos diferentes cenários, incluindo a APS.

A assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência à pessoa, família e coletividade é uma responsabilidade e um dever dos profissionais de enfermagem, conforme estabelecido em seu Código de Ética profissional (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017). Para tanto, a prática da enfermagem deve estar centrada no cuidado, pautada no conhecimento científico, na comunicação e no estabelecimento de relações interpessoais efetivas (CAVALCANTE *et al.*, 2015).

Ressalta-se que o modelo de atenção à saúde vigente no Brasil exige um processo de trabalho cooperativo em que o enfermeiro deve ser detentor de uma visão holística, levando em consideração aspectos emocionais, econômicos e culturais sobre o paciente e, por assumir uma posição de liderança nas equipes de

enfermagem e papel central nas equipes de saúde, este profissional deve estar altamente comprometido com o cuidado seguro (BEZERRA, 2018).

Estudos apontam que a maioria dos erros que acometem os pacientes estão relacionados à equipe de saúde, e sofrem a influência de fatores como sobrecarga de trabalho, falta de capacitação do pessoal e fragilidades na implementação de barreiras de segurança (CARVALHO *et al.*, 2017; DALRI *et al.*, 2014; FRANÇOLIN *et al.*, 2015; NOVARETTI *et al.*, 2014).

Outros problemas que também podem contribuir para a ocorrência de erros são as adversidades no ambiente de trabalho das instituições de saúde, relacionadas à estrutura física inadequada e à falta ou insuficiência de equipamentos e materiais para atender às necessidades assistenciais (PAIVA, M.; PAIVA, S.; BERTI, 2010).

Frente ao exposto, o enfermeiro deve buscar estratégias para o cuidado seguro, como a promoção de condições laborais e ambientais adequadas, a comunicação efetiva com a equipe, a identificação de riscos e o reconhecimento dos erros como oportunidades de aprendizado, tendo por base, a cultura de segurança (CAVALCANTE *et al.*, 2015).

Adicionalmente, o enfermeiro é responsável pelo planejamento das atividades da equipe de enfermagem, e assim, contribui para o cuidado seguro, haja vista ser a equipe mais numerosa e que mantém maior proximidade com o paciente (CAVALCANTE *et al.*, 2015). Também, atua na capacitação do pessoal, que é reconhecida como um recurso para potencializar a segurança do paciente (CAVALCANTE *et al.*, 2015; DALLA NORA; BEGHETTO, 2020).

Nesse sentido, reitera-se que o processo de trabalho do enfermeiro é complexo e multifacetado e além das atividades assistenciais, contempla ações em outras diferentes dimensões, como o administrar, o ensinar, o pesquisar e o participar politicamente (SANNA, 2007).

Assim, devido à sua ampla visão, inclusive sobre as causas dos erros e sua prevenção, os enfermeiros são elementos indispensáveis das equipes multidisciplinares para se pensar em estratégias e encontrar soluções para promoção da segurança do paciente (CLANCY; FARQUHAR; SHARP, 2005).

Também, por seu papel protagonista e articulador nas equipes de saúde, estes profissionais podem contribuir para a sensibilização dos diferentes atores acerca da segurança do paciente, cuja responsabilidade não é apenas do

enfermeiro, mas de toda a equipe multidisciplinar (SIMAN; BRITO, 2016). Esta sensibilização é considerada como propulsora para o desenvolvimento e a implementação de estratégias para a redução dos incidentes na APS (DALLA NORA; BEGHETTO, 2020).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo tem como referencial teórico, a Teoria do Erro Humano de James Reason. O autor da referida teoria foi professor de psicologia na Universidade de Manchester e ao longo de sua carreira, recebeu várias premiações nacionais e internacionais. Estudou temas relacionados ao erro e à segurança em áreas como aviação e indústria e destacou-se ao estudar os erros na área da saúde (PELTOMAA, 2012).

Reason fez contribuições imensuráveis para a segurança do paciente após a publicação de suas teorias que enfocam a discussão sobre o erro e o comportamento humano em resposta a este (FERNANDES *et al.*, 2014). Segundo o autor, os seres humanos são falíveis, e erros podem ocorrer mesmo nas melhores organizações (REASON, 2000a).

Assim, de acordo com a Teoria do Erro Humano, o erro consiste em todas as situações não intencionais em que uma sequência planejada de atividades falha em alcançar o resultado pretendido, seja porque as ações não ocorreram como o planejado ou porque o planejamento estava inadequado (REASON, 1990).

Nesse contexto, não há na literatura uma taxonomia para os erros, de modo que classificações distintas podem ser empregadas. Contudo, em muitos domínios de aplicação, duas formas de classificação são utilizadas conjuntamente: a classificação por consequências e a classificação segundo as origens psicológicas dos erros (REASON, 2005).

Destarte, a classificação por consequências é amplamente utilizada na área da saúde e descreve o erro em termos das ações que contribuem para o incidente, como por exemplo, a administração de um medicamento errado ou a lesão acidental um nervo ou vaso sanguíneo durante um procedimento cirúrgico (REASON, 1995, 2005).

Já a classificação segundo a origem psicológica enfatiza os antecedentes mentais dos erros e estabelece três tipos básicos: os deslizos e os lapsos, que são falhas de execução baseadas em habilidades e os enganos, que são falhas de planejamento que podem se relacionar às normas e aos conhecimentos (REASON, 1990).

Assim, os deslizos e os lapsos são erros que resultam de falha na execução de uma sequência de ações, independentemente se o plano que orientou a referida

sequência estava ou não adequado. Enquanto deslizes são vistos como ações não planejadas, os lapsos se referem normalmente a falhas de memória que são convertidas no comportamento real de quem executa a ação (REASON, 1990).

Acrescenta-se que os deslizes e os lapsos normalmente ocorrem durante o desempenho de tarefas rotineiras, em cenários familiares e são frequentemente associados a alguma forma de captura atencional, distração, preocupações em mente ou ainda, por mudanças no plano de ação atual ou no entorno imediato (REASON, 1995).

Como exemplo de deslize, pode-se citar a infusão de uma droga em vazão diferente da prescrita para o paciente devido à programação incorreta da bomba de infusão e a falha no ato de puncionar uma veia. No que diz respeito aos lapsos, exemplificam-se situações como o erro na dose de determinado medicamento que é prescrito rotineiramente pelo profissional e o esquecimento de reiniciar o volume na bomba de infusão após a troca de uma dieta (NASCIMENTO, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2016).

Complementa-se que os deslizes e lapsos são comumente entendidos como falhas de monitoramento de uma ação rotineira ou contínua em virtude de desatenção ou de forma oposta, de concentração excessiva, em que se realiza controles inapropriados na sequência de ações (NASCIMENTO; TRAVASSOS, 2010).

No que diz respeito aos enganos, reitera-se que consistem em erros de planejamento, que ocorrem quando há falhas no julgamento ou no processo inferencial envolvido na definição de um objetivo ou dos meios para alcançá-lo, independentemente se as ações dirigidas por esse processo decisório estavam ou não de acordo com o planejado. Estes relacionam-se com a resolução de problemas e tendem a ser mais sutis, mais complexos e a representarem um perigo maior (REASON, 1990).

Os enganos podem ser baseados em normas e se relacionam a problemas para os quais as pessoas possuem soluções pré-estabelecidas, tendo como base suas experiências anteriores (REASON, 1995). Nesse contexto, os erros associados podem ocorrer quando não se aplica ou quando se aplica erroneamente uma norma adequada, com comprovada utilidade frente à determinada situação; ou ainda, quando se adota uma norma inadequada à circunstância (REASON, 2005).

Como exemplo de má aplicação de uma norma adequada, cita-se o caso de um *swab* deixado inadvertidamente em uma ferida cirúrgica porque o procedimento de contagem não foi realizado adequadamente; quanto à aplicação de uma norma inadequada, exemplifica-se o transporte de um paciente em situação insegura porque o protocolo de transporte é mal elaborado e de difícil compreensão pela equipe de saúde (HIGHAM; VINCENT, 2021).

Adicionalmente, os enganos também podem ocorrer frente a situações novas, em que a resolução de um problema carece do auxílio de soluções prévias, o que implica o uso do raciocínio consciente, que é limitado, incompleto e, frequentemente impreciso e sujeito a vieses (REASON, 1990, 1995).

Sobre esse aspecto, os enganos baseados no conhecimento podem se relacionar à avaliação equivocada de um problema, à falta de sensibilidade a elementos relevantes da situação, ao excesso de confiança, à problemas com causalidade, entre outros (REASON, 1990).

Apresenta-se como exemplo de engano baseado em conhecimento, o caso de deterioração de paciente após extubação em que, frente à impossibilidade de reposicionar o tubo traqueal de maneira usual e à falta de vivência de situação semelhante pela equipe, perde-se a oportunidade de realização de traqueostomia em estágio inicial (HIGHAM; VINCENT, 2021).

Importante ressaltar que os tipos de erros apresentados não contemplam todas as formas pelas quais os seres humanos contribuem para a ocorrência de incidentes e nesse sentido, apresenta-se o conceito de violação, entendida como os desvios errôneos ou deliberados das práticas consideradas necessárias para manter a segurança da operação de um sistema potencialmente perigoso (REASON, 1990, 2005).

A esse respeito, esclarece-se que ocorre violação errônea ou não intencional quando não há a intenção de cometê-la. Ao contrário, quando ocorre de forma intencional, a violação é referida como deliberada e se houve a intenção de causar danos ao sistema, a mesma é entendida como sabotagem (REASON, 1990).

Usualmente, as pessoas não esperam causar danos por meio de atos de violação realizando-os por considerá-los sem implicações em determinada situação ou ainda, por esperarem que a violação as ajude a realizar o trabalho (HIGHAM; VINCENT, 2021).

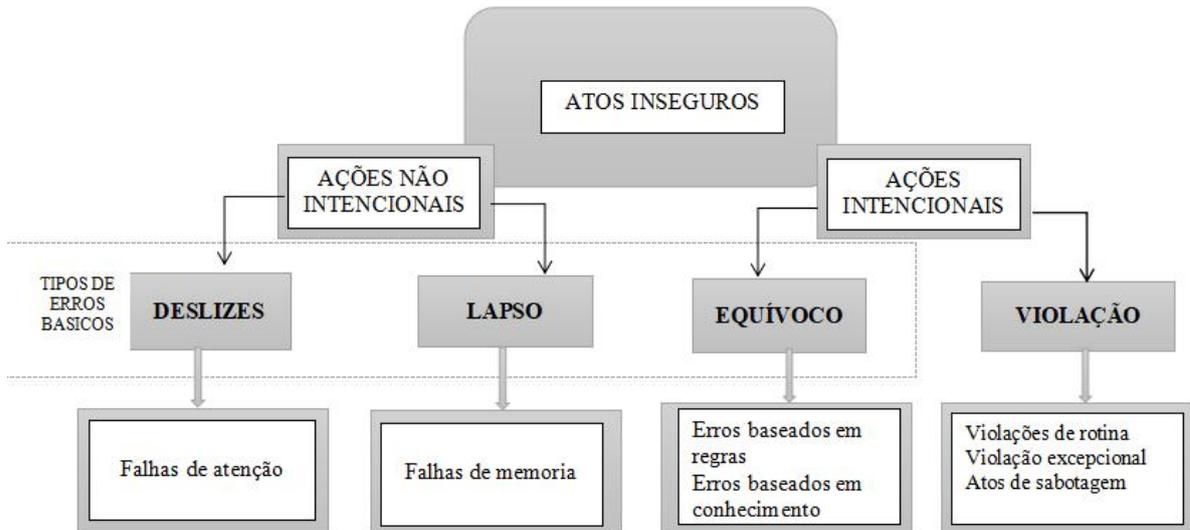
A exemplo, uma violação deliberada que ocorre com frequência em Unidades de Terapia Intensiva se refere às condutas dos enfermeiros frente aos alarmes clínicos, como é o caso do desligamento, da diminuição do volume e da resposta atrasada ou ausente. Embora os profissionais não tenham a intenção de causar danos ao paciente, esta prática pode acarretar dificuldade de identificação de eventos clínicos e, por conseguinte, no atraso da implementação de intervenções (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Particularmente, as violações deliberadas são tópico de interesse, pois as ações são intencionais, embora as consequências negativas destas ações possivelmente não o sejam. Estas geralmente se relacionam a problemas motivacionais, como baixo moral, maus exemplos de supervisão, falta de recompensa para o cumprimento adequado das ações e falta de sanção para o não cumprimento, enquanto os erros se relacionam à falibilidade humana (REASON, 2005).

Nesse sentido, reconhecer a distinção entre erros e violações é importante para a proposição de medidas para a promoção da segurança do paciente, uma vez que os atos de violação podem se configurar como a etapa inicial de um processo que resultará em erro (NASCIMENTO, 2019). Contudo, a distinção entre deslizes, lapsos e violações nem sempre é clara, necessitando-se de uma exploração cuidadosa da ação, da circunstância e do comportamento pessoal dos envolvidos (HIGHAM; VINCENT, 2021).

Apresenta-se na Figura 1, a sumarização das variedades psicológicas dos atos inseguros, classificados de acordo com a intencionalidade e distinguindo-se os erros das violações.

Figura 1 – Sumarização de erros humanos segundo James Reason



Fonte: Adaptado de Reason (1990, p. 207).

Vale ressaltar que conceber os erros unicamente como resultado de ações ou omissões das pessoas é uma forma óbvia, no entanto, outras condições podem influenciar a sua ocorrência (HIGHAM; VINCENT, 2021). Nesse sentido, o entendimento da contribuição humana para a ocorrência de erros perpassa outra distinção: a de falhas ativas e latentes (REASON, 1990, 1995).

Define-se como falhas ativas os atos inseguros (erros e violações) cometidos por aqueles que estão na linha de frente de sistemas complexos, como é o caso de profissionais médicos e de enfermagem. Já as falhas latentes ocorrem como resultado de decisões atribuídas a escalões elevados da organização e cujas consequências podem se tornar evidentes apenas quando combinadas com fatores desencadeantes (REASON, 1990, 1995).

Consequências negativas das falhas latentes, ou seja, das decisões relacionadas à elaboração de políticas, manutenção, comunicação organizacional, entre outras, podem ser transmitidas por vários percursos organizacionais até que promovam condições locais para a ocorrência de erros e violações (REASON, 1995).

Nos cenários da saúde, aponta-se como condições latentes que podem concorrer para a ocorrência de erros, a contratação de profissionais inexperientes aliada à ausência de treinamentos, a sobrecarga de trabalho, o quantitativo inadequado de pessoal, a insuficiência de recursos materiais e a falta de manutenção dos mesmos (DUARTE *et al.*, 2018).

Posto isso, acrescenta-se que o erro humano pode ser entendido com base em duas abordagens. A primeira é a abordagem pessoal, que enfatiza os atos inseguros (erros e violações processuais) das pessoas que estão executando as atividades, como os enfermeiros, médicos e demais profissionais de saúde (REASON, 2000a).

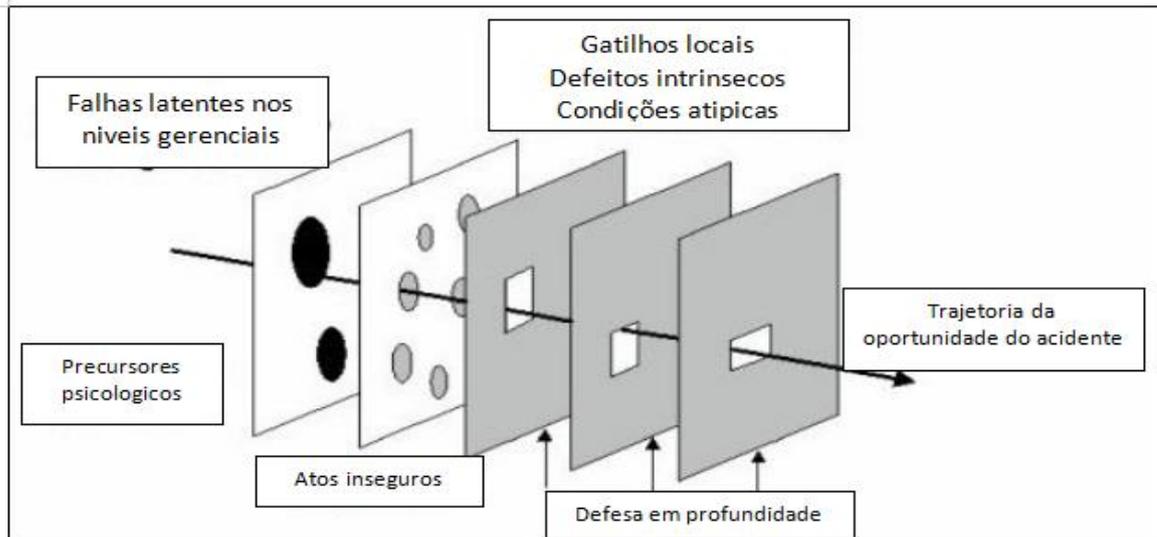
Segundo esta abordagem, os atos inseguros decorrem de processos mentais aberrantes, como esquecimento, desatenção, desmotivação, descuido, negligência e imprudência e, conseqüentemente, as contramedidas associadas estão atreladas a sanções disciplinares e ao sentimento de medo (REASON, 2000a). Pondera-se, no entanto, que tais medidas possuem efetividade limitada, uma vez que as pessoas não desejam errar e que os erros decorrem de uma série de fatores (REASON, 1995).

A segunda abordagem é denominada abordagem sistêmica e reconhece a falibilidade humana e a possibilidade de ocorrência de erros, mesmo nas melhores organizações. Assim, embora não se possa modificar a condição de falibilidade humana, pode-se mudar as condições sob as quais as pessoas trabalham, buscando defesas no sistema (REASON, 2000a).

Na abordagem sistêmica, considera-se que os eventos adversos ocorrem por uma combinação de falhas ativas, que são atos inseguros cometidos pelas pessoas que estão em contato direto com o paciente e de condições latentes, ou seja, aquelas preexistentes no sistema e que quando combinadas com falhas ativas, podem ser gatilhos para que um incidente ocorra (REASON, 2000a).

Nesta perspectiva, o autor esclarece que pouquíssimos atos inseguros resultam em danos reais, mesmo em sistemas relativamente desprotegidos. Isso ocorre quando as várias camadas de defesa do sistema são rompidas por uma conjunção de diferentes fatores casuais, o que é demonstrado no modelo apresentado na figura 2 (REASON, 1990).

Figura 2 – A dinâmica da causalidade dos acidentes segundo James Reason



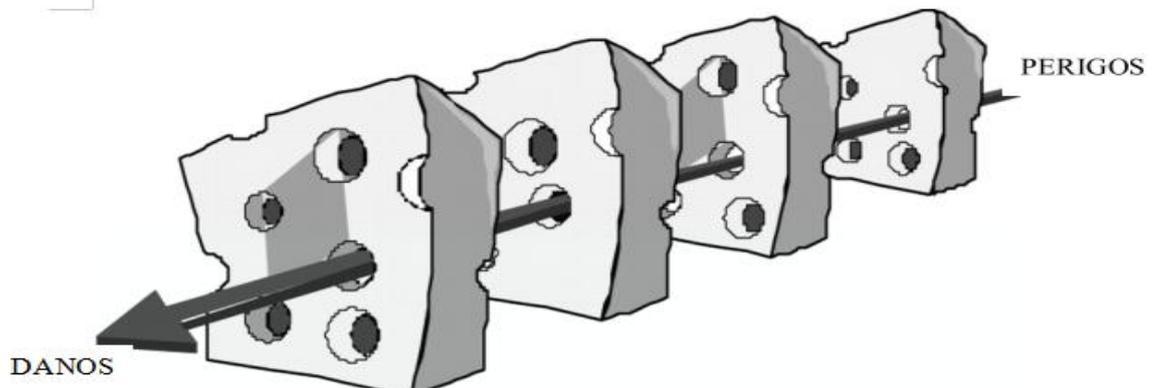
Fonte: Adaptado de Reason (1990, p. 208).

A representação gráfica do modelo mostra uma trajetória de oportunidade originada nos níveis superiores do sistema, perpassando também por pré-condições e atos inseguros em camadas sucessivas de defesas. Cada uma possui uma janela de oportunidade que, em fluxo contínuo possibilitam a trajetória do acidente (REASON, 1990).

Este modelo proposto por Reason ficou posteriormente conhecido como Modelo do Queijo Suíço, e popularizou-se por sua simplicidade, sendo amplamente utilizado na área da saúde (PELTOMAA, 2012). Trata-se do principal modelo para um entendimento comum de como eventos nocivos ocorrem e como eles podem ser evitados (PERNEGER, 2005).

Representa-se o modelo do Queijo Suíço (Figura 3) por meio de fatias de queijo (barreiras) que contêm buracos (falhas ativas e latentes) que, alinhados, concorrem para a ocorrência do erro (REASON, 2000a, 2004).

Figura 3 – Modelo de queijo suíço de James Reason



Fonte: Adaptado de Reason (2000, p. 769).

Destarte, identificar os “buracos” nos sistemas e reconhecer se consistem em falhas ativas ou latentes reflete em oportunidades para a melhoria da segurança, uma vez que se pode “preenchê-los” por meio da aplicação de barreiras, ou seja, de ações com vistas a solucionar as falhas identificadas (WIEGMANN *et al.*, 2022).

Concernente às barreiras, esclarece-se que algumas são projetadas (alarmes, barreiras físicas, desligamentos automáticos), outras dependem de pessoas (profissionais de saúde) e outras ainda dependem de procedimentos e controles administrativos (REASON, 2000a).

Nesse contexto, em cenários onde as operações são relativamente estáveis e previsíveis, como é o caso da geração de energia nuclear e das aeronaves comerciais, uma grande confiança é depositada em dispositivos de segurança projetados e em controles de procedimento (REASON, 2004).

Nos cuidados de saúde, entretanto, as defesas variam amplamente de uma atividade para outra. Enquanto anestesiologistas, intensivistas e radiologistas utilizam controles automatizados comparáveis às indústrias de alta tecnologia, cirurgiões, médicos e enfermeiros precisam confiar fortemente em suas próprias habilidades para proteger os pacientes de danos, atuando assim, como defesas primárias (REASON, 2004).

Assim, especificamente na área da saúde, como exemplos de barreiras, pode-se citar os profissionais atualizados, o uso de protocolos clínicos, de *checklists*, de protocolos de higienização das mãos, de administração de medicamentos, comunicação eficaz, entre outros (BRASIL, 2014; GUTTMAN *et al.*, 2021).

Vale ressaltar que, mesmo com a implantação de barreiras e salvaguardas, os erros podem ocorrer e neste caso, não se deve focar em quem cometeu o erro,

mas sim, na falha das defesas empreendidas (FERNANDES *et al.*, 2014). Nesse sentido, o modelo requer que sejam questionados como e por que cada defesa ou barreira falhou e as respostas a estes questionamentos frequentemente iniciam com ações humanas inseguras, mas que podem ser consequência de circunstâncias do local de trabalho, que por sua vez, são o produto de condições latentes (REASON, 2004).

Para mais, a análise do processo envolvido na ocorrência do erro contribui para a prevenção e para a proposição de medidas destinadas à melhoria da segurança, com a consequente redução dos riscos (NASCIMENTO, 2019).

Embora o Modelo do Queijo Suíço seja amplamente utilizado devido à clareza e simplicidade da metáfora, ele também tem sido alvo de críticas e debates pela simplificação da questão, pela generalidade, subespecificação e representação estática e linear (LAROUZEE; LE COZE, 2020; LI; THIMBLEBY, 2014; NASCIMENTO, 2019). Uma teoria crítica proposta ao modelo de Reason foi o modelo do queijo quente, descrito como modelo mais geral, flexível e realista, em que a interação de falhas ativas e latentes, pode “aquecer as fatias do queijo” tornando-as mais elásticas e flexíveis, favorecendo a formação de novos “buracos”, e moldando as barreiras de acordo com as necessidades específicas do sistema (LI; THIMBLEBY, 2014).

Estas críticas têm contribuído para a ampliação da compreensão sobre a segurança e a análise de acidentes em sistemas complexos (LAROUZEE; LE COZE, 2020; NASCIMENTO, 2019). Entretanto o Modelo do Queijo Suíço se mantém como uma base nas investigações de incidentes, sendo a teoria mais referida quando se trata da segurança do paciente (WIEGMANN *et al.*, 2022).

4 MÉTODO

Nesta seção, apresenta-se os aspectos metodológicos que fundamentam o estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, seguindo o referencial teórico metodológico da Hermenêutica Dialética.

A abordagem qualitativa tem como objetivo incorporar a questão do significado e da interpretação, tentando entender os fenômenos com base nos significados que as pessoas lhes atribuem. Assim entendida, a pesquisa qualitativa enfatiza as significações dos fenômenos e processos que não são apresentados em termos de quantidade, intensidade ou frequência (CRESWELL *et al.*, 2021).

No cenário da saúde e, em particular na área da enfermagem, desde meados dos anos de 1980 se acompanha fortemente a tendência do desenvolvimento de pesquisas de natureza qualitativa, permitindo compreender o ser humano em sua complexidade e profundidade, haja vista que conhecer as significações dos fenômenos e processos é essencial para assistência em saúde (MINAYO, 2010).

A pesquisa exploratória busca explorar determinado problema, com o intuito de descobrir ideias e pensamentos, fornecendo informações para uma investigação mais precisa. Elas visam uma maior proximidade com o tema, que pode ser construído com base em hipóteses ou intuições. Já os estudos descritivos visam descrever características e significados de algo, por meio de uma análise detalhada do objeto de estudo, sem que haja interferência do pesquisador (GIL, 2019).

Ressalta-se que o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) foi utilizado para nortear a execução e a elaboração do relatório final do estudo (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo são enfermeiros em atuação na APS. Adotou-se como critérios de elegibilidade, idade igual ou superior a 18 anos, atuar como enfermeiro em Unidades Básicas de Saúde ou em Estratégia de Saúde da Família

em qualquer município do território nacional e experiência mínima de três meses como enfermeiro na APS e como critérios de exclusão, o tempo de atuação na APS menor que três meses e os enfermeiros atuantes exclusivamente em setores administrativos.

Foram contatados 62 enfermeiros de diferentes localidades do território nacional. Destes, 25 manifestaram concordância em participar do estudo, no entanto, um enfermeiro foi excluído em decorrência do seu local de atuação no momento da entrevista, o que o tornou inelegível, totalizando-se 24 participantes.

Esclarece-se que o número final de participantes foi definido considerando-se o tempo disponível para coleta de dados, norteado pela riqueza e complexidade dos dados para abordar a questão da pesquisa. Não foi preconizada a saturação de dados por não ser consistente com os pressupostos da análise temática reflexiva (BRAUN; CLARKE, 2021).

4.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em ambiente virtual e desta forma, não houve uma instituição que configurasse vínculo com os possíveis convidados e/ou participantes da pesquisa.

A seleção dos mesmos ocorreu por meio da técnica de amostragem *snowball* (bola de neve), que vem sendo amplamente utilizada em pesquisas qualitativas, principalmente, porque permite que se alcancem populações pouco conhecidas ou de difícil acesso, ou até mesmo quando se trata de temas mais privados. É uma forma de amostragem não probabilística que utiliza cadeias de referências e sua execução se dá a partir do lançamento de informantes, nomeados como sementes, a fim de localizar outras pessoas com o perfil necessário para a pesquisa (VINUTO, 2014).

Assim, foi realizado contato inicial por telefone com um enfermeiro conhecido da pesquisadora, o qual foi convidado a participar do estudo. A partir desse contato, indicou-se o(s) próximo(s) e assim, sucessivamente, conformando a cadeia de referências.

Cada participante foi previamente contatado e após o aceite, foi enviado via *e-mail*, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para apreciação e assinatura. Após a concordância em participar da pesquisa, foi realizado o agendamento da

entrevista conforme disponibilidade do entrevistado e gerado um *link* na plataforma *Skype*, o qual foi enviado para o *e-mail* pessoal do participante.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu entre os meses de setembro de 2022 a janeiro de 2023, sendo constituída por uma única entrevista por participante, cuja duração média foi de 12 minutos.

A entrevista foi norteada por um instrumento elaborado pelas autoras, composto por duas partes. A primeira consistiu em um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes e a segunda, em um roteiro de entrevista semiestruturada composto por 3 questões abertas, a saber: 1) Fale sobre a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde; 2) De acordo com a sua vivência, fale sobre os riscos aos quais o paciente pode estar exposto na Atenção Primária à Saúde; 3) Na sua atuação enquanto enfermeiro(a), o que você faz para promover a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde? (APÊNDICE A).

Ressalta-se que, para verificar a clareza e a compreensão das questões norteadoras, foi realizado o teste piloto do instrumento de coleta de dados com dois enfermeiros. Não houve necessidade de alteração do instrumento, o que possibilitou a inclusão das entrevistas no *corpus* do estudo.

A entrevista foi conduzida pela pesquisadora participante e, antes de seu início, foi solicitada autorização para a gravação com recurso próprio do *Skype*.

Com relação ao local escolhido para realização das entrevistas *online*, foi sugerido e respeitado um local tranquilo e confortável com as portas fechadas, que permitiu não haver interrupções externas e nem a presença de outras pessoas no local, apenas a pesquisadora e o entrevistado conectados via Internet. Para preservar os dados pessoais do entrevistado, a gravação foi realizada localmente em computador particular da pesquisadora.

Ao término das entrevistas, foi realizada sua transcrição integral por meio dos aplicativos *Transcrição instantânea*® e *Google Docs*®, através da ferramenta digitação por voz. Para tanto, a etapa da transcrição dos depoimentos foi realizada em duas fases: a primeira consistiu na transcrição automática por meio dos referidos aplicativos, simultaneamente à rolagem do vídeo da entrevista e a segunda, na

revisão dos textos gerados, mediante repetições de fragmentos do vídeo e conferência pela pesquisadora, do início ao fim da entrevista.

Para o clarificar o entendimento da fala dos entrevistados, foram realizadas correções gramaticais pontuais. Os entrevistados foram identificados pela letra E, referente à enfermeiro, seguida de números arábicos de 1 a 24, de acordo com a sequência da realização das entrevistas, garantindo o anonimato.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a apresentação dos dados oriundos da primeira parte do instrumento, de caracterização sociodemográfica e profissional, utilizou-se a estatística descritiva e apresentação em tabelas e para a organização e análise dos dados oriundos da entrevista semiestruturada utilizou-se a análise temática reflexiva, conforme proposto por Braun e Clarke (2006).

A análise temática consiste em um método que oferece abordagem flexível e acessível para a análise de dados qualitativos, e que pode ser usado em uma variedade de abordagens teóricas e epistemológicas. Ela permite a identificação, a análise e a descrição de padrões ou temas, organizados de forma sintética, embora rica (BRAUN; CLARKE, 2006).

Para tanto, deve-se percorrer, ainda que recursivamente, seis etapas (BRAUN; CLARKE, 2006):

- a) fase 1: familiarizando-se com os dados – processo que fornece a base para as demais fases da análise. Compreende a transcrição dos dados, seguida por leituras repetidas para imersão, visando conhecer profundamente o conteúdo, e buscar significados e padrões. Nesta fase, apontam-se ideias iniciais de codificação a serem revistas na fase subsequente;
- b) fase 2: gerando códigos iniciais – após a leitura detalhada dos dados inicia-se a produção de códigos de forma sistemática em todo o conjunto de dados. Os códigos são elementos que identificam as características dos dados que estão relacionados com o fenômeno estudado;
- c) fase 3: buscando por temas – inicia-se a partir da codificação inicial e da produção de uma lista de códigos diversos, que foram identificados no conjunto de dados. Realiza-se, então, a análise dos diferentes códigos para categorizá-los em temas principais e subtemas;

- d) fase 4: revisando temas – prevê o refinamento dos temas em dois níveis: o primeiro consiste na revisão dos extratos codificados nos dados em cada tema, com vistas a identificar se formam um padrão coerente; o segundo envolve o refinamento desses temas frente ao conjunto de dados. Nesta fase é importante reler o conjunto de dados e verificar se os temas trabalham bem com relação ao conjunto de dados ou é necessário codificar quaisquer dados adicionais dentro dos temas, que porventura tenham sido perdidos em estágios anteriores da codificação;
- e) fase 5: definindo e nomeando temas – trata do refinamento final dos dados, em que se identifica as especificidades, a essência e a história contada por cada tema, definindo os temas, subtemas e as relações entre eles. Nessa fase serão atribuídos título aos temas, apresentando ao final da análise, temas claros, concisos, diretos, e que possibilitem ao leitor, uma visão sobre o que abordam;
- f) fase 6: produzindo o relatório – começa com o conjunto de dados totalmente trabalhados, contemplando assim a análise final e a escrita do relatório que deve explicitar ao leitor, o mérito e a validade de sua análise. É importante que a análise escrita forneça um relatório conciso, coerente, lógico, que contenha provas suficientes dos temas nos dados e que capturem a essência do ponto que será demonstrado.

Acrescenta-se que como referencial teórico-metodológico para a análise dos dados, utilizou-se a hermenêutica dialética, que busca apresentar o diálogo dos achados do estudo segundo as vivências dos participantes com a teoria do Erro Humano de James Reason e com a literatura sobre a temática da segurança do paciente.

Descrita inicialmente por Habermas (1987, p. 20), a hermenêutica dialética pressupõe que a “mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta, dissocia e critica”. Assim, a hermenêutica se dedica a compreender o sentido na comunicação cotidiana entre seres humanos por meio da linguagem, enquanto a dialética busca nos fatos, nos símbolos e na cultura, aquilo que é contraditório, controverso e obscuro.

A hermenêutica-dialética assume então, o papel de se posicionar e de julgar o que ouve, observa e compartilha. Constitui um importante caminho na fundamentação das pesquisas qualitativas, por se basear na perspectiva de que a

interpretação dos textos deve estar em diálogo com o contexto histórico, social e cultural em que foram produzidos, bem como na sua compreensão crítica (MINAYO, 2014).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo respeitou a Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013c). Destarte, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFAL-MG, sendo aprovado em agosto de 2022 conforme parecer nº 5.582.486.

Os convidados à participação foram pormenorizadamente orientados sobre os objetivos e procedimentos do estudo e aos que manifestaram interesse, foi enviado em *e-mail* pessoal e individualizado, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Após o recebimento do TCLE devidamente assinado, a coleta de dados foi agendada e, no momento de sua realização, antes do início da entrevista, foi solicitado ao participante, a autorização para a gravação.

Este projeto de pesquisa envolveu riscos mínimos de dimensão física e/ou psíquica, uma vez que poderia ocorrer desconforto e/ou constrangimento para responder a entrevista, o que não foi identificado no decurso de sua realização. Caso houvesse, a mesma seria interrompida com abordagem cautelosa do participante, no sentido de reforçar o anonimato e o sigilo em relação as respostas, a utilização dos dados unicamente para fins científicos e a possibilidade retirada do consentimento prévio, sem que incorressem quaisquer tipos de prejuízos.

Também, existiam riscos mínimos morais, haja vista que os pesquisadores não poderiam garantir ao participante, um ambiente que lhe assegurasse a privacidade e a ausência de interferências externas durante a entrevista, pelo fato de a mesma ser realizada via internet. Para minimização destes riscos, o participante foi orientado a escolher um local que lhe possibilite ter privacidade e, se durante a entrevista fosse identificado que o local em que o participante se encontrava não lhe assegurava a privacidade necessária, a entrevista poderia ser interrompida, reagendada ou ainda, o participante poderia retirar o seu consentimento e refutar da participação no estudo, o que também não ocorreu.

Igualmente, a pesquisadora realizou a entrevista de um local que também assegurou a privacidade e o sigilo do participante, impedindo interferências de pessoas não envolvidas no estudo e ainda, a minimização de ruídos ou outros fatores externos que poderiam prejudicar o desenvolvimento da entrevista.

No que se refere à responsabilidade na transferência e armazenamento adequado dos dados coletados, uma vez concluída a entrevista, foi realizado o *download* para o computador da pesquisadora participante, com arquivamento em pasta individualizada, sendo excluídos todo e qualquer vídeo, áudio ou registros da Plataforma Virtual ou ambiente compartilhado ou “nuvem”.

Ressalta-se que os arquivos digitais permanecerão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, conforme Art. 17, inciso VI e Art. 28, inciso IV da Resolução CNS 510/2016 (BRASIL, 2016).

A participação no estudo não implicou em nenhum tipo de gasto ao participante, nenhuma cobrança foi realizada e igualmente, não houve nenhuma remuneração pela participação na pesquisa. Caso ocorresse algum dano, previsto ou não, em decorrência da participação no estudo, assegurou-se o direito à assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo pesquisador, pelo tempo que fosse necessário.

Reitera-se que, apesar dos riscos mínimos apresentados, o estudo poderá abrir caminhos para elaboração de estratégias para a prevenção, controle e mitigação dos eventos adversos neste cenário ainda pouco explorado, e assim, contribuir para o fortalecimento da segurança do paciente na atenção primária, podendo ainda contribuir para sensibilizar os profissionais de enfermagem e outros profissionais atuantes na APS quanto à implementação de ações para a promoção da segurança do paciente, bem como contribuir com a literatura sobre a temática, que ainda se encontra escassa neste nível de atenção.

5 RESULTADOS

Nesta seção apresenta-se a caracterização sociodemográfica e profissional dos 24 enfermeiros participantes do estudo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos entrevistados de acordo com as variáveis sexo, faixa etária, estado civil e estado onde reside.

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com as variáveis sexo, faixa etária, estado civil e estado de residência. Alfenas, MG, 2023 (n=24)

Variáveis		
Sexo	f	%
Feminino	20	83%
Masculino	4	17%
Total	24	100%
Faixa etária	f	%
Acima de 20 a 30 Anos	6	25%
Acima de 30 a 40 Anos	13	54%
Acima de 40 a 50 Anos	4	17%
Acima de 50 a 60 Anos	1	4%
Total	24	100%
Estado civil	f	%
Casado(a)	9	38%
Solteiro(a)	10	42%
Divorciado(a)	3	13%
União Estável	2	8%
Total	24	100%
Estado de residencia	f	%
Minas Gerais	16	67%
Santa Catarina	4	17%
São Paulo	3	12%
Rondônia	1	4%
Total	24	100%

Fonte: Autora (2023).

A Tabela 2 apresenta a caracterização profissional dos entrevistados de acordo com a formação, tempo de atuação profissional, unidade de atuação, tempo de atuação na APS.

Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com as variáveis escolaridade, tempo de atuação na profissão, unidade de atuação e tempo de atuação na APS. Alfenas, MG, 2023 (n=24)

Variáveis		
Escolaridade	f	%
Graduação	3	12,5%
Pós-Graduação Lato sensu	12	50%
Pós-Graduação Stricto Sensu (Mestrado)	9	37,5%
Total	24	100%
Tempo total de experiência como enfermeiro (a)	f	%
Acima de 0 a 5 anos	9	38%
Acima de 5 a 10 anos	6	25%
Acima de 10 a 20 anos	6	25%
Acima de 20 a 30 anos	3	13%
Total	24	100%
Local de atuação na APS	f	%
ESF	20	83%
UBS	3	13%
EAP	1	4%
Total	24	100%
Tempo de atuação na APS	f	%
Acima de 0 a 5 ano	13	54%
Acima de 5 a 10 anos	8	33%
Acima de 10 a 15 Anos	3	13%
Total	24	100%

Fonte: Autora (2023).

Observou-se predomínio de participantes do sexo feminino (83%), da faixa etária acima de 30 até 40 anos (54%), residentes e atuantes no Estado de Minas Gerais (67%). Visto que o método de amostragem *snowball* preconiza a indicação do próximo entrevistado a partir da rede de contatos do anterior, foi possível abranger participantes de quatro estados e 14 municípios.

A atuação profissional como enfermeiros variou entre 4 meses e 30 anos, sendo que 38% dos entrevistados referiram ter até cinco anos de experiência na profissão. O tempo de atuação específica na APS variou entre 3 meses e 13 anos, sendo que 54% referiram até cinco anos de experiência, principalmente na ESF (83%). A maioria dos entrevistados (87%) cursou algum tipo de pós-graduação lato ou stricto sensu.

5.2 PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE SEGUNDO AS VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS ATUANTES NA APS

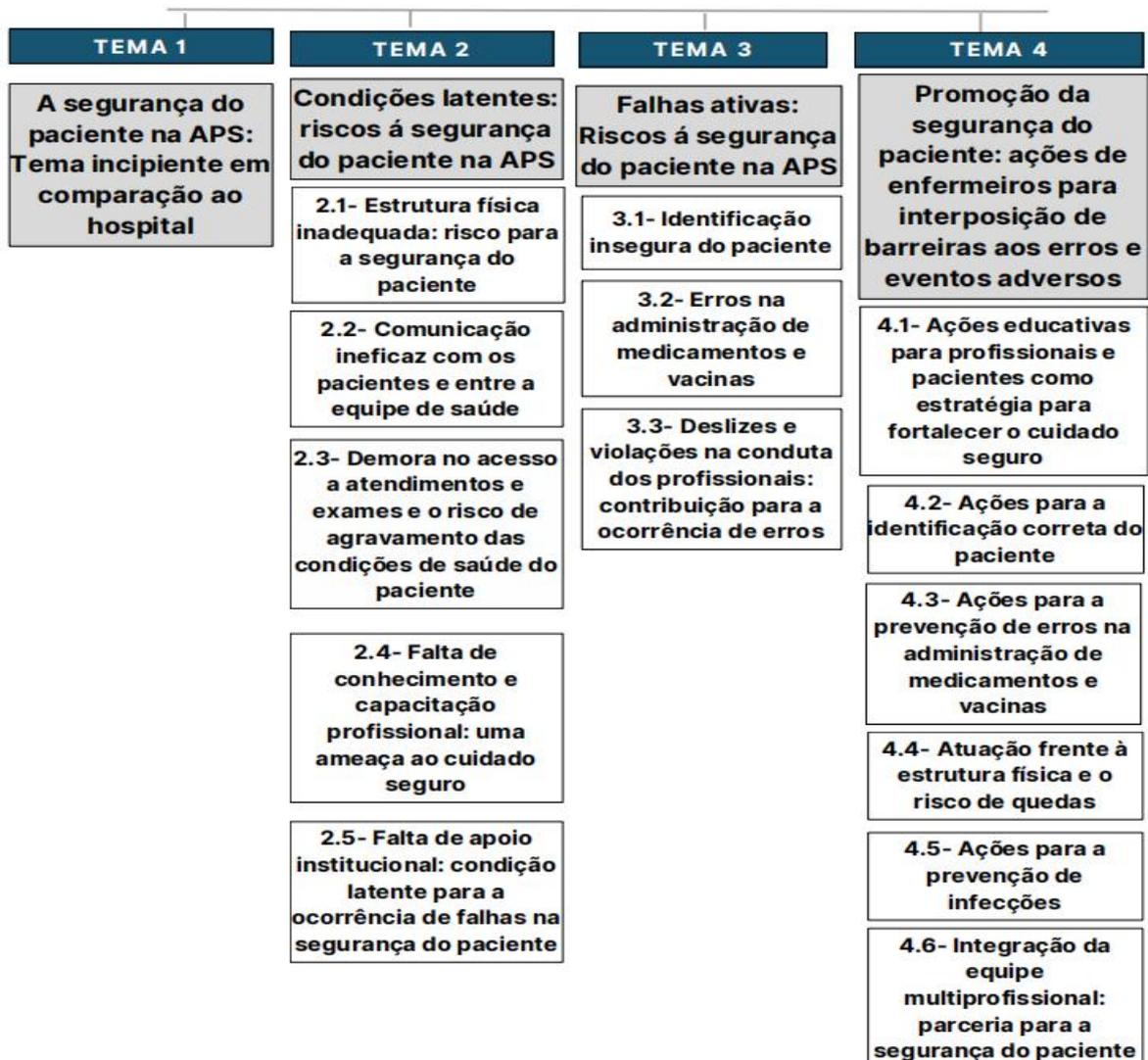
A análise dos dados oriundos das entrevistas semiestruturadas possibilitou a identificação de 87 códigos iniciais, os quais foram agrupados por similaridade e, posteriormente, sinalizados em cores distintas nos trechos correspondentes nas falas dos participantes. Em seguida, estes códigos foram agrupados e alocados em temas e subtemas e, após o processo de refinamento, foram definidos quatro temas, com subtemas quando pertinente. Apresenta-se, no Quadro 1 (APÊNDICE C), os excertos das falas dos participantes, a partir dos quais foram definidos os referidos temas e subtemas, a saber:

- a) Tema 1 - A segurança do paciente na APS: tema incipiente em comparação ao hospital;
- b) Tema 2 - Condições latentes: riscos à segurança do paciente na APS, com os seguintes subtemas:
 - 1) Estrutura física inadequada: risco para a segurança do paciente;
 - 2) Comunicação ineficaz com os pacientes e entre a equipe de saúde;
 - 3) Demora no acesso a atendimentos e exames e o risco de agravamento das condições de saúde do paciente;
 - 4) Falta de conhecimento e capacitação profissional: uma ameaça ao cuidado seguro;
 - 5) Falta de apoio institucional: condição latente para a ocorrência de falhas na segurança do paciente.
- c) Tema 3 - Falhas ativas: riscos à segurança do paciente na APS, com os seguintes subtemas:
 - 1) Identificação insegura do paciente;
 - 2) Erros na administração de medicamentos e vacinas;
 - 3) Deslizes e violações na conduta dos profissionais: contribuição para a ocorrência de erros;
- d) Tema 4 - Promoção da segurança do paciente: ações de enfermeiros para interposição de barreiras aos erros e eventos adversos, com os seguintes subtemas:
 - 1) Ações educativas para profissionais e pacientes como estratégia para fortalecer o cuidado seguro;

- 2) Ações para a identificação correta do paciente;
- 3) Ações para a prevenção de erros na administração de medicamentos e vacinas;
- 4) Atuação frente à estrutura física e o risco de quedas;
- 5) Ações para a prevenção de infecções;
- 6) Integração da equipe multiprofissional: parceria para a segurança do paciente;

Os temas e subtemas estão graficamente representados na Figura 4.

Figura 4 – Mapa Temático “Promoção da segurança do paciente segundo as vivências dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde”



Fonte: Autora (2023).

5.2.1 A segurança do paciente na APS: tema incipiente em comparação ao hospital

O primeiro tema, denominado “A segurança do paciente na APS: um tema incipiente em comparação ao hospital” retrata a percepção dos enfermeiros acerca da segurança do paciente na APS como um tema relevante, mas ainda pouco consolidado quando comparado às instituições hospitalares.

Na atenção primária a discussão sobre a segurança do paciente ainda é muito frágil, apesar da gente tentar trabalhar, acho muito fragilizado. (E8)

Quando a gente fala de segurança do paciente vem sempre na cabeça a área hospitalar, acho que eu nunca parei para pensar na segurança do paciente na atenção primária. (E9)

[...] é importantíssimo estar discutindo isso, trazendo à tona, tornar público e conscientizar as pessoas sobre esse problema que não tem tido olhar que merece [...] não é muito divulgado e abordado, desde a formação profissional às políticas públicas, então é uma coisa relativamente nova [...]. (E5)

[...] é um tema pouco discutido na Atenção Primária. Então a gente vê muito falando na atenção hospitalar [...] não existe assim um núcleo de apoio em relação à segurança paciente [...] sinto falta de um apoio, até a questão de informação, de ter a fundo esse conhecimento de como prevenir esses acidentes, incidentes, de identificar os eventos adversos. (E16)

[...] pouco se discute segurança do paciente em Atenção Primária. A gente escuta falar de segurança do paciente em âmbito hospitalar, prevenção de quedas, prevenção de flebite [...] em atenção primária, eu acho que a primeira vez que eu ouço falar alguma coisa [...] Na minha realidade eu acho que a gente está bem longe do ideal. (E21)

O tema Segurança do Paciente na atenção primária eu acho que ele é um pouco incipiente [...] mais comum a gente falar na área hospitalar [...] eu sei que ela foi introduzida na PNAB [Política Nacional da Atenção Básica] de 2017, então é um requisito, mas ainda ele é pouco aprofundado, pouco estudado dentro da Atenção Básica, mas assim como a Atenção Básica é porta de entrada para todos os serviços de Saúde [...] o paciente deve ser atendido de uma forma mais segura possível. (E24)

Os enfermeiros relataram ainda que as ações para a segurança do paciente na APS ocorrem de forma empírica, indireta ou pouco sistematizada, diferentemente dos hospitais, que de maneira geral, já possuem protocolos implementados sobre a segurança do paciente.

Ainda é subestimada [...] na área hospitalar ocorre de uma forma mais intensa com protocolos, os cuidados têm o check list no caso de procedimentos a serem cumpridos e na atenção primária ainda é falho, porém a gente faz o possível para que aconteça [...] a gente esquece que

os mesmos cuidados criteriosos que devem ter na área hospitalar devem ser prestados na atenção primária, muda algumas questões [...]. (E7)

Não tem nenhum protocolo de pulseiras, não tem nada estabelecido. É meio precário [...] a gente faz meio por conta. A gente sabe aquilo que a gente precisa fazer, mas a gente não tem Pop [procedimento operacional padrão] de nada preestabelecido [...] não tem um protocolo de segurança do paciente, então a gente se baseia nos certos da enfermagem. (E10)

[...] a segurança do paciente no hospital tem todo aquele protocolo de pulseirinha [...] os profissionais são bombardeados com essas informações, para lembrá-los o tempo todo e na APS não, é uma coisa que acontece de forma empírica [...] é muito pouco discutido, é muito vago, eu por exemplo não conheço nenhum trabalho voltado para isso [...]. (E17)

[...] a gente tem a segurança da administração das medicações, a gente tem a segurança quando você consegue determinar a família, o usuário, o prontuário dele, todos os exames [...] sempre fazendo conferência de dados, mas padronizado como a gente tem na rede hospitalar, a atenção primária no nosso município não tem nenhum padrão, a gente faz todo esse processo mas [...] não tem registro desse processo assim como Segurança do Paciente. (E19)

5.2.2 Condições latentes e a segurança do paciente na APS

No segundo tema, denominado “Condições latentes: riscos à segurança do paciente na APS” apreendeu-se que as condições preexistentes nas unidades da APS influenciam a segurança do paciente. Assim, no primeiro subtema, denominado “Estrutura física inadequada: risco para a segurança do paciente” identificou-se que a estrutura física das unidades frequentemente apresenta inadequações que podem expor o paciente a riscos.

Entre os riscos mencionados pelos participantes destaca-se o risco de queda, conforme mencionados nos excertos:

[...] recebe muito idoso, criança na sala de vacina [...] muita coisa da segurança do paciente é em relação a estrutura, por exemplo uma cadeira que está quebrada, quase quebrando, a pessoa senta e cai, sofre um acidente; uma poça que fica, a pessoa entra, pode sofrer um acidente [...] a gente fica visando muito essa questão de procedimento e acaba esquecendo isso que acontece demais [...] quando chove muito, aqui fica muito liso, então o paciente acaba escorregando [...] tinha uma escada de difícil acesso [...] a gente fez uma rampa porque um paciente foi tentar subir e acabou machucando.(E3)

Risco em relação a estrutura física das unidades [...] falta acessibilidade para pacientes com condições que determinariam essa acessibilidade, é física, neurológica, tem essa questão da precariedade da segurança do paciente. [...] presenciei uma senhora que foi passando mal na unidade de saúde [...] a acessibilidade da unidade não era adequada, a paciente se acidentou com uma queda da própria altura [...]. (E5)

Risco ligado à estrutura física [...] vai muito paciente que tem dificuldade de deambular, precisa de cadeira de rodas, precisa de paciente entrar junto [...] eu tenho porta que não passa cadeira de rodas, e já tive paciente que já teve queda em degrau que estava mal sinalizado [...] todo projeto de estrutura física de unidade de saúde, deveria ouvir o enfermeiro [...] faz toda a diferença quando a gente tem essa adaptação, essa acessibilidade [...] a gente vai atender paciente de todo o tipo na ESF, vai atender paciente jovem [...] adulto, idoso, criança, deficiente físico, uma pessoa que não enxerga, uma pessoa que não escuta direito, que tem marcha tabética ou arrastada, e aí como que a gente... tem toda essa adaptabilidade?. (E13)

Em relação ao risco de queda a gente sempre bate muito em cima de ter banheiro para portador de deficiência, barras de segurança, piso antiderrapante, que não é uma realidade de toda unidade de saúde, mas é uma coisa que é do protocolo [...] muitas unidades não tem aquela questão da estrutura antiderrapante [...] que é uma coisa não que é cobrado por causa da Segurança do Paciente, é cobrado de uma forma geral, é coisa de projeto de construção de UBS. (E17)

Risco de queda [...] não é uma unidade que tem estrutura para ser PSF [...] não tem acesso para deficiente, então não tem rampa, é uma unidade de saúde que tem muito idoso [...]. (E18)

Os enfermeiros também abordaram que por se tratar de um ambiente de saúde, as unidades da APS são, por si, ambientes contaminados. Isso, aliado à estrutura física pequena, à falta de estrutura para higienização das mãos e para o descarte de materiais e ao fluxo intenso de pessoas, pode resultar em risco de infecção.

Minha unidade a estrutura é bem antiga mesmo, então é mais difícil em termos estruturais, salas pequenas, corredores apertados. (E21)

Risco de alguma infecção eu acho que também pode ter, é um ambiente de saúde, por mais que seja feita a limpeza [...] tem áreas contaminadas. (E9)

Querendo ou não tem o risco de infecção, não como em um hospital, mas é um ambiente contaminado, não deixa de ser. (E10)

Risco de infecção que a gente sempre tem, porque é um lugar contaminado, por mais que tenham técnicas assépticas, é um lugar que tem doença centralizada. (E12)

Falta muito lugar para higienização das mãos, não é em todos os pontos que a gente fica, que a gente tem disponibilidade de lavar a mão. Às vezes a gente está dentro de um cômodo, a gente tem que sair daquele cômodo e ir para outro cômodo, para gente poder fazer a higienização das mãos. [...] Descarte de material também. [...] A gente tem que se deslocar porque naquele ambiente não tem como desprezar no local correto, então a gente vai deslocar com aquele resíduo para outro cômodo. (E14)

Me causa uma certa preocupação em relação, por exemplo, ao curativo; a gente tem uma demanda alta de curativo e geralmente são curativos exsudativos, com bastante secreção, e aquele trânsito de pessoas às vezes crianças que a pediatra atende, as mães [...] eu sempre peço para pessoa ficar afastada [...] a estrutura física é muito pequena. (E20)

No segundo subtema denominado “Comunicação ineficaz com os pacientes e entre a equipe de saúde”, os enfermeiros relataram que se a comunicação não for realizada de forma clara e acessível para os pacientes, o cuidado torna-se inseguro e, de maneira similar, a comunicação ineficaz entre os elementos da equipe de saúde também pode conferir riscos aos pacientes.

[...] a gente atende pacientes que não deveriam estar desacompanhados em quaisquer ambientes, a gente identifica esses pacientes na unidade de saúde, o que torna bastante difícil até mesmo a assistência adequada, uma vez que eles têm dificuldade de expressar as informações que seriam necessárias para fazer essa avaliação da assistência. (E5)

Se você não tem uma comunicação efetiva, se você não conhece, você só tem o que ele te responde [...] e isso acaba incidindo em risco. (E19)

A questão também da comunicação, então eu acho que tudo que a gente faz depende de uma comunicação para a gente evitar erros [...] eu acho que a maioria dos erros que acontecem é por falta de comunicação. (E24)

Erro de comunicação, não só entre a equipe, mas também entre o paciente e o profissional, precisa ter uma linguagem acessível, não adianta estar cheio de termo técnico [...] e o paciente não entendeu nada que você falou, então ele não vai ficar seguro. (E13)

A questão da comunicação dentro da equipe, se não está muito bem alinhada em todas os aspectos de funcionamento da unidade, até de passar uma informação ao paciente traz risco para ele. (E16)

Ainda concernente às condições latentes, o terceiro subtema, intitulado “Demora no acesso a atendimentos e exames e o risco de agravamento das condições de saúde do paciente” retrata a vivência dos enfermeiros de que a espera por consultas e exames pode resultar em agravamento das condições de saúde e por conseguinte, comprometer a segurança do paciente.

Consulta ser demorada [...] e com isso pode acontecer algum agravamento na questão da saúde, dependendo do tempo se for um caso assim que necessite mais de intervir. (E1)

Porque às vezes você precisa fechar um diagnóstico, precisa de um exame mais especializado, e o exame fica numa fila, questão de meses a anos e com isso o problema de saúde da pessoa só vai evoluindo, a segurança em relação ao paciente acaba ficando comprometida, mas acho que isso é a realidade do Brasil, não é só do município. (E6)

Um outro fator que acho que pesa muito, é com relação a precariedade da assistência mesmo, a gente tem muita dificuldade de um exame na hora. (E19)

O quarto subtema foi denominado “Falta de conhecimento e capacitação profissional: uma ameaça ao cuidado seguro” e retrata que, para os enfermeiros, lacunas no conhecimento, tanto no que diz respeito à segurança do paciente, quanto aos conhecimentos técnicos para a realização dos atendimentos resultam em riscos aos pacientes.

Falta da compreensão da existência desses riscos e como eles podem impactar negativamente no resultado final da proposta do serviço de saúde. (E5)

Questão dos profissionais que precisam ser sensibilizados para que eles lembrem-se que os riscos existem e que mesmo sendo atenção primária pode acontecer. (E7)

A gente precisa de profissionais qualificados e treinados, e não sei se é em todos os lugares, mas aqui a gente vê que é bem difícil [...] a gente não tem nem educação continuada, então se a gente quer alguma coisa, [...] tem que ir atrás por conta, porque que a gente não tem [...]. (E10)

Infelizmente temos muitos profissionais que não são preparados para diversos tipos de atendimentos na atenção primária, porque envolve não só a criança, não só a mulher, não só o idoso, é um conjunto assim gigantesco. [...] eu preciso saber fazer tudo em todas as faixas etárias, então se eu não sei conduzir [...] eu posso estar colocando em risco alguma conduta inadequada que eu tiver [...] a gente está bem longe do ideal assim por essa fragilidade de formação mesmo. (E21)

Por fim, o quinto subtema foi denominado “Falta de apoio institucional: condição latente para a ocorrência de falhas na segurança do paciente” e aponta a necessidade institucional, particularmente dos grupos gestores, de se pensar nas questões relativas à segurança do paciente na APS. A falta de apoio e contrapartida pode dificultar a implementação de ações para segurança do paciente e assim, comprometer o cuidado seguro.

[...] precisa ter uma gestão que pense nessa parte de Segurança do paciente no âmbito mais amplo mesmo para atenção primária. (E7)

[...] não adianta só cobrar, a gestão tem que também dar contrapartida. (E17)

A gestão deveria olhar com mais olhos para Segurança do Paciente [...] aquilo que a gente fala às vezes não é ouvido por que não dá voto. Mas ela dá segurança para o paciente e para o profissional [...] a gente acaba ficando desassistido e a gente faz do jeito que a gente acha que é o correto para tentar minimizar algumas situações. [...] A pós-graduação que eu estou fazendo, não é para mim, é para mim e para os pacientes que eu atendo, mas eu tenho que me virar para ir, para voltar, para repor as horas; eles [gestão] não dão muita importância aos profissionais e desmotiva. (E10)

5.2.3 Falhas ativas: riscos à segurança do paciente na APS

Apreendeu-se no terceiro tema, denominado “Falhas ativas: riscos à segurança do paciente na APS”, que a ocorrência de falhas ativas, ou seja, atitudes inseguras dos profissionais de saúde, também pode ser um risco à segurança do paciente na APS.

Destarte, o primeiro subtema foi denominado “Identificação insegura do paciente” e retrata que na vivência dos enfermeiros, é comum a ocorrência de falhas na identificação do paciente.

[...] ainda existem algumas falhas da identificação dos pacientes [...] erros em procedimentos por conta da não identificação adequada de paciente, todas as inúmeras consultas que são feitas com prontuários de outras pessoas. (E5)

Pode estar exposto a ser confundido, confundir um paciente com outro [...] às vezes a rotatividade do profissional, não conhece muito bem os pacientes, o que pode levar a confundir [...] acontece muito de pegar prontuário errado, chegar o prontuário errado, de outro paciente com o nome parecido ou por exemplo é a mãe que eu vou atender e chega o prontuário da filha, já aconteceu. (E6)

[...] ele pode estar exposto a ser atendido no lugar de outra pessoa, por exemplo, chamou só o primeiro nome, tem dois João não chama o segundo nome e entra a pessoa errada. (E7)

A gente tem nome muito parecido, isso incide em risco [...] porque ele não tem nenhum processo de identificação dentro da unidade, é o que ele falar [...] a gente acaba não fazendo isso [processo de identificação] porque a gente tem um público que a gente conhece [...] que tem um vínculo e uma afinidade [...] já tive experiências de nomes muito parecidos e que a pessoa fez medicação contrária [...] Dependendo do diagnóstico, principalmente o sexo masculino, quando você tem um diagnóstico de DST eles insistem em trocar até o nome, para você não ficar sabendo, então não têm documentação. E aí você faz uma notificação com outro nome, isso já aconteceu [...] não tendo essa segurança com a identificação que é um requisito para a segurança do paciente [...]. (E19)

O segundo subtema, denominado “Erros na administração de medicamentos e de vacinas” retrata, segundo a vivência dos enfermeiros, os riscos aos quais os pacientes estão expostos no processo de administração dos medicamentos, o que engloba a prescrição, a emissão e renovação de receitas, a dispensação e o preparo e administração propriamente ditos, os quais podem estar sujeitos a erros.

Isso acontece mesmo mudanças ou confusão em emissão de receitas. (E5)

Muitas vezes, não é só o médico que faz as receitas [...] outras pessoas também fazem a receita e ele carimba, eu acho o risco no caso de

transcrever uma receita errada e às vezes aquele tumulto acaba carimbando até sem conferir o que está escrito. (E11)

Ele pode estar exposto à prescrição errada. (E6)

Riscos de troca de medicação [...]. (E10)

Pode estar exposto a algum erro em administração de medicamento [...] administração de vacina, que é algo muito crítico, [...] se na farmácia, por exemplo, se entregou a receita e não entendeu a letra ou prescreveu errado na transcrição e renovação de receita, está tendo chance de erro para entregar esse medicamento ao paciente ou mesmo administrar, eu acho que esse seria o maior à vida dele [...]. (E2)

Aplicação de medicação errada [...] dispensação de medicação errada [...] vacinação errada. Já tivemos experiência [...] uma técnica entregou [outro medicamento] no lugar de paracetamol [...] houve um erro na entrega. (E15)

Eu tive situações de risco mesmo que eu vacinei várias vacinas juntas de laboratórios diferentes onde para certa idade tinha que ser uma, dependendo da idade tinha que ser outra [...]. (E18)

Já, já vivenciei [...] tinha receitas prontas de outros pacientes [...] o paciente foi atendido e achou que era tudo dele, levou para casa, [...] foi na farmácia comprar pegou as medicações e começou a usar [...]. (E19)

Aconteceu uma certa vez [...] eu vi sim uma [falha na] administração de vacina [...] Graças a Deus não aconteceu nada com a criança. (E23)

Por fim, o terceiro subtema foi intitulado “Deslizes e violações na conduta dos profissionais: contribuição para a ocorrência de erros”, em que os enfermeiros relataram vivências de situações como falta de atenção e de negligência no uso de equipamentos de proteção individual e na adoção de medidas de prevenção de infecções, as quais se caracterizam, respectivamente como deslizes e violações e que expõem o paciente a risco.

Atribuo [os riscos] à falta de atenção. (E5)

A enfermagem perde o medo com o passar do tempo, então assim a gente deixa de usar EPI, vai fazendo tudo correndo. (E20)

[...] por falta de atenção também, às vezes a gente acaba fazendo pela questão da expertise, então por anos de vivência a gente acaba fazendo, e acaba não pensando naquilo e aí você acaba cometendo erros. (E24)

[...] tem profissionais que não estão preocupados com o cliente [...] assim tem que usar uma pinça contaminada aqui, vou usar ali naquela lesão [...] pessoas que literalmente não tem compromisso, pode ter tido sim a melhor formação da face da terra, mas não tem comprometimento [...]. (E23)

5.2.4 Promoção da segurança do paciente: ações de enfermeiros para interposição de barreiras aos erros e eventos adversos

No quarto tema intitulado “Promoção da segurança do paciente: ações de enfermeiros para interposição de barreiras aos erros e eventos adversos” aprendeu-se sobre as ações desempenhadas pelos enfermeiros, com vistas a impedir que os erros atinjam os pacientes, podendo resultar em eventos adversos.

Assim, o primeiro subtema foi intitulado as “Ações educativas para profissionais e pacientes como estratégia para fortalecer o cuidado seguro”, em que os enfermeiros referiram a educação como uma barreira à ocorrência de erros, trazendo como ações, as capacitações e atualizações dos profissionais, assim como a orientação e a supervisão da equipe.

Orientar a equipe sempre na questão das técnicas para não expor o paciente a riscos. (E9)

A orientação, a cobrança, ensinando, falando [...] Eu faço a orientação e supervisão também. (E11)

Capacitação da equipe de enfermagem, reunião semanal para discutir os processos de trabalho para evitar os erros [...] Participação em todas as capacitações que a prefeitura oferece. (E15)

Eu procuro sempre estar me atualizando. (E21)

Você tem que capacitar equipe, e aí a gente consegue abordar e falar sobre esses assuntos, então os protocolos são uma chave muito boa na hora de trabalhar Segurança do Paciente. (E17)

Se tiver que acontecer vai acontecer, mas o quanto mais capacitados [os profissionais] e a unidade estiver preparada para evitar esses riscos, melhor. A maioria dos acidentes são preveníveis. Então nada como prevenção para evitar que aconteça. (E22)

Conscientização de todos os integrantes da equipe no sentido de atentar para essas questões, que as vezes passam despercebidas [...] tentando estender essa orientação, consolidação desse tema que as vezes não é muito debatido, não é muito levantado, também para a clientela. (E5)

Lá no PSF eu faço educação continuada. Eu faço cartazes, deixo em pontos estratégicos perto da pia, perto do banheiro. (E4)

Alguns enfermeiros destacaram que estendem as ações educativas sobre a segurança do paciente para os próprios pacientes, tanto na unidade de saúde quanto no domicílio.

A gente procura fazer atividades educativas com a equipe voltadas para que se atentem para essas questões da segurança do paciente [...] Sensibilização dos próprios pacientes, que precisam ser orientados para que exijam dos profissionais essas condutas. Às vezes a profissional só chamou pelo nome e o paciente não vê isso como um risco, mas precisa ter uma visão diferenciada para isso. (E7)

Eu costumo colocar panfletinhos, porque é o jeito que eu achei que chamasse um pouco de atenção, às vezes o paciente está ali esperando, tem a curiosidade de ir lá e ler aquilo, dá uma certa visão para ele [...]. (E14)

A segurança do paciente em domicílio, a gente vai numa casa [...] e aquele aconselhamento que parece besteira [...] tira o tapete para não ter perigo de tropeçar, coloca uma barra para segurança na hora de usar o banheiro, evitar escada, também tem a ver com a segurança na atenção primária, porque é a gente visitar, vai ver a casa, vai ver a realidade daquele paciente, e vai prestar atenção em tudo isso. (E13)

No segundo subtema, “Ações para a identificação correta do paciente”, os enfermeiros apresentaram ações empreendidas para identificar corretamente os pacientes e assim, reduzir os riscos de ocorrência de erros e eventos adversos. Estas ações envolvem, sobretudo, a conferência do nome, com a utilização de mais de um identificador, como a data de nascimento e o nome da mãe, bem como a confirmação com documentos oficiais, como é o caso do Cartão Nacional de Saúde.

Em relação aos pacientes eu sempre confiro o nome dele, às vezes mais de uma vez. Pergunta o nome completo, peço a ele para mostrar carteirinha, um documento para ver que é a pessoa certa. (E2)

Eu sempre chamo a pessoa pelo nome, por mais que eu acho que sei que é a pessoa, eu chamo pelo nome para confirmar. Às vezes converso sobre a família para confirmar se é quem eu estou achando que é. Converso com o agente comunitário sempre, discuto [...] para confirmar as informações. (E6)

Sempre chamar pelo nome, sobrenome, data de nascimento, nome da mãe [...] a gente tem a questão do cartão nacional também que é muito usado, então sempre conferir o cartão nacional. (E7)

Conferir o nome da mãe com a data de nascimento, conferir com três dados da pessoa, verificar se não tem duplicidade. (E17)

Estar sempre identificando o paciente, não é só no ambiente hospitalar que a gente tem que chamar o paciente pelo nome, eu sempre busco nos meus atendimentos chamar o paciente pelo nome. (E18)

Não deixo de conferir o paciente pelo nome, então verificar se realmente é paciente que você está lidando, verificar o diagnóstico, prescrição. (E24)

O que dá para trabalhar de segurança do paciente na atenção básica é por exemplo, quando o paciente chega você confirmar ele com nome, usar dois dados do paciente, no mínimo, para poder conferir o prontuário dele. (E17)

No terceiro subtema, “Ações para a prevenção de erros na administração de medicamentos e vacinas”, apreendeu-se que os enfermeiros desenvolvem ações na organização do local de armazenamento das medicações, realizam a conferência de informações, principalmente quando há quaisquer tipos de dúvidas e ainda, realizam

orientações aos profissionais de enfermagem quando necessário, e também, aos pacientes, com vistas à promoção da segurança do paciente.

Organização dos dispositivos que a gente tem para armazenar medicação [...] a gente começou criar essa rotina de fazer avaliação das receitas na saída do consultório médico, então a gente avaliava, fazia uma conversa com o cliente mesmo não tendo o farmacêutico. (E19)

Se o funcionário ou até mesmo eu estivesse diante de uma medicação, eu sempre procurei ter certeza daquilo que estava fazendo [...] ter todo o cuidado do mundo seja numa medicação, seja numa vacina, na dúvida, perguntar, nunca fazer aquilo que tem dúvida. (E23)

Busco na administração de medicamento conferir, o senhor fulano de tal, essa receita é nova, está prescrito isso é o medicamento que é para administrar, dou o check na administração, tento fazer aqueles passos mesmo [...] receita certa, levar o medicamento correto, conferir se é um paciente certo [...] na sala [de vacina], conferir a idade de criança, conferir a criança, quais vacinas tem que dar, [...] se tiver confuso, ligar para outra unidade para ver se tem alguma informação, as vezes chegam pacientes que perderam carteira... vamos ver qual tomou, qual não tomou para não tomar repetido ou para não estar tomando vacina errada. (E2)

Em sala de vacina, conferir duas vezes aquele feedback que a gente tem por exemplo se eu estou fazendo anotação aí faz aquele feedback de relembrar o profissional [...] você vai fazer febre amarela entendeu, só para confirmar, então é febre amarela, tétano... isso vai ajudando o profissional que está realizando a vacina a relembrar tudo isso, nesse sentido a gente tem esse tipo de feedback de segurança do paciente. (E17)

Sempre quando faço a orientação por que normalmente não sou eu quem aplica as medicações [...] sempre peço que façam a checagem de segurança, de administração segura da medicação. [...] A gente orienta a equipe, auxiliar ou o técnico de enfermagem que aplica, sempre confiro a receita, nome, sobrenome, medicação e dose. (E7)

Tomar cuidado na hora de aplicar alguma medicação, vacina [...] aqueles mandamentos para não aplicar medicação errada. (E22)

[...] a conferência da vacina, então o público, data de validade, tudo isso entra na questão da segurança do paciente também. (E24)

O quarto subtema, intitulado “Atuação frente à estrutura física e o risco de quedas”, aborda ações relatadas pelos enfermeiros frente à estrutura física e aos equipamentos, a fim de minimizar o risco de quedas, principalmente no cuidado aos idosos.

Se for uma pessoa idosa, por exemplo, auxiliar ela a chegar até o local para que não haja queda, auxiliar a subir e descer da maca, proporcionar essa segurança em relação ao ambiente. (E2)

[...] evitar limpar o ambiente quando o paciente estiver no local, a gente sempre fica muito atento à estrutura, como cadeiras, não deixar pano na porta. (E3)

Essa questão de queda, como a gente não tem uma estrutura muito boa, a gente tenta sempre zelar pelo cuidado do paciente mesmo, quando ele precisa subir na maca, na descida, principalmente se for um paciente idoso. (E18)

Auxiliar, se for idoso você vê que tem risco de queda, a gente já tem essa visão mais global de auxiliar na hora de chamar, auxiliar para sentar. (E22)

Fora da unidade, o que eu tento fazer é chegar dar uma olhada, auxiliar o paciente a entrar, sair, mais que isso eu não posso fazer porque tem muita coisa que não depende de mim [...] mas lá no PSF eu faço. (E4)

[...] eu me preocupo [...] nossa aquela escadinha já não está boa, se um idoso subir ele vai cair, então eu preciso me preocupar, eu entro em contato com a gestão com o almoxarifado da prefeitura [...]. (E13)

No quinto subtema, intitulado “Ações para a prevenção de infecções”, os enfermeiros relataram que os ambientes de atenção básica são ambientes de saúde e, portanto, requerem ações que minimizem a exposição do paciente ao risco de infecção, bem como a limpeza e organização da unidade, a esterilização de materiais, a higienização das mãos e o uso de EPIs.

Não é porque é na unidade básica de saúde que não vai ter situações graves, que precisem do ambiente estar bem limpo; a limpeza do ambiente também é uma situação que leva à Segurança do Paciente [...] uso dos EPIs necessários para proteção não somente do paciente, mas também dos profissionais para não estar pegando ou disseminando algum tipo de infecção, uso de máscaras, capote, luvas, quando a gente estava fazendo algum tipo de exame como era o swab nasal. (E2)

Em questão de sala de procedimento, a gente evita deixar muita coisa exposta, é mais aquilo que vai usar no atendimento; a gente tem sala separada para curativo, sala separada para injeção, para que não haja meio de contaminação [...] a gente fica muito atenta a questão de manter a unidade limpa, higienização correta. (E3)

Relativo a questão de curativos, desde o processo de esterilização que a gente tenta manter a qualidade, verificando os indicadores químicos, indicadores biológicos que nem sempre são disponibilizados para a gente [...] e oferecer um processo adequado para curativo, para sondagens, para não incidir em risco, aumentar dias tomando antibiótico. (E19)

[...] higienização das mãos, em sala de vacina não se usa luvas então uma coisa que a gente tem que bater muito em cima, porque a higienização das mãos tem que ser muito fiel [...] aí então o profissional tem muito risco de fazer uma infecção se não tomar todos os cuidados. (E17)

Estar sempre higienizando as mãos, ainda mais agora, não só por conta da pandemia, a gente criou o hábito, a gente não tinha tanto esse hábito na atenção primária. (E18)

Questão de material, sempre muito bem higienizado, muito bem esterilizado, nesse sentido eu sempre peguei no pé. (E23)

Por fim, no último subtema, “Integração da equipe multiprofissional: parceria para a segurança do paciente”, as falas dos enfermeiros retratam que a integração entre os profissionais que compõem a equipe da APS pode contribuir para a segurança do paciente.

A gente sempre tenta fazer que o paciente passe em consulta médica constantemente ou comigo, ou que a técnico de enfermagem tente ir na casa do paciente pelo ao menos uma vez no mês ou de dois em dois meses para estar aferindo os sinais vitais, vendo o uso correto das medicações domiciliares. (E4)

Se está com dúvida de alguma coisa, ou algum procedimento a gente tenta conversar com o médico. (E10)

Agora a gente sempre senta uma vez no mês para discutir o que poderia melhorar. (E14)

A questão da atuação técnica ali entre médico e enfermeiro sempre buscando trabalhar junto, sempre que eu acolho um paciente que eu sei que está precisando de determinada coisa é mesmo que não tenha consulta médica naquele momento, se eu identifico que eu posso estar solicitando um exame, já vou adiantando o atendimento. Então tem que ter essa essa facilidade de comunicação, de confiança entre os profissionais, a gente consegue evitar riscos. (E16)

Se eu não me sinto segura com o que eu estou fazendo com a minha conduta enquanto enfermeira eu parto para outro lado e tento conduzir de outra maneira para que não tenha nenhum risco. Procuo sempre trabalhar em conjunto porque eu acho que quando a gente trabalha com mais pessoas também diminui o risco. (E21)

6 DISCUSSÃO

Nesta seção serão discutidos os resultados do presente estudo, considerando-se a literatura sobre a temática da segurança do paciente e a Teoria do Erro Humano de James Reason.

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

O estudo contou com a participação 24 enfermeiros, a maioria do sexo feminino e na faixa etária acima de 30 até 40 anos.

Os dados encontrados coadunam com os achados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por iniciativa do COFEN, em que se observou que a equipe de enfermagem brasileira é composta por aproximadamente 1,8 milhões de profissionais, dos quais 85% são do sexo feminino (MACHADO, 2017). Acrescenta-se ainda que internacionalmente, a enfermagem é uma profissão com predomínio de mulheres, que também representam um contingente expressivo de trabalhadoras na área de saúde de maneira geral (ALVES; SERVO; ALMEIDA, 2021; SOUZA, 2021).

Outrossim, a enfermagem tem como foco o cuidar, ato historicamente associado à figura feminina e matriarcal. Na história da enfermagem, Florence Nightingale empoderou o trabalho feminino, dando visibilidade à profissão, o que por outro lado, colaborou para um estereótipo de gênero que teve influência no processo de inserção do homem na enfermagem (SALES, *et al.*, 2018).

Concernente à faixa etária dos participantes, os dados deste estudo também convergem com o perfil da enfermagem brasileira, que é predominantemente jovem, uma vez que a maior parte dos profissionais se encontra na faixa etária entre 36 e 50 anos (ALVES; SERVO; ALMEIDA, 2021; MACHADO, 2017). Observou-se neste estudo, a seguinte distribuição: de 20 – 30 anos (25%), acima de 30 – 40 anos (54%), acima de 40 – 50 anos (4%), acima de 50 a 60 anos (4%) indicando que a grande maioria dos profissionais têm mais de 30 anos. Globalmente, a força de trabalho da enfermagem também é jovem, sendo que 38% dos trabalhadores possuem idade inferior a 35 anos de idade e somente 17%, superior a 55 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

De forma similar, a experiência profissional dos participantes deste estudo, em que 63% possuíam até 10 anos de atuação como enfermeiros, também corrobora com o perfil da Enfermagem no Brasil, que apontou que 53% dos enfermeiros apresentam até 10 anos de tempo de atuação na profissão (MACHADO, 2017).

No presente estudo ficou evidente a busca dos profissionais por incremento à sua formação, visto que 87% dos enfermeiros referiram ter realizado alguma pós-graduação *lato ou stricto sensu*, o que é particularmente relevante no contexto da segurança do paciente. Isso porque estudos indicam que a capacitação dos profissionais pode originar melhoria na qualidade do atendimento e conseqüente redução da ocorrência de eventos adversos (BOWIE, SKINNER, WET, 2013; SANTOS *et al.*, 2020).

6.2 PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE SEGUNDO AS VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS ATUANTES NA APS

Apresenta-se a seguir, a discussão dos temas e subtemas obtidos a partir da análise dos resultados oriundos das entrevistas semiestruturadas.

6.2.1 A segurança do paciente na APS: tema incipiente em comparação ao hospital

Neste tema, foi possível apreender, por meio dos relatos dos enfermeiros, que embora percebam a segurança do paciente como um tema relevante, o mesmo ainda é tratado de forma incipiente na APS e frequentemente, os remete à área hospitalar. Os enfermeiros também relataram ser um assunto relativamente novo, pouco discutido e estudado no cenário específico da APS.

Pondera-se, entretanto, que o PNSP completou uma década no ano de 2023, e tem como seu objetivo principal, contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, ou seja, incluindo os de atenção primária (BRASIL, 2013a). E que posteriormente, no ano de 2017, a PNAB apresentou como atribuição de todos os profissionais que atuam neste nível de atenção, o emprego de ações voltadas à segurança do paciente e à redução de riscos e eventos adversos (BRASIL, 2017).

Apesar do aparato legal para que a segurança do paciente se efetive, a literatura aponta que no Brasil, ela ainda não é bem estabelecida na APS, e que as investigações realizadas sobre a temática enfocam principalmente a assistência hospitalar, possivelmente devido à maior densidade tecnológica e complexidade dos cuidados, subestimando assim, a frequência e a gravidade de eventos adversos em outros serviços (SANTOS *et al.*, 2023).

Adicionalmente, a despeito do aumento no número de estudos relacionados ao tema nos últimos anos, ele parece ser ainda pouco disseminado entre os enfermeiros participantes deste estudo (PEGORARO ALVES-ZARPELON; PIVA KLEIN; BUENO, 2022). Nas falas de alguns entrevistados, observou-se a falta de conhecimento sobre o assunto, consoante aos achados de um estudo que analisou o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca das práticas de segurança do paciente na APS e identificou que a maioria dos profissionais compreendia de maneira diversa a segurança do paciente, associando-a com a humanização do atendimento, com pouca argumentação específica sobre a temática (MESQUIRA *et al.*, 2020).

A este respeito, Reason afirma que a segurança em uma organização é geralmente avaliada pela quantidade e pela gravidade dos eventos negativos que ela experimenta (REASON, 2000b). Nesse sentido, a compreensão limitada dos profissionais atuantes na APS sobre segurança do paciente e a subnotificação de eventos adversos pode contribuir para uma percepção de riscos que pode não corresponder à realidade destes serviços de saúde (ROCHA; VIANA; VIEIRA, 2021; SANTOS *et al.*, 2023).

Acrescenta-se que quanto maior for o conhecimento sobre segurança em uma organização, maior será a probabilidade de se criar e manter uma cultura segura, que reconhece os limites entre a segurança relativa e os perigos e que se configura como o produto de um esforço contínuo (REASON, 2000b).

Face à incipiência referida pelos enfermeiros, os depoimentos indicam que a segurança do paciente na APS ocorre de forma empírica, indireta ou pouco sistematizada, diferentemente do que se pratica nos hospitais, que se utilizam de protocolos, POPs, *checklists* entre outros instrumentos de sistematização com vistas à qualidade e segurança da assistência (SALES, C. *et al.*, 2018). Ressalta-se que não foram citados nas falas dos enfermeiros, os protocolos básicos de segurança do

paciente, que são recomendados pelo PNSP e pela OMS, dado o baixo investimento necessário para a sua implantação e a magnitude de erros que sua ausência pode acarretar (BRASIL, 2013a).

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado com profissionais de saúde das equipes da APS de um município de médio porte do interior da Bahia, em que se identificou que as ações voltadas à prevenção de incidentes advinham de iniciativas individuais dos profissionais de saúde, de acordo com o seu conhecimento, haja vista que não havia, no município em estudo, a implantação de práticas estruturadas para a segurança do paciente (ROCHA; VIANA; VIEIRA, 2021).

Um estudo realizado entre os anos de 2014 e 2015 avaliou a utilização dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) na prática profissional da equipe de enfermagem em unidades de saúde vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de um município do interior paulista e identificou que a maioria dos profissionais reconheceu que os POPS contribuem para a segurança do paciente e para a segurança do profissional no desenvolvimento das intervenções, no entanto, a falta de atualização e a escassez de tempo para consulta aos mesmos foram fragilidades relatadas na sua implementação (SALES, O. *et al.*, 2018).

Também não se identificou nas falas dos participantes, menção aos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e tampouco, à notificação de eventos adversos nos serviços onde atuavam. Um enfermeiro expressou a inexistência de um núcleo de apoio à segurança do paciente, o que corrobora a incipiência do tema, haja vista ser o NSP, a instância responsável por promover e apoiar a segurança do paciente nas instituições de saúde, por meio da elaboração do plano de segurança do paciente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2016).

6.2.2 Condições latentes: riscos à segurança do paciente na APS

No segundo tema, as falas dos entrevistados apontaram para condições preexistentes nas unidades da APS e que podem representar riscos à segurança do paciente. Estas condições correspondem às condições latentes, que segundo Reason, dizem respeito a problemas já existentes no sistema, que podem permanecer ocultos por certo tempo e se tornarem evidentes quando combinados com circunstâncias locais e falhas ativas (REASON, 1990, 2000b, 2005).

Destarte, os entrevistados apontaram que a estrutura física inadequada, a demora no acesso a atendimentos e exames, a falta de conhecimento e capacitação profissional e a falta de apoio institucional são condições que favorecem a ocorrência de falhas na segurança do paciente.

Uma revisão integrativa realizada em 2020 identificou na literatura os principais fatores contribuintes para ocorrência de eventos adversos na APS, e apontou que muitos são resultados de uma combinação multifatorial em que um fator se deriva de outro que foi previamente negligenciado. A exemplo, um mobiliário avariado, isoladamente, não causa um dano, mas combinado ao atendimento de um idoso com dificuldades físicas, pode acarretar em quedas e lesões (SANTOS *et al.*, 2023).

Especificamente sobre a estrutura física como condição latente que pode representar risco ao paciente na APS, conforme apresentado no subtema “Estrutura física inadequada: risco para a segurança do paciente”, sabe-se que a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, do ano de 2002 estabelece as especificações técnicas para os projetos físicos de estabelecimentos de saúde e que o Ministério da Saúde disponibiliza um manual de orientações que contempla o planejamento, a programação, a formulação de projetos para construção e reforma e até mesmo a escolha de imóveis a serem locados para o funcionamento das UBS (BRASIL, 2002, 2006).

Entretanto, reconhece-se que comumente, as UBS apresentam problemas estruturais como falta de acessibilidade, inadequações nos pisos, sinalizações e falta de manutenção e que tais situações influenciam diretamente a segurança do paciente (SILVA *et al.*, 2016).

Nesse contexto, os participantes ressaltaram que as inadequações na estrutura física podem contribuir para o risco de quedas, que consistem em um dos eventos adversos mais comuns, e que podem ser mitigados não só por meio de programas de prevenção, mas também pela adoção de intervenções na infraestrutura física (SILVA *et al.*, 2016).

Destaca-se que as entrevistas foram realizadas com enfermeiros de estados e municípios distintos, e que grande parte relatou enfrentar problemas com a estrutura física das unidades, o que pode indicar ser um problema comum na APS brasileira.

Um estudo realizado em 2014 avaliou a infraestrutura das unidades de saúde da família e os equipamentos para ações na Atenção Básica em uma cidade de Minas Gerais. Obteve-se uma avaliação negativa pelas equipes de saúde da família evidenciando infraestrutura frágil e insuficiência de recursos materiais, capazes de prejudicar o desenvolvimento das ações na AB e de limitar o potencial dos serviços e a qualidade da atenção (MOREIRA *et al.*, 2017).

Sabe-se que no Brasil há um número significativo de UBS que funcionam em estruturas inapropriadas (BRASIL, 2008). Estudos apontam que as dificuldades estruturais, as condições das edificações e a carência de insumos repercute na segurança do paciente e predispõe à ocorrências de falhas no processo de cuidar (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015; SILVA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2022).

Diferentemente, um estudo realizado na Espanha descreveu a epidemiologia dos incidentes de segurança do paciente na APS e apontou que, os associados à infraestrutura e às instalações foram relativamente incomuns. Nesta realidade específica, os eventos adversos relatados com maior frequência foram aqueles relacionados ao manejo clínico-administrativo, procedimentos de gerenciamento clínico e medicamentos (GENS-BARBERÀ *et al.*, 2021).

Os enfermeiros participantes também abordaram que por se tratar de um ambiente de saúde, as unidades da APS são, por natureza, ambientes contaminados. Isso, aliado aos espaços físicos de pequenas dimensões, à falta de estrutura para higienização das mãos e para o descarte de materiais e ao fluxo intenso de pessoas, pode acarretar risco de infecção.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de que os espaços sejam adequados à realidade local, ao número e particularidades dos usuários do serviço e às atividades realizadas (BRASIL, 2006b). De acordo com a RDC nº 50, elementos como os padrões de circulação nos estabelecimentos, de transportes de materiais e de resíduos, de renovação e controle das correntes de ar, assim como a facilidades de limpeza das superfícies são componentes arquitetônicos que se relacionam ao controle de infecções (BRASIL, 2002).

Adicionalmente, a referida Resolução apresenta a obrigatoriedade de provisão de lavatórios ou pias para uso da equipe de assistência nos estabelecimentos em que o paciente for tocado, examinado, manipulado, medicado ou tratado (BRASIL, 2002). Isso porque a higienização das mãos com água e

sabonete ou com preparação alcoólica é uma das medidas mais importantes para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo considerada pela OMS como primeiro desafio Global para a Segurança do Paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Destarte, a prática da higienização das mãos em momentos recomendados da assistência à saúde é capaz de salvar milhões de vidas todos os anos e deve ser implementada nos locais onde se presta o cuidado à saúde de pacientes ou grupos específicos da população (PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

Dentre os contextos de assistência não hospitalar, a APS se caracteriza por concentrar o maior quantitativo de atendimentos de saúde no país (BRASIL, 2012). Nela, são comumente realizados procedimentos com certo grau de invasividade, como coleta de exames colpocitológicos, glicemia capilar, inalações, curativos, administração de injetáveis, procedimentos odontológicos, entre outros (PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014).

Vale ressaltar que a adesão à higienização das mãos conforme recomendado pela OMS só é possível se o estabelecimento de saúde garantir uma infraestrutura adequada, com disponibilidade de pias e fornecimento permanente de sabão, toalhas descartáveis e preparação alcoólica nos pontos de assistência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

Frente ao exposto, percebe-se que a estrutura física pode consistir em um desafio à assistência segura. Nesse sentido, um estudo apontou como recomendação estratégica para fortalecer APS no Brasil, a necessidade de se garantir uma estrutura física adequada, que proporcione ambiência e conforto e que contemple os insumos necessários para o funcionamento das unidades (MOREIRA, 2017; TASCA *et al.*, 2020).

No segundo subtema, “Comunicação ineficaz com os pacientes e entre a equipe de saúde”, os enfermeiros abordaram que as dificuldades de comunicação, tanto dos pacientes para os profissionais de saúde como o oposto e ainda, dentro da própria equipe podem ser um risco à assistência segura.

Apontada como um dos principais fatores para a ocorrência de eventos adversos na atenção a saúde, a comunicação ineficaz traz riscos consideráveis aos pacientes e profissionais (BAGNASCO *et al.*, 2013; DALLA NORA; BEGHETTO, 2020; LANG, 2016). Estima-se que grande parte dos incidentes ocorridos na APS

estejam relacionados às deficiências na comunicação e na transferência de informação (AURAAEN; SLAWOMIRSKI; KLAZINGA, 2018).

Frente ao exposto, segundo os relatos dos entrevistados, a comunicação deve ser clara e acessível para que o paciente possa compreender, assimilar e ser proativo no seu tratamento, o que nem sempre ocorre.

Revisão integrativa de literatura sobre os fatores contribuintes à ocorrência de eventos adversos na APS destacou a problemática da comunicação entre os profissionais e pacientes, entre a equipe, mas principalmente entre os diferentes setores de saúde como capazes de provocar eventos adversos que inclusive, podem resultar em óbito (SANTOS *et al.*, 2023).

Coaduna com o exposto, os achados de um estudo que apontou as falhas de comunicação com o paciente, interprofissional e na rede de atenção à saúde como causas de eventos adversos que resultaram em danos aos pacientes na APS, cuja gravidade variou de danos mínimos a óbito (MARCHON; MENDES-JUNIOR, PAVÃO, 2015).

No terceiro subtema, “Demora no acesso a atendimentos e exames e o risco de agravamento das condições de saúde do paciente”, as falas dos participantes remeteram às dificuldades de se conseguir o acesso a consultas e exames de maneira tempestiva, mencionando a possibilidade de enfrentarem uma fila de espera.

A demora no atendimento é uma questão multifatorial que pode estar relacionada com o processo de regulação nos serviços de saúde, com a relação entre a oferta e a demanda por atendimento e com o subfinanciamento do SUS, e prejudica a garantia, a ampliação e a efetividade do acesso aos serviços de saúde (VIACAVA *et al.*, 2018). Nesse contexto, a espera pelo acesso à atendimentos e diagnóstico quase sempre influencia na evolução da condição de saúde e por conseguinte, no prognóstico e na qualidade de vida de pacientes (FARIAS *et al.*, 2019).

Esta percepção de risco referida pelos enfermeiros é corroborada por um estudo que avaliou a ocorrência de incidentes no cuidado à saúde ao paciente na APS brasileira em Unidades de Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro, e identificou que a demora nos exames, a demora no acesso à consulta com especialistas e no resultado de biópsia acarretou em danos moderados ou permanentes aos pacientes (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015).

Para mais, uma pesquisa realizada no estado do Recife revelou diferentes barreiras de acesso à APS, adiando o atendimento oportuno e, conseqüentemente, prolongando o sofrimento da população. Fatores estruturais, como a ausência de profissionais, a insuficiente oferta de consultas e exames especializados, aliados à própria dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde, constituem obstáculos reais que o usuário enfrenta na busca pelo cuidado contínuo e integral no SUS (SOUSA *et al.*, 2014).

Destarte, o tempo de espera pode ser utilizado como indicador da qualidade dos serviços, uma vez que se relaciona com a capacidade de resposta do sistema às necessidades de atenção à saúde da população (FARIAS *et al.*, 2019).

No quarto subtema, “Falta de conhecimento e capacitação profissional: uma ameaça ao cuidado seguro” apresenta-se outra condição latente referida pelos enfermeiros como capaz de expor o paciente à riscos. Os entrevistados relataram que existem lacunas no conhecimento, tanto no que diz respeito à segurança do paciente e aos riscos aos quais eles podem estar expostos na APS, como também quanto aos conhecimentos técnico-científicos necessários para a assistência à população.

Estas lacunas de conhecimentos podem incorrer no que Reason define como equívocos ou enganos, que são erros de julgamento associados ao planejamento da tarefa ou à solução de um problema (REASON, 2004). Isso porque na ausência de conhecimentos suficientes pode-se tomar decisões embasadas em premissas não verdadeiras ou ainda, sem que se considere adequadamente a situação (NASCIMENTO, 2019).

Nesse sentido, fragilidades na formação e na experiência profissional são fatores latentes comumente associados à ocorrência de erros no contexto da saúde (BEUZEKOM *et al.*, 2010). Estudos retratam que é comum a ocorrência de alguma falha na assistência, proveniente de erros de conhecimentos, competências e habilidades dos profissionais envolvidos, seja por equívocos na execução de um cuidado ou por falhas na estratificação de risco (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015; SILVA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2022).

Especificamente sobre os riscos, a falta de conhecimento dos profissionais pode estar relacionada à percepção de incipiência do tema no âmbito da APS, conforme apresentado no primeiro tema, a qual pode implicar na errônea impressão de que esse nível de atenção está isento de erros.

Os entrevistados também mencionaram a necessidade de se ter uma gestão que pense nas ações para fomentar a segurança do paciente no âmbito da APS, sendo o oposto, também referido como uma condição latente que pode implicar em riscos, conforme apresentado no quinto subtema, denominado “Falta de apoio institucional: condição latente para a ocorrência de falhas na segurança do paciente”.

Isso porque o apoio administrativo e gerencial no ambiente de trabalho, as restrições financeiras e a estrutura organizacional e política são apontados como fatores que influenciam a prestação de cuidado. Dessa forma, o comprometimento institucional, a disseminação desses conceitos entre toda a equipe e a adoção das práticas profissionais seguras são essenciais para a implementação do PNSP nos serviços do país (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017a).

Nesse contexto, destaca-se a importância da implantação dos NSP como primeira instância a gerir o risco, rever e alinhar os processos de trabalho às práticas de segurança e disseminar a cultura de segurança na organização (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2016). No Brasil, o NSP é órgão obrigatório nos diferentes serviços de saúde, mas ainda distante de se concretizar no contexto da APS, haja vista que apenas 0,97% dos NSP cadastrados na ANVISA em 2023 estão vinculados à UBS e à ESF, evidenciando uma fragilidade na formalização da segurança do paciente nestes cenários (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2023a).

Pondera-se que a segurança do paciente deve ser um objetivo comum entre os gestores e os profissionais envolvidos na assistência direta e nesse sentido, a incompatibilidade de objetivos também é referida na literatura como uma condição latente que pode propiciar conflitos, situações inadequadas e erros (BEUZEKOM *et al.*, 2010).

Corroborando o exposto, um estudo realizado com enfermeiras da APS de Teresina, Piauí, também relatou a importância do apoio da gestão para a redução do risco de eventos adversos, uma vez que contribui para as condições de resolutividade dos problemas, principalmente os relativos à pessoas, insumos, consultas e regulações (SANTOS *et al.*, 2019).

Importante ressaltar que para Reason (2000a), as diferentes condições latentes podem advir de decisões gerenciais. O autor as compara à patógenos nos sistemas, que podem se traduzir em condições que provocam erros no local

de trabalho, como é o caso da pressão de tempo, da falta de pessoal, dos equipamentos inadequados e da inexperiência, e que podem criar fraquezas nos sistemas, procedimentos impraticáveis, deficiências de projeto de construção, entre outros.

Entender que estas condições podem ser identificadas e saneadas antes que um evento adverso ocorra leva a uma prática de gerenciamento de riscos proativa, ao invés de agir apenas reativamente, quando os problemas ocorrem (REASON, 2000a).

Para mais, a análise das falhas latentes dentro de uma organização de saúde deve ter o intuito de contribuir para a prevenção e a redução dos erros, visto que não se pode modificar a condição humana de ser falível, mas as condições com as quais pessoas trabalham podem ser alteradas com vistas à segurança (REASON, 2000a).

6.2.3 Falhas ativas: riscos à segurança do paciente na APS

O terceiro tema se fundamenta na percepção dos participantes do estudo acerca das atitudes inseguras dos profissionais de saúde que podem implicar em riscos aos pacientes no contexto da APS.

Estas atitudes inseguras, denominadas falhas ativas, segundo Reason são atos inseguros cometidos por pessoas que estão em contato direto com o paciente ou sistema. Se apresentam como deslizos, lapsos, falhas e violações processuais e desencadeiam um impacto direto e geralmente de curta duração na integridade das defesas dos sistemas, gerando um gatilho imediato para a ocorrência de erros (REASON, 2000a). Na área da saúde, as falhas ativas ocorrem quando por exemplo, um profissional decide não usar os EPIs, não seguir os protocolos, ou qualquer outra prática que seria necessária para a realização de um cuidado seguro.

Destarte, no primeiro subtema, “Identificação insegura do paciente”, os enfermeiros, em suas vivências, reconheceram que podem ocorrer falhas na identificação dos pacientes, o que os deixa suscetíveis a serem confundidos e submetidos a consultas e procedimentos equivocadamente.

Nesse sentido, a OMS alerta que as falhas em identificar corretamente os pacientes consistem na causa raiz de inúmeros eventos adversos nos serviços de

saúde, sendo que melhorar esta prática é uma meta internacional de segurança desde 2003, quando o primeiro conjunto de metas entrou em vigor (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

No Brasil, a RDC nº 36/2013 dispõe sobre as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e afirma ser mandatório que todos os serviços de saúde adotem protocolo de identificação do paciente (BRASIL, 2013b).

No entanto, dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2023c) referentes aos eventos adversos notificados pelos serviços de saúde no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária, no período compreendido entre julho de 2022 a junho de 2023, apontam as falhas na identificação do paciente como o sétimo tipo de incidente registrado com maior frequência.

Um estudo realizado em Manaus identificou os incidentes de segurança do paciente na APS e apontou a ocorrência de erros administrativos relacionados a falhas na identificação e troca de prontuário entre usuários (AGUIAR *et al.*, 2020). Estes achados coadunam com os resultados do presente estudo, em que os enfermeiros relataram erros em procedimentos em decorrência da identificação inadequada de paciente, e relatam ainda, a realização de consultas com prontuários trocados, de outras pessoas.

Neste estudo, também ficou evidente a partir das falas dos entrevistados, que os “Erros na administração de medicamentos e vacinas”, conforme se intitula o segundo subtema, são frequentes e que os incidentes podem acontecer desde a prescrição, transcrição, dispensação até a administração da droga.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, práticas de medicação inseguras e erros de medicação são uma das principais causas de danos evitáveis nos sistemas de saúde, implicando em um custo global estimado de US\$ 42 bilhões anualmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Estudos apontam que as falhas relacionadas à administração de medicamentos têm assumido o protagonismo dos incidentes evitáveis na APS (ARANAZ-ANDRÉS, 2012; GENS-BARBERÀ *et al.*, 2021; PANAGIOTI *et al.*, 2019). Estes incidentes possuem como fatores contribuintes, a indisponibilidade da medicação nas unidades, as falhas na prescrição, na dispensação e na orientação do paciente quanto ao uso e ainda, os erros na administração dos medicamentos propriamente dita, em consonância com o relatado pelos participantes (MARCHON; MENDES-JUNIOR, PAVÃO, 2015).

Especificamente, os erros de imunização também foram citados pelos enfermeiros e podem influir negativamente na saúde da população, interferindo no cumprimento do esquema vacinal e colocando em risco o controle das doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2020).

Um estudo realizado em Minas Gerais a partir dos erros notificados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (PNI) entre 2015 e 2019, apontou que o mais frequente foi a administração de vacina em divergência à idade recomendada, seguido por erros de administração e de conferência da data de validade, entre outros (DONNINI *et al.*, 2022).

Vale ressaltar que a literatura tem apresentado aumento de publicações internacionais e nacionais sobre erros de imunização, principalmente após o advento da pandemia de COVID-19, em que foi necessário realizar a vacinação de um grande contingente de pessoas em curto espaço de tempo (BRASIL, 2021; INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE, 2021). Este risco também foi referido pelos participantes que relataram erros na administração de vacinas contra o coronavírus e os relacionaram à variedades de vacinas e diferenças de imunizantes de acordo com as faixas etárias.

Por fim, o terceiro subtema, “Deslizes e violações na conduta dos profissionais: contribuição para a ocorrência de erros” apresenta a percepção dos enfermeiros de que o paciente também pode estar exposto a riscos associados à tais situações. Assim, relataram vivências de falta de atenção, negligência no uso de equipamentos de proteção individual e na adoção de medidas de prevenção de infecções, as quais se caracterizam, respectivamente como deslizes e violações, que expõem o paciente a risco. Fica evidente nas falas dos entrevistados que com o passar do tempo, alguns profissionais vão perdendo o medo e acabam violando técnicas e procedimentos.

Uma pesquisa que analisou os incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária identificou o déficit de atenção dos profissionais como uma das situações que pode contribuir para o erro (SANTOS, 2022). Segundo Reason (2009), deslizes são identificados eminentemente em atividades rotineiras. Geralmente eles ocorrem de forma involuntária e inconsciente e estão associados a falhas na atenção, principalmente em atividades realizadas de forma automática. Os deslizes provavelmente representam a maior ameaça para a segurança do paciente, uma vez que muitas das atividades desempenhadas pelos profissionais de saúde são

realizadas de forma automática, predispondo sua ocorrência (REASON, 2008; WACHTER, 2013).

Já as violações são consideradas são ações voluntárias que, ao se distanciarem daquilo que está prescrito nas normas, geram riscos ao paciente. Estas, embora sejam intencionais, normalmente não ocorrem pela pretensão de causar danos, mas geralmente, para diminuir o tempo para a realização de uma atividade, o que termina por desviá-la do curso esperado (REASON, 2005).

Um estudo analisou incidentes de segurança ocorridos com os pacientes durante o cuidado de enfermagem em um hospital universitário do sul do Brasil e identificou que 17% deles tiveram como causas, a violação de procedimento operacional ou de rotina, ainda que de forma isenta de maldade (HOEFEL *et al.*, 2017). Outro estudo, também realizado em âmbito hospitalar, especificamente em unidade de terapia intensiva relatou a ocorrência de violações realizadas por enfermeiros no que diz respeito aos equipamentos, incluindo a ausência de checagem das baterias antes da utilização e a inativação de alarmes clínicos (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Ainda que não tenham sido encontrados estudos abordando, de forma específica, as violações nos cuidados ao paciente na APS, as falas dos participantes revelam sua ocorrência. Por se tratar de uma conduta dos profissionais, infere-se que podem ocorrer nos mais diferentes ambientes de trabalho.

Nesse sentido, faz-se relevante compreender o contexto em que essas violações ocorrem e os fatores profissionais, organizacionais e culturais que influenciam o comportamento dos profissionais e motivam-nos a realizá-las (RIBEIRO *et al.*, 2017).

6.2.4 Promoção da segurança do paciente: ações de enfermeiros para interposição de barreiras aos erros e eventos adversos

No último tema, os enfermeiros relataram ações promovidas por eles na tentativa de promover a segurança do paciente e, por conseguinte, evitar a ocorrência de eventos adversos. Estas abarcaram as ações educativas, as ações para a identificação correta do paciente, as ações para a prevenção de erros na administração de medicamentos e vacinas, a atuação frente à melhoria da estrutura

física e o risco de quedas, as ações para a prevenção de infecções e ainda, a integração da equipe multiprofissional.

Estas ações empreendidas pelos enfermeiros, em analogia ao modelo do Queijo Suíço de James Reason, podem ser entendidas como salvaguardas ou barreiras aos “buracos” que simbolizam as falhas ativas e latentes presentes em seu contexto de atuação.

Assim, Reason (2005) considera tais barreiras como defesas ou medidas de proteção, que podem ser categorizadas de acordo com a sua aplicação: barreiras “*hard*” têm a função de alertar, a exemplo de barreiras físicas, dispositivos de alarme, portões e equipamentos de proteção individual e as barreiras “*soft*” referem-se a regras, regulamentos, formação, supervisão, controle administrativo entre outros.

Destarte, no primeiro subtema, os participantes discorreram sobre a implementação de ações educativas para profissionais e pacientes como medida de prevenção de eventos adversos. Estas ações incluíram as capacitações para a equipe e as atualizações e orientações sobre a segurança do paciente nas UBS a fim de informar e educar a população. Os enfermeiros relataram ainda ações educativas também nos domicílios, em que fornecem orientações simples, principalmente aos idosos, considerando que a maioria dos incidentes são evitáveis.

As ações educativas têm como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012). Outrossim a educação permanente em saúde se configura como aprendizagem no trabalho individual, coletivo e institucional, em que o aprender e o ensinar se incorporam nas tarefas cotidianas e proporcionam reflexões sobre o processo de trabalho e sobre possíveis transformação das práticas em serviço (BRASIL, 2018).

Um estudo realizado entre os anos de 2018 e 2019 analisou a implicação do processo de educação permanente para o desenvolvimento das melhores práticas em enfermagem na APS e identificou que a enfermagem reconhece que o cuidado qualificado só é possível mediante o constante aprimoramento da equipe por meio da educação (VENDRUSCOLO *et al.*, 2021). Especificamente, a educação sobre segurança do paciente se avulta como uma prática fundamental para a qualificação dos trabalhadores sobre a temática, na tentativa de consolidação da cultura de segurança (MESQUITA *et al.*, 2020).

Complementa-se que a educação, particularmente no que diz respeito à segurança do paciente não deve se restringir aos profissionais, haja vista que o Plano de Ação Global para Segurança do Paciente 2021-2030, entre seus princípios norteadores, inclui o engajamento de pacientes e familiares enquanto parceiros no cuidado seguro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Destarte, a relevância do envolvimento dos pacientes e familiares é salientada pelo tema da campanha global para a segurança do paciente de 2023, denominada "Engajamento de pacientes pela segurança do paciente", com o lema "Eleve a voz dos pacientes!", em reconhecimento ao seu papel crucial na segurança dos cuidados de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2023b).

Isso porque os pacientes e familiares possuem uma visão abrangente sobre os cuidados e assim, são capazes de atuar como observadores das condições clínicas, de reportar o surgimento de novas necessidades, bem como de identificar situações que podem passar despercebidas pelos profissionais de saúde e incorrer em riscos (VILLAR; MARTINS; RABELLO, 2023; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Contudo, o envolvimento ativo dos pacientes, familiares e cuidadores nos cuidados de saúde e em prol da segurança só é possível com informação e conscientização, o que foi abordado nas falas dos participantes do estudo, ainda que de forma superficial (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2023b; ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

No segundo subtema, os enfermeiros apontaram como ações para a promoção da segurança do paciente, aquelas voltadas à sua correta identificação. Nas falas, apreendeu-se a preocupação com a conferência dos dados pessoais antes de qualquer procedimento, por meio de dois identificadores, como por exemplo, o nome completo, a data de nascimento ou o nome da mãe, assim como o envolvimento dos pacientes no processo de identificação, consonante ao proposto pelo Protocolo de Identificação do Paciente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c).

No âmbito da APS, a identificação do paciente está associada a diversas atividades, como o cadastramento, o agendamento de consulta, as visitas domiciliares, a realização de exames e procedimentos e a dispensação e administração de medicamentos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007). Esta é de responsabilidade multiprofissional e perpassa aspectos estruturais relativos à identificação de prontuários e pastas, de cultura organizacional

com estímulo à conferência dos dados para a realização de qualquer ação e ao engajamento e participação do paciente e familiar no processo de identificação (PEGORARO ALVES-ZARPELON; PIVA KLEIN; BUENO, 2022).

Embora pareça um processo simples, falhas na identificação de pacientes são frequentemente relatadas como causas raiz de eventos adversos. Assim, a adoção de mais de um identificador, a educação dos profissionais de saúde quanto ao processo de identificação de pacientes e o investimento em ferramentas tecnológicas que incrementem a acurácia do mesmo podem constituir barreiras para a prevenção de erros com consequências imprevisíveis, uma vez que podem levar pacientes a receberem diagnósticos ou tratamentos incompatíveis com sua condição clínica (LIPPI *et al.*, 2017).

No terceiro subtema, apreendeu-se ações para a prevenção de erros na administração de medicamentos e vacinas. Os enfermeiros participantes do estudo expressaram o cuidado no armazenamento das medicações, as orientações à equipe e a conferência dos dados de identificação antes da administração dos medicamentos e vacinas. Na ausência do farmacêutico referiram avaliar as receitas logo na saída do consultório médico, na tentativa de identificar erros de prescrição. As falas dos entrevistados demonstraram cuidado especial nas salas de vacinas, uma vez que a variedade de vacinas e os públicos diversos podem facilitar a ocorrência de erros.

Os participantes do estudo não fizeram menção a orientações aos pacientes sobre o uso correto das medicações prescritas, prática relevante para se evitar falhas, particularmente, quanto ao seu uso no domicílio (BRASIL, 2013d). Igualmente, não foram identificados relatos sobre o uso de tecnologias na prescrição das medicações, conforme recomenda o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, as quais embora não sejam a realidade de todas as unidades de APS do território nacional, podem contribuir para prevenir erros relacionados à incompreensão da grafia, como também, para interceptar possíveis falhas relacionadas à incompatibilidades de medicamentos, alergias, doses equivocadas, entre outros (BRASIL, 2013d).

Acrescenta-se que em 2017, a OMS elegeu como terceiro desafio global de segurança do paciente, a “Medicação sem Danos”, que também foi tema da campanha global em 2022 e objetiva reduzir em 50%, os danos graves e evitáveis relacionados a medicamentos. Propõe-se que esta redução advenha do

desenvolvimento de sistemas de saúde mais seguros, com a implementação de barreiras aos erros em cada etapa do processo de medicação, incluindo a prescrição, a distribuição, a administração, a utilização e o monitoramento (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2023c; SOCIEDADE BRASILEIRA PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE (SOBRASP), 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Concernente ao risco de quedas, abarcado no quarto subtema, os enfermeiros demonstraram preocupação principalmente com as pessoas idosas, buscando sempre ampará-las e auxiliá-las durante sua permanência dentro da unidade, com olhar atento às questões de estrutura física que possam levar a ocorrência de algum incidente. Contudo, os enfermeiros relataram a pouca governabilidade no que tange às questões estruturais, por se tratar de uma responsabilidade da gestão municipal.

Ressalta-se que as quedas estão entre os principais eventos adversos a serem prevenidos em instituições de saúde e estão associadas a fatores intrínsecos ou extrínsecos, os últimos, relacionados à falta de segurança no ambiente, como piso escorregadio, pouca iluminação e falta de barras de apoio (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017b). Dados apresentados no relatório nacional de incidentes relacionados à assistência à saúde apontaram que no período de 2014 a 2022, do total de incidentes notificados as quedas ocuparam a quinta posição e a terceira causa de incidentes que resultaram em óbitos, o que corrobora a importância de medidas para a sua prevenção em todos os estabelecimentos de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2023c).

Complementa-se que as falas dos participantes remeteram a medidas pontuais frente ao risco de quedas. Contudo, ações para a prevenção de quedas na APS podem contemplar a avaliação do risco por meio de escalas, a sinalização dos prontuários dos pacientes quanto ao risco, o envolvimento dos usuários, familiares e/ou cuidadores no processo de prevenção de quedas e o estímulo ao uso de calçados adequados e de dispositivos auxiliares de marcha sempre que forem necessários. Acrescenta-se ainda, os cuidados relativos à estrutura física, tais como a instalação de pisos antiderrapantes e nivelados, de rampas e de barras de apoio, e a sinalização visual de áreas molhadas ou escorregadias (MAI; CICONET; MICHELETTI, 2020).

No quinto subtema os enfermeiros referiram empreender ações para a prevenção de infecção e apresentaram preocupação com a limpeza das UBS, com orientações ao pessoal responsável sobre a importância de se manter o ambiente limpo e organizado, e com a adoção das técnicas corretas de higienização dos mobiliários e das macas, dos consultórios e das salas de procedimento. Quanto aos materiais e equipamentos referiram se certificar dos indicadores químicos e biológicos de monitoramento de esterilização de materiais quando esses estão disponíveis nos serviços.

Outra prática citada pelos enfermeiros na tentativa de reduzir o risco de infecção foi o uso de EPIs. No entanto, a ação mais enfatizada pelos mesmos como barreira às infecções foi a higienização das mãos.

Desde 1846, a higienização apropriada das mãos é reconhecida mundialmente como a mais importante medida para reduzir a transmissão das IRAS (NOGUERAS, *et al.*, 2001). Dada a sua importância, integrou o primeiro desafio global para a Segurança do Paciente no ano de 2005, cujo tema foi “Cuidado Limpo é Cuidado Seguro” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Apesar da sua relevância como barreira à ocorrência de infecções, sabe-se que os níveis de adesão à higienização das mãos ainda é sub-ótimo. A exemplo, um estudo realizado em 3.206 unidades de saúde de 90 países identificou que mais da metade das unidades alcançaram nível intermediário de implementação da higienização das mãos (KRAKER *et al.*, 2022).

No cenário nacional e especificamente na APS, um estudo realizado no nordeste brasileiro, avaliou a administração de imunobiológicos em salas de vacina de uma UBS, por meio de observação sistemática e constatou que em 100% dos atendimentos, não ocorreu a higienização das mãos antes dos procedimentos, o que explicita se tratar de um desafio ao cuidado seguro (DUTRA *et al.*, 2019).

Por fim, outra ação apontada como promotora da segurança do paciente pelos enfermeiros foi a integração da equipe com o desenvolvimento do trabalho em conjunto com os médicos, os técnicos de enfermagem e com os agentes comunitários de saúde, conforme retratado no sexto subtema.

Consoante às falas dos enfermeiros, o trabalho em equipe, baseado em uma abordagem colaborativa com metas em comum é referido como uma rede de segurança, capaz de aumentar a compreensão dos riscos e a detecção e interceptação de falhas clínicas individuais antes que atinjam o paciente (DAL PAI *et*

al., 2020). Corroborando o exposto, um estudo de revisão sistemática de literatura, apontou que o trabalho em equipe pode repercutir em melhorias nos processos clínicos com maior conformidade às diretrizes que os norteiam e no aumento da segurança do paciente, com conseqüente redução de eventos adversos (COSTAR; HALL, 2020).

Pondera-se que o trabalho em equipe é componente fundamental para que a cultura de segurança se efetive. Trata-se, portanto, de um grande desafio para a assistência segura na APS, uma vez que sem a integração dos profissionais que nela atuam, reproduz-se um modelo de atenção fragmentado, que pouco contribui para o atendimento das demandas dos usuários e tampouco, para a prevenção de incidentes e eventos adversos (LEITE; FERNANDES; LORENZI, 2020).

Reflete-se, por fim, que os participantes do estudo elencaram outras falhas latentes e ativas, como a comunicação ineficaz, a demora no acesso a atendimentos e exames, a falta de apoio institucional e os deslizes e violações nos cuidados como risco para a segurança do paciente. Contraditoriamente, não abordaram medidas para interpor barreiras aos mesmos.

Nessa perspectiva, identificar as falhas ativas e latentes e aplicar barreiras para saneá-las consiste em uma forma de melhoria do sistema com vistas à segurança (WIEGMANN *et al.*, 2022). Em contrapartida, a ausência de medidas que possam interceptar estas falhas se configura como uma trajetória de oportunidade para que um incidente se efetive, colocando em risco a vida dos pacientes (REASON, 1990).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo respondeu seu objetivo de analisar a promoção da segurança do paciente segundo as vivências dos enfermeiros atuantes na APS, possibilitando a dialética destas vivências com o que dispõe a literatura sobre segurança do paciente e os pressupostos da Teoria do Erro Humano de James Reason.

Concernente à caracterização sociodemográfica e profissional, o predomínio de profissionais do sexo feminino reflete as raízes históricas e socioculturais da enfermagem, em que a cultura de cuidado e empatia estão fortemente associadas às mulheres. Nota-se que ao longo das últimas décadas, houve um aumento na diversidade de gênero na profissão, entretanto, ainda assim as mulheres se destacam na composição da força de trabalho da enfermagem.

A experiência profissional e a busca por aperfeiçoamento por meio de cursos de pós-graduação, identificadas entre os participantes, pode refletir na qualidade da assistência, pautada em embasamento científico. Nesse sentido, pondera-se que a área da saúde está em constante evolução e, acompanhar esses avanços é primordial na busca de um cuidado mais seguro, com impacto na redução de incidentes.

Observou-se nas falas dos participantes que a segurança do paciente, embora seja um tema de inquestionável relevância, parece ainda ser pouco discutido e abordado na APS, sendo atrelado principalmente à área hospitalar. Sinaliza-se, portanto, a necessidade de esforços para a disseminação do tema nesse nível de atenção, que parece ser subestimado e não ter o olhar que merece, ainda que seja a porta de entrada na rede de atenção e que concentre elevada quantidade de atendimentos à população.

Reflete-se que apesar de os cuidados à saúde acompanharem a história da humanidade, a discussão sobre os riscos aos quais os pacientes podem estar expostos quando recebem tais cuidados é relativamente recente. Mesmo em face da existência de documentos internacionais e nacionais que direcionam ações para a assistência segura, a exemplo do PNSP, sua efetiva implementação parece estar distante da realidade indicada pelos enfermeiros participantes do estudo.

Embora o PNSP clarifique que a segurança do paciente deva ser preocupação de todos os estabelecimentos de saúde, observa-se que os protocolos

e manuais não contemplam, de forma específica, as ações realizadas na APS, o que pode dificultar sua implantação e corroborar a equivocada percepção de que a segurança se aplica mais amplamente ao hospital. Mesmo com o crescente avanço nas publicações científicas relacionadas à APS, e após uma década da instituição do PNSP, observou-se, entre os profissionais atuantes, fragilidades no conhecimento sobre o mesmo.

Em relação às condições que favorecem o risco de eventos adversos, identificou-se a existência de falhas latentes e ativas, que combinadas, podem propiciar trajetórias de incidentes. Destarte, a Teoria de Reason explica que quase todos os incidentes ocorrem devido à combinação dessas duas condições, que isoladas, geralmente não têm impactos significativos, mas ao se alinharem provocam danos graves.

A inadequação da estrutura física das unidades de saúde foi mencionada como uma condição latente que implica em risco, uma vez que em sua maioria, as unidades funcionam em locais adaptados, geralmente, casas que não foram construídas para tal finalidade, ainda que se tenha um aparato legal sobre as normas para construção e reforma de estabelecimentos de saúde. Assim, a falta de acessibilidade, os mobiliários inadequados e a falta de pias ou locais adequados para a higienização das mãos podem concorrer para a ocorrência de incidentes como quedas e infecções.

Quando se trata de áreas rurais o cenário pode ser mais complexo, uma vez que os atendimentos acontecem em igrejas, bares, centros comunitários ou outros lugares cedidos pela comunidade. Esses locais representam um risco aos pacientes, mas em muitas localidades, as ações desempenhadas por essas equipes são a garantia de acesso a cuidados primários, e a capilaridade com que se organizam busca reduzir as disparidades regionais na saúde, melhorando significativamente a equidade no acesso aos serviços.

A comunicação ineficaz, tanto entre profissionais de saúde e pacientes como entre os próprios elementos da equipe de saúde também foi elencada como uma falha latente. Quando as informações não são transmitidas de forma precisa, oportunizam-se situações inseguras que podem implicar em atrasos e erros de diagnósticos, tratamento, entre outros. A literatura corroborou os achados, confirmando que os incidentes ocorridos na APS têm, em sua maioria, causa associada a falhas na comunicação e transferência de informações.

Outro fator latente apontado foi a demora no acesso a atendimentos médicos e exames, um problema crônico do SUS, relacionado ao desequilíbrio entre demanda e oferta de serviços. Trata-se de um desafio constante, para o qual se faz imprescindível a ampliação e a qualificação da oferta de exames e atendimentos complementares e o fortalecimento da comunicação entre os níveis assistenciais do SUS, com vistas a consolidar uma rede articulada, com melhoria dos fluxos assistenciais.

A falta de conhecimento e capacitação profissional, outra falha latente abarcada nas falas dos participantes é, de fato, uma ameaça significativa à segurança do paciente, haja vista que profissionais de saúde insuficientemente preparados ou mal informados podem cometer erros que colocam em risco a saúde e a vida daqueles que recebem seus cuidados. De maneira específica, a falta de conhecimentos sobre segurança do paciente também pode influenciar a percepção de riscos e consequente proposição de medidas para preveni-los.

Reason, em sua teoria, confirma que a falta de conhecimento pode levar à ocorrência de erros e nesse contexto, deficiências podem ser resolvidas com o apoio da gestão em relação à educação continuada e permanente dos profissionais, estimulando e facilitando o acesso ao conhecimento. Porém, não é isso o que se observou na vivência dos enfermeiros, uma vez que a falta de apoio institucional também foi elencada como falha latente.

Pondera-se que a segurança do paciente é uma responsabilidade compartilhada entre todos os que estão direta ou indiretamente envolvidos no cuidado, ou seja, gestão e profissionais. Entretanto, apreendeu-se a existência de cobranças por parte dos gestores, mas sem os incentivos e esforços para implementação de uma cultura de segurança. Coaduna o exposto, a ausência de menção dos participantes sobre os NSP e a escassez deles implantados na APS.

Reitera-se que os NSP são os responsáveis pelo planejamento da segurança do paciente e pela promoção da cultura de segurança e sua implantação perpassa a decisão gerencial e seu empenho para que a assistência segura seja uma prioridade institucional.

A possibilidade de ocorrência de falhas ativas também esteve presente nas falas dos participantes. Estas se relacionam a erros, enganos, equívocos e violações dos profissionais da ponta e para Reason, representam uma ameaça difícil de se gerenciar por estarem relacionadas a condições psicológicas individuais.

No presente estudo a identificação insegura do paciente foi abordada como uma falha ativa que repercute em uma sucessão de erros, a exemplo atendimentos e procedimentos realizados desacertadamente. Na APS o vínculo da equipe com a população é uma característica do serviço, mas em alguns casos o profissional pode confundir os nomes e as famílias; observou-se também um relato de identificação errada do próprio paciente, a fim de esconder um diagnóstico, situações que confirmam a importância de se certificar a identidade da pessoa antes de qualquer atendimento, ainda que a equipe conheça sua clientela.

Embora seja uma atividade simples e aplicável a qualquer estabelecimento de saúde, a identificação do paciente é apontada na literatura como causa-raiz de vários incidentes, o que pode sugerir que a mesma seja negligenciada em determinados cenários.

Outro risco apontado pelo presente estudo está relacionado aos erros na administração de medicamentos e vacinas, sendo esse, o principal incidente evitável na assistência à saúde. Os erros vão desde a prescrição, transcrição, dispensação e aplicação da droga. Identificou-se relato de renovação de receita pelo ACS, possivelmente para se evitar filas e deslocamento do paciente até a unidade, ação que em contrapartida, representa um risco, visto que podem existir falhas na transcrição.

Especificamente sobre a aplicação de vacinas, o presente estudo, em alinhamento à literatura, aponta para erros na administração de vacinas principalmente em faixas etárias indevidas. Esses erros ficaram mais evidentes após a pandemia da COVID-19, quando vários erros foram apontados pela mídia, expondo as fragilidades da atuação dos profissionais de enfermagem nesse procedimento.

Foram reportados no presente estudo, casos de deslizos e violações ocorridas na APS. Estas ações envolvem a consciência do profissional, que não almeja causar algum dano, mas desconsidera o risco. Infelizmente esses atos não são esporádicos, e acontecem muitas vezes em decorrência da falta de estrutura e de materiais apropriados, contexto em que são necessárias algumas adaptações para que se possa realizar determinado procedimento, bem como em face do quantitativo inadequado de profissionais na unidade, que leva à sobrecarga e pressão de tempo e pode estimular o profissional “pular” etapas em suas atividades.

As falas dos participantes sobre as violações também remetem à falta de comprometimento e ao excesso de confiança devido à prática profissional, afirmando que o profissional “perde o medo”.

De acordo com Reason, uma abordagem pessoal não seria suficientemente ampla para explicar a ocorrência de erros e consoante, o PNSP e a OMS contraindicam a culpabilização, uma vez que não contribui para a cultura de segurança. Assim, a abordagem do sistema leva em consideração a falibilidade humana e os defeitos do sistema que, juntos implicam em erros.

Assim, espera-se que os enfermeiros, ao identificar possíveis falhas latentes e ativas que possam repercutir em risco aos pacientes na APS, atuem direta ou indiretamente, na proposição de medidas que possam evitar que estes atinjam os pacientes. Reason, em seu modelo do Queijo Suíço refere as falhas como “buracos” em fatias de queijo, e tais medidas como “barreiras”.

Dentre as ações implementadas pelos enfermeiros para a promoção da segurança do paciente estão as atividades educativas para profissionais e pacientes a fim de fortalecer o cuidado seguro. Os achados deste estudo contemplam os encontrados na literatura, que apontam a educação como prática fundamental para a qualificação dos trabalhadores e na tentativa de consolidação da cultura de segurança. Outrossim, o engajamento dos pacientes e familiares é valorizado como uma alternativa para efetivação do cuidado seguro, sendo este o tema da campanha para a segurança do paciente do ano de 2023.

Outra barreira mencionada à ocorrência de erros foi a identificação correta dos pacientes. Na APS não se usam as pulseiras de identificação como nos hospitais, e a mesma é realizada de forma verbal, ou por meio da apresentação de documentos. O protocolo de identificação do Ministério da Saúde contempla ações a serem executadas em ambiente hospitalar e, embora possa ser adaptado à realidade institucional, não contempla especificamente a APS, o que pode dificultar a implementação padronizada do procedimento.

Segundo os relatos, os enfermeiros utilizam-se de ao menos dois dados, e em casos de dúvidas, reportam-se aos ACS, elo entre paciente e equipe.

Quanto aos erros relativos à administração de medicamentos e de vacinas, as ações arroladas pelos enfermeiros alinham-se às orientações do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos do Ministério da

Saúde, no que diz respeito à conferência de dados e ao uso de estratégias para a padronização dos processos.

Quanto ao risco de quedas, presente em todos os estabelecimentos de saúde incluindo a APS, os enfermeiros mencionaram apenas ações pontuais no sentido de apoiar os pacientes, principalmente os idosos nas dependências da unidade, bem como de identificar possíveis mobiliários danificados. Reflete-se que o Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde também se direciona aos serviços hospitalares e que a literatura aponta ações que não foram contempladas no estudo, como a uso de escalas para avaliação de risco e a sinalização em prontuários.

Embora os enfermeiros tenham afirmado a pouca governabilidade quanto à estrutura física das unidades, as demandas podem ser apresentadas aos gestores, no intuito de se viabilizar as adequações necessárias ao cumprimento das recomendações técnicas vigentes e para garantir a acessibilidade e segurança nas unidades.

Ações frente ao risco de infecção, atrelada ao ambiente em si e à estrutura física também foram contempladas nas falas dos enfermeiros. Assim, a manutenção do ambiente limpo e organizado, uso de EPIs adequados e a higienização das mãos, foram ações apontadas como barreiras, consideradas como medidas proativas a ocorrência de incidentes. Essas ações estão em consonância com o que é preconizado pela literatura, mas na prática, sabe-se que ainda se observam falhas na adesão às mesmas.

Por fim, a integração da equipe multiprofissional também foi referida pelos enfermeiros e coaduna com a literatura. Quando a equipe trabalha colaborativamente, as chances de identificação e de interceptação de erros são maiores, pois a diversidade de perspectivas e experiências aumenta a vigilância em relação à segurança do paciente.

Também, o trabalho em conjunto garante que os cuidados de saúde sejam coordenados, eficazes e centrados no paciente. No entanto, desafios relacionados à atuação em equipe são uma realidade nos estabelecimentos de saúde, uma vez que as mesmas, frequentemente se restringem ao mero agrupamento de profissionais de áreas distintas.

Apesar das ações realizadas pelos enfermeiros participantes do estudo para a promoção da segurança na APS, identificou-se condições latentes e falhas ativas para as quais não houve menção à interposição de barreiras, como é o caso da

comunicação ineficaz, da demora no acesso a atendimentos e exames, da falta de apoio institucional e dos deslizes e violações nos cuidados.

Nesse contexto, a comunicação eficaz da equipe poderia ser estimulada por meio de atividades educativas, como oficinas e dinâmicas que incentivem não apenas a emissão adequada da mensagem, como também a escuta ativa afim de promover o entendimento e continuidade do cuidado e a adoção de estratégias de confirmação de informações. E, no que concerne aos pacientes e familiares, a atenção à empatia, à linguagem acessível e clara e à solicitação de *feedback* das orientações para confirmação do entendimento.

Quanto à demora no acesso a atendimentos e exames, os enfermeiros podem trabalhar mais ativamente nas filas de agendamento, elencando as prioridades e atualizando as filas de espera para evitar o desperdício de vagas. Para mais, a prevenção e a promoção da saúde podem ser o caminho para, indiretamente, diminuir as filas de atendimento na atenção especializada.

Concernente à falta de apoio institucional, o estabelecimento de um relacionamento transparente, mantendo os gestores informados quantos aos problemas e demandas das unidades permite que possam pensar em políticas que contemplem as necessidades do serviço. Também, buscar por melhores condições de trabalho e de assistência à população com vistas à segurança do paciente e dos profissionais faz parte do processo de trabalho do enfermeiro.

Frente aos deslizes e violações, a atuação do enfermeiro enquanto elemento supervisor, empreendendo ações educativas e facilitadoras junto à equipe de enfermagem, bem como a busca por compreender os fatores que motivam tais atos inseguros podem contribuir para a atuação frente aos mesmos.

Apreende-se a partir deste estudo, que a segurança do paciente é ainda, um tema incipiente, que carece de maior exploração na APS. Os enfermeiros identificam que condições latentes e falhas ativas estão presentes e podem representar riscos e assim, buscam implementar ações correspondentes para promover a segurança do paciente, ainda que não abarquem todas as situações mencionadas.

O estudo apresenta como limitação, a rede de contatos estabelecida para a inclusão de participantes, conforme orienta a técnica *snowball*. Isso porque, apesar de ter contado com participantes de quatro estados e 14 municípios, pode não ter alcançado enfermeiros cujas vivências pudessem direcionar para níveis mais

avançados de implantação da segurança do paciente na APS, e assim, contribuir com outras formas de promoção desta.

Não obstante, poderá contribuir para reflexão sobre a segurança do paciente neste cenário que, embora desempenhe papel primordial na rede de atenção, ainda carece de investimentos no que concerne à temática. Também, poderá contribuir para a literatura, que ainda enfoca de forma mais expressiva o cenário hospitalar, para a sensibilização dos profissionais atuantes nestas unidades quanto à identificação de possíveis riscos e à necessidade de se implementar ações que configurem barreira à ocorrência de eventos adversos, assim como para que a APS seja considerada uma prioridade pelos gestores e formuladores de políticas públicas quando se almeja uma assistência segura.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. 2. ed. Brasília, DF: ANVISA, 2017a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/Caderno-1-Assistencia-Segura-Uma-Reflexão-Teórica-Aplicada-à-Prática.pdf>. Acesso: 10 jun. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Cadastro nacional dos NSP Estados/DF**. Brasília, DF: ANVISA, 2023a. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYjZmMzVIZjgtMzg5My00ODVlTlhNTMtZDc5OTM4MDM4Nzc5liwidCI6ImI2N2FmMjNmLWMzZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVIZGQ4MSJ9>. Acesso em: 29 ago. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2017b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/governanca/superintendencia/setor-de-gestao-da-qualidade/documentos/gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude/view>. Acesso em: 10 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em serviços de saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2016. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2016-anvisa---caderno-6---implantacao-nucleo-de-seguranca.pdf. Acesso em: 4 out. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Incidentes relacionados à assistência à saúde – 2014 a 2022. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**, Brasília, DF, n. 29, p. 1-10, 2023c. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletins-e-relatorios-das-notificacoes-de-iras-e-outros-eventos-adversos-1/BR_2014__2022.pdf. Acesso em: 21 set. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Participe da pesquisa sobre cultura de segurança do paciente**. Brasília, DF: ANVISA, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2023/participe-da-pesquisa-sobre-cultura-de-seguranca-do-paciente-em-hospitais#:~:text=A%20meta%20para%202023%20%C3%A9,de%20Sa%C3%BAde%202021%2D2025>. Acesso em: 21 jun. 2023.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Annual Report on Research and Management**. Florida: AHRQ, 2001. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/about/annrpt01/>. Acesso em: 25 de mar 2022.

AGUIAR, T. L. *et al.* Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, n. 1, p. 1-15, 2020. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190622>. Acesso em; 3 mar. 2022.

ALBUQUERQUE, A. *et al.* **Pacientes, familiares e cuidadores façam ouvir a sua voz!**: a sua participação ativa nos seus cuidados é muito importante!. Rio de Janeiro: SOBRASP, 2019. Disponível em: <https://ibdpac.com.br/wp-content/uploads/2019/07/Cartilha-Pacientes-Familiares-e-Cuidadores-Facam-ouvir-a-sua-voz-14082023.pdf>. Acesso em: 10 set. 2023.

ALVES, L. M.; SERVO, M. L. S.; ALMEIDA, D. B. de. Da subjacência à não implicação do processo de enfermagem na construção da identidade profissional dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 5, n. 8, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/rv20180>. Acesso em: 1 ago. 2023.

ALVES, M. F. T.; CARVALHO, D. S. D.; ALBUQUERQUE, G. S. C. D. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2895-2908, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>. Acesso em: 1 abr. 2022.

ARANAZ-ANDRÉS, J. M. *et al.* A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. **European Journal of Public Health**, Stockholm, v. 22, n. 6, p. 921-925, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr168>. Acesso em: 31 maio 2023.

ARRUDA, L. P. *et al.* Evidências científicas do cuidado de enfermagem acerca da segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 8, n. 7, p. 2107-2114, jul. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9890/10143> Acesso em: 6 jun. 2022.

AURAAEN, A., L.; SLAWOMIRSK, L.; KLAZINGA, N. **The economics of patient safety in primary and ambulatory care**: Flying blind. Paris: OECD Publishing, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/baf425ad-en>. Acesso em: 25 set. 2023.

BAGNASCO, A. *et al.* Identifying and correcting communication failures among health professionals working in the Emergency Department. **International Emergency Nursing**, Oxford, 2013, v. 21, n. 3, p. 168-172, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.07.005>. Acesso em: 12 set. 2022.

BEUZEKOM, M. V. *et al.* Patient safety: latent risk factors. **British Journal of Anaesthesia**, London, v. 105, n. 1, p. 52-59, 2010. Disponível em: <https://www.bjanaesthesia.org/action/showPdf?pii=S0007-0912%2817%2933566-3>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BEZERRA, A. L. Q. A segurança do paciente e a enfermagem. **Revista Nursing**, Barueri, v. 21, n. 239, p. 2091, abr. 2018.

BOWIE, P.; SKINNER, J.; WET, C. de. Training health care professionals in root cause analysis: a cross-sectional study of post-training experiences, benefits and attitudes. **BMC Health Services Research**, London, v. 13, p. 2-10, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-50>. Acesso em: 12 maio 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013c. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 maio 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 10 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 30 mar 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 set. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>. Acesso em: 21 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr. 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 1 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mar. 2006a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 16 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013d. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/protocolo/protocolo-de-seguran%C3%A7a-na-prescri%C3%A7%C3%A3o-uso-e-administra%C3%A7%C3%A3o-de-medicamentos>. Acesso em: 27 set. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mar. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC Nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jul. 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 1 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf. Acesso em: 1 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério Da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf. Acesso em: 5 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 26 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_epidemiologica_eventos_vacinacao_4ed.pdf. Acesso em: 25 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso: 10 jun. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 9. 394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 27833, 23 dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 25 maio 2022.

BRAUN, V.; CLARKE, V. To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. **Qualitative Research in Sport, Exercise and Health**, [s. l.], v.13, n. 2, p. 201-216, 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/2159676X.2019.1704846>. Acesso em 10 jun. 2022.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>. Acesso: 10 jun. 2022.

CALDAS, B. do N.; SOUSA, P.; MENDES, W. Investigação/pesquisa em segurança do paciente. *In*: SOUSA, P.; MENDES, Walter (org.) **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019. p. 201-223.

CARVALHO, D. P. de *et al.* Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 1, p. 1-11, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/10/859848/46569-194206-2-pb.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2022.

CAVALCANTE, A. K. de C. B. *et al.* Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Cubana de Enfermería**, Cuba, v. 31, n. 4, 2015. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907/141>. Acesso: 31 mar. 2022.

CLANCY, C. M.; FARQUHAR, M. B.; SHARP, B. A. Patient safety in nursing practice. **Journal of Nursing Care Quality**, [s. l.], v. 20, n. 3, p.193-197, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00001786-200507000-00001>. Acesso em: 12 fev. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Nº 564, de 6 de novembro de /2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 233, p. 157, 6 dez. 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>. Acesso em: 3 maio 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência farmacêutica no SUS**. Brasília, DF: CONASS: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf. Acesso em: 4 out. 2023.

COSTA, R. *et al.* O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-669, out./dez. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000400007>. Acesso em: 3 maio 2022.

COSTAR, D. M.; HALL, K. K. Improving team performance and patient safety on the job through team training and performance support tools: a systematic review. **Journal of Patient Safety**, Philadelphia, v. 16, n. 3, p. 48-56, 2020. Suplemento 1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7447186/pdf/pts-16-s48.pdf>. Acesso em: 4 out. 2023.

CRESWELL, J. W. *et al.* **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2021.

DAL PAI, S. *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 34, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34849>. Acesso em: 15 set. 2022.

DALLA NORA, C. R.; BEGHETTO, M. G. Patient safety challenges in primary health care: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 5, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0209>. Acesso em: 10 mar. 2022.

DALRI, R. de C. de M. B. *et al.* Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 959-965, nov./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3292.2503>. Acesso em: 28 mar. 2022.

DONNINI, D. A. *et al.* Incidência de erros de imunização em Minas Gerais: estudo transversal, 2016-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 31, n. 3, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300008>. Acesso em: 15 maio 2023.

DUARTE, S. da C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 68, n. 1, p. 144-154, jan./fev. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>. Acesso em: 28 mar. 2022.

DUARTE, S. da C. M. *et al.* Patient safety: understanding human error in intensive nursing care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017042203406>. Acesso em: 29 dez. 2022.

DUTRA, F. C. *et al.* Falhas na administração de imunobiológicos: análise de causa raiz. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 13, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239254>. Acesso em: 25 ago. 2023.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo. **Estudio APEAS**: estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Disponível em: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf. Acesso em: 20 mar. 2022.

FARIAS, C. M. L. *et al.* Tempo de espera e absentismo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 190-204, dez. 2019. Edição especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S516>. Acesso em: 22 abr. 2022.

FERNANDES, D. H. *et al.* Desafios da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *In: DALCIN, T. C. (ed.) et al. Segurança do paciente na Atenção Primária a Saúde: teoria e prática.* Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020. p. 31-43. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022.

FERNANDES, L. G. G. *et al.* Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 8, n. 1, p. 2507-2512, jun. 2014. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.5927-50900-1-SM.0807supl201440> . Acesso em: 22 jun. 2022.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 1, p. 704-709, 2018. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>. Acesso em: 10 maio 2023.

FRANÇOLIN, L. *et al.* Patient safety management from the perspective of nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 275-281, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013>. Acesso em: 10 mar. 2022.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 573-579, jul./set. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000300024>. Acesso em: 12 jun. 2023.

GENS-BARBERÀ, M. *et al.* Analysis of Patient Safety Incidents in Primary Care Reported in an Electronic Registry Application. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, n. 17: p. 1-21, Sept. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390%2Fijerph18178941>. Acesso em: 15 mar. 2023.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: GEN, 2019.

GOMES, A. Q. F. **Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/4827/adelia_quadros_farias_gomes_ensp_mest_2008.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 10 mar. 2022.

GUTTMAN, O. T. *et al.* Dissecting Communication Barriers in Healthcare: A path to enhancing communication resiliency, reliability, and patient safety. **Journal of Patient Safety**, Philadelphia, v. 17, n. 8, p. 1465-1471, Dec. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000541>. Acesso em: 15 mar. 2023.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica - para a crítica da hermenêutica de Gadamer**. Porto Alegre: L&PM, 1987.

HIGHAM, H.; VINCENT, C. Human error and patient safety. *In*: DONALDSON, L. (ed.). **Textbook of patient safety and clinical risk management**. Cham, Switzerland: Springer, 2021. p. 29-44. *E-book*. Disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-59403-9>. Acesso em: 21 jun. 2023.

HOEFEL, H.H. K. *et al.* Incidentes de segurança ocorridos com pacientes durante o cuidado de enfermagem. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 3, p. 174-180, ago. 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/179294/001068625.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 out. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. **EUA analisam erros de vacinação contra a COVID-19 e listam estratégias para preveni-los**. São Paulo: IBSP, 2021. Disponível em: <https://ibsp.net.br/materiais-cientificos/eua-analisam-erros-de-vacinacao-contra-a-covid-19-e-listam-estrategias-para-preveni-los/>. Acesso em: 25 jul. 2023.

KOHN, L. T. (ed.) *et al.* **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academy Press, 2000. *E-book*. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf. Acesso em: 1 mar. 2022.

KOWALSKI, S. L.; ANTHONY, M. CE: nursing's evolving role in patient safety. **The American Journal of Nursing**, Philadelphia, v.117, n. 2, p. 34-48, Feb. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000512274.79629.3c>. Acesso em: 10 abr. 2022.

KRAKER, M. E. A. de *et al.* Implementation of hand hygiene in health-care facilities: results from the WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework global survey 2019. **The Lancet Infectious Diseases**, New York, v. 22, n. 6, p. 835-844, June 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(21\)00618-6](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(21)00618-6). Acesso em: 17 ago. 2023.

LANG, S.; GARRIDO, M. V.; HEINTZE, C. Patients' views of adverse events in primary and ambulatory care: a systematic review to assess methods and the content of what patients consider to be adverse events. **BMC Family Practice**, London, v. 17, p. 1-9, Jan. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0408-0>. Acesso em: 19 ago. 2023.

LAROUZEE, J.; LE COZE, J. C. Good and bad reasons: the Swiss cheese model and its critics. **Safety Science**, [s. l.], v. 126, p. 1-11, June 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104660>. Acesso em: 12 mar. 2023.

LEITE, A. P. T.; FERNANDES, D. H.; LORENZI, M. M. Ferramentas de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. *In*: DALCIN, T. C. (ed.) *et al.* **Segurança do paciente na Atenção Primária a Saúde: teoria e prática**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020. p. 81-103. *E-book*. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf>. Acesso em: 4 out. 2023.

LI, Y; THIMBLEBY, H. Hot cheese: a processed Swiss cheese model. **The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh**, Edinburgh, v. 44, p. 116-121, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.4997/jrcpe.2014.205>. Acesso em: 10 jun. 2023.

LIPPI, G. *et al.* Managing the patient identification crisis in healthcare and laboratory medicine. **Clinical Biochemistry**, [s. l.], v. 50, n. 10-11, p. 562-567, July 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2017.02.004>. Acesso em: 4 out. 2023.

MACHADO, M. H. (coord.). **Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final**: Rio de Janeiro: Fiocruz: Cofen, 2017. v. 1. *E-book*. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2023.

MAI, S.; CICONET, R. M.; MICHELETTI, V. C. D. Planejamento e organização: é possível virar o jogo!. *In*: DALCIN, T. C. (ed.) *et al.* **Segurança do paciente na Atenção Primária a Saúde: teoria e prática**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020. p. 56-80. *E-book*. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf>. Acesso em: 4 out. 2023.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V.; PAVÃO, A. L. B. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2313-2330, nov. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194214>. Acesso em: 10 abr. 2022.

MARCHON, S. G.; MENDES, W. Segurança do paciente na atenção primária à saúde. *In*: SOUSA, P.; MENDES, W. (org). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. p. 292-312. *E-book*. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0016>. Acesso em: 14 abr. 2022.

MARTINS, D. F.; BENITO, L. A. O. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. **Universitas: ciências da saúde**, Brasília, DF, 14, n. 2, p. 153-166, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3810>. Acesso em: 10 set. 2023.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. v. 1, p. 61-80. *E-book*. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2022.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. *E-book*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 27 maio 2023.

MESQUITA, K. O de *et al.* Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: A visão dos profissionais de enfermagem. **Sanare**, Sobral, v. 19, n. 1, p. 76-84, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1417717>. Acesso em: 7 out. 2023.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

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

MIRANDA, A. P. de *et al.* Contribuição da enfermagem à segurança do paciente: revisão integrativa. **Sanare**, Sobral, v. 16, n. 1, p. 109-117, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1101/612>. Acesso em: 20 mar. 2022.

MOREIRA, K. S. *et al.* Assessment of infrastructure of family health units and equipment used in primary care actions. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 2, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/868424/51283-206973-1-pb.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2022.

NASCIMENTO, N. B. do; TRAVASSOS, C. M. de R. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 625-651, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000200016>. Acesso em: 29 dez. 2022.

NASCIMENTO, N. B. O erro e as violações no cuidado de saúde. *In*: SOUSA, P.; MENDES, W. (org). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. p. 75-94. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0007>. Acesso em: 25 maio 2023.

NIEVA, V. F; SORRA, J. Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 12, n. 2, p. 17-23, 2003. Suplemento. Disponível em: https://doi.org/10.1136%2Fqhc.12.suppl_2.ii17. Acesso em: 20 mar. 2022.

NOGUERAS, M. *et al.* Importance of hand germ contamination in health-care workers as possible carriers of nosocomial infections. **Revista do Instituto de Medicina Tropical**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 149-152, may/june 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0036-46652001000300006>. Acesso em: 20 set. 2023.

NOVARETTI, M. C. Z. *et al.* Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 5, p. 692-699, set./out. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>. Acesso em: 20 mar. 2022.

NUNCIARONI, A. T. *et al.* Enfermagem na APS: contribuições, desafios e recomendações para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. **APS em Revista**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 61-80, jan./abr. 2022. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/234/119>. Acesso em: 25 abr. 2023.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Tomada de decisão de enfermeiros frente a incidentes relacionados à segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 3 p. 1-10, jul./set. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.45683>. Acesso em: 19 maio 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde**. Washington: PAHO, 2014. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28276/CD53-5-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 10 mar. 2022.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington: PAHO, 2011. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51547>. Acesso em: 6 jun 2022.

PADOVEZE, M. C.; FIGUEIREDO, R. M. de. The role of primary care in the prevention and control of healthcare associated infections. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1132-1138, dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700023>. Acesso em: 14 set. 2023.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, 2013. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>. Acesso em: 14 abr. 2022.

PAIVA, M. C. M. da S. de; PAIVA, S. A. R. de; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-294, jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200007>. Acesso em: 6 jun. 2022.

PANAGIOTI, M. *et al.* Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. **BMJ: British medical journal**, London, v. 366, p. 1-11, July 2019. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/366/bmj.l4185.full.pdf>. Acesso em: 24 set. 2023.

PANESAR, S. S. *et al.* How safe is primary care? A systematic review. **BMJ Quality and Safety**, London, v. 25, n. 7, p. 544-553, July 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004178>. Acesso em: 14 abr. 2022.

PEDREIRA, M. L. G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, p. 880-881, 2009. Edição especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000700007>. Acesso em: 6 jun. 2022.

PEGORARO ALVES-ZARPELON, S.; PIVA KLEIN, L.; BUENO, D. Metas internacionais de segurança do paciente na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista de la OFIL**, Madrid, v. 32, n. 4, p. 377-386, oct./dic. 2022. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x20220004000011>. Acesso em: 7 out. 2023.

PELTOMAA, K. James Reason: patient safety, human error and Swiss cheese model. **Quality Management in Health Care**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 59-63, Jan./Mar. 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1097/QMH.0b013e3182418294>. Acesso em: 10 jun. 2022.

PERNEGER, T. V. The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor?. **BMC Health Services Research**, London, v. 9, n. 5, p. 1-7, Nov. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1298298/pdf/1472-6963-5-71.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2022.

REASON, J. Beyond the organisational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 13, n. 2, p. 28-33, Dec. 2004. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.1136%2Fqshc.2003.009548>. Acesso em: 29 dez. 2022.

REASON, J. **Human error**. New York: Cambridge University, 1990.

REASON, J. Human errors: models and management. **BMJ: British medical journal**, London, v. 320, n. 7237, p. 768-770, Mar. 2000a. Disponível em: <https://doi.org/10.1136%2Fbmj.320.7237.768>. Acesso em: 6 jun. 2022.

REASON, J. Safety in the operating theatre – part 2: human error and organisational failure. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 14, n. 1, p. 56-60, Feb. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743973/>. Acesso em: 29 dez. 2022.

REASON, J. Safety paradoxes and safety culture. **Injury Control and Safety Promotion**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 3-14, 2000b. Disponível em: [https://doi.org/10.1076/1566-0974\(200003\)7:1;1-V;FT003](https://doi.org/10.1076/1566-0974(200003)7:1;1-V;FT003). Acesso em: 16 set. 2023.

REASON, J. **The human contribution**: unsafe acts accidents and heroic recoveries. [S. l.]: Routledge, 2008.

REASON, J. Understanding adverse events: human factors. **Quality in Health Care**, London, v. 4, n. 2, p. 80-89, June 1995. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/4/2/80.full.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2023.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Quem somos**. [S. l.]: REBRAENSP, 2013. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br>. Acesso em 20 mar. 2022.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência &**

Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, jul. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>. Acesso em: 28 mar.2022.

RIBEIRO, G. da S. R. *et al.* Slips, lapses and mistakes in the use of equipment by nurses in an intensive care unit. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 419-426, maio/jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400007>. Acesso em: 29 dez. 2022.

RIBEIRO, G. da S. R. *et al.* Violations of nurses in the use of equipment in intensive care. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006050015>. Acesso em: 29 dez. 2022.

ROCHA, M. P. da; VIANA, I. S.; VIEIRA, I. F. Patient Safety in Primary Health Care in a Brazilian municipality. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310420>. Acesso em: 7 out. 2023.

SALES, C. B. *et al.* Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 1, p. 126-134, jan./fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>. Acesso em: 13 mar. 2022.

SALES, O. P. *et al.* Gênero masculino na enfermagem: estudo de revisão integrativa. **Humanidades e Inovação**, Palmas, v. 5, n. 11, p. 277-288, 2018. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1014>. Acesso em: 28 ago. 2023.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 2, p. 221-224, mar./abr. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>. Acesso em: 5 abr. 2022.

SANTOS, M. A. B dos. **Análise de incidentes na Atenção Primária à Saúde do distrito sanitário nordeste de Belo Horizonte**. 2022. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/44606>. Acesso em: 15 set. 2023.

SANTOS, P. V. M. *et al.* Conhecimento de enfermeiros sobre evento adverso na atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 27, p. 88-27, jul./set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.89-n.27-art.459>. Acesso em: 18 set. 2023.

SANTOS, T. S. *et al.* Eventos adversos na atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 14, p. 1-6, abr. 2023. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202312>. Acesso em: 18 jun. 2023.

SANTOS, T. S. *et al.* Qualificação profissional de enfermeiros da atenção primária à saúde e hospitalar: um estudo comparativo. **Revista Cuidarte**, [s. l.]. v. 11, n. 2, p. 1-14, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.786>. Acesso em: 17 jul. 2023.

SILVA, A. P. F. da *et al.* Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. 1-9, 2019. Edição especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180164>. Acesso em: 5 set. 2023.

SILVA, C. F. da *et al.* Prevalência dos fatores de risco intrínsecos ao paciente e o desfecho queda na clínica cirúrgica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, p. 1-8, 2016. Edição especial. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45342>. Acesso em: 3 set. 2023.

SILVA, L de L. T. *et al.* Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0130>. Acesso em: 4 set. 2023.

SILVA-BATALHA, E. M. S. da S.; MELLEIRO, M. M. Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, n. 1, p.109-123, jan./mar. 2016. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2670>. Acesso em: 17 abr. 2022.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, p. 1-9, 2016. Edição Especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>. Acesso em 17 abr. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Semana mundial de conscientização sobre o uso dos antimicrobianos**. Rio de Janeiro: SOBRASP, 2022. Disponível em: <https://www.sobrasp.org.br/news-sobrasp/semana-mundial-de-conscientizacao-sobre-o-uso-dos-antimicrobianos-2022-sobrasp/257>. Acesso em: 10 set. 2023.

SOUSA, F. de O. S. *et al.* Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>. Acesso em: 22 maio 2023.

SOUSA, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 19, n. 4 p. 309-318, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.964>. Acesso em: 15 set. 2023.

SOUZA, H. S. de. *et al.* The Brazilian nursing workforce faced with the international trends: an analysis in the International Year of Nursing. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v, 31, n. 1, p. 1-21, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310111>. Acesso em: 12 ago. 2023.

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

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 44, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633%2FRPSP.2020.4>. Acesso em: 16 jul. 2023.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, [s. l.], v. 19, n. 6, p. 349-357, Dec. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. Acesso em: 18 jul. 2023.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Educação permanente e sua interface com melhores práticas em enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 26, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.72725>. Acesso em: 10 jun. 2022.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>. Acesso em: 10 set. 2023.

VILLAR, V. C. F. L.; MARTINS, M.; RABELLO, E. T. Qualidade do cuidado e segurança do paciente: o papel dos pacientes e familiares. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 135, p. 1174-1186, out./dez. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213516>. Acesso em: 4 out. 2023.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./set. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>. Acesso em: 21 maio 2022.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Grupo A, 2013.

WIEGMANN, D. A. *et al.* Understanding the "Swiss Cheese Model" and its application to patient safety. **Journal of Patient Safety**, Philadelphia, v. 18, n. 2, p. 119-123, Mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000810>. Acesso em: 1 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Conference on Primary Health Care**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/primary-health/conference-phc>. Acesso em: 10 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>. Acesso em: 28 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global spending on health: a world in transition.** Geneva: WHO, 2019a. Disponível em: https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2019/en/. Acesso em: 3 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is safer care.** Geneva: WHO, 2009b. *E-book*. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23805438/>. Acesso em: 28 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication without harm.** Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm#:~:text=Medication%20Without%20Harm%20aims%20to,Germany%20on%2029%20March%202017>. Acesso em: 11 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety solutions preamble.** Geneva: WHO, 2007. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/psf/patient-safety-solutions/patient-safety-solutions-preamble.pdf?sfvrsn=f1ab7f09_6. Acesso em: 25 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety:** version 1.1: final technical report. Geneva: WHO, 2009a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>. Acesso em: 28 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety:** forward programme 2005. Geneva: WHO, 2005. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43072>. Acesso em: 10 jun. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

Parte 1: Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional

Data da entrevista: ____/____/____

Identificação do entrevistado: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Município de trabalho:

Estado:

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil: () Solteiro () Casado ou em união estável () Viúvo () Divorciado_

Escolaridade: () Graduação () Especialização /área: _____

() Mestrado () Doutorado _____

Unidade de atuação: () UBS () ESF

Tempo de atuação na unidade: _____ anos

Tempo de experiência profissional como enfermeiro: _____ anos

Parte 2: Roteiro de Entrevista

- 1) Fale sobre a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde;
- 2) De acordo com a sua vivência, fale sobre os riscos aos quais o paciente pode estar exposto na Atenção Primária à Saúde;
- 3) Na sua atuação enquanto enfermeiro(a), o que você faz para promover a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Dados de Identificação

Título da pesquisa: Promoção da segurança do paciente pelo enfermeiro na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador(a) responsável: Roberta Seron Sanches

Pesquisador(es) participante(s): Karine Cristina Siqueira Cunha

Nome do participante:

Data de nascimento:

CPF:

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa Promoção da segurança do paciente pelo enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, de responsabilidade da pesquisadora Roberta Seron Sanches. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo você terá a opção de imprimir uma via desse documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.

1. Esta pesquisa tem por objetivo analisar a promoção da segurança do paciente segundo as vivências dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde.
2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista realizada em ambiente virtual, por meio da plataforma *Skype*, conduzida pela pesquisadora participante, mestranda Karine Cristina Siqueira Cunha e agendada conforme sua disponibilidade de data e horário. A entrevista terá duração máxima estimada de 1 hora, e será gravada conforme recursos disponíveis da plataforma *Skype*; será norteadada por um instrumento elaborado pelos autores, composto por duas partes: um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional e uma

entrevista semiestruturada composta por três questões abertas. O local para a realização da entrevista deve ser escolhido pelo participante, sugerindo-se que seja uma sala fechada, para que não ocorram interrupções externas e que não haja outras pessoas no local, apenas o pesquisador e o entrevistado conectados via internet. Ao término das entrevistas, será realizada sua transcrição integral e as entrevistas transcritas serão disponibilizadas aos participantes do estudo, para sua validação e realização de possíveis correções. Será garantido o anonimato e o sigilo, e a identificação dos participantes se dará por combinações alfanuméricas de acordo com a sequência das entrevistas.(E1, E2, E3...). Os dados serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Concluída a entrevista, será realizado o *download* para o computador da pesquisadora participante, com arquivamento em pasta individualizada, sendo excluídos quaisquer registros na Plataforma Virtual ou ambiente compartilhado ou “nuvem”. Estes serão mantidas em arquivo digital sob guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa (Art. 17, inciso VI e Art. 28, inciso IV da Resolução CNS 510/2016 (BRASIL, 2016)).

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos mínimos de dimensão física e psíquica, com possibilidade de desconforto e/ou constrangimento para responder a entrevista. Neste caso, a mesma será interrompida, podendo o participante retirar o seu consentimento prévio a qualquer momento. Também, existem riscos mínimos morais, haja vista que os pesquisadores não podem garantir ao participante, um ambiente que lhe assegure a privacidade e a ausência de interferências externas durante a entrevista, pelo fato de a mesma ser realizada via internet e assim, o próprio participante escolherá o local em que se encontrará no momento da coleta de dados. Para minimização destes riscos, orienta-se a escolha de um local que lhe possibilite ter privacidade durante a entrevista. Contudo, se durante a entrevista for identificado que o local em que o participante se encontra não lhe assegura a privacidade necessária, a entrevista poderá ser interrompida, reagendada ou ainda, o participante poderá retirar o seu consentimento e refutar da participação no estudo. Por se tratar de estudo em ambiente virtual, não são previstos riscos adicionais em decorrência da pandemia pelo novo Coronavírus (COVID-19). No que se refere a responsabilidade da pesquisadora acerca da transferência e do armazenamento adequado dos dados coletados, reitera-se que

após a conclusão da entrevista, será realizado o download para o computador de uso pessoal e exclusivo da pesquisadora participante e arquivado em pasta individualizada, sendo excluídos quaisquer vídeos, áudios ou registros da Plataforma Virtual ou ambiente compartilhado ou “nuvem”. Reitera-se que para assegurar o sigilo e a confidencialidade, serão empregadas combinações alfanuméricas para a identificação dos participantes.

4. Ao participar desse trabalho você contribuirá para reflexão sobre segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde de acordo com sua vivência, para a literatura sobre a temática, e indiretamente, para a possível sensibilização dos profissionais de enfermagem e outros profissionais quanto à implementação de ações para a promoção da segurança do paciente neste nível de atenção. Também, poderá contribuir para abrir caminhos para elaboração de estratégias para a prevenção, controle e mitigação dos eventos adversos neste cenário ainda pouco explorado, e assim, contribuir para o fortalecimento da segurança do paciente na atenção primária.

5. Sua participação neste projeto terá a duração de máxima de uma hora, em um encontro único no ambiente virtual, através da Plataforma Skype.

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, e poderá deixar de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita pelo pesquisador responsável, pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo.

Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3º, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016 é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação.

Por esses motivos:

AUTORIZO () / NÃO AUTORIZO ()

A gravação da entrevista em áudio e vídeo, por meio da Plataforma Skype para a presente pesquisa.

12. Você poderá consultar o(a) pesquisador(a) Roberta Seron Sanches, no seguinte telefone (16) 98848-4808 ou email roberta.sanches@unifal-mg.edu.br e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

**O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

Eu, _____, CPF nº _____, declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

(Cidade), (dia) de (mês) de (ano)

.....
(Assinatura do participante da pesquisa)



.....
(Assinatura do pesquisador responsável / pesquisador participante)

APÊNDICE C – Apresentação dos códigos e extratos relevantes

Nesta seção apresenta-se preliminarmente os extratos relevantes dos depoimentos dos enfermeiros participantes agrupados conforme a familiaridade da temática nos códigos iniciais. A partir dos mesmos foi elaborado o Mapa Temático Preliminar, conforme disposto na Figura 1. Constitui, assim, a segunda e terceira fases da análise temática de Braun e Clarke (2006).

Segurança do paciente na atenção primária: tema incipiente em comparação à área hospitalar

E2- Na atenção primária eu vejo que a Segurança do paciente é bem diferente do hospital, porque no hospital a gente está muito preocupado com a situação de infecção, bactérias multirresistentes, não que na unidade não tenha.

E5- [...] é importantíssimo estar discutindo isso, trazendo à tona, tornar público e consciencializar as pessoas sobre esse problema que não tem tido olhar que merece [...] não é muito divulgado e abordado, desde a formação profissional às políticas públicas, então é uma coisa relativamente nova [...].

E6- [...] não vai ter o risco de fazer uma cirurgia errada igual em Hospital, que as consequências [...] podem ser um pouquinho mais graves, mas na Unidade Saúde da Família também tem riscos para o paciente.

E7- ainda é subestimada [...] na área hospitalar ocorre de uma forma mais intensa com protocolos, os cuidados têm o check list no caso de procedimentos a serem cumpridos e na atenção primária ainda é falho, porém a gente faz o possível para que aconteça [...] a gente esquece que os mesmos cuidados criteriosos que devem ter na área hospitalar devem ser prestados na atenção primária, muda algumas questões [...].

E8- Na atenção primária a discussão sobre a segurança do paciente ainda é muito frágil, apesar da gente tentar trabalhar, acho muito fragilizado.

E9- Quando a gente fala de segurança do paciente vem sempre na cabeça a área hospitalar acho que eu nunca parei pra pensar na segurança do paciente na atenção primária.

E10- Não tem nenhum protocolo de pulseiras, não tem nada estabelecido. É meio precário [...] a gente faz meio por conta. A gente sabe aquilo que a gente precisa fazer, mas a gente não tem nada tipo de Pop [procedimento operacional padrão] de nada preestabelecido [...] não tem um protocolo de segurança do paciente, então a gente se baseia nos certos da enfermagem.

E11- na unidade, ele requer menos, por exemplo de riscos em relação aos hospitais [...] como é atenção primária, geralmente chega deambulando. Já é um paciente praticamente estável, e se ele está estável [...] os riscos são menores.

E13- [...] segurança do paciente, a gente pensa no hospital [...] na atenção primária tem muita coisa para fazer [...] a gente acaba fazendo indiretamente, não exatamente para segurança do paciente [...] a identificação do paciente certo, o registro de enfermagem [...] seguir os princípios de enfermagem, e os fundamentos de enfermagem na hora de fazer os procedimentos é muito importante, não menos importante que na área hospitalar. Às vezes a gente banaliza o procedimento na atenção básica ou no domicílio [...] pensado que lá é de baixa complexidade [...].

E15- A percepção que eu tenho é que a gente pouco pensa nisso ou que a gente pouco fala disso [...] Discutimos de forma indireta, já houve discussão de erros, mas não da segurança do paciente.

E16- [...] é um tema pouco discutido assim na Atenção Primária. Então a gente vê muito falando na atenção hospitalar [...] não existe assim um núcleo de apoio em relação à segurança paciente [...] sinto falta de um apoio, até a questão de informação, de ter a fundo esse conhecimento de como prevenir esses acidentes, incidentes de identificar os eventos adversos.

E17- [...] a segurança do paciente no hospital tem todo aquele protocolo de pulseirinha [...] os profissionais são bombardeados com essas informações, pra lembrá-los o tempo todo e na APS não, é uma coisa que acontece de forma empírica [...] é muito pouco discutido, é muito vago, eu por exemplo não conheço nenhum trabalho voltado para isso [...].

E18- [...] eu percebo que até na minha unidade mesmo, a gente tem uma certa falha nessa questão de segurança do paciente. [...] não é um tema que aborda muito na atenção primária, mas é muito importante. Na atenção básica [...] é mais voltada para o hospital, que tem protocolos [...] acho que isso é muito importante, não somente no ambiente hospitalar, mas em qualquer local de trabalho.

E19- [...] a gente tem a segurança da administração das medicações, a gente tem a segurança quando você consegue determinar a família, o usuário, o prontuário dele, todos os exames [...] sempre fazendo conferência de dados, mas padronizado como a gente tem na rede hospitalar, a atenção primária no nosso município não tem nenhum padrão, a gente faz todo esse processo mas [...] não tem registro desse processo assim como Segurança do Paciente.

E20- Hoje eu acho que nós não temos um trabalho direcionado para a segurança do paciente dentro das unidades, a gente começou a ter um cuidado maior quando teve covid.

E21- [...] pouco se discute segurança do paciente em Atenção Primária. A gente escuta falar de segurança do paciente em âmbito hospitalar, prevenção de quedas, prevenção de flebite [...] em atenção primária, eu acho que a primeira vez que eu ouço falar alguma coisa [...] Na minha realidade eu acho que a gente está bem longe do ideal.

E22- a gente vê muitas coisas voltado para área hospitalar, secundária e terciária. Agora na atenção primária a gente não vê muita coisa [...] não tem nenhum documento, nada que nos respalde assim que eu saiba. Então acho que precisa de muito mais estudo e implementar na prática.

E24- O tema Segurança do Paciente na atenção primária eu acho que ele é um pouco incipiente [...] mais comum a gente falar na área hospitalar [...] eu sei que ela foi introduzida na PNAB [Política Nacional da Atenção Básica] de 2017, então é um requisito, mas ainda ele é pouco aprofundado, pouco estudado dentro da Atenção Básica, mas assim como a Atenção Básica é porta de entrada para todos os serviços de Saúde [...] o paciente deve ser atendido de uma forma mais segura possível.

Condições latentes e a segurança do paciente na APS

<p>Estrutura física inadequada: risco para a segurança do paciente</p>	<p>E2- [...] dia de chuva, goteira no PSF vem um idoso e pode ter ali o risco de queda [...] se a maca não tiver muito legal, risco de queda também dela poder quebrar [...].</p> <p>E3- [...] recebe muito idoso, criança na sala de vacina [...] muita coisa da segurança do paciente é em relação a estrutura, por exemplo uma cadeira que está quebrada, quase quebrando, a pessoa senta e cai, sofre um acidente; uma poça que fica a pessoa entra pode sofrer um acidente [...] a gente fica visando muito essa questão de procedimento e acaba esquecendo isso que acontece</p>
--	--

demais [...] quando chove muito, aqui fica muito liso, então o paciente acaba escorregando [...] tinha uma escada de difícil acesso [...] a gente fez uma rampa porque um paciente foi tentar subir e acabou machucando.

E4- [...] por ser uma zona rural, tem uma certa acessibilidade [...] segurança que a gente tem para o paciente é a questão do piso, não ter tapete, não ser escorregadio, não ter poça de água [...] Risco de alguém tropeçar, cair, por ser um terreno instável, desnivelado.

E5- Risco em relação a estrutura física das unidades [...] falta acessibilidade para pacientes com condições que determinariam essa acessibilidade, é física, neurológica, tem essa questão da precariedade da segurança do paciente. [...] presenciei uma senhora que foi passando mal na unidade de saúde [...] a acessibilidade da unidade não era adequada, a paciente se acidentou com uma queda da própria altura [...].

E7- [...] estrutura também [...] para que não ocorra quedas.

E8- Observação de risco de queda em caso de idoso e caso de bebê, eu acho que é muito falho do nosso serviço [...] as unidades ainda têm muita fragilidade, por atender um público muito grande, às vezes, não tem uma recepção adequada pra receber todos, muitos ainda tem que ficar em pé [...] as unidades ainda são pequenas para o tanto de serviço que a gente oferta [...].

E9- Se tem um caso de um paciente precisa usar uma cadeira de roda, a gente não tem uma cadeira de rodas só pra obesos, então tem que usar para todos, se é um paciente muito pequenininho ele não fica muito seguro ali naquela cadeira [...] Nem todas as macas tem a escadinha de degrau [...] muitas vezes os banheiros não tem aquelas barras [...] as unidades quando são construídas nem todas são construídas para serem utilizadas como unidades, como centro de saúde, algumas são casas alugadas, adaptadas, essas tem um deficit bem grande, não apresentam nenhuma questão de segurança do paciente [...] Risco de alguma infecção eu acho que também pode ter, é um ambiente de saúde, por mais que seja feita a limpeza [...] tem áreas contaminadas.

E10- Querendo ou não tem o risco de infecção, não como em um hospital, mas é um ambiente contaminado, não deixa de ser.

E11- Risco de queda é por conta do piso que não sinaliza que não tem nada.

E12- Risco de infecção que a gente sempre tem, porque é um lugar contaminado, por mais que tenham técnicas assépticas, é um lugar que tem doença centralizada.

E13- Risco ligado à estrutura física [...] vai muito paciente que tem dificuldade de deambular, precisa de cadeira de rodas, precisa de paciente entrar junto [...] eu tenho porta que não passa cadeira de rodas, e já tive paciente que já teve queda em degrau que estava mal sinalizado [...] todo projeto de estrutura física de unidade de saúde, deveria ouvir o enfermeiro [...] faz toda a diferença quando a gente tem essa adaptação, essa acessibilidade [...] a gente vai atender paciente de todo o tipo na ESF, vai atender paciente jovem [...] adulto, idoso, criança, deficiente físico, uma pessoa que não enxerga, uma pessoa que não escuta direito, que tem marcha

	<p>tabética ou arrastada, e ai como que a gente... tem toda essa adaptabilidade?.</p> <p>E14- Também tem risco de queda também porque é muitas vezes, às vezes a pessoa [serviços gerais] vai fazer higienização sem uma boa sinalização [...] falta muito lugar para higienização das mãos, não é em todos os pontos que a gente fica, que a gente tem disponibilidade de lavar a mão. Às vezes a gente está dentro de um cômodo, a gente tem que sair daquele cômodo e ir para outro cômodo, para gente poder fazer a higienização das mãos. [...] Descarte de material também. [...] A gente tem que se deslocar porque naquele ambiente a gente não tem como desprezar no local correto, então a gente vai deslocar com aquele resíduo para outro cômodo também.</p> <p>E17- Em relação ao risco de queda a gente sempre bate muito em cima de ter banheiro para portador de deficiência, barras de segurança, piso antiderrapante, que não é uma realidade de toda unidade de saúde, mas é uma coisa que é do protocolo [...] muitas unidades não tem aquela questão da estrutura antiderrapante, [...] que é uma coisa não que é cobrado por causa da Segurança do Paciente, é cobrado de uma forma geral, é coisa de projeto de construção de UBS.</p> <p>E18- Risco de queda [...] não é uma unidade que tem estrutura pra ser PSF [...] não tem acesso para deficiente, então não tem rampa, é uma unidade de saúde que tem muito idoso [...].</p> <p>E21- Minha unidade a estrutura é bem antiga mesmo, então é mais difícil em termos estruturais, salas pequenas, corredores apertados.</p> <p>E20- Me causa uma certa preocupação em relação, por exemplo, ao curativo; se a gente tem uma demanda alta de curativo e geralmente são curativos assim exsudativos com bastante secreção, e aquele trânsito de pessoas às vezes crianças que a pediatra atende, as mães [...] eu sempre peço pra pessoa ficar afastada [...] a estrutura física é muito pequena.</p>
<p>Comunicação ineficaz, com os pacientes e entre a equipe de saúde.</p>	<p>E5- a gente atende pacientes que não deveriam estar desacompanhados em quaisquer ambientes, a gente identifica esses pacientes na unidade de saúde, o que torna bastante difícil até mesmo a assistência adequada, uma vez que eles têm dificuldade de expressar as informações que seriam necessárias para fazer essa avaliação da assistência.</p> <p>E8- falha dessa conversa com o paciente, da gente estar comunicando paciente, principalmente em questão de medicação.</p> <p>E10- tem uma questão aqui da comunicação também que às vezes é bastante falha, as vezes alguns erros que acontecem principalmente por causa da comunicação.</p> <p>E13- Erro de comunicação, não só entre a equipe, mas também entre o paciente e o profissional, precisa ter uma linguagem acessível, não adianta estar cheio de termo técnico [...] e o paciente não entendeu nada que você falou, então ele não vai ficar seguro.</p> <p>E16- A questão da comunicação dentro da equipe, se não está muito bem alinhada em todas os aspectos de funcionamento da unidade, até de passar uma informação ao paciente traz risco para</p>

	<p>ele.</p> <p>E19- Se você não tem uma comunicação efetiva, se você não conhece, você só tem o que ele te responde [...] e isso acaba incidindo em risco.</p> <p>E24- a questão também da comunicação, então eu acho que tudo que a gente faz depende de uma comunicação para a gente evitar erros [...] eu acho que a maioria dos erros que acontecem é por falta de comunicação.</p>
<p>Demora no acesso a atendimentos e exames e o risco de agravamento das condições de saúde do paciente.</p>	<p>E1- Consulta ser demorada [...] e com isso pode acontecer algum agravamento na questão da Saúde dependendo do tempo se for um caso assim que necessite mais de intervir.</p> <p>E16- Porque às vezes você precisa fechar um diagnóstico, precisa de um exame mais especializado, e o exame fica numa fila, questão de meses a anos e com isso o problema de saúde da pessoa só vai evoluindo, a segurança em relação ao paciente acaba ficando comprometida, mas acho que isso é a realidade do Brasil, não é só do município.</p> <p>E19- Um outro fator que acho que pesa muito, é com relação a precariedade da assistência mesmo, a gente tem muita dificuldade de um exame na hora.</p>
<p>Falta de conhecimento e capacitação profissional: uma ameaça ao cuidado seguro</p>	<p>E5- Falta da compreensão da existência desses riscos e como eles podem impactar negativamente no resultado final da proposta do serviço de saúde.</p> <p>E6- Falta de conhecimento do profissional.</p> <p>E7- Questão dos profissionais que precisam ser sensibilizados para que eles lembrem-se que os riscos existem e que mesmo sendo atenção primária pode acontecer.</p> <p>E10- a gente precisa de profissionais qualificados e treinados, e não sei se é em todos os lugares, mas aqui a gente vê que é bem difícil [...] a gente não tem nem educação continuada, então se a gente quer alguma coisa, [...] tem que ir atrás por conta, porque que a gente não tem [...].</p> <p>E11- Conhecimento do pessoal da higiene. Por mais que a gente oriente as técnicas, eu observo que começou a trabalhar e não teve também uma orientação certa para uma mudança.</p> <p>E21- Infelizmente temos muitos profissionais que não são preparados para diversos tipos de atendimentos na atenção primária, porque envolve não só a criança, não só a mulher, não só o idoso, não é um conjunto assim gigantesco. [...] eu preciso saber fazer tudo em todas as faixas etárias, então se eu não sei conduzir [...]eu posso estar colocando em risco alguma conduta inadequada que eu tiver [...] a gente está bem longe do ideal assim por essa fragilidade de formação mesmo.</p>
<p>Falta de apoio e institucional: condição latente para a ocorrência de falhas na segurança do</p>	<p>E7 - [...] precisa ter uma gestão que pense nessa parte de Segurança do paciente no âmbito mais amplo mesmo para atenção primária.</p> <p>E10 - a gestão deveria olhar com mais olhos para Segurança do</p>

paciente.	<p>Paciente [...] aquilo que a gente fala às vezes não é ouvido por que não dá voto. Mas ela dá segurança para o paciente e para o profissional [...] a gente acaba ficando desassistido e a gente faz do jeito que a gente acha que é o correto para tentar minimizar algumas situações. [...] A pós-graduação que eu estou fazendo, não é para mim, é para mim e para os pacientes que eu atendo, mas eu tenho que me virar para ir, para voltar, para repor as horas; eles [gestão] não dão muita importância aos profissionais e desmotiva.</p> <p>E16- A gestão tem que estar muito presente também.</p> <p>E17- Não adianta só cobrar, a gestão tem que também dar contrapartida.</p>
Falhas ativas e a segurança do paciente na APS	
Identificação insegura do paciente	<p>E5- [...] ainda existem algumas falhas da identificação dos pacientes [...] erros em procedimentos por conta da não identificação adequada de paciente, todas as inúmeras consultas que são feitas com prontuários de outras pessoas.</p> <p>E6- Pode estar exposto a ser confundido, confundir um paciente com outro [...] às vezes a rotatividade do profissional, não conhece muito bem os pacientes, que pode levar a confundir. [...] acontece muito de pegar prontuário errado, chegar o prontuário errado, de outro paciente com o nome parecido ou por exemplo é a mãe que eu vou atender e chega o prontuário da filha, já aconteceu.</p> <p>E7- [...] ele pode estar exposto a ser atendido no lugar de outra pessoa, por exemplo, chamou só o primeiro nome, tem dois João não chama o segundo nome e entra a pessoa errada.</p> <p>E19- A gente tem nome muito parecido, isso incide em risco [...] porque ele não tem nenhum processo de identificação dentro da unidade, é o que ele falar [...] a gente acaba não fazendo isso [processo de identificação] porque a gente tem um público que a gente conhece [...] que tem um vínculo e uma afinidade [...] já tive experiências de nomes muito parecidos e que a pessoa fez medicação contrária [...] Dependendo do diagnóstico, principalmente o sexo masculino, quando você tem um diagnóstico de DST eles insistem em trocar até o nome, para você não ficar sabendo, então não têm documentação. E aí você faz uma notificação com outro nome, isso já aconteceu [...] não tendo essa segurança com a identificação que é um requisito para a segurança do paciente [...].</p>
Erros na administração de medicamentos e de vacinas.	<p>E2- pode estar exposto a algum erro em administração de medicamento [...] administração de vacina, que é algo muito crítico, [...] se na farmácia, por exemplo, se entregou a receita e não entendeu a letra ou prescreveu errado na transcrição e renovação de receita, está tendo chance de erro para entregar esse medicamento ao paciente ou mesmo administrar, eu acho que esse seria o maior à vida dele [...].</p> <p>E5- Isso acontece mesmo mudanças ou confusão em emissão de receitas.</p> <p>E6- Ele pode estar exposto à prescrição errada.</p> <p>E7- [...] medicação errada, via ou mesmo a própria medicação [...].</p>

	<p>E10- Riscos de troca de medicação [...].</p> <p>E11- muitas vezes, não é só o médico que faz as receitas [...] outras pessoas também fazem a receita e ele carimba, eu acho o risco no caso de transcrever uma receita errada e às vezes aquele tumulto acaba carimbando até sem conferir o que tá escrito.</p> <p>E15- aplicação de medicação errada [...] dispensação de medicação errada [...] vacinação errada. Já tivemos experiência [...] uma técnica entregou [outro medicamento] no lugar de paracetamol [...] houve um erro na entrega.</p> <p>E18- Eu tive situações de risco mesmo que eu vacinei várias vacinas juntas de laboratórios diferentes onde para certa idade tinha que ser uma, dependendo da idade tinha que ser outra [...].</p> <p>E19- já, já vivenciei [...] tinha receitas prontas de outros pacientes [...] o paciente foi atendido e achou que era tudo dele, levou para casa, [...] foi na farmácia comprar pegou as medicações e começou a usar [...].</p> <p>E21- Prescrição de medicação errada.</p> <p>E23- Aconteceu uma certa vez [...] eu vi sim uma [falha na] administração de vacina [...] Graças a Deus não aconteceu nada com a criança.</p> <p>E24- A questão da administração também de medicamentos [...]a questão de vacinas, então assim administração de vacina na faixa etária indevida.</p>
<p>Deslizes e violações na conduta dos profissionais: contribuição para a ocorrência de erros</p>	<p>E5 - Atribuo [os riscos] à falta de atenção.</p> <p>E20 - A enfermagem perde o medo com o passar do tempo, então assim a gente deixa de usar EPI, se vai fazendo tudo correndo.</p> <p>E24- [...] por falta de atenção também, às vezes a gente acaba fazendo pela questão da expertise, por anos de vivência a gente acaba fazendo, e acaba não pensando naquilo e aí você acaba cometendo erros.</p> <p>E23- [...] tem profissionais que não estão preocupados com o cliente [...] assim tem que usar uma pinça contaminada aqui, vou usar ali naquela lesão [...] pessoas que literalmente não tem compromisso, pode ter tido sim a melhor formação da face da terra, mas não tem comprometimento [...].</p>
<p>Promoção da segurança do paciente: ações de enfermeiros para interposição de barreiras aos erros e eventos adversos</p>	
<p>Ações educativas para profissionais e pacientes como estratégia para fortalecer o cuidado seguro</p>	<p>E1- a gente faz as capacitações na unidade [...] questão do covid que a gente faz orientações, disponibiliza álcool, máscaras, a gente está em visitas rotineiras nos domicílios com a questão das orientações [...].</p> <p>E4- Lá no PSF eu faço educação continuada. Eu faço cartazes, deixo em pontos estratégicos perto da pia, perto do banheiro.</p> <p>E5- conscientização de todos os integrantes da equipe no sentido de atentar pra essas questões, que as vezes passam despercebidas [...] tentando estender essa orientação, consolidação desse tema</p>

	<p>que as vezes não é muito debatido, não é muito levantado, também para a clientela.</p> <p>E7- A gente procura fazer atividades educativas com a equipe voltadas para que se atentem para essas questões da Segurança do paciente [...] Sensibilização dos próprios pacientes, que precisam ser orientados para que exijam dos profissionais essas condutas. Às vezes a profissional só chamou pelo nome e o paciente não vê isso como um risco, mas precisa ter uma visão diferenciada para isso.</p> <p>E9- orientar a equipe sempre na questão das técnicas pra não expor o paciente a riscos.</p> <p>E11- a orientação, a cobrança, ensinando, falando [...]. Eu faço a orientação e supervisão também.</p> <p>E13 - a segurança do paciente em domicílio, a gente vai numa casa [...] e aquele aconselhamento que parece besteira [...] tira o tapete para não ter perigo de tropeçar, coloca uma barra para segurança na hora de usar o banheiro, evitar escada, também tem a ver com a segurança na atenção primária, porque é a gente visitar, vai ver a casa, vai ver a realidade daquele paciente, e vai prestar atenção em tudo isso.</p> <p>E14- Eu costumo colocar panfletinhos, porque é o jeito que eu achei que chamasse um pouco de atenção, às vezes o paciente está ali esperando, tem a curiosidade de ir lá e ler aquilo, dá uma certa visão para ele [...].</p> <p>E15- capacitação da equipe de enfermagem, reunião semanal pra discutir os processos de trabalho para evitar os erros [...] Participação em todas as capacitações que a prefeitura oferece.</p> <p>E17- você tem que capacitar equipe, e aí a gente consegue abordar e falar sobre esses assuntos, então os protocolos são uma chave muito boa na hora de trabalhar Segurança do Paciente.</p> <p>E21- Eu procuro sempre estar me atualizando.</p> <p>E22- Se tiver que acontecer vai acontecer, mas o quanto mais capacitados [os profissionais] e a unidade estiver preparada para evitar esses riscos, melhor. A maioria dos acidentes são preveníveis. Então nada como prevenção para evitar que aconteça.</p>
<p>Ações para Identificação correta do paciente</p>	<p>E2- Em relação aos pacientes eu sempre confiro o nome dele, às vezes mais de uma vez. Pergunta o nome completo, peço a ele para mostrar carteirinha, um documento para ver que é a pessoa certa.</p> <p>E6- Eu sempre chamo a pessoa pelo nome por mais que eu acho que sei que é a pessoa, eu chamo pelo nome para confirmar. Às vezes converso sobre a família para confirmar se é quem eu estou achando que é. Converso com o agente comunitário sempre, discuto [...] para confirmar as informações.</p> <p>E7- Sempre chamar pelo nome, sobrenome, data de nascimento, nome da mãe [...] a gente tem a questão do cartão nacional também que é muito usado, então sempre conferir o cartão nacional.</p> <p>E10- A gente se certifica se é o mesmo paciente ou não.</p> <p>E17- Conferir o nome da mãe com a data de nascimento, conferir</p>

	<p>com três dados da pessoa, verificar se não tem duplicidade.</p> <p>E18- Estar sempre identificando o paciente, não é só no ambiente hospitalar que a gente tem que chamar o paciente pelo nome, eu sempre busco nos meus atendimentos chamar o paciente pelo nome.</p> <p>E19- Fazer primeiro essa identificação.</p> <p>E24- Não deixo de conferir o paciente pelo nome, então verificar se realmente é paciente que você está lidando, verificar o diagnóstico, prescrição.</p>
<p>Ações para a prevenção de erros na administração de medicamentos e vacinas</p>	<p>E2- Busco na administração de medicamento conferir, o senhor fulano de tal, essa receita é nova, está prescrito isso é o medicamento que é para administrar, dou o check na administração, tento fazer aqueles passos mesmo [...] receita certa, levar o medicamento correto, conferir se é um paciente certo [...] na sala [de vacina], conferir a idade de criança, conferir a criança, quais vacinas tem que dar, [...] se tiver confuso, ligar para outra unidade para ver se tem alguma informação, as vezes chegam pacientes que perderam carteira... vamos ver qual tomou, qual não tomou pra não tomar repetido ou para não estar tomando vacina errada.</p> <p>E4- lavagem das mãos, uso do álcool 70, uso correto da agulha, uso correto da administração de insulina, uso correto das medicações [...].</p> <p>E7- Sempre quando faço a orientação por que normalmente não sou eu quem aplica as medicações [...] sempre peço que façam a checagem de segurança, de administração segura da medicação. [...] A gente orienta a equipe, auxiliar ou o técnico de enfermagem que aplica, sempre confira a receita, nome, sobrenome, medicação e dose.</p> <p>E16- [...] tanto da parte de técnico de enfermagem, enfermeiro e do médico. [...] se sai uma prescrição do médico você como enfermeiro vai olhar aquela precisão [...] pode acontecer, na hora que o médico vai escrever ou digitar alguma coisa, sair uma palavra errada; se você ver isso e não tomar nenhuma iniciativa você está contribuindo para o risco do paciente. [...] sala de vacina tem bastante risco, tanto de erro de administração, erro de troca de vacina e até de acontecer algum evento adverso. Então eu vejo também a questão de ter esse olhar, ficar de olho para evitar esses riscos.</p> <p>E17- Em sala de vacina, conferir duas vezes aquele feedback que a gente tem por exemplo se eu estou fazendo anotação aí faz aquele feedback de lembrar o profissional [...] você vai fazer febre amarela entendeu, só para confirmar, então é febre amarela, tétano... isso vai ajudando o profissional que está realizando a vacina a lembrar tudo isso, nesse sentido a gente tem esse tipo de feedback de segurança do paciente.</p> <p>E18 - Então sempre buscava sempre conferir antes de administrar [vacina] no paciente, conferir nome idade.</p> <p>E19- Organização dos dispositivos que a gente tem para armazenar medicação [...] a gente começou criar essa rotina de fazer avaliação das receitas na saída do consultório médico, então a gente avaliava,</p>

	<p>fazia uma conversa com o cliente mesmo não tendo o farmacêutico.</p> <p>E22- Tomar cuidado na hora de aplicar alguma medicação, vacina [...] aqueles mandamentos para não aplicar medicação errada.</p> <p>E-23 Se o funcionário ou até mesmo eu estivesse diante de uma medicação, eu sempre procurei ter certeza daquilo que estava fazendo [...] ter todo o cuidado do mundo seja numa medicação, seja numa vacina, na dúvida, perguntar, nunca fazer aquilo que tem dúvida.</p> <p>E24- A conferência da vacina, então o público, data de validade, tudo isso entra na questão da segurança do paciente também.</p>
<p>Atuação frente à estrutura física e ao risco de quedas.</p>	<p>E2- Se for uma pessoa idosa, por exemplo, auxiliar ela a chegar até o local para que não haja queda, auxiliar a subir e descer da maca, proporcionar essa segurança em relação ao ambiente.</p> <p>E3- evitar limpar o ambiente quando o paciente estiver no local, a gente sempre fica muito atento à estrutura, como cadeiras, não deixar pano na porta.</p> <p>E4- Fora da unidade, o que eu tento fazer é chegar dar uma olhada, auxiliar o paciente a entrar, sair, mais que isso eu não posso fazer porque tem muita coisa que não depende de mim [...] mas lá no PSF eu faço.</p> <p>E10- Então para o risco de queda, a gente tem camas com grade, geralmente deixa a grade erguida.</p> <p>E12- Tem os bancos prioritários aqui na unidade, então conforme o cliente chega, a gente vê se tem uma necessidade a mais de segurança. Para aquele cliente aí a gente direciona, se precisa de cadeira, se precisa de uma cadeira maior, mas não tem muita coisa que é feita a não ser isso.</p> <p>E13- [...] eu me preocupo [...] nossa aquela escadinha já não está boa, se um idoso subir ele vai cair, então eu preciso me preocupar, eu entro em contato com a gestão com o almoxarifado da prefeitura [...].</p> <p>E18- Essa questão de queda, como a gente não tem uma estrutura muito boa, a gente tenta sempre zelar pelo cuidado do paciente mesmo, quando ele precisa subir na maca, na descida, principalmente se for um paciente idoso.</p> <p>E22- auxiliar, se for idoso você vê que tem risco de queda, a gente já tem essa visão mais global de auxiliar na hora de chamar, auxiliar para sentar.</p>
<p>Ações para Prevenção de infecções</p>	<p>E2- Não é porque é na unidade básica de saúde que não vai ter situações graves, que precisem do ambiente estar bem limpo; a limpeza do ambiente também é uma situação que leva à Segurança do Paciente [...] uso dos EPIs necessários para proteção não somente do paciente, mas também dos profissionais para não estar pegando ou disseminando algum tipo de infecção, uso de máscaras, capote, luvas, quando a gente estava fazendo algum tipo de exame como era o swab nasal.</p> <p>E3- Em questão de sala de procedimento, a gente evita deixar muita coisa exposta, é mais aquilo que vai usar no atendimento; a gente</p>

	<p>tem sala separada para curativo, sala separada pra injeção, para que não haja meio de contaminação [...] a gente fica muito atenta a questão de manter a unidade limpa, higienização correta.</p> <p>E17- [...] higienização das mãos, em sala de vacina não se usa luvas então uma coisa que a gente tem que bater muito em cima, porque a higienização das mãos tem que ser muito fiel [...] aí então o profissional tem muito risco de fazer uma infecção se não tomar todos os cuidados.</p> <p>E18- Estar sempre higienizando as mãos, ainda mais agora, não só por conta da pandemia, a gente criou o habito, a gente não tinha tanto esse habito na atenção primaria.</p> <p>E19- Relativo a questão de curativos, desde o processo de esterilização que a gente tenta manter a qualidade, verificando os indicadores químicos, indicadores biológicos que nem sempre são disponibilizados para a gente [...] e oferecer um processo adequado para curativo, para sondagens, para não incidir em risco, aumentar dias tomando antibiótico.</p> <p>E20- A orientação quanto a higienização do consultório dentário, de ter um protocolo de higienizar com álcool 70% a cada troca de paciente, no preventivo quando eu termino eu higienizo toda a maca com álcool 70% entre um paciente e outro, então não são coisas muito importantes, mas já alivia um pouco [...] mesmo com a lavagem das mão é importante fazer o uso de EPI.</p> <p>E23- Questão de material, sempre muito bem higienizado, muito bem esterilizado, nesse sentido eu sempre peguei no pé.</p>
<p>Integração da equipe multiprofissional: parceria para a segurança do paciente.</p>	<p>E4- A gente sempre tenta fazer que o paciente passe em consulta medica constantemente ou comigo, ou que a técnico de enfermagem tente ir na casa do paciente pelo ao menos uma vez no mês ou de dois em dois meses pra estar aferindo os sinais vitais, vendo o uso correto das medicações domiciliares.</p> <p>E10- Se está com dúvida de alguma coisa, ou algum procedimento a gente tenta conversar com o médico.</p> <p>E14- Agora a gente sempre senta uma vez no mês para discutir o que poderia melhorar.</p> <p>E16- A questão da atuação técnica ali entre médico e enfermeiro sempre buscando trabalhar junto, sempre que eu acolho um paciente que eu sei que está precisando de determinada coisa é mesmo que não tenha consulta médica naquele momento, se eu identifico que eu posso estar solicitando um exame, já vou adiantando o atendimento. Então tem que ter essa essa facilidade de comunicação, de confiança entre os profissionais, a gente consegue evitar riscos.</p> <p>E21- Se eu não me sinto segura com o que eu estou fazendo com a minha conduta enquanto enfermeira eu parto para outro lado e tento conduzir de outra maneira para que não tenha nenhum risco. Procuro sempre trabalhar em conjunto porque eu acho que quando a gente trabalha com mais pessoas também diminui o risco.</p>

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Promoção da segurança do paciente pelo enfermeiro na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Roberta Seron Sanches

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59831922.1.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.582.486

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, que terá como participantes, enfermeiros em atuação na Atenção Primária à Saúde (APS). O estudo será desenvolvido em ambiente virtual. A seleção dos enfermeiros ocorrerá por meio da técnica de amostragem snowball (bola de neve) a partir do contato telefônico inicial com um enfermeiro que esteja entre os contatos pessoais da pesquisadora. Consistirá em uma única entrevista por participante. Financiamento próprio, não manifestam conflitos de interesse.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a promoção da segurança do paciente segundo as vivências dos enfermeiros atuantes na APS.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os participantes quanto aos aspectos sociodemográficos e profissionais. - Apreender a percepção dos enfermeiros atuantes na APS sobre a segurança do paciente.- Conhecer os riscos aos quais os pacientes estão expostos na APS, segundo a percepção dos enfermeiros.- Identificar as ações para a promoção da segurança na APS, segundo a vivência dos

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314E
 Bairro: centro CEP: 37.130-001
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 5.592.486

enfermeiros.

Avaliação do CEP:

- a. objetivos claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto;
- c. exequível (considerando tempo, recursos, metodologia etc.)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este projeto de pesquisa envolve riscos mínimos de dimensão física e/ou psíquica, uma vez que pode ocorrer desconforto e/ou constrangimento para responder a entrevista. Neste caso, a mesma será interrompida com abordagem cautelosa do participante, no sentido de reforçar o anonimato e o sigilo em relação as respostas, e ainda, que os dados serão utilizados unicamente para fins científicos. Ainda, será reforçado ao participante que, se desejar, pode retirar o seu consentimento prévio a qualquer momento, sem que incorram quaisquer tipos de prejuízos.

Também, existem riscos mínimos morais, haja vista que os pesquisadores não podem garantir ao participante, um ambiente que lhe assegure a privacidade e a ausência de interferências externas durante a entrevista, pelo fato de a mesma ser realizada via internet e assim, o próprio participante escolherá o local em que se encontrará no momento da coleta de dados.

Para minimização destes riscos, na ocasião do agendamento da entrevista, o participante será orientado a escolher um local que lhe possibilite ter privacidade. Contudo, se durante a entrevista for identificado que o local em que o participante se encontra não lhe assegure a privacidade necessária, a entrevista poderá ser interrompida, reagendada ou ainda, o participante poderá retirar o seu consentimento e refutar da participação no estudo. Igualmente, a pesquisadora realizará a entrevista de um local que também assegure a privacidade e o sigilo do participante e impeça a ocorrência de interferências de outras pessoas não envolvidas no estudo e ainda, minimize ruídos ou outros fatores externos que possam prejudicar o desenvolvimento da entrevista.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
 Bairro: centro CEP: 37.130-001
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 5.582.486

Para mais, em relação à disponibilidade de tempo para participação no estudo, o agendamento da entrevista ocorrerá conforme a disponibilidade e as preferências do participante, que poderá escolher o dia e horário que lhe forem mais convenientes.

No que se refere à responsabilidade da pesquisadora na transferência e armazenamento adequado dos dados coletados, uma vez concluída a

entrevista, será realizado o download para o computador da pesquisadora participante, com arquivamento em pasta individualizada, unicamente neste computador, sendo excluídos todo e qualquer vídeo, áudio ou registros da Plataforma Virtual ou ambiente compartilhado ou "nuvem".

Os arquivos digitais permanecerão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da

pesquisa, conforme Art. 17, inciso VI e Art. 28, inciso IV da Resolução CNS 510/2016 (BRASIL, 2016).

Adicionalmente, para que seja garantido o anonimato, o sigilo e a confidencialidade, os participantes serão identificados por

combinações alfanuméricas (E1, E2, E3, e assim sucessivamente), em que E se refere à enfermeiro e o número se refere à ordem das entrevistas.

Assim, as falas transcritas serão identificadas por estas combinações de letras e números.

Benefícios:

Apesar dos riscos mínimos apresentados, o estudo poderá abrir caminhos para elaboração de estratégias para a prevenção, controle e mitigação

dos eventos adversos neste cenário ainda pouco explorado, e assim, contribuir para o fortalecimento da segurança do paciente na atenção primária,

podendo ainda contribuir para sensibilizar os profissionais de enfermagem e outros profissionais atuantes na APS quanto à implementação de ações

para a promoção da segurança do paciente, bem como contribuir com a literatura sobre a temática, que ainda se encontra escassa neste nível de atenção.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 5.592.486

Análise do CEP:

a. Os riscos de execução da pesquisa estão bem descritos no projeto e apresentam medidas preventivas e minimizadoras para todos os riscos possíveis;

b. Há benefícios oriundos da execução do projeto, como abrir caminhos para elaboração de estratégias para a prevenção, controle e mitigação dos eventos adversos na APS, cenário ainda pouco explorado, e assim, contribuir para o fortalecimento da segurança do paciente na atenção primária, podendo ainda contribuir para sensibilizar os profissionais de enfermagem e outros profissionais atuantes na APS quanto à implementação de ações

para a promoção da segurança do paciente, bem como contribuir com a literatura sobre a temática, que ainda se encontra escassa neste nível de atenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo qualitativo, descritivo e exploratório, que terá como participantes, enfermeiros em atuação na Atenção Primária à Saúde. O estudo será desenvolvido em ambiente virtual e desta forma, não haverá uma instituição que configure vínculo com os possíveis convidados e/ou participantes da pesquisa. A seleção dos mesmos ocorrerá por meio da técnica de amostragem snowball (bola de neve) a partir do contato telefônico inicial com um enfermeiro que esteja entre os contatos pessoais da pesquisadora. Consistirá em uma única entrevista por participante, cuja duração dependerá das respostas do próprio participante, porém, estima-se tempo máximo de uma hora. Para nortear a entrevista, será utilizado um instrumento elaborado pelos autores, composto por duas partes. A primeira será um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes e a segunda será um roteiro de entrevista semiestruturada composto por 3 questões abertas. Para a operacionalização da entrevista, será utilizada a Plataforma Skype. A entrevista será conduzida pela pesquisadora participante e, antes de seu início, será solicitada autorização para a gravação com recurso próprio do Skype. Ao término das entrevistas, será realizada sua transcrição integral. Para a organização e análise dos dados, será utilizada a análise temática reflexiva.

Análise do CEP:

a. Metodologia da pesquisa – adequada ao objetivo do projeto.

b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
 Bairro: centro CEP: 37.130-001
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 5.582.486

c. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto no CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado
- b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica
- d. Dispensa do Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – presente e adequado
- e. Dispensa do Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado.
- f. Termo de Anuência Institucional (TAI) da Unidade Acadêmica: presente e adequado
- g. Folha de rosto - presente e adequada.
- h. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado.
- i. Declaração de compromisso do pesquisador responsável - presente e adequada
- j. Dispensa do Termo de Compromisso para desenvolvimento de Protocolos de Pesquisa no período da Pandemia do Coronavírus (COVID19): presente e adequado

Recomendações:

- 1. Numerar as páginas do TCLE e solicitar a rubrica do pesquisador e participante em cada uma delas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Indica-se a aprovação do Protocolo desde que sejam atendidas as recomendações deste parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP emite parecer após reunião remota ordinária.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1969071.pdf	20/06/2022 21:44:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_CEP.pdf	20/06/2022 21:38:55	Roberta Seron Sanches	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
 Bairro: Centro CEP: 37.130-001
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 5.582.486

Investigador	Projeto_CEP.pdf	20/06/2022 21:38:55	Roberta Seron Sanches	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escarecido.pdf	20/06/2022 21:34:51	Roberta Seron Sanches	Aceito
Outros	Justificativa_para_dispensa_do_Termo_de_Anuencia_Institucional.pdf	20/06/2022 21:21:15	Roberta Seron Sanches	Aceito
Outros	TAI_Diretora_EE.pdf	20/06/2022 21:17:27	Roberta Seron Sanches	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_COMPROMISSO.pdf	20/06/2022 21:16:06	Roberta Seron Sanches	Aceito
Outros	Justificativa_de_Dispenza_do_Termo_de_Compromisso_de_Utilizacao_dos_Dados.pdf	20/06/2022 21:14:00	Roberta Seron Sanches	Aceito
Outros	Justificativa_para_dispensa_do_Termo_de_Compromisso_COVID.pdf	20/06/2022 21:10:22	Roberta Seron Sanches	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Assinada.pdf	20/06/2022 21:05:28	Roberta Seron Sanches	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 15 de Agosto de 2022

Assinado por:
DANIEL AUGUSTO DE FARIA ALMEIDA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro CEP: 37.130-001
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br