UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THATIANNY TANFERRI DE BRITO PARANAGUÁ

**SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

GOIÂNIA, 2015

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☐ **Dissertação**   ☒ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá				
E-mail:	ttb.paranagua@gmail.com				
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? ☒ Sim ☐ Não					
Vínculo empregatício do autor	Nenhum				
Agência de fomento:	Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior	Sigla:	CAPES		
País:	Brasil	UF:	GO	CNPJ:	00889834/0001-08
Título:	Segurança do paciente na atenção primária: conhecimento dos profissionais de saúde.				
Palavras-chave: Segurança do Paciente; Gestão do Conhecimento; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.					
Título em outra língua: Patient Safety in Primary Care: knowledge of health professionals.					
Palavras-chave em outra língua: Patient Safety; Knowledge management; Primary Health Care; Nursing.					
Área de concentração:	A Enfermagem no Cuidado à Saúde Humana				
Data defesa:	18/02/2015				
Programa de Pós-Graduação:	Faculdade de Enfermagem				
Orientador (a):	Ana Lúcia Queiroz Bezerra				
E-mail:	analuciaqueiroz@uol.com.br				

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM   ☐ NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

_____
Assinatura do (a) autor (a)

Data: ____/____/____.

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

THATIANNY TANFERRI DE BRITO PARANAGUÁ

**SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Doutor.

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana.

Linha de pesquisa: Gestão e formação de recursos humanos para a integralidade do cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Queiroz Bezerra

GOIÂNIA, 2015

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

Tanferri de Brito Paranaguá, Thatianny
SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE [manuscrito] /
Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá. - 2015.
cxxxviii, 138 f.

Orientador: Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de
Enfermagem (FEN) , Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Goiânia, 2015.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui abreviaturas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Segurança do Paciente. 2. Gestão do Conhecimento. 3. Atenção
Primária à Saúde. 4. Enfermagem. I. Queiroz Bezerra, Ana Lúcia ,
orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

THATIANNY TANFERRI DE BRITO PARANAGUÁ

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Doutor.

Aprovada em 18 de fevereiro de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Professor Doutor ANA LÚCIA QUEIROZ BEZERRA – Orientador – Presidente da Banca
FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Professor Doutor CLACI FÁTIMA WEIRICH ROSSO – Membro Efetivo
FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Professor Doutor RUTH MINAVISAVA – Membro Efetivo
FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Professor Doutor MARIA APARECIDA DA SILVA VIEIRA – Membro Efetivo
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Professor Doutor MARIA ALICE COELHO – Membro Efetivo
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Professor Doutor MARY LOPES REIS – Membro Suplente
FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Professor Doutor SUELY ITSUKO CIOSAK – Membro Suplente
FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

*Dedico aos meus pais, Carlos e Tânia,
pelo amor incondicional, incentivo e
confiança, ao longo da minha existência.*

Vocês são meus pilares!

AGRADECIMENTOS

À Deus, que sempre está ao meu lado, guiando meu destino e cuidando de cada detalhe da minha vida. Que a Sua proteção continue se fazendo presente e me fortaleça diante das necessidades, que sempre se esvaem pela força da minha fé.

À Professora Dr.^a Ana Lúcia Queiroz Bezerra, que tem plena influência na minha formação, pessoal e profissional. Obrigada pela amizade, carinho, incentivo, determinação, empenho e competência com que me guiou ao longo de nove anos. Nossas conversas sempre foram muito valiosas e as tardes de reuniões estabeleceram muito mais que um vínculo de aluno e professor.

Aos Professores Dr.^o Marcelo Medeiros, Dr.^a Ruth Minamisava, Dr.^a Claci Fátima Weirich Rosso, Dr.^a Ana Elisa Bauer de Camargo e Silva e Dr.^a Suely Itsuko Ciosak pela disponibilidade e dedicação que auxiliaram no direcionamento do estudo no exame de qualificação. A contribuição de vocês foi essencial.

Aos Professores Dr.^a Ruth Minamisava, Dr.^a Claci Fátima Weirich Rosso, Dr.^a Maria Aparecida da Silva Vieira, Dr.^a Mary Lopes Reis, Dr.^o Marcelo Medeiros e Dr.^a Maria Alice Coelho, por aceitarem participar da avaliação final e aprimoramento deste trabalho. Agradeço pela disponibilidade, dedicação e sábias contribuições.

À equipe do Telessaúde Goiás, em especial, ao Professor Dr.^o Alexandre Chater Talieb, à Queren Ávila de Araújo Fonseca, ao Jonatas Abreu Fernandes, ao Ullisses Alcântara Malveste e ao Anderson Sousa Evangelista pela paciência, colaboração e apoio no desenvolvimento deste estudo.

A todos os técnicos administrativos e docentes da Faculdade de Enfermagem pelo apoio, incentivo constante, exemplos, sabedoria e que, direta ou indiretamente, contribuíram para a minha formação.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro, que foi indispensável para a construção dessa pesquisa.

Às minhas companheiras dessa jornada, no curso de doutorado em Enfermagem, que mesmo distantes nos últimos meses, muito me ensinaram sobre a vida.

Às minhas pérolas, pesquisadoras lindas, Cristiane Chagas Teixeira e Gabriela Camargo Tobias que muito me apoiaram, incentivaram, se envolveram e agarraram uma conquista minha, como se fossem delas. Amizade que nasceu de uma simplicidade, de um carinho verdadeiro e que eu quero preservar para sempre.

Aos meus pais, Carlos e Tânia, que sempre estiveram ao meu lado, torcendo pelo meu melhor, vibrando a cada conquista. Esse suporte foi essencial para o meu fortalecimento enquanto pessoa, me tornando mais confiante em cada decisão.

Ao meu irmão, Thiago, pelo amor mais sincero desse mundo, pelas risadas, pelo companheirismo, pela admiração. Amor maior que esse não existe. À minha irmã de lei, Rafaela, que me presenteou com a pequena Heloiza, trazendo mais alegria, esperança de uma vida mais amena. Momentos com vocês sempre

renovaram minhas energias para continuar nessa caminhada. Vocês são as fortalezas da minha vida.

Ao meu companheiro do dia a dia, Diego Antônio, que me completa, que cuida de mim, que se preocupa, que sente orgulho e que eu amo. Sou grata pelo incentivo constante, amizade verdadeira e por me fazer sorrir mesmo nos momentos difíceis. À família Oliveira e Tomé pela confiança, mensagens de estímulo, amizade e conselhos. Vocês são muito especiais.

Aos meus avós, tios, primos e amigos que, mesmo não compreendendo as horas de ausência, me incentivaram a persistir por acreditaram em meu crescimento pessoal e profissional. Vocês fazem parte da minha vida.

Este estudo está vinculado ao Grupo de Estudos em Gestão de Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem – GERHSEn – e ao Núcleo de estudos em Gestão de Instituições de Saúde e Segurança do Paciente – NEGISP.

“No momento em que nos comprometemos, a providência divina também se põe em movimento. Todo um fluir de acontecimentos surge ao nosso favor. Como resultado da atitude, seguem todas as formas imprevistas de coincidências, encontros e ajuda, que nenhum ser humano jamais poderia ter sonhado encontrar. Qualquer coisa que você possa fazer ou sonhar, você pode começar. A coragem contém em si mesma, o poder, o gênio e a magia”.

(J. W. Goeth)

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	11
LISTA DE TABELAS.....	12
LISTA DE ABREVIATURAS.....	13
 RESUMO.....	 14
 APRESENTAÇÃO.....	 17
 1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	 22
2 OBJETIVOS.....	31
2.1 Objetivo Geral.....	31
2.2 Objetivos Específicos.....	31
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	32
3.1 A Gestão do Conhecimento na Atenção Primária à Saúde.....	32
3.2 Iniciativas para a Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde..	44
4 MÉTODO.....	54
4.1 Tipo de Estudo.....	54
4.1.1 Caracterização da Intervenção.....	54
4.2 Local.....	57
4.3 População.....	57
4.4 Variáveis do Estudo.....	57
4.5 Instrumentos.....	58
4.6 Contato com os Profissionais.....	58
4.7 Coleta dos Dados.....	59
4.8 Análise dos Dados.....	60
4.9 Aspectos Éticos.....	60
5 RESULTADOS	62
5.1 Perfil dos Profissionais e Conhecimento sobre Segurança do Paciente....	62
5.2 Ocorrência de Incidentes na Atenção Primária à Saúde.....	68

6 DISCUSSÃO.....	79
7 CONCLUSÃO.....	101
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
REFERÊNCIAS.....	107

APÊNDICE 1 – Planos de curso dos módulos do programa educativo sobre segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde.....	123
APÊNDICE 2 – Instrumentos de investigação do perfil profissional e conhecimento sobre segurança do paciente (Pré e pós teste).....	126
APÊNDICE 3 – Instrumento de investigação sobre a ocorrência de incidentes	129
APÊNDICE 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	132
ANEXO 1 – Parecer do Comité de Ética 064/2008	134
ANEXO 2 – Parecer do Comité de Ética 630/266	136

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Qualificação em saúde pública e segurança do paciente dos profissionais de saúde atuantes na rede de APS de Goiás. Goiás, 2014.....	64
Quadro 1 – Estrutura dos módulos do Programa Interativo sobre Segurança do Paciente na APS.....	55
Quadro 2 – Conhecimento geral dos profissionais da APS de Goiás sobre segurança do paciente. Goiás. 2014 (N antes 354 / N depois 75).....	65
Quadro 3 – Avaliação dos conceitos de incidente sem dano, evento adverso, circunstância notificável e quase-erro, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, pelos profissionais da APS de Goiás. Goiás, 2014. (N antes 354 / N depois 75).....	66
Quadro 4 – Julgamento de casos de incidente sem dano, evento adverso, circunstância notificável e quase-erro, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, pelos profissionais da APS de Goiás. Goiás, 2014. (N antes 354 / N depois 75).....	67
Quadro 5 – Abordagem do incidente no processo de trabalho, na perspectiva dos profissionais da APS. Goiás, 2014.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais da rede de APS vinculados ao Núcleo de Telemedicina e Telessaúde Goiás. Goiás, 2014.....	62
Tabela 2 – Tipos de incidentes ocorridos na APS, na perspectiva dos profissionais de saúde de Goiás. Goiás, 2014.....	68
Tabela 3 – Ações adotadas na atenção primária que previnem e/ou reduzem a ocorrência de incidentes, na perspectiva dos profissionais da APS de Goiás. Goiás, 2014.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSQHC – Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

APS – Atenção Primária à Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância em Saúde

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

JCI – Joint Commission International

NPSA – National Patient Safety Agency

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

WHO – World Health Organization

RESUMO

PARANAGUÁ TTB. **Segurança do Paciente na Atenção Primária: conhecimento dos profissionais de saúde.** [thesis]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2015. 140p.

O objetivo geral foi analisar o efeito de um programa educativo sobre segurança do paciente, desenvolvido por meio da Tele-educação, no conhecimento dos profissionais atuantes na atenção primária. Estudo de intervenção do tipo antes e depois, conduzido com os profissionais de saúde cadastrados na rede do Telessaúde de Goiás. Foram utilizados instrumentos autoaplicáveis, via web e realizada análise estatística descritiva. Os resultados mostraram fragilidades no conhecimento dos profissionais de saúde sobre segurança do paciente, no contexto da prática, o que subsidiou a construção de um programa educativo que se mostrou satisfatório para a ampliação do conhecimento acerca da temática estudada. Os relatos dos incidentes revelaram a importância da aquisição de conhecimentos, sobre segurança do paciente, para a identificação de ocorrências dos vários tipos de incidentes na atenção primária e evidenciou a necessidade de trabalhar aspectos conceituais com maior aprofundamento, a fim de aumentar a acurácia desses profissionais para a identificação e monitoramento dos incidentes advindos do cuidado. O estudo pode ser utilizado globalmente, contribui para o diagnóstico do conhecimento sobre segurança do paciente, para a identificação de falhas que necessitam ser trabalhadas pela gestão dos serviços de saúde, bem como para elaboração de políticas educativas que subsidiem a formação de uma cultura de segurança e de qualidade nos serviços de saúde, com vistas a reduzir a ocorrência de incidentes e evitar danos ao paciente que busca atendimento na atenção primária.

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

ABSTRACT

PARANAGUÁ TTB. **Patient Safety in Primary Care: knowledge of health professionals.** [thesis]. Goiania: Faculty of Nursing /UFG; 2015. 140p.

The general objective was to analyze the effect of an educational program on patient safety, developed by Tele-education, in the knowledge of professionals working in primary care. Study type intervention before and after, conducted with registered health professionals in Telehealth Network of Goiás. Were used self-report instruments, via web and carried out a descriptive statistical analysis. The results showed weaknesses in the knowledge of health professionals on patient safety, in the context of the practice, which subsidized the construction of an educational program which proved satisfactory to the expansion of knowledge about the studied subject. The reports of the incidents revealed the importance of acquiring knowledge on patient safety, to identify occurrences of the various incidents in primary care and highlighted the need to work conceptual aspects with greater depth in order to increase the accuracy of these professionals for the identification and monitoring of incidents arising from care. The study can be used globally, contributing to the diagnosis of knowledge about patient safety, to identify gaps that need to be worked for the management of health services, and the elaboration of educational policies that support the formation of a safety culture and quality in health services, in order to reduce the occurrence of incidents and prevent harm to patients who weeks care in primary care.

Keywords: Patient Safety; Knowledge management; Primary Health Care; Nursing.

RESUMEN

PARANAGUÁ TTB. **Seguridad del Paciente en la Atención Primaria: conocimiento de los profesionales de salud.** [tesis]. Goiania: Facultad de Enfermería/UFG; 2015. 140p.

El objetivo general fue analizar el efecto de un programa educativo sobre la seguridad del paciente, elaborado por Tele-educación, en el conocimiento de los profesionales que trabajan en la atención primaria. Estudio de intervención tipo antes y después, llevado a cabo con profesionales de la salud registrados en la Red de Telesalud de Goiás. Fueron utilizados instrumentos de auto-informe, vía web y llevada a cabo un análisis estadístico descriptivo. Los resultados mostraron debilidades en el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la seguridad del paciente, en el contexto de la práctica, lo que subsidio la construcción de un programa educativo que se mostró satisfactorio para la expansión del conocimiento sobre el tema estudiado. Los informes de los incidentes revelaron la importancia de la adquisición de conocimientos sobre la seguridad de los pacientes, para la identificación de ocurrencias de diversos incidentes en la atención primaria y evidencio la necesidad de trabajar aspectos conceptuales con mayor profundidad con el fin de aumentar la precisión de estos profesionales para la identificación y seguimiento de los incidentes derivados del cuidado. El estudio puede ser utilizado globalmente, contribuye para el diagnóstico de conocimientos acerca de la seguridad del paciente, para la identificación de brechas que necesitan ser trabajadas para la gestión de los servicios de salud, bien como para la elaboración de políticas educativas que subsidien la formación de una cultura de seguridad y calidad en los servicios de salud, con el fin de reducir la ocurrencia de incidentes y evitar daños al paciente que busca atendimento en la atención primaria.

Palabras clave: Seguridad del Paciente; Gestión del conocimiento; Atención Primaria de Salud; Enfermería.

APRESENTAÇÃO

O material aqui apresentado é fruto de inquietações sobre a importância da qualidade dos serviços de saúde no processo de cuidar e o desejo de contribuir, por meio da investigação de incidentes e da capacitação do profissional atuante na Atenção Primária à Saúde (APS), com a efetivação dessa qualidade na segurança do paciente que necessita de cuidados de saúde.

Essa trajetória teve início entre os anos de 2006 a 2009, durante o curso de graduação em enfermagem, enquanto integrante do programa de iniciação científica da Universidade Federal de Goiás. Esses três anos de pesquisa me permitiram construir um conhecimento sobre aspectos relativos ao trabalho da enfermagem e fazer um diagnóstico situacional da qualidade da assistência em saúde, especialmente, dos potenciais riscos no processo do cuidar.

Durante esse tempo participei de um minicurso que discutia a gestão de riscos e a segurança do paciente na terapia medicamentosa, o que despertou-me interesse não apenas pela temática dos erros de medicação, mas também pelas diversas situações inesperadas que, eventualmente, ocorrem durante a prestação do cuidado, os chamados incidentes.

Em 2007, ainda na graduação, fui convidada a participar das atividades desenvolvidas pelo Polo Goiano de Segurança do Paciente, grupo vinculado à Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Após a graduação, em 2010, minha integração nesse polo, enquanto profissional, permitiu o aprofundamento na temática e a certeza de que, para garantir a segurança do paciente, é necessária a adoção de medidas gerenciais que estimulem um processo de trabalho sistematizado, com base em evidências científicas. Ainda, é necessária a adoção de um sistema de resiliência, em que o incidente é recuperado/identificado, entendido e avaliado para evitar que outros incidentes de mesma ordem se repitam, resultando em um ambiente cada vez mais seguro.

Considerando que os incidentes podem ser evitados, há a necessidade de investigar sua ocorrência a fim de traçar medidas preventivas e aprimorar os aspectos de estrutura, processos e resultados dos serviços de saúde, no intuito de minimizar os potenciais riscos. Assim, no ano de 2008, foi construído um projeto de

pesquisa intitulado “Análise das Ocorrências de Eventos Adversos em um Hospital da Rede Sentinela na Região Centro-Oeste”, coordenado por uma docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Desde então, sou membro integrante desse projeto e participo de várias pesquisas sobre o levantamento e a análise da ocorrência de incidentes em unidades de internação hospitalar, da divulgação dos resultados em eventos científicos e da elaboração/publicação de artigos em periódicos científicos.

Diante do meu interesse na temática, desenvolvi o mestrado acadêmico, também vinculado a este projeto de pesquisa, que foi intitulado “Análise dos Incidentes ocorridos na Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário da Região Centro-Oeste”. Os resultados da dissertação evidenciaram o registro de 6.981 incidentes em 750 internações, sendo 5.454 incidentes sem danos, 1.291 circunstâncias notificáveis, 218 eventos adversos e 18 quase-erros. A maior prevalência foi de 84,7% para circunstâncias notificáveis, seguida de 82,0% para incidentes sem danos, 18,7% para eventos adversos e 1,7% para quase-erros. O uso de sondas, a intervenção cirúrgica, o tempo de internação superior a quatro dias e a infusão de hemoderivados se comportaram como variáveis independentes para a ocorrência de um incidente (PARANAGUÁ, 2012).

Até esse momento, todos os estudos realizados foram voltados à atenção hospitalar. Como integrante do Grupo de Estudos em Gestão de Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem – GERHSEn – da Faculdade de Enfermagem, as discussões levantadas levaram a alguns questionamentos que culminaram no interesse de ampliar as investigações sobre a ocorrência dos incidentes na atenção primária, após a constatação de literatura escassa sobre a temática segurança do paciente nesse contexto da assistência à saúde.

A publicação do relatório do Instituto de Medicina, nos Estados Unidos da América (EUA), *To err is human*, apontando que a ocorrência de até 98.000 óbitos anuais são em decorrência de uma assistência insegura, alavancou as pesquisas na área de segurança do paciente (KOHN et al, 2000).

Na APS, o incentivo às pesquisas foi o relatório do Comitê Europeu de Segurança do Paciente e da Organização Mundial de Saúde que consideraram a segurança do paciente como um desafio global, movimentando esforços para o diagnóstico situacional da ocorrência dos incidentes nesse modelo de atenção (WHO, 2008; 2012).

A análise de 96.047 consultas realizadas por 452 profissionais da saúde, na Espanha, evidenciou um total de 773 eventos adversos, estimando prevalência pontual de 0,8%, dos quais 5,9% foram considerados graves e 64,3% foram considerados evitáveis. Problemas na comunicação e na administração estiveram na raiz da maior parte dos eventos identificados (ARANAZ et al., 2008).

Na Inglaterra, a incidência foi de seis eventos adversos por 1.000 pessoas-ano, o equivalente a oito eventos adversos por 10.000 consultas. Os fatores de maior risco para sofrer um evento adverso foram: a idade entre 65 e 84 anos, o maior número de consultas, cinco ou mais internações prévias de emergência e/ou o maior número de doenças. Já os pacientes registrados junto a um centro de atenção primária, por períodos mais longos, apresentavam menos riscos de sofrer esse tipo de incidente (TSANG et al., 2013).

Apesar das estimativas, poucas são as unidades de saúde que utilizam ferramentas para a análise proativa de riscos à segurança do paciente (CASTELLANO-ZURERA et al., 2012).

Com base nos estudos internacionais e nos resultados das pesquisas, o meu interesse por estudar os incidentes ocorridos durante a assistência na APS foi se fortalecendo, à medida que se tornava evidente o meu conhecimento sobre a importância dessa assistência e a frequência de incidentes no campo selecionado para a pesquisa.

Diante disso, me integrei em um segundo projeto de pesquisa, intitulado “Impacto de um Programa Interativo em Segurança do Paciente por meio da Tele-educação, no Processo de Trabalho de Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família, vinculados ao Telessaúde”. Ele tem como um dos objetivos investigar a temática segurança do paciente no âmbito da atenção primária, bem como os processos relacionados à aprendizagem e o impacto desta no ambiente de trabalho, visando a melhoria dos processos de trabalho, que se constitui minha tese de doutorado em enfermagem e a oportunidade para dar continuidade ao meu caminhar como pesquisadora nessa temática.

Considerando o papel das pessoas no processo de trabalho, inclusive para a identificação do incidente e, ainda, que o registro de incidentes advindos do cuidado prestado em unidades de saúde da atenção primária não é estruturado, e pouco incentivado, surgiu a necessidade de investigar essa ocorrência a partir da visão dos profissionais de saúde que atuam nesse contexto.

Partindo de um pressuposto que a temática segurança do paciente seria pouco trabalhada por esses profissionais, primeiramente foi levantado o conhecimento geral dessa população, o que subsidiou a elaboração de um programa educativo a fim de capacitá-los para a identificação dos incidentes e tornar mais fidedigno o relato sobre a ocorrência de incidentes.

A Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional e, mais tarde, a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu ações para a promoção da segurança do paciente, sem dúvida, contribuíram para a aplicabilidade prática da literatura científica, especialmente no meio hospitalar. O desafio, agora, é estabelecer ações específicas para o contexto da APS, para o qual a presente investigação poderá fornecer ricos subsídios.

Este material foi estruturado considerando as etapas de um estudo científico.

A introdução descreve o conceito dos incidentes e os fundamentos teóricos que ancoram a justificativa dos objetivos propostos, bem como alguns questionamentos e motivações que resultaram nessa investigação.

O referencial teórico está alicerçado em evidências científicas e é apresentado em dois capítulos que discutem, fundamentalmente, a importância da gestão do conhecimento, da aprendizagem a partir do erro e do suporte que deve ser oferecido aos profissionais de saúde para aplicar, no ambiente de trabalho, novos conhecimentos que possam contribuir, significativamente, para a mudança da prática clínica, com vistas a garantir a qualidade dos serviços de saúde e a segurança do paciente. Discute-se, também, o papel dos profissionais de saúde para a prevenção de incidentes e a gestão dos riscos em saúde, além da sua importância para o diagnóstico da ocorrência dos incidentes advindos do cuidado.

O método segue o delineamento tipo antes e depois, e foi construído conforme os critérios desse tipo de pesquisa, buscando detalhar todo o percurso percorrido para se chegar aos resultados.

Os resultados foram estruturados conforme os objetivos específicos e sistematizados, em tabelas e figuras, com o intuito de facilitar a visualização geral das variáveis investigadas.

A discussão foi elaborada com base em literatura atualizada, nacional e internacional, evidenciando e discutindo os aspectos que demonstraram maior relevância no estudo.

A conclusão faz uma síntese dos resultados e aponta reflexões quanto à competência e responsabilidade dos profissionais de saúde na prevenção e no gerenciamento dos incidentes, assim como o papel dos gestores na promoção e no incentivo dos profissionais para a participação em programas educativos.

Todas as referências consultadas para a construção deste material estão listadas e apresentadas na norma *Vancouver*, conforme solicitado pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

Os anexos e apêndices estão apresentados ao final do material, respectivamente, para critério de comprovação dos termos éticos e consulta do instrumento elaborado para este fim.

Esse estudo poderá despertar a busca constante pela atualização do conhecimento sobre os incidentes, de forma a conduzir melhor as condutas profissionais para seu gerenciamento, no contexto da atenção primária, objetivando melhorar a qualidade da assistência prestada e a segurança do paciente.

1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

A Atenção Primária à Saúde (APS) se configura em um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que inclui a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade (BRASIL, 2011).

A Conferência Internacional da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizada em 1978 em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão na antiga União Soviética, concluiu que a APS era a chave do equilíbrio de um sistema de saúde moderno, pois proporcionava enfoque mais equânime, abordagem mais centrada no paciente, gestão da doença baseada na comunidade e medicina mais preventiva (WHO, 1978).

Na atualidade, a APS continua como a principal organizadora do sistema de saúde (WHO, 2007) e as estimativas têm representado a expressiva atuação desse modelo no atendimento aos usuários dos serviços de saúde. Segundo dados do Data-SUS, de janeiro a abril do ano de 2014, foram realizadas 40.676.375 consultas médicas, sendo 1.660.786 na região Centro-Oeste e 912.882 no Estado de Goiás. Foram registradas 27.202.077 consultas de enfermagem, sendo 1.660.786 na região Centro-Oeste e 912.882 em Goiás. Quanto às consultas individuais de outros profissionais de nível superior, foi registrado um total de 9.608.871, sendo 790.589 na região Centro-Oeste e 506.001 em Goiás (SIAB, 2014).

Em relação aos procedimentos gerais realizados nas unidades da rede de APS, considerando o número de curativos, inalações, injeções, retirada de pontos, terapia de reidratação oral e sutura, foi computado um total de 18.857.216 procedimentos, sendo 1.236.147 realizados na Região Centro-Oeste e 615.048 em Goiás (SIAB, 2014).

Esses dados apontam para a diversidade e complexidade da assistência realizada pelos serviços da APS. Nas últimas décadas, a comunidade científica evidencia que o uso de diferentes tecnologias na APS vem se fortalecendo, em

decorrência do aumento da complexidade do cuidado à saúde e, com isso, tem-se ampliado as funções clínicas desenvolvidas nesse contexto (MENDES, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica ampliou a concepção de atenção à saúde posicionando-a como ponto de contato preferencial e porta de entrada da rede de serviços de acesso universal (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Assim, passa a ser um componente estratégico para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, tendo como principal função a coordenação e a integração da atenção fornecida aos usuários, permitindo racionalização do uso de todos os recursos – tanto básicos como especializados – direcionados para a prevenção de doenças, promoção, manutenção e melhoria da saúde (STARFIELD, 2002; AZEVEDO, 2011).

Dentre as diversas dificuldades que a APS enfrenta, destaca-se a qualidade do atendimento que nem sempre recebe a necessária importância e prioridade (SERAPIONE; SILVA, 2011). E nesse contexto onde se objetiva a prevenção de doenças, a promoção, a proteção, a vigilância e a recuperação da saúde, os profissionais devem identificar os possíveis riscos da assistência e manter intrínseca relação com a segurança do paciente.

As investigações sobre a segurança dos pacientes têm sido centradas na assistência hospitalar, devido a maior concentração tecnológica e riscos nesses ambientes. Entretanto, sabe-se que a maioria dos cuidados de saúde é prestada por serviços da APS (MARCHON; MENDES, 2014), que também podem resultar em incidentes se não forem orientados por critérios mínimos de qualidade e segurança.

Incidentes são definidos como eventos ou circunstâncias não esperadas, decorrentes do cuidado prestado e não associados à doença de base, que poderiam resultar ou resultaram em dano desnecessário ao paciente (WHO, 2009).

A fim de uniformizar os termos e conceitos na área da segurança do paciente, a OMS publicou uma taxonomia que classifica os incidentes em quatro tipos: incidente com dano ou evento adverso, que é o incidente que atinge o paciente e, obrigatoriamente, resulta em algum tipo de dano; incidente sem dano, que consiste no incidente que atinge o paciente, mas não resultou em dano; circunstância notificável, que é uma situação em que existe potencial significativo para dano; e, quase-erro que é o incidente que, por sorte ou julgamento, não atinge o paciente (WHO, 2009).

No âmbito hospitalar, estima-se que a cada 10 pessoas que precisam de cuidado à saúde, pelo menos uma sofrerá agravo decorrente de incidentes (WHO, 2007). Nos países em desenvolvimento essa estimativa pode ser maior e, no Brasil, pesquisas apontam que mais de 50% são evitáveis (WHO, 2007; MENDES et al., 2009). A ocorrência desses eventos no contexto nacional é uma realidade alarmante, apontando prevalências que variam de 8% a 82%, de acordo com a realidade estudada e o tipo de incidente (MENDES et al., 2009; PARANAGUÁ et al., 2013).

As consequências dos incidentes são de leve a grave e incluem o aumento do tempo de internação, a interrupção no esquema terapêutico, a necessidade de novos procedimentos, o agravamento do quadro clínico, a debilidade permanente, a incapacidade temporária, as fraturas, a parada cardiorrespiratória, além do óbito (SANTOS; CEOLIM, 2009; DAVENPORT et al., 2009; CARNEIRO et al., 2011; PARANAGUÁ, 2012).

O custo, em termos de tratamento adicional e de prolongamento da hospitalização, decorrente de um incidente é considerável, chegando a dois bilhões de libras, ao ano, no Reino Unido e na Irlanda do Norte, e entre 17 a 29 bilhões de dólares nos Estados Unidos da América (THOMAS et al., 1999). No Brasil, estudo sobre a magnitude dos custos de eventos adversos em dois hospitais públicos de ensino do Estado do Rio de Janeiro, durante o ano de 2003, aponta que o valor médio pago pelo atendimento aos pacientes com evento adverso foi 200,5% maior do que o valor pago aos pacientes sem evento, implicando no gasto de R\$ 1.212.363,30 (PORTO et al., 2010).

Frente às estimativas, o impacto causado nos meios científicos e nas organizações governamentais e não governamentais levou a adoção de iniciativas para a redução de falhas no sistema de saúde, sendo uma delas a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, no ano de 2004, cujo objetivo é formular protocolos operacionais padronizados para o enfrentamento de problemas relacionados à segurança do paciente (WHO, 2004).

No contexto da APS, o relatório elaborado em 2006 pelo Comitê Europeu de Segurança do Paciente foi o marco mais importante. Esse comitê indicou a necessidade de incrementar os estudos de segurança do paciente na APS (SOUSA, 2006).

Logo após, em 2008, a OMS constatou que, da forma como está organizada a prestação de cuidados na APS, não se consegue mitigar os efeitos dos incidentes, uma vez que o nível do sistema que oferta o maior número de atendimentos se configura em um sistema mal pensado, incapaz de garantir níveis de segurança e higiene. Isso resulta em elevadas taxas de infecções, juntamente com erros de medicação e outros incidentes que são evitáveis, e que constituem causas de morte e de falta de saúde, muitas vezes subestimadas (WHO 2008a).

O relatório da OMS de 2008 apontou poucas pesquisas sobre os riscos dos pacientes submetidos ao atendimento primário e ambulatorial, bem como o impacto desses riscos na saúde. Entretanto, vários estudos sobre incidência de eventos adversos em hospitais, baseados em revisão retrospectiva de prontuários, evidenciaram que uma fração dos incidentes com dano ao paciente, identificados durante a internação, havia ocorrido antes da admissão do paciente no hospital, sendo possível que tenham sucedido na APS. Um exemplo é o estudo canadense que afirmou que 31% dos eventos adversos detectados durante a internação ocorreram antes da admissão (BAKER et al., 2004).

Enquanto a maioria dos eventos adversos dos pacientes hospitalizados está associada à cirurgia e ao tratamento medicamentoso (DE VRIES et al., 2008), no contexto da APS esses números se limitam aos incidentes relacionados ao diagnóstico errado e aos eventos durante o processo de medicação (HICKNER et al., 2008; MAKEHAM et al., 2008; WALLIS; DOVEY, 2011; SINGH et al., 2013).

A fim de estudar os riscos em pacientes sob os cuidados primários, a magnitude e a natureza do dano evitável, em razão das práticas inseguras nesses ambientes, e os mecanismos de proteção e segurança ao paciente na APS, a OMS constituiu um grupo identificado como *Safer Primary Care Expert Working Group*, em fevereiro de 2012 (WHO, 2012b).

Pesquisadores que participam desse grupo publicaram um artigo de revisão sistemática cujo objetivo foi conhecer as metodologias disponíveis para a realização de pesquisas sobre segurança do paciente em APS e os tipos de incidentes mais frequentes. Ficou demonstrado que incidentes decorrentes da APS são frequentes e que existem riscos específicos por causa do ambiente e do tipo de cuidado de saúde prestado (MAKEHAM et al., 2008).

Vários métodos têm sido adotados para avaliar incidentes em saúde. Discutem-se os pontos fortes e fracos de cada um deles a fim de selecionar o mais

adequado, em função do que se quer medir (THOMAS; PETERSEN, 2003). A maior parte dos estudos hospitalares tem utilizado a revisão retrospectiva de prontuários (DE VRIES et al., 2008). Já nos estudos sobre a APS, o método mais empregado é a análise de incidentes informados por sistemas de notificação (MAKEHAM et al., 2008), que no Brasil ainda constitui necessidade de imersão.

Outro método muito usado para avaliar os fatores contribuintes dos incidentes é a entrevista com profissionais de saúde da APS (MAKEHAM et al., 2008). Estudos que utilizaram esse método indicaram a ocorrência de erros frequentes relacionados ao processo de medicação e ao erro de diagnóstico, os quais foram atribuídos às falhas nos registros dos pacientes e à pressão para que os profissionais diminuíssem o tempo do cuidado durante a consulta (BALLA et al., 2012; GAAL et al., 2010).

Considerando apenas os estudos de revisão retrospectiva de prontuários em hospitais, a incidência média de eventos adversos é de 9,2% e a proporção média de eventos evitáveis é de 43,5% (DE VRIES et al., 2008). Na APS, a frequência de incidentes variou muito, de 0,004 a 240 por mil consultas, e a proporção de incidentes evitáveis variou de 45 a 76%, dependendo do método empregado na pesquisa (MAKEHAM et al., 2008).

Segundo The Health Foundation, instituição acadêmica que trabalha em parceria com o sistema de saúde do Reino Unido, cerca de 1 a 2% das consultas realizadas na APS podem causar incidentes (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2008).

No final do ano de 2012, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), junto à OMS e com a participação de Brasil, Colômbia, México e Peru, iniciou um estudo de investigação sobre a frequência e a evitabilidade dos incidentes relacionados à saúde que causam danos ao paciente na atenção ambulatorial nos países da América Latina (ANVISA, 2013). Entretanto, os resultados ainda estão sendo trabalhados.

Estudo espanhol conduzido em 48 centros de APS, de 16 Comunidades Autônomas da Espanha, revelou que, em um universo de 96.047 pacientes e de 452 profissionais, foram identificados 18,6% de eventos adversos. Dentre os eventos identificados, 48,2% foram relacionados com o tratamento medicamentoso, 25,7% com os cuidados em geral e 13,1% com o diagnóstico (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2008).

Os danos mais frequentemente identificados são: agravamento na evolução da doença; náuseas, vômitos ou diarreia secundários à medicação; prurido, rashes ou lesões dermatológicas secundárias à medicação; infecção de ferida cirúrgica e/ou traumática; e, alterações neurológicas secundárias à medicação. É importante destacar que, neste estudo, 70,2% dos EAs foram considerados evitáveis (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2008).

De acordo com o Ministerio de Sanidad y Consumo da Espanha (2008), a revisão retrospectiva de prontuários em hospitais é estabelecida como padrão-ouro em estudos de mensuração de eventos adversos, mas, na APS, não existe um método considerado padrão. A pesquisa quantitativa na APS é tida como imatura, e as medidas de ocorrência de incidentes não têm se mostrado robustas (MAKEHAM et al., 2008).

A necessidade de conhecimentos dos incidentes nessa realidade é de suma importância, visto que este modelo assistencial foi criado para efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde, na medida em que modifica a forma tradicional de prestar assistência, com o intuito de estimular a implantação de cuidados que reduzam cerca de 85% dos problemas em saúde (RONCOLLETA et al., 2003; DA ROS, 2006).

Os incidentes relacionados ao cuidado ocorrem em países de todos os níveis de evolução e as evidências sugerem que o impacto é, proporcionalmente, maior em países em desenvolvimento (WHO 2010).

Alguns autores defendem que a investigação em segurança do paciente deve centrar-se nos fatores contribuintes, na dimensão, na natureza e no impacto dos incidentes decorrentes da APS, sobretudo, em países nos quais esse conhecimento não existe ou é escasso (SOUSA; UVA; SERRANHEIRA, 2010).

Países como Austrália, EUA, Reino Unido, Espanha e outros têm realizado estudos sobre a segurança do paciente na APS, mas, na maioria dos países, ainda não se desenvolvem pesquisas sobre esta temática. Estabelece-se, assim, um desafio para as equipes que estudam e tentam melhorar a segurança dos cuidados de saúde primários, em vários contextos e configurações socioeconômicas (MARCHON; MENDES, 2014).

Os principais tópicos a serem trabalhados no contexto da APS, sob a perspectiva da segurança do paciente, são: reconhecimento da importância da APS insegura; disposição para trabalhar como uma rede em torno de uma agenda

comum, compartilhando instrumentos, ferramentas, dados e conhecimentos; apoio destinado a integrar as medições na linha de base, com iniciativas de melhorias de qualidade em ambientes de renda baixa e média; identificação das áreas prioritárias e das principais lacunas de conhecimento; reconhecimento da necessidade de adquirir novos conhecimentos, associado a propostas práticas para fechar as grandes lacunas de conhecimento; e, captar sugestões para a elaboração de um roteiro de ação (WHO, 2012).

Apesar de indesejáveis, os incidentes se configuram em oportunidades de melhoria, pois indicam um processo que precisa de mudanças (FIGUEIREDO, 2005), com foco voltado para o desempenho das equipes de saúde (OSTERGAARD; OSTERGAARD; LIPPERT, 2004).

Nessa perspectiva, apesar das falhas no processo e na estrutura de atendimento serem apontadas como causas dos incidentes, o fator humano é considerado um componente-chave, uma vez que a comunicação ineficaz ou insuficiente contribui para 60-80% dos incidentes em medicina (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999; BOGNER, 1994).

Revisões sistemáticas demonstraram que intervenções educacionais em saúde podem melhorar a qualidade clínica e os desfechos em pacientes pela mudança do comportamento/conduita do profissional (DAVIS et al., 1995; MAZMANIAN; DAVIS, 2002).

A OMS recomenda a utilização do Telessaúde como instrumento político e estratégico no planejamento e na execução de ações em saúde, considerando-o, para o século XXI, como principal ferramenta à melhoria do acesso aos recursos disponíveis na área da saúde, para a maior parte da população mundial (CRAIG; PATTERSON, 2006).

Goiás, núcleo estadual do Projeto Telessaúde Brasil, é um dos estados piloto de desenvolvimento desta atividade que se iniciou em 2008 e, atualmente, abrange 109 municípios do Estado, contribuindo para o acolhimento e para o tratamento de pacientes através de processos automatizados em saúde, de forma eficaz e ética (TALEB et al., 2004; TALEB, 2006).

Nessa perspectiva, o uso de tecnologias de informação e comunicação tornou-se realidade nas diversas áreas aplicadas do conhecimento, inclusive para a capacitação de profissionais de saúde, no sentido de garantir melhor resolubilidade e maior qualidade dos serviços.

Com grandes investimentos públicos nos últimos cinco anos, o Brasil acompanha uma tendência mundial e, por meio do Ministério da Saúde, vem implantando Núcleos de Telessaúde e aplicando essa tecnologia no Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; ALKMIM et al., 2011).

O Telessaúde é uma modalidade de prática médica desenvolvida intensivamente a partir dos avanços das Tecnologias de Informação e Comunicação que se expandiu em diversos países da Europa, nos Estados Unidos e Canadá (NORRIS, 2002; SACHPAZIDIS et al., 2006). Utiliza-se de modernas tecnologias para atividades à distância relacionadas à saúde em níveis primário, secundário e terciário e possibilita a interação entre os profissionais de saúde e entre profissionais e pacientes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

O avanço tecnológico na área da saúde é uma grande conquista. Entretanto, é necessário associar essa tecnologia a favor do resgate da natureza humana. Espera-se, portanto, inserir a temática segurança do paciente no contexto da APS, por meio de ações educativas, utilizando a Tele-educação, e possibilitar a análise de ocorrências de incidentes nesse contexto da atenção à saúde.

Frente a isso, pergunta-se: qual o atual conhecimento dos profissionais de saúde sobre a segurança do paciente na APS? Qual a magnitude dos incidentes na APS, segundo a percepção dos profissionais de saúde? Qual o efeito da Tele-educação na construção de conhecimento dos profissionais da APS sobre segurança do paciente?

A APS deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais se assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011).

Entende-se que a participação dos profissionais em programas educativos deve consistir em um processo sistemático para promover a aquisição de habilidades, regras, conceitos e atitudes que buscam a melhor adequação entre as características dos profissionais e as exigências dos papéis funcionais. Esse processo, sendo desenvolvido em longo prazo, é caracterizado como o desenvolvimento do indivíduo para aperfeiçoar capacidades e motivações, o que torna os profissionais membros valiosos para a organização (MILKOVICH; BOUDREAU, 2000).

Para a criação de programas educativos mais adequados às demandas da organização, faz-se necessária consonância com as necessidades locais regionais mediante um planejamento detalhado da população, do tema e do período necessário para o aprendizado. Além, ainda, de identificar as prioridades do serviço, proporcionando alinhamento entre os objetivos e as estratégias organizacionais (FIGUEIREDO, 2005).

Os métodos que apresentaram maior efetividade são aqueles que aliam aprendizado teórico, prática clínica supervisionada, intervenções educacionais múltiplas e um modelo interativo (DAVIS et al., 1995; MAZMANIAN; DAVIS, 2002). Entretanto, se não houver um movimento para a aplicação do conhecimento que foi construído, independente do programa educativo desenvolvido, a mudança do cenário onde a assistência à saúde acontece, se tornará inviável.

Existem algumas maneiras que auxiliam os processos de movimentação e transferência do conhecimento dentro das organizações, com destaque para as estratégias de gestão de aprendizagem que utilizam os programas formais de treinamento (ZERBINI; ABBAD, 2005).

A relevância desse estudo está em verificar o suporte de um programa educativo e interativo, por meio da Tele-educação, para o desenvolvimento da temática segurança do paciente no contexto da prática e do conhecimento dos profissionais vinculados à APS. Por meio desse programa será possível direcionar a identificação e o monitoramento dos incidentes e, ainda, descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre a ocorrência destes incidentes.

Além disso, é escassa a literatura que contempla a temática segurança do paciente como programa educativo em instituições de saúde, e poucos são os estudos que avaliam os resultados desses programas quanto às mudanças no ambiente de trabalho e nas atitudes dos profissionais de saúde.

Assim, o efeito que poderá ocorrer nas condições de saúde da população será no sentido do profissional adotar posturas condizentes com a atividade que realiza que, no caso, é o cuidado à saúde humana. A adoção dessa postura poderá contribuir para o fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde, uma vez que apontará indicadores que precisam ser melhorados para o aperfeiçoamento das práticas assistenciais e educacionais, com foco na segurança do paciente.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar o efeito de um programa educativo, desenvolvido por meio da Tele-educação, no conhecimento dos profissionais de saúde da APS sobre segurança do paciente.

2.2. Objetivos Específicos

1 – Caracterizar os profissionais de saúde atuantes na rede de APS quanto ao perfil sociodemográfico e de formação;

2 – Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a segurança do paciente, no contexto da atenção primária em saúde, antes e após o programa educativo mediado pela Tele-educação; e,

3 – Verificar a ocorrência de incidentes relacionados à segurança do paciente na atenção primária, na percepção dos profissionais de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O campo de estudos, em que essa pesquisa se insere, fundamenta-se em abordagens teóricas que descrevem o processo de avaliação dos serviços, com foco na aprendizagem humana e na influência de variáveis individuais e ambientais sobre esse processo, para uma assistência de saúde com qualidade e segurança.

Considerando o objetivo de analisar a aquisição de conhecimento e o levantamento dos incidentes, tendo a temática segurança do paciente como objeto de aprendizagem, o presente referencial teórico será apresentado em dois eixos temáticos.

O primeiro, intitulado **A Gestão do Conhecimento na Atenção Primária à Saúde**, descreve a influência das pessoas nas organizações de saúde, sendo estas consideradas elementos-chave do processo de trabalho. Discorrerá, também, sobre o suporte oferecido aos profissionais para a aprendizagem, com foco na mudança da prática clínica.

O segundo, **Iniciativas para a Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde**, discorrerá sobre a importância da aprendizagem a partir do erro e apresentará as iniciativas para a prevenção de incidentes na APS, destacando a necessidade de avaliação contínua dos serviços de saúde para a manutenção da qualidade do cuidar e da segurança do paciente.

3.1 A Gestão do Conhecimento na Atenção Primária à Saúde

As transformações decorrentes da globalização e consequente aumento da competitividade têm exigido mudanças por parte das organizações. A globalização, que consiste no resultado de uma integração mundial dos setores econômicos e financeiros, é real e irreversível (HIRSCHFELD; OGUISSO, 2002).

Estas mudanças ocorreram em diversos setores das organizações, dentre eles, o da gestão. Modelos tradicionais traziam consigo uma rigidez organizacional, um vínculo à tradição e à centralização das decisões. Modelos atuais de gestão trazem conceitos de inovação, flexibilidade, trabalho em equipe e decisões

descentralizadas (BORK, 2003). Estes modelos refletem a busca de caminhos para melhorar o desempenho organizacional, por meio da participação mais efetiva de todos os envolvidos nos processos administrativos e operacionais da empresa (FERREIRA; REIS; PEREIRA, 2006).

A valorização do conhecimento, sobretudo, em relação aos colaboradores que fazem parte de uma organização, provocou, também, mudanças na gestão de pessoas. Com a percepção de que o trabalhador tem um importante papel no sucesso organizacional, houve uma preocupação referente às competências necessárias aos profissionais (FURUKAWA; CUNHA, 2010).

Baseados nessa compreensão pode-se definir competência como um saber-agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo (FLEURY; FLEURY, 2004).

Ao considerar que a competência se consolida a partir da mobilização de recursos para a obtenção de um resultado, subentende-se que ela possa ser construída, aperfeiçoada e corrigida (MOURA; BITENCOURT, 2006). Assim, o seu desenvolvimento trata-se de um processo contínuo que envolve busca e aprendizado por parte dos profissionais. Com isso, há a necessidade de pessoas dispostas a aprender e que saibam aprender. O desempenho eficaz (o ser competente) é determinado pela maneira como as pessoas absorvem, processam e reconfiguram saberes, conferindo novos significados aos aprendizados, para mobilizá-los criticamente diante de novas situações (RUAS, 2001).

O desenvolvimento da competência pode ser favorecido pela relação de valorização mútua entre organização e profissionais, em que as pessoas contribuem efetivamente para o desenvolvimento da organização, e as organizações oferecem condições concretas para o desenvolvimento das pessoas (BALSANELI et al., 2011). Para tanto, é necessário que os serviços de saúde se apropriem desse comportamento, aumentando a possibilidade de alcançar melhores resultados (FURUKAWA; CUNHA, 2010). No contexto dos serviços de saúde, essa valorização pode se estender, também, aos pacientes, na medida em que os objetivos das instituições estejam relacionados com a melhoria da qualidade dos seus serviços (FURUKAWA; CUNHA, 2010).

A gestão do conhecimento só se faz possível mediante a pré-existência de conteúdos produzidos e circulantes entre os sujeitos, instituições ou organizações

que delas se originem informações, saberes e fazeres. E o compromisso de produzir conteúdo, colaborativa e interativamente, só se observa entre aqueles que se desafiam, não somente a compartilhar, mas também a reconstruir conceitos pré-estabelecidos, com a finalidade de que esse conhecimento sistematizado se torne ação comunicativa (MENDONÇA, 2008).

A gestão do conhecimento, portanto, é uma ação vinculada a uma série de atividades e perpassa todas as áreas envolvidas com a saúde. Faz-se necessário, então, adotar metodologias capazes de provocar uma convergência, assim como considerar as interfaces e a composição do processo no campo da tecnologia, da comunicação, da educação e da difusão cultural. Trata-se de um processo não linear, dinâmico, configurado pelas diferentes variáveis presentes no contexto e concretizado por uma série de iniciativas que vêm sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (ROLLEMBERG, 2009).

Uma das iniciativas é a educação à distância, que é considerada uma metodologia que responde à necessidade de formação e qualificação, destacando como principal potencialidade o fato de o profissional de saúde não precisar ser afastado de seu cotidiano de práticas. Admite-se que esta circunstância favorece a integração do ensino-trabalho, sendo uma condição essencial para a reflexividade e a intervenção criativa e transformadora das práticas de gestão e de atenção à saúde (CECCIM, 2005).

A Tele-educação trabalha nessa perspectiva e é uma das atividades previstas na Portaria GM/MS 2.546/11, que deve ser desenvolvida pelos Núcleos de Telessaúde, caracterizada como um serviço de apoio diagnóstico, terapêutico e assistencial e que, também, desenvolve teleconsultorias e telediagnósticos (MAZMANIAN; DAVIS, 2002).

A Tele-educação ou educação à distância é uma forma de ensino que possibilita a aprendizagem, com a mediação humana, recursos didáticos sistematicamente organizados, apresentados em diferentes momentos de informação, utilizados isoladamente ou combinados e veiculados por diversos meios de comunicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O Brasil, 8ª economia mundial, possui população aproximada de 194 milhões de habitantes, ocupa 47% do território da América Latina e apresenta extensão territorial de 8.514.876,599 km², caracterizando-se por importantes contrastes socioeconômicos, heterogeneidade de distribuição de infraestruturas em

educação e saúde e, portanto, com diferenças no nível de qualificação profissional (IBGE, 2010).

Nesse contexto, considerando as dificuldades geográficas que geram diferenças de qualidade dos serviços em saúde de uma região para outra, o Telessaúde é uma alternativa para assistência especializada à distância. É, também, um instrumento para aumentar o alcance da população e região descoberta, para reduzir custos com a saúde através de medidas de prevenção e, especialmente, para capacitar profissionais, em suas localidades, para atuação proativa em situações de doenças e de prevenção de incidentes críticos e, conseqüentemente, resultar em melhorias na assistência e segurança à saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Entre as competências de um NT estão o monitoramento e a avaliação de Programas de Telessaúde no seu âmbito de atuação, com vistas à ampliação do acesso aos serviços e à melhoria da resolubilidade da atenção à saúde dos usuários do SUS. Ainda, o desenvolvimento de ações de tele-educação, com base nas necessidades locais regionais identificadas e em consonância com as prioridades da política nacional de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

As ações educativas com a utilização de simulação de situações reais de saúde têm se destacado, no âmbito da saúde, por proporcionar maior qualidade nos processos de trabalho, resultando em indicadores satisfatórios de resultados da assistência, tanto para as organizações, quanto para os profissionais e usuários. A Tele-educação é um dos instrumentos com maior potencial de universalização e expansão da educação na saúde (MACFARLANE et al., 2006).

Representa um modelo educativo organizado em que grandes grupos educacionais e/ou profissionais desempenham o papel de sujeito, (re)construindo o conhecimento, de forma interativa e diversificada, possibilitando a troca de experiências profissionais e de vida, por meio de um aprendizado flexível e independente (BELLONI, 2002; QUELHAS; LOPES; ROPOLI, 2008).

A Organização Mundial da Saúde, a União Europeia, a União Internacional de Telecomunicações e a Agência Espacial Europeia adotam a terminologia e-Health ou e-saúde para designar Telessaúde e/ou Telemedicina. Defendem que a proliferação de nomenclaturas atesta a vitalidade da área e seu crescimento, assim como a versatilidade tecnológica. Isso é considerado devido ao rápido acesso às informações assistenciais por meio de tecnologias de telecomunicações e

informações, não importando onde esteja localizado o usuário ou a informação (SANTOS et al., 2006; CRAIG; PATTERSON, 2006; BASHSHUR; SHANNON, 2009).

A terminologia e-saúde foi definida pela Organização Mundial da Saúde, em 2005, por meio da resolução WHA58.28 (World Health Assembly), como o uso das Tecnologias da Informação e Comunicação para a saúde e incluiu a assistência a pacientes, pesquisa, educação e capacitação da força de trabalho e monitoração e avaliação em saúde. É o termo mais utilizado, mundialmente, e empregado para descrever as políticas nacionais na área da informação e comunicação em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a; 2012b).

A definição de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) foi elaborada para o atendimento dos princípios que regem o SUS e para o cumprimento dos dispositivos legais. Dentre vários objetivos, o acesso e a qualidade da informação em saúde devem estar em sintonia com as necessidades decorrentes da heterogeneidade e da desigualdade das regiões em municípios brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

O impacto dessas modificações revela que o Programa Telessaúde Brasil tem o intuito de melhorar a qualidade do atendimento no SUS, por meio da ampliação da capacitação das equipes de saúde da família, usando tecnologia capaz de promover o impacto positivo na resolubilidade do sistema e na atenção à saúde (CAMPOS et al., 2006). A Rede Telessaúde Brasil é, atualmente, constituída por 12 núcleos implantados em universidades públicas e mantém vinculadas 1.171 unidades básicas de saúde de áreas mais distantes das capitais (HADDAD et al., 2007).

Após cinco anos de desenvolvimento, torna-se impreterível a necessidade de avaliar o uso pelos profissionais de saúde, bem como o incentivo dessa tecnologia por parte dos gestores. O desenvolvimento de estudos que visem produzir conhecimentos na área de avaliação da Tele-educação é essencial. As evidências geradas subsidiariam o desenvolvimento de soluções técnicas para a busca de sistemas que promovam maior produtividade para os envolvidos, especialmente, na área de saúde.

Em revisão sistemática de 249 artigos sobre tele-educação em medicina, foi concluído que as iniciativas de educação em serviço que utilizam essa ferramenta devem envolver os alunos no uso da tele-educação nos momentos de necessidade

de orientação ou de retroalimentação frente a uma situação-problema (WONG; GREENHALGH; PAWSON, 2010). Isso é mais provável de acontecer se houver percepção da utilidade da tele-educação pelos profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Na APS, as estratégias necessárias para o desenvolvimento de ações educativas para prover cuidados de alta qualidade compreendem a avaliação das necessidades de aprendizado e a construção dos planos de aprendizagem (FRASER, 2004).

A universalização do acesso à internet, pelo governo federal, em aproximadamente 60 mil Unidades Básicas de Saúde (MAXIMO, 2011), tornou efetivo o desenvolvimento de ações que utilizam recursos da Telemedicina e da Telessaúde, e fortaleceu o modelo de atenção baseada na Atenção Primária como porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde (HADDAD, 2012).

Diante do exposto, acredita-se que a excelência da gestão da informação institucional, e mesmo a capacidade de acessar o melhor conjunto de informações para a tomada de decisão, apresentam-se como desafios para o setor público. Destacam-se, ainda, como desafios: a busca pela integração de campos do conhecimento; o acompanhamento da velocidade dos avanços tecnológicos e a substituição de tecnologias; a capacidade de interatividade com o cidadão; a capacidade de diálogo com as comunidades e movimentos sociais; a cultura organizacional; e, a sustentabilidade das iniciativas institucionais (ROLLEMBERG, 2009).

Dessa forma, a educação contemporânea deve pressupor um discente capaz de autogerenciar ou autogovernar seu processo de formação (MITRE et al., 2008). O sucesso da aprendizagem em saúde está relacionado ao tipo de estratégia utilizada para apresentação e discussão de conteúdos com informações que produzam adaptações ou modificações voluntárias do comportamento, favorecendo a assimilação do conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e a incorporação de valores (SILVA; SAUPE, 2000; BARBIERI; FRIEDLANDER, 2000).

Considerando a formação profissional, o adulto é o foco mais constante das atividades educativas, e a utilização de estratégias de aprendizagem voltadas para esse público é considerada complexa, por dirigir-se a pessoas dotadas de consciência formada (GREEN et al., 1980). Nesse cenário, que se refere à educação de adultos no contexto da saúde, a Andragogia, definida como a arte e a ciência de

conduzir adultos ao aprendizado (KNOWLES; HOLTON; SWANSON, 2009), é uma alternativa para o embasamento de estratégias de aprendizagem.

O termo Andragogia é de origem grega e significa liderar, guiar, conduzir ou levar o homem, ou seja, em sentido lato quer dizer a condução ou direção de adultos (JANHONEN, 1991). A educação de profissionais de saúde, portanto, deve considerar as seis proposições que estruturam a Andragogia e que definem as diferenças entre a criança e o adulto na qualidade de aprendizes: i) à medida que amadurecem, as pessoas sofrem transformações bastante radicais, isto é, tornam-se independentes e são responsáveis por suas decisões; ii) direcionam sua própria vida e seus interesses de aprendizado; iii) acumulam experiências que vão subsidiar e fundamentar a sua aprendizagem; iv) seus interesses se direcionam para o desenvolvimento das habilidades que utilizam no desempenho do seu papel social e na sua profissão; v) passam a esperar uma imediata aplicação prática do que aprendem; e, vi) reduzem seu interesse por conhecimentos a serem úteis num futuro distante e as motivações internas, que passam a ser mais intensas que as externas (KNOWLES; HOLTON; SWANSON, 2011).

Enquanto alguns autores apontam o alemão Alexandre Kapp como o primeiro a usar essa palavra, em 1833, outros apontam Linderman ou Knowles – educadores da segunda metade do século XX – como pioneiros no uso do termo, que se contrapõe ao sentido de pedagogia e carrega um significado que pode ser muito importante para a área da educação em enfermagem (DARBYSHIRE, 1993; CAVALCANTI, 1999; MANZOLLI, 1994; FRIEDLÄNDER; MOREIRA, 2006).

Embora seja um conceito formulado no final do século XIX, a Andragogia ganhou adeptos e despertou o interesse dos estudiosos na segunda metade do século XX, atingindo os interessados no ensino de enfermagem bem mais tarde. Algumas publicações nesse campo, no entanto, tiveram repercussão favorável, o que chamou a atenção sobre o tema (DRAGANOV; FRIEDLÄNDER; SANNA, 2011).

A ideia de que o adulto tem características relacionadas à aprendizagem que o torna diferente da criança não é moderna (HO, 1991). A partir da década de 1970, nos Estados Unidos, foram publicados diversos estudos sobre a Andragogia, e, por volta de 1980, passou a ser usada com mais frequência no Canadá e na Venezuela (HO, 1991; DARBYSHIRE, 1993).

Uma das vantagens do modelo andragógico é estimular o profissional a mudar sua atitude na relação de ensino, ou seja, invertendo o comando da situação,

que passa para o aprendiz, o qual menciona o que quer e deseja aprender (FRIEDLÄNDER; LAGE, 2004). Outra vantagem expressiva está no fato de a educação de adultos ocorrer a todo momento e em todos os lugares (SILVA; SAUPE, 2000).

Para o enfermeiro, um dos profissionais envolvidos na educação em saúde, a atividade educativa está tão relacionada ao cuidar em enfermagem que está prevista na legislação do exercício profissional (BRASIL, 1996; BARBIERI; FRIEDLÄNDER, 2000). É, também, responsabilidade desse profissional investir em formas que aperfeiçoem suas intervenções educativas, com o uso de estratégias de aprendizagem que melhorem a quantidade e a qualidade dos resultados (FRIEDLÄNDER; LAGE, 2004).

Considerando a capacidade do aluno em progredir o nível de aprendizado, a ordem de objetivos a serem estabelecidos durante o planejamento de uma ação educativa será influenciada pela competência almejada (MILLER, 1990; WHO, 2012).

O conhecimento (conhecer e saber como) deve vir antes da habilidade (mostrar como) que, por sua vez, deve ser realizada em um ambiente supervisionado antes da prática independente (fazer). A maneira pela qual as competências são alcançadas varia conforme o nível de conhecimento prévio e experiência do indivíduo (MILLER, 1990; WHO, 2012).

A adoção de concepções pedagógicas críticas e reflexivas, portanto, faz-se imperativa para as transformações nas políticas de qualificação do pessoal de saúde. Assim, ao desejar um profissional crítico, ético e comprometido, tem-se a clara compreensão de que este precisa estar envolvido no processo educativo (GRYSCHEK et al., 2000).

Na atualidade, frente ao avanço e ao uso da tecnologia, durante o cuidado à saúde, e ao aumento da expectativa dos pacientes em relação à prestação dos serviços, tem sido estimulada a elaboração de estratégias educativas inovadoras.

Desde a publicação do relatório do IOM, *To err is human: building a safer health system*, um número significativo de documentos governamentais encorajou o uso de metodologias problematizadoras para aumentar a segurança do paciente que se encontra sob os cuidados dos profissionais da saúde. Mais recentemente, a publicação do *UK Government White Paper – A framework for technology enhanced learning*, defendeu que essas tecnologias de ensino oferecem subsídios para

adquirir, desenvolver e manter conhecimento essencial, habilidades, valores e comportamentos necessários para um atendimento seguro e eficaz (KONH et al., 1999; DEPARTMENT OF HEALTH, 2011).

Acredita-se que o grande desafio do século XXI está na perspectiva de se desenvolver a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo. A educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo, de interdependência e de transdisciplinaridade, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva. Portanto, um dos seus méritos está, justamente, na crescente tendência em buscar métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, para efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação (MITRE et al., 2008).

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras, fragmentadas, que compartimentalizam o campo do conhecimento em áreas especializadas na busca da eficiência técnica (CAPRA, 2006; BEHRENS, 2005). Esta fragmentação do saber influenciou o processo ensino-aprendizagem, limitado à reprodução do conhecimento transmitido pelo docente, em que o discente assume uma atitude passiva e receptiva, sem a necessária crítica e reflexão (BEHRENS, 2005). Reconhecendo a realidade como um ambiente mutável, a passagem da consciência ingênua para a consciência crítica requer a curiosidade criativa, indagadora e sempre insatisfeita de um sujeito ativo (FREIRE, 1999; 2006).

Nesse sentido, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) discorre, entre suas finalidades, sobre o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual (nacional e regional) e sobre a prestação de serviço especializado à população, estabelecendo com ela uma relação de reciprocidade (BRASIL, 1996). Essa prerrogativa é reafirmada pelas Diretrizes Curriculares, para a maioria dos cursos da área de saúde, acolhendo a importância do atendimento às demandas sociais (ALMEIDA, 2003; COTTA; MENDES; MUNIZ, 1998), tendo em vista a possibilidade de transformação dos condicionantes sociais.

Considerando que o curso de graduação dura somente alguns anos, enquanto a atividade profissional pode permanecer por décadas e que os conhecimentos e as competências vão se transformando velozmente, torna-se

essencial pensar em uma metodologia para a formação de um profissional ativo, apto a aprender a aprender (MITRE et al., 2008).

O aprender a aprender, na formação dos profissionais de saúde, deve compreender o aprender a conhecer, a fazer, a conviver e a ser, garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade (MITRE et al., 2008). Portanto, as abordagens pedagógicas progressivas de ensino-aprendizagem devem formar profissionais, com competências éticas, políticas e técnicas, dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades (FERNANDES et al., 2003).

A produção de novos saberes exige a convicção de que a mudança é possível e requer o exercício da curiosidade, da intuição, da emoção e da responsabilização, além da capacidade crítica de observar e perseguir o objeto para confrontar, questionar, conhecer, atuar e reconhecê-lo (FREIRE, 1999; 2006). O ato de aprender deve ser, portanto, um processo reconstrutivo, que permita o estabelecimento de diferentes tipos de relações entre fatos e objetos (DEMO, 2004), e estimule a liberdade e a autonomia do indivíduo na tomada de decisões (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

No contexto da formação na área de saúde aparece, também, o conceito de aprender fazendo, o qual pressupõe o repensar da sequencia teoria e prática na produção do conhecimento, assumindo que esta ocorre por meio da ação-reflexão-ação. Reafirma-se, assim, a ideia de que o processo ensino-aprendizagem precisa estar vinculado aos cenários da prática e deve estar presente ao longo de toda a carreira (FERNANDES et al., 2003).

Assumir esse novo modelo na formação de profissionais de saúde implica no enfrentamento de novos desafios, como a construção de um currículo integrado em que o eixo da formação articule a tríade prática-trabalho-cuidado (OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004; FEUERWERKER; SENA, 2002; FEUERWERKER, 2004; CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Repensando esse processo e considerando que um profissional capacitado possui taxa de aproveitamento superior a 20% (FIEL et al., 2009), as intervenções educacionais em serviço contribuem para a transformação da realidade e podem aumentar a segurança do paciente.

Uma proporção significativa de incidentes nos cuidados de saúde é causada por problemas relacionados à aplicação de habilidades "não técnicas", como

comunicação, trabalho em equipe, liderança e tomada de decisão. Estas são as habilidades cognitivas e sociais que complementam as habilidades técnicas para alcançar uma prática segura e eficiente (HOBGOOD et al., 2010).

Competências não técnicas envolvem interações entre os membros da equipe ou habilidades de pensamento, tais como a capacidade de ler e compreender situações ou tomar decisões que auxiliem na execução de determinada tarefa (COOPER; ENDACOTT; CANT, 2010; TODD et al., 2008). Mais uma vez, reforça-se que as pessoas se destacam pela capacidade de aprender e modificar suas atitudes. Para isso, as organizações utilizam variadas estratégias para o desenvolvimento de pessoal, tornando-o cada vez mais qualificado e habilitado para o trabalho (CHIAVENATTO, 2009).

Apesar de reconhecida a relação entre o sucesso das organizações e a velocidade com que os profissionais podem aprender e transferir novas ideias e informações, os efeitos necessários são produzidos quando os conhecimentos, as habilidades e as atitudes desenvolvidas pelos treinamentos são plenos e devidamente transferidos para as atividades de trabalho (AGUINIS; KRAIGER, 2009).

A competência é um saber-agir responsável, reconhecido pelos outros. Implica em saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades num contexto profissional determinado (LE BOTERF, 2003).

No intuito de superar possíveis barreiras e preconceitos que dificultam o compartilhamento do conhecimento produzido por seus profissionais, torna-se imprescindível que as organizações adotem estratégias que sejam canais de transferências do conhecimento e se constituam alternativas para a troca de experiências, considerando que as pessoas aprendem umas com as outras, olhando, fazendo, imitando, lendo, etc. Valorizar o conhecimento de cada profissional e criar condições para que ocorra essa troca, além de estimular e motivar os profissionais a valorizarem as oportunidades de aprendizado, é o caminho a ser seguido (FIGUEIREDO, 2005).

Estudos têm apontado a importância do suporte organizacional à transferência de conhecimentos como fator crítico para as mudanças no trabalho (GOLDSTEIN, 1991; WARR; ALLAN; BIRDI, 1999). Revisões nacionais e internacionais evidenciam a influência dessas variáveis sobre os indicadores de resultado da instituição, podendo-se assegurar que programas de treinamento

tendem a ser efetivos quando o ambiente oferece requisitos de suporte ou clima para a transferência do aprendizado (ABBAD; PILATI; PANTOJA, 2003; SALAS; CANNON-BOWERS, 2001).

É importante, ainda, que o profissional consiga adaptar o conhecimento técnico-científico à realidade de cada indivíduo e grupos populacionais, de maneira que este possa ser aplicado em conformidade à situação socioeconômica e educacional, associando, desta forma, a algum aspecto da vida e da família desses indivíduos (COTTA et al., 2008).

Revisão sistemática de ensaios controlados demonstra que a satisfação dos profissionais, com estes modelos de aprendizagem, é maior que os modelos de aprendizagem convencionais (SMITS; VERBEEK; BISONJE, 2002).

Ressalta-se que a avaliação da aprendizagem é relevante e deve ser composta pelo julgamento do rendimento dos participantes de um treinamento em testes cognitivos e, principalmente, construída e aplicada de diferentes maneiras a fim de possibilitar a mensuração de quanto o comportamento do aprendiz foi alterado (QUEIROGA et al., 2012) e o quanto a organização contribuiu para a disseminação da aprendizagem.

Os gestores buscam alternativas para investir na capacitação dos recursos humanos, considerando os contextos sócio-político-econômicos e de saúde vigentes. Portanto, devem proporcionar condições que garantam a efetiva contribuição dos profissionais e trabalhadores na obtenção dos objetivos institucionais, assim como o alcance da qualificação necessária para sua atuação profissional (FERREIRA; KURCGANT, 2009).

Diante de um cenário multifatorial que congrega déficits de formação específica com prováveis déficits de interesse e de habilidade em novas tecnologias de comunicação, somados às necessidades de melhoria do sistema de saúde, as iniciativas de tele-educação devem buscar formas de aumentar sua efetividade para a transformação do processo de trabalho, com vistas à adoção de práticas seguras e de qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

A APS utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde e/ou sofrimento deve ser acolhido (BRASIL, 2011).

Considerando que a finalidade da APS seria resolver a maioria dos problemas de saúde (RONCOLLETA et al., 2003; DA ROS, 2006), o compromisso e a responsabilidade social desse setor são cada vez mais crescentes, o que torna impreterível o desenvolvimento de pesquisas nesse contexto, com vistas a buscar, constantemente, a consolidação e segurança dos serviços oferecidos.

3.2 Iniciativas para a Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

A instituição que se preocupa com seus processos e com a gestão do conhecimento precisa considerar o erro como uma verdadeira oportunidade de aprendizado coletivo. Fazer disso uma realidade depende de disposição e dedicação de todos, além de uma cultura organizacional favorável (FIGUEIREDO, 2005).

Desde que o cuidado inseguro foi reconhecido como um problema de saúde pública, inúmeros esforços surgiram para compreender a natureza e o impacto do erro a fim de encontrar soluções adequadas. A maior parte dessa atividade está centrada em ambientes hospitalares. Mas a compreensão da magnitude e da natureza do dano aos pacientes fora do hospital, especialmente na atenção primária, é de extrema importância, uma vez que a maioria das interações médico-paciente ocorrem nesses ambientes. Além disso, a atenção primária acessível e segura é essencial para garantir a cobertura universal, uma meta prioritária da OMS e dos Estados-Membros (WHO, 2012).

A relação entre a equipe multidisciplinar e os usuários da APS deve ser sustentada pelo cuidado integral, o qual assume uma característica longitudinal e requer a construção de vínculo e corresponsabilização, bem como de uso de tecnologias que complementam as ações tradicionais de assistência (consultas individuais), interconsultas, grupos de discussão, entre outros (STARFIELD, 2002).

Por essa característica ímpar que a APS apresenta, gerenciar os riscos dessa assistência e sistematizar a abordagem dos incidentes, a partir de um enfoque educacional, torna-se imprescindível.

Onde quer que os erros ocorram, sempre haverá uma pessoa ou um grupo de pessoas mobilizando conhecimentos a fim de solucionar e corrigir o problema. Tem-se, assim, a oportunidade para aprender e aplicar conhecimentos e a possibilidade de encontrar um processo que precisa ser melhorado. Entretanto, se a

cultura punitiva dos erros for imperativa, haverá mais pessoas tentando encobrir os erros do que procurando solucioná-los, individualmente ou em grupo (FIGUEIREDO, 2005).

Um dos pilares do processo de gestão do risco é influenciar a investigação dos incidentes como ferramenta de qualidade da assistência à saúde (ANDREW, 1999). As ações envolvidas na gestão de riscos se iniciaram nos EUA, a partir da década de 1970, em decorrência da denominada “crise do erro médico”, o que estimulou os processos e sistemas operacionais centrados na prevenção, detecção, controle e/ou eliminação de riscos que, potencialmente, podem causar danos. A finalidade da gestão de risco, portanto, é identificar, avaliar e manejar os riscos existentes e potenciais, reduzindo a frequência e o efeito dos eventos negativos e indesejáveis dentro das instituições de saúde, aumentando a confiança na prestação de cuidados (FREITAS; GOMEZ, 1997; LIMA; ROBERTO, 2003; FLORENCE; CALIL, 2005).

Dentre os princípios que norteiam um sistema de gerenciamento de riscos se destacam o engajamento das instâncias institucionais, o desenvolvimento de um processo para a identificação, o registro e o acompanhamento de eventos indesejáveis e a indicação de responsáveis, no processo de gerenciamento, para receberem, analisarem e informarem as áreas sobre as medidas adotadas (OLIVEIRA et al., 2008). No entanto, algumas dificuldades são frequentemente observadas, tais como medo da repreensão, punição ou sanção disciplinar, insuficiência de recursos financeiros para as atividades de gestão de riscos e cultura de censura (CARLE, 2004; OLIVEIRA et al., 2008).

Nessa perspectiva, a *National Safety Agency*, criada com o objetivo de estabelecer uma política nacional de gestão de risco na Inglaterra, estimula o desenvolvimento de uma nova cultura, baseada na não adoção de medidas punitivas, considerando o profissional como parte de um sistema e conduzindo o erro como uma falha no processo (NPSA, 2006).

As experiências obtidas a partir do erro, quando divulgadas, podem agir em benefício da instituição de duas maneiras: uma relacionada ao encontro da solução do problema decorrente do erro, que poderá ser aplicada, novamente; outra relacionada às ações preventivas que podem ser adotadas após a resolução de erros ou problemas. Assim, deve-se trabalhar e corrigir a cultura da empresa que costuma punir ou esconder os erros, além de criar mecanismos que permitam que

as experiências de erros sejam armazenadas e disseminadas, permanecendo disponíveis para futuras consultas (FIGUEIREDO, 2005).

Embora a implantação de um sistema de segurança estimule uma filosofia não punitiva, a responsabilidade e o comprometimento profissionais devem ser considerados (OLIVEIRA et al., 2008). Dessa forma, as intervenções dos serviços de saúde para a melhoria dos indicadores de estrutura, processo e resultados relacionados aos riscos devem estar centradas no sistema e nas pessoas (DONABEDIAN, 1980).

Na VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada em Toronto, no ano de 2005, foi destacada a relevância do conhecimento das pessoas no contexto da prática, a necessidade de alinhar as pessoas aos sistemas de saúde e a importância da integração entre as instituições de ensino e de serviços de saúde, de modo que essas pessoas incorporem valores e atitudes e construam competências de atenção universal baseadas na qualidade e na equidade (OPAS, 2006; MENDES; MARZIALE, 2006; BRAGA, 2009).

Dentre as competências na área de saúde, a formação de habilidades torna-se importante na prevenção de falhas decorrentes da prática profissional. Considerando o incidente o resultado de uma falha humana, sua eliminação se torna difícil, mas não impede a adoção de ações para redução e prevenção (CHIANCA, 2006; SILVA et al., 2007; PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010). Para tanto, é necessário compreender que falhas acontecem e são frequentes, matam milhares de pessoas e causam lesões físicas, psicológicas, sociais e morais. Mais que isso, é necessário aprender como preveni-las e corrigi-las, direcionando o sistema de atendimento à saúde para a sua prevenção (PEDREIRA, 2009).

É sob essa vertente que a abordagem sistêmica se apoia, pois especialistas afirmam que sempre haverá situações nas quais os incidentes ocorrerão, independentes da capacitação e da atuação dos profissionais. Nessa abordagem, embora não seja possível mudar a condição humana, podem-se mudar as condições sob as quais os seres humanos trabalham, uma vez que, frente a um incidente, o importante não é quem falhou, mas por que a sistematização do processo permitiu a ocorrência de falha (REASON, 2000; 2009).

Assim, o sistema deve ser estruturado de forma segura, auxiliando o profissional a não cometer falhas, evidenciando e avaliando todos os pontos que podem contribuir para a sua ocorrência: a administração que regula os recursos

humanos e financeiros; a presença e utilização de normas e protocolos; as condições do ambiente de trabalho; a sobrecarga de trabalho; e, as condições de funcionamento dos equipamentos (SILVA; 2008; REASON, 2009). Enfim, todos os aspectos organizacionais que estão, direta e indiretamente, envolvidos na ocorrência do incidente identificado.

Segundo Reason (2009), essa é a forma mais sensata de combater o problema da falha humana, mesmo diante de tecnologias de alto risco. Entretanto, o primeiro passo é analisar o que se conhece sobre os meios pelos quais as falhas podem ser detectadas e corrigidas.

Assim, a investigação sobre a ocorrência dos incidentes leva ao conhecimento de falhas latentes presentes em muitas etapas do processo do cuidar, com o objetivo de contribuir para a implementação de estratégias que reduzam e interceptem essas falhas, minimizando seu impacto (KONH et al., 2000; ROSA; PERINI, 2003; PEDREIRA; HARADA, 2006; BELELA, 2008; KUSAHARA; CHANES, 2009).

A identificação dos incidentes ocorridos durante a assistência à saúde retrata o sistema de Recuperação do Incidente, que é o processo pelo qual um fator contribuinte ou risco é identificado, entendido e avaliado, o que leva à possibilidade de se evitar outro incidente, pois é um processo dependente de resiliência. A resiliência, no contexto da segurança do paciente, é definida como o grau com que um sistema, continuamente, previne, detecta, atenua ou melhora seus riscos e incidentes. É um estado em constante mutação, em que não basta apenas voltar à situação anterior, mas deve-se ocupar uma situação mais aprimorada (WHO, 2009).

Os progressos, nesse domínio, necessitam de políticas mais claras e objetivas, em que os profissionais de saúde são ativamente incentivados a reportar as falhas com a finalidade de aprendizado e aperfeiçoamento. Isso contribui não apenas para a melhoria dos processos, mas para incentivar as mudanças organizacionais e influenciar o modo como as instituições se comportam diante de fatores inesperados, mantendo a estrutura e os processos organizacionais cada vez mais reforçados para a obtenção de resultados com maior qualidade e segurança (YAMAMOTO, 1997; WHO, 2009; EL-JARDALI et al., 2011).

Entretanto, estudos apontam que não é uma tarefa fácil para quem trabalha em organizações de saúde compreender o conceito de segurança e a necessidade de comunicar o incidente. Reforça-se, assim, que, para ser realmente eficaz, a

temática segurança do paciente precisa ser incorporada na formação dos profissionais de saúde, em todas as especialidades do cuidado (EL-JARDALI et al., 2011).

A postura coerente com a gestão do conhecimento requer que os colaboradores passem a extrair a aprendizagem a partir dos erros cometidos. Há a necessidade de projetar e construir não só soluções e ações corretivas e emergenciais para estes problemas, mas de criar o hábito da busca de ações preventivas e disseminar este aprendizado a outras pessoas, que poderão vir a cometer os mesmos erros ou passar por experiências semelhantes (FIGUEIREDO, 2005).

Nesse sentido, os estabelecimentos de saúde necessitam incorporar novas tecnologias em programas de educação permanente. Gestores do SUS, diretores e gerentes dos estabelecimentos de saúde precisam fornecer oportunidades de capacitação aos seus profissionais, nas modalidades de aperfeiçoamento, de atualização e de especialização, presenciais, semipresenciais e à distância. Uma das principais estratégias do programa de formação deve priorizar o aprendizado da equipe de saúde. O público-alvo do programa de formação não deve ser o profissional isolado, mas sim as equipes (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, destaca-se a relevância das pessoas no processo de redução dos incidentes, pois a segurança do paciente depende da comunicação fundada na confiança mútua, do fluxo de informações de boa qualidade, da percepção sobre a importância da segurança, da aprendizagem organizacional, do compromisso da gestão e liderança, além da abordagem não punitiva para incidentes, já discutida (AIKEN et al., 2003; SANDARS; COOK, 2007; EL-JARDALI et al., 2011). Ainda, inclui a disposição dos membros da equipe para relatar os eventos, o número de eventos relatados e o estabelecimento de indicadores de segurança do paciente, determinados pelos membros das equipes de saúde de suas respectivas unidades (SORRA; NIEVA, 2004).

Várias são as iniciativas que apontam a importância do monitoramento dos incidentes na APS, dentre as quais se destacam: *Seven steps to patient safety for primary care*, no Reino Unido; *Patient safety in primary health care*, na Austrália; *Patient safety in primary care* e *Safety at home*, no Canadá; e, o Desafio global da OMS.

No Reino Unido, anualmente, quase um milhão de pessoas visitam o seu médico de família; 1,5 milhões de prescrições são dispensadas; e enfermeiros distritais fazem 100.000 visitas (NPSA, 2006). Entre toda esta atividade complexa, o potencial de risco para os pacientes é considerado alto e acredita-se que quando os mesmos se deslocam entre os setores de cuidados primários e secundários, o potencial de problemas relacionados a sua segurança aumentam ainda mais. Por este motivo, em novembro de 2003, a Agência Nacional de Segurança do Paciente do Reino Unido, lançou os sete passos para a segurança do paciente. Esse programa consistiu na construção de um guia de boas práticas destinado a oferecer, às organizações de saúde da atenção primária, orientações práticas e apoio para a melhoria da segurança do paciente (NPSA, 2006).

Os passos desse guia incluem: 1) Incentivar a criação de uma cultura de segurança na instituição; 2) Liderar e apoiar a sua equipe; 3) Integrar a atividade de gestão de risco com o desenvolvimento de sistemas e processos para gerenciar, identificar e avaliar seus riscos; 4) Incentivar o relato de incidentes locais e regionais pela equipe; 5) Envolver e se comunicar com os pacientes e o público; 6) Aprender e compartilhar lições de segurança, com incentivo ao uso da análise de causa raiz; e, 7) Implementar soluções para evitar danos e incorporar mudanças à prática, processos ou sistemas (NPSA, 2006).

Foram formulados a fim de fornecer uma verificação simples aos profissionais de saúde, auxiliando-os no planejamento das atividades e no desempenho em segurança do paciente, pois direciona o profissional a adotar condutas coerentes, que previnam o incidente ou, quando este acontece, os conduz para uma ação correta frente ao evento indesejado. Também oferece suporte ao cumprimento das metas de gerenciamento dos riscos clínicos (NPSA, 2006).

Na Austrália, a qualidade do atendimento tem sido um foco importante no campo dos cuidados de saúde primários. Nessa perspectiva, foi formada uma comissão para trabalhar o objetivo de garantir a segurança do paciente que necessita de cuidados de saúde primários. Criou-se, então, o programa *Patient safety in primary health care* que estimula o desenvolvimento de protocolos para garantir o paciente correto, o local correto e o procedimento correto em radiologia, medicina nuclear, radioterapia e cirurgia oral; estimula a revisão de diretrizes australianas para a prevenção e controle da infecção em serviços de saúde, que irá fornecer os padrões nacionais para o controle de infecções adquiridas; incentiva o

desenvolvimento de indicadores de segurança e qualidade na atenção primária; e o financiamento de projetos que visem desenvolver uma comunicação eficaz entre pacientes e profissionais de saúde (ACSQHC, 2010).

Alguns incidentes considerados ameaças à segurança do paciente atendido na APS, do sistema australiano, foram levantados a partir da análise de 415 relatórios enviados ao Comitê Australiano de Segurança e Qualidade do Cuidado à Saúde. Os mais recorrentes foram os relacionados à identificação incorreta dos pacientes, ao sistema de registros do paciente e arquivamento incorretos, aos erros gráficos da prescrição eletrônica, à dispensação de medicamentos e à administração gerencial do processo de medicação (ACSQHC, 2010).

Em decorrência da grande variação das estimativas de incidência na atenção primária, em que se observa desde 4 a 240 mil incidentes por um milhão de consultas, o Instituto Canadense de Segurança do Paciente tem mobilizado pesquisas para a elucidação dos incidentes na atenção primária (KINGSTON-RIECHERS et al., 2010).

Notificações anônimas reportadas por médicos de família em Toronto, Canadá, Austrália e Inglaterra, constataram uma média de 6,3 ocorrências por profissional e que, respectivamente, 39% e 29% dos incidentes resultaram em algum tipo de dano ao paciente, sendo de 6 a 7% deles considerados graves (ROSSER et al., 2005).

Na Escócia foi evidenciado que 9% dos incidentes na APS resultaram em dano, 4% dos incidentes que não resultaram em dano apresentaram potencial significativo para tal e 42% dos eventos foram considerados evitáveis (WET; BOWIE, 2009).

Outros estudos apontam a ocorrência de 5 a 80 eventos adversos por 100.000 consultas (SANDARS; ESMAIL, 2003) e que, em torno de 4 a 76% do total de incidentes, podem ser evitados (MAKEHAM et al., 2008). Os desafios para os pesquisadores e profissionais de saúde estão, portanto, no levantamento do panorama dos incidentes na APS e na identificação de oportunidades para prevenir a ocorrência de incidentes evitáveis (KINGSTON-RIECHERS et al., 2010).

Numa perspectiva histórica, considerando as estimativas dos incidentes, que inicialmente retratavam o cenário hospitalar, foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, cujo objetivo é elaborar protocolos operacionais e incentivar

as instituições de saúde no gerenciamento dos riscos em saúde, a fim de reduzir a morbimortalidade associada aos incidentes em saúde (WHO, 2004).

O Primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, proposto pela aliança, “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”, destacou a importância da prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), envolvendo ações relacionadas à melhoria da higienização das mãos em serviços de saúde. O Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente focou a prevenção das infecções e danos em cirurgias, intitulado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, envolvendo ações relacionadas à melhoria dos procedimentos cirúrgicos seguros em serviços de saúde. O Terceiro Desafio Global, “Enfrentando a Resistência Antimicrobiana”, lançou orientações para a prevenção da resistência microbiana (WHO, 2004; 2006; 2009).

No contexto da APS, o relatório *Safer Primary Care: a global challenge* pode ser considerado um dos documentos mais importantes. Lançado em 2012, consistiu num sumário de evidências que reportam a necessidade de investir no comprometimento intelectual para a garantia de cuidados mais seguros na rede de APS (WHO, 2012).

A partir do interesse da OMS em retratar e priorizar as principais lacunas de conhecimento e os desafios que envolvem a segurança na APS, foi constituído o *Safer Primary Care Exxpert Working Group*, destinado a criar uma agenda global para a pesquisa e ações de promoção para uma atenção primária mais segura. O foco especial, nos países de renda baixa e média, foi recomendado após evidenciarem que os países desenvolvidos contribuíram vinte vezes mais para o diagnóstico situacional dos erros em saúde na atenção primária (WHO, 2012).

A reunião inaugural do *Safer Primary Care Expert Working Group* ocorreu em Genebra, na Suíça, de 27 a 28 de fevereiro de 2012 e foi mediada por representantes da África do Sul, Arábia Saudita, Austrália, Áustria, Bahrain, Canadá, Dinamarca, Espanha, Estados Unidos da América (EUA), França, Gana, Kuwait, Nova Zelândia, Omã, Países Baixos, Reino Unido (Inglaterra e Escócia), Suíça e Tunísia. As evidências disponíveis sobre a carga dos danos resultantes de erros foram discutidas e constatou-se a limitada compreensão global sobre como intervir em ambientes de atenção primária para melhorar a segurança do cuidado. A reunião direcionou a importância de concentrar esforços para sanar a ausência de

conhecimento nessa área, amplamente negligenciada até o momento, a fim de buscar uma atenção primária de alta qualidade (WHO, 2012).

Enfatizou-se, também, a carga considerável de danos evitáveis causados pela dificuldade de acesso ao cuidado nos ambientes de baixa e média renda e a necessidade, portanto, de considerar o impacto dessa dificuldade de acesso sobre os erros de omissão, sobre os danos evitáveis e sobre a ausência de ganhos de saúde. Tendo em vista a necessidade premente de melhorar a segurança de todos os tipos de cuidado, o grupo considerou que seria necessário compreender melhor a efetividade das iniciativas de melhoria de qualidade, para tentar passar da fase de diagnóstico dos problemas na atenção primária para ações efetivas, destinadas a tornar o cuidado mais seguro (WHO, 2012).

O estudo das iniciativas para melhorar a segurança do paciente, no campo da APS, possibilita um progresso considerável na partilha de experiências e de ideias advindas de diferentes partes do mundo, bem como o desenvolvimento de um referencial conceitual comum que favoreça o trabalho coletivo no compromisso de melhorar a qualidade e a segurança da prestação do cuidado na atenção primária (WHO, 2012). Desta forma, reitera-se a importância da aprendizagem a partir do erro e de discussões voltadas para o detalhamento das falhas, assim como da socialização dessas discussões entre os profissionais da instituição de saúde.

De acordo com Abbad, Pilati e Pantoja (2003), a influência dos programas educativos no ambiente de trabalho é definida como um efeito de longo prazo exercido pelo treinamento nos níveis de desempenho, motivação e atitudes dos participantes. Segundo a autora, o impacto dessas intervenções seria a transferência do conhecimento e a melhoria do desempenho no ambiente de trabalho.

Além de produzir efeitos favoráveis e permanentes, as intervenções educativas em serviço fazem parte de programas de valorização dos profissionais e são planejados para aumentar a motivação e/ou conflitos internos e/ou facilitar a aceitação de mudanças organizacionais. Nesses casos, o efeito desejado não pode ser observado apenas no nível de desempenho do profissional egresso no treinamento, devendo também compreender os efeitos sobre as atitudes e as motivações (PILATI; ABBAD, 2005). Esses efeitos causam um fenômeno que é reconhecido como o impacto do treinamento no trabalho, pois fazem parte desse

conceito indicadores de mudanças no desempenho global, bem como em sua motivação e atitudes em relação ao seu trabalho (PILATI; ABBAD, 2005).

Considerando a proposta deste estudo, a análise do conhecimento dos profissionais de saúde da APS, no contexto da segurança do paciente, possibilita o levantamento de indicadores que precedem a mudança da prática no ambiente de trabalho. A qualificação dos profissionais de saúde acerca da temática é essencial, pois este é considerado peça chave para o diagnóstico do panorama real dos incidentes na APS.

4. MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Estudo de intervenção, do tipo antes e depois. O processo intervencionista foi o desenvolvimento de um programa educativo sobre segurança do paciente na APS, tendo como suporte tecnológico a Tele-educação.

4.1.1 Caracterização da Intervenção

A intervenção consistiu em um programa interativo sobre Segurança do Paciente, no contexto da APS, desenvolvido por meio da Tele-educação.

A escolha da Tele-educação foi motivada pela evolução das tecnologias da informação e da sua crescente aplicação no ensino em saúde, despertando o interesse em associá-la ao desenvolvimento de competências voltadas para a segurança do paciente. Frente a isso, o método de ensino foi o ambiente virtual, o qual permite a interação do aprendiz com outros aprendizes e permite a participação e a emancipação do profissional para a construção do próprio conhecimento.

A Web tem ampliado a sua presença no campo educacional com a disponibilização de ambientes sociais e recursos para o processo de ensino/aprendizagem (GREENHOW; ROBELIA; HUGHES, 2009).

O programa educativo constituiu-se de três módulos (APÊNDICE 1), com carga horária de 30 a 40 minutos. A escolha do conteúdo foi norteada por estudos científicos especializados e propostas da *World Health Organization*, Organização Pan-Americana de Saúde, *Joint Comission* e *Joint Comission International* (WHO, 2004; 2009; JCAHO, 2008; OPAS, 2010).

O Quadro 1 apresenta, resumidamente, as temáticas e objetivos de cada um dos módulos do programa educativo.

Quadro 1 – Estrutura dos módulos do Programa Interativo sobre Segurança do Paciente na APS.

MÓDULO	OBJETIVO
Módulo I – Panorama da Segurança do Paciente no mundo, Brasil e Goiás.	Apresentar aos profissionais de saúde a temática segurança do paciente e as iniciativas nacionais e internacionais, apontando evidências científicas, epidemiologia e iniciativas para o controle dos incidentes, enfatizando a importância da assistência segura e de qualidade, a partir de mudanças atitudinais e do processo de trabalho.
Módulo II – Classificação Internacional para a Segurança do Paciente.	Capacitar os profissionais de saúde para identificar e classificar os tipos de incidentes, conforme a Organização Mundial de Saúde: incidente sem dano, evento adverso, quase erro e circunstância notificável.
Módulo III – Cultura de Segurança e Estratégias para a Prevenção dos Incidentes.	Estimular os profissionais a desenvolverem uma cultura de segurança no ambiente de trabalho, destacando o sistema organizacional e a responsabilidade profissional. Apresentar estratégias de prevenção dos incidentes e estimular o desenvolvimento de boas práticas: comunicação eficaz; trabalho em equipe; protocolo operacional padrão (POP); educação permanente; notificação; identificação do paciente; e, higienização das mãos.

Considerando que uma só forma de trabalho pode não atingir a todos os alunos na conquista de níveis complexos de pensamento e de comprometimento em suas ações, como desejado, ao mesmo tempo e em curto tempo, a literatura aponta a necessidade de buscar diferentes alternativas que contenham, em sua proposta, as condições de provocar atividades que estimulem o desenvolvimento de diferentes habilidades de pensamento dos alunos e possibilitem, ao moderador, atuar em situações que promovem a autonomia (BERBEL, 2011).

Tendo isso em vista e considerando o meio virtual, os objetos de aprendizagem são tecnologias da informação que correspondem a qualquer recurso para dar suporte à construção do conhecimento (HODGINS, 2002; TAROUÇO; FABRE; TAMUSIUNAS, 2003; CORRADI; SILVA; SCALABRIN, 2011). Sua principal ideia é distribuir o conteúdo educacional disciplinar em pequenos trechos, passíveis de reutilização em vários ambientes de aprendizagem. Qualquer material eletrônico

que contenha informações que colaborem para a construção do conhecimento, pode ser considerado um objeto de aprendizagem, seja essa informação em forma de imagem, página *HyperText Markup Language* (HTML)*, animação, *software*, ou simulação (HODGINS, 2002; RIVED, 2006).

O Ministério da Educação recomenda que os objetos de aprendizagem direcionem o aprimoramento da educação presencial e/ou à distância e incentivem a pesquisa e a construção de novos conhecimentos para a melhoria da qualidade, equidade e eficiência dos sistemas de ensino, pela incorporação didática das novas tecnologias de informação e de comunicação (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007).

Para o desenvolvimento desse estudo, os objetos de aprendizagem utilizados durante o programa interativo, por Tele-educação, contemplaram simulações cotidianas dos profissionais de saúde, apresentadas na forma de desenhos gráficos que retrataram a ocorrência de algum incidente.

Um objeto de aprendizagem deve ser estruturado e dividido em três partes bem definidas (objetivo, conteúdo instrucional ou pedagógico e prática e *feedback*), pois essa estrutura diferencia esse recurso de outras tecnologias aplicadas à educação e possibilita a produção de conhecimento (SINGH, 2001).

Considerando essa estrutura, a finalidade do objeto de aprendizagem é demonstrar ao aluno o que pode ser aprendido a partir do estudo desse objeto de aprendizagem, além dos conceitos necessários para um bom aproveitamento do conteúdo (SINGH, 2001). Desta forma, as simulações cotidianas apresentadas durante os módulos do programa educativo tiveram a intenção de estimular os profissionais de saúde a refletirem sobre as práticas adotadas durante a assistência à saúde.

Nessa perspectiva, durante e após a apresentação dos casos, foram realizados comentários sobre práticas seguras, baseadas em evidências científicas e protocolos operacionais para segurança do paciente, idealizados pela comunidade científica e organizações governamentais, com o intuito de despertar no profissional de saúde a mudança atitudinal, uma vez que a garantia da segurança do paciente implica no desempenho da equipe de saúde (WHO, 2007; 2009; JCAHO, 2008; OPAS, 2010).

4.2 Local

A pesquisa foi realizada em todas as unidades de saúde do Estado de Goiás, que prestam assistência à saúde no nível primário e que possuem cadastro na Plataforma do Telessaúde.

4.3 População

A população do estudo foi constituída pelos 5.879 profissionais das 642 equipes de saúde cadastradas na Rede do Telessaúde Goiás.

Para a primeira etapa do estudo, que objetivou levantar o conhecimento sobre segurança do paciente, não foram definidos critérios de inclusão. Para a segunda etapa, considerando que o foco principal era a percepção sobre a ocorrência do incidente na APS e que, para isso, exige um conhecimento prévio sobre a temática, o critério de inclusão dos sujeitos foi ter participado dos três módulos do programa educativo.

Participaram, desta forma, um total de 429 profissionais, sendo 354 na primeira etapa e 75 na segunda.

4.4 Variáveis do Estudo

As variáveis do estudo estão descritas a seguir:

- Características dos profissionais – dados pessoais e profissiográficos dos profissionais: sexo, idade, tempo de formação, tempo de experiência profissional, tempo de serviço na instituição, vínculos empregatícios e titulação;
- Ampliação do conhecimento sobre segurança do paciente – relação entre a proporção de respostas corretas obtidas no instrumento aplicado antes e depois do programa educativo sobre segurança do paciente por Tele-educação; e,
- Ocorrência de incidentes na APS – tipos de incidentes advindos da assistência na APS relatados pelos profissionais da equipe de saúde.

4.5 Instrumentos

Para o desenvolvimento desse estudo foram utilizados três instrumentos que foram avaliados por expertises para verificar semântica, precisão, clareza e objetividade:

- I) Instrumento 1 – Perfil sociodemográfico e de formação dos profissionais de saúde: construído para a investigação de variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico e características da formação profissional (APÊNDICE 2);
- II) Instrumento 2 – Pré e pós teste para avaliar conhecimento sobre segurança do paciente: constituído por 21 questões com respostas de múltipla escolha (APÊNDICE 2), com a finalidade de investigar o conhecimento teórico sobre segurança do paciente, antes e após o programa interativo; e,
- III) Instrumento 3 – Investigação de incidentes na APS: aplicado ao final do último módulo com a finalidade de investigar a ocorrência de incidentes no âmbito da APS (APÊNDICE 3).

4.6 Contato com os Profissionais

O Programa Telessaúde possui uma plataforma com profissionais de 642 equipes, no âmbito de Goiás, compondo um banco de dados cadastrais. O contato dos profissionais para a participação nesta pesquisa foi obtido a partir desse banco.

Todos os profissionais cadastrados receberam uma carta convite, enviada pela pesquisadora, por correio eletrônico criado apenas para essa finalidade, ao mesmo momento, dia e hora. A carta convite explicou sobre a participação na pesquisa e incluiu as orientações quanto ao preenchimento do instrumento e sua devolução.

Essa carta foi acompanhada por um *link* que direcionou o profissional à página inicial do instrumento que constituiu no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, etapa em que exigia a leitura e aceite para conseguir ter acesso ao instrumento.

O aceite em participar da pesquisa não foi obrigatório, o que não influenciou o acesso ao programa educativo desenvolvido, sendo este de livre acesso aos profissionais vinculados ao Telessaúde. Entretanto, foi ressaltada a importância da

opinião de cada integrante a fim de aprimorar os cursos de treinamento oferecidos por meio do Telessaúde, de modo que as expectativas de cada um fossem atendidas, refletindo em melhor satisfação e aprendizado, em consonância com as políticas de gestão em saúde. Ao final do período de coleta de dados, o programa continuou disponível na plataforma do Telessaúde.

Para aproximação com os envolvidos no estudo e garantir a devolução do instrumento, a cada sete dias foi reenviado um lembrete, via e-mail, com o *link* protegido que encaminhava o instrumento aos não respondentes e, nos últimos vinte dias, os lembretes foram enviados a cada dois dias até completar o prazo final para a coleta. Após esse período, a coleta de dados foi encerrada.

4.7 Coleta dos Dados

A coleta de dados foi realizada antes e depois do desenvolvimento do programa interativo em segurança do paciente e atendeu o disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c).

Na primeira etapa da coleta de dados, foram aplicados os instrumentos de investigação do perfil profissional e de avaliação do conhecimento dos profissionais sobre segurança do paciente (APÊNDICE 2), compreendendo o período de 20 de novembro de 2013 a 15 de março de 2014. Na segunda etapa, que compreendeu o período de 1º de abril de 2014 a 30 de dezembro de 2014, foram reaplicados os instrumentos anteriores (APÊNDICES 2) e aplicado o instrumento de investigação da ocorrência de incidentes na APS (APÊNDICE 3).

Considerando a área geográfica a ser desenvolvida na presente pesquisa, optou-se por utilizar o formulário web para a obtenção dos dados, o qual foi construído por profissional especializado. Esse tipo de formulário constitui uma forma de obtenção de dados que não depende do tempo físico ou da presença do pesquisador para a captação de informações e permite adquirir grande quantidade de dados em pouco tempo (BERARDI, 1997; MCCULLOUGH, 1998). Oferece, ainda, vantagens relacionadas aos custos e à qualidade dos dados adquiridos (FOINA, 2002), o que reduz potenciais vieses causados por entrevistadores e digitação (MCCULLOUGH, 1998).

O acesso dos profissionais de saúde ao formulário foi controlado por meio do endereço eletrônico disponibilizado na Plataforma do Telessaúde, nome e data de nascimento.

4.8 Análise dos Dados

Os dados foram transferidos para o software *Statistical Package For The Social Sciences* (versão 20.0 para Windows).

Para a descrição das variáveis estudadas foram apresentadas as frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e mediana, média e desvio padrão para as variáveis contínuas.

Os relatos dos tipos de incidentes formaram um *corpus de análise* e foram utilizados para exemplificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a ocorrência desses eventos na APS. Cada relato foi identificado pela letra R, de relato, seguido de um número cardinal, conforme a ordem de participação na pesquisa.

Para mensurar o efeito do conteúdo abordado durante o programa interativo sobre segurança do paciente, as variáveis da avaliação da aprendizagem foram medidas por meio de notas percentuais, referente ao número de acertos, calculadas antes e após o programa educativo.

4.9 Aspectos Éticos

O presente trabalho está vinculado ao projeto “Análise de Ocorrências de Eventos Adversos em um Hospital da Rede Sentinela da Região Centro-Oeste”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob Protocolo nº 064/2008 (ANEXO 1). Também está vinculado ao estudo intitulado “Impacto de um Programa Interativo em Segurança do Paciente por meio da Tele-educação, no Processo de Trabalho de Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família, vinculados ao Telessaúde”, aprovado por Comitê de Ética sob Protocolo nº 630.266/2014 (ANEXO 2).

Todos os participantes deste estudo receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 4) e a não concordância do profissional em responder os instrumentos de coleta de dados não impediu sua participação no programa educativo pelo Tele-educação.

Todos os aspectos éticos respeitaram o disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e animais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c).

5 RESULTADOS

Os resultados foram divididos em duas partes. A primeira descreve a caracterização dos profissionais que atuam na APS no Estado de Goiás e aspectos gerais do conhecimento sobre segurança do paciente antes e depois do programa educativo desenvolvido por meio da Tele-educação. E, a segunda parte dos resultados, descreve a percepção dos profissionais sobre a ocorrência de incidentes advindos do cuidado prestado na APS.

5.1 Perfil dos Profissionais e Conhecimento sobre Segurança do Paciente

Participaram da primeira etapa do estudo 354 profissionais de diversas categorias vinculadas aos serviços de saúde da APS. Da segunda etapa, participaram um total de 75 profissionais, cujas características foram semelhantes às da primeira população.

A Tabela 1 apresenta as características gerais dos profissionais participantes e não participantes do programa educativo, desenvolvido por meio da Tele-educação, cadastrados no Telessaúde Goiás.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais da rede de APS vinculados ao Núcleo de Telemedicina e Telessaúde Goiás. Goiás, 2014.

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL	Antes		Depois	
	N	%	N	%
IDADE				
21 a 30 anos	150	42,4	33	44,0
31 a 40 anos	119	33,6	20	26,7
41 a 50 anos	54	15,3	10	13,3
51 ou mais anos	31	8,8	12	16,0
ESCOLARIDADE				
Ensino Médio Completo	11	3,1	01	1,3
Curso técnico	50	14,1	02	2,7
Bacharel/Licenciatura	105	29,7	19	25,3
Especialista	144	40,7	48	64,0
Mestre	30	8,5	04	5,3
Doutor	06	1,7	01	1,3
FUNÇÃO				
Assistência	222	62,7	58	77,3

Gestão	68	19,2	06	8,0
Assistência e gestão	64	18,1	11	14,7
TIPO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
Público	213	60,2	52	69,3
Contrato	141	39,8	23	30,7
CATEGORIA PROFISSIONAL				
Enfermeiro	163	46,0	34	45,3
Médico	52	14,7	26	34,7
Odontólogo	29	8,2	9	12,0
Técnico de enfermagem	33	9,4	3	4,0
Outros*	77	21,7	3	4,0
RENDA MENSAL				
Até 3 salários mínimos	139	39,3	11	14,7
Entre 3 e 6 salários mínimos	119	33,6	11	14,7
Entre 6 e 9 salários mínimos	34	9,6	15	20,0
Entre 9 e 12 salários mínimos	15	4,3	18	24,0
Mais que 12 salários mínimos	47	13,3	20	26,7
VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
Somente um vínculo	235	66,4	42	56,0
Mais de um vínculo	119	33,6	33	44,0
MUNICÍPIO DE ORIGEM				
Goiânia	111	31,4	63	84,0
Interior de Goiás	243	68,6	12	16,0

*Fisioterapeuta, Agente Comunitário de Saúde, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Educador Físico, Biomédico, Assistente Social, Farmacêutico, Nutricionista, Técnicos em Radiologia, Ortopedia, Laboratório e Saúde Bucal.

Foi verificado que a população do estudo possui características semelhantes. Mais de 60% possui idade entre 21 a 40 anos, exercem atividades de assistência e mantêm vínculo público com a atenção primária.

Parcela significativa dos profissionais de saúde referiu manter mais de um vínculo empregatício, o que pode ser em decorrência das diferentes faixas salariais atribuídas a categorias profissionais específicas. Dos profissionais, 35,0% e 40,0% possuem renda mensal de 3 a 9 salários mínimos. As categorias profissionais com maior participação foram os enfermeiros – acima de 40,0% da população total – e os médicos, com 14,7% e 34,7% de participantes na primeira e segunda etapas, respectivamente.

O tempo de formado variou de menos de um ano a pouco mais de 47 anos; o tempo de experiência profissional foi de menos de um a 40 anos e o tempo de atuação na unidade foi de menos de um ano a 37 anos. Existe uma diversidade de profissionais quanto à idade e experiências práticas que devem ser valorizadas para

promover um ambiente de troca, na construção do conhecimento no contexto do trabalho.

Em relação à qualificação geral, a maior parte dos profissionais não possui especialização em saúde pública. Quanto aos cursos de formação em segurança do paciente, também não foi referido por grande parte da população, conforme Figura 1.

Figura 1 – Qualificação em saúde pública e segurança do paciente dos profissionais de saúde atuantes na rede de APS de Goiás. Goiás, 2014.

Observou-se que a qualificação em saúde pública é mais baixa nos municípios do interior de Goiás, alcançando, no máximo, 21,0% dos profissionais, havendo a necessidade de incentivar a qualificação dos mesmos.

Os cursos de formação sobre segurança do paciente na atenção primária ainda são incipientes, uma vez que a proporção de profissionais que afirmaram ter realizado algum curso sobre a temática variou de 10,7% a 33,3%.

É importante investigar a formação do profissional de saúde, uma vez que esta auxilia na compreensão da dinâmica das ações desenvolvidas pela APS. O conhecimento dos profissionais sobre segurança do paciente antes e depois do programa educativo está apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Conhecimento geral dos profissionais da APS de Goiás sobre segurança do paciente. Goiás, 2014. (N antes 354 / N depois 75).

CONHECIMENTO EM SEGURANÇA DO PACIENTE	Antes % (N)	Depois % (N)
Eu sei identificar incidentes advindos do cuidado, na unidade em que trabalho.	70,3 (249)	85,3 (64)
Já presenciei incidentes durante a assistência aos pacientes que frequentam a unidade em que trabalho.	66,9 (237)	85,3 (64)
Acredito que a notificação/registro dos incidentes relacionados à segurança do paciente pode auxiliar na redução de outros incidentes semelhantes.	29,7 (105)	85,3 (64)
Quando incidentes provenientes do cuidado ocorrem com algum paciente, independente de ter causado dano ou não, o profissional que cometeu o incidente é o único responsável e deve ser punido para que outros profissionais tenham mais atenção.	51,4* (182)	70,7* (53)
Cultura de segurança é um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança. Nesse sistema, substitui-se a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com os erros decorrentes do cuidado e melhorar a atenção à saúde.	60,5 (214)	82,7 (62)
A segurança do paciente durante a assistência à saúde depende do conhecimento e tempo de experiência do profissional de saúde que presta o cuidado. Dessa forma, posso afirmar que a estrutura e os processos de trabalho de uma instituição de saúde não exercem influência sobre a segurança do paciente quando o quadro de pessoal é qualificado.	61,9* (219)	72,0* (54)
Profissionais que prestam assistência direta ao paciente não podem contribuir efetivamente com a segurança do paciente. Essa ação compete aos profissionais com cargos de gestão/coordenação.	77,1* (273)	88,3* (64)
Desenvolver uma cultura de segurança do paciente nas unidades de saúde depende da vontade do gestor.	41,0* (145)	41,3* (31)
Discutir os incidentes advindos da assistência à saúde pode ser uma estratégia para o aprendizado e prevenção de incidentes.	31,4 (111)	86,7 (65)
Tenho conhecimento adequado para desenvolver minhas ações assistenciais visando à segurança do paciente.	21,8 (77)	61,3 (46)
Possuo conhecimento adequado sobre segurança do paciente para executar minhas ações com qualidade.	21,5 (76)	58,7 (44)
Oriento os usuários sobre a importância de sua participação no tratamento e estratégias para garantir sua própria segurança.	27,7 (98)	81,3 (61)

*Discordaram da afirmativa.

Observou-se uma diferença superior a 54,0% em relação ao item que corresponde à influência da notificação/registro dos incidentes na redução de outros incidentes semelhantes e na importância da sua discussão como estratégia de aprendizado a partir do erro e da prevenção de incidentes.

Após o curso, também foi destacada melhor avaliação das ações realizadas rotineiramente pelos profissionais de saúde, observando que ter conhecimento adequado para desenvolver ações com segurança e qualidade obteve diferença superior a 38,7 e 36,4, respectivamente.

Em relação à orientação dos usuários sobre a importância de sua participação no tratamento e estratégias para garantir sua própria segurança, a diferença alcançou 52,6%. Não foi observada alteração em relação ao item que refere que o desenvolvimento da segurança do paciente depende da vontade do gestor, que ficou na faixa dos 40,0%.

O Quadro 3 reflete a percepção dos profissionais da atenção primária sobre os aspectos conceituais dos tipos de incidentes relacionados à assistência à saúde.

Quadro 3 – Avaliação dos conceitos de incidente sem dano, evento adverso, circunstância notificável e quase-erro, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, pelos profissionais da APS de Goiás. Goiás, 2014. (N antes 354 / N depois 75).

CONCEITO DO INCIDENTE	Antes % (N)	Depois % (N)
Já ouvi falar sobre a Classificação Internacional para Segurança do Paciente, na unidade em que trabalho.	32,2 (114)	38,7 (29)
O evento adverso é o incidente que, obrigatoriamente, resulta em dano ao paciente, como no caso em que, após um profissional instalar uma bolsa de sangue em paciente homônimo àquele que deveria receber essa bolsa, o paciente desenvolve uma reação febril.	55,6 (197)	85,3 (64)
O incidente sem dano é um evento que ocorre, mas não é detectado dano ao paciente. Por exemplo, quando o profissional instala uma bolsa de sangue em paciente homônimo àquele que deveria recebê-la, mas o sangue é compatível e o paciente não desenvolve reações.	51,1 (181)	89,3 (67)
A circunstância notificável é uma situação em que existe potencial significativo de dano, mas o incidente não aconteceu, o que pode ser exemplificado quando existe uma escala de profissionais defasada para determinado plantão, mas nenhum incidente ocorre.	44,1 (156)	70,7 (53)
O quase-erro é um incidente que não atingiu o paciente, como por exemplo, uma situação em que o profissional prepara uma bolsa de sangue para um paciente homônimo àquele que deveria recebê-la, mas percebe a falha antes da instalação.	62,1 (220)	96,0 (72)

Todos os conceitos relacionados aos tipos de incidentes foram melhor julgados após o programa educativo, sendo o desempenho mais notável relacionado ao conceito de incidentes sem dano e quase-erro, que tiveram aumento do rendimento superior a 30,0%.

O julgamento dos casos de incidentes pelos profissionais da atenção primária está apresentado no Quadro 4.

Quadro 4 – Julgamento de casos de incidente sem dano, evento adverso, circunstância notificável e quase-erro, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, pelos profissionais da APS de Goiás. Goiás, 2014. (N antes 354 / N depois 75).

CASOS DE INCIDENTES	Antes % (N)	Depois % (N)
Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral para uma criança de 15 meses. Antes de administrar percebeu que havia aspirado 1ml e descartou o 0,5ml excedente. R*: Quase erro.	18,9 (67)	73,3 (55)
Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral em uma criança de 15 meses e percebeu o erro somente depois de administrado. A criança apresentou dor local e hematoma em região do deltoide. R*: Evento adverso.	77,4 (274)	84,0 (63)
Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral e administrou em uma criança de 15 meses. A criança foi observada e não manifestou reações imediatas e/ou tardias. R*: Incidente sem dano.	51,7 (183)	72,0 (54)
Criança de 15 meses foi levada à Unidade de Saúde para receber a vacina tríplice viral. Entretanto, o profissional da sala de imunização informou aos pais que a vacina estava em falta na unidade de saúde. R*: Circunstância notificável.	52,3 (185)	78,7 (59)

O julgamento correto dos casos que representam os tipos de incidentes obteve rendimento melhor depois do curso. O julgamento do evento adverso foi o mais alto em ambos os casos, que pode ser em decorrência da facilidade de identificar o dano decorrente do cuidado.

Entretanto, observa-se melhora superior a 50,0% no julgamento do quase-erro, o que contribui para direcionar os profissionais de saúde na busca de falhas que antecedem a ocorrência do dano, uma vez que estão mais familiarizados com o quase-erro.

Após o programa educativo por meio do Tele-educação, dentre as 17 questões que foram julgadas pelos profissionais de saúde, o desempenho alcançou 100% (17 questões) para 6,7% dos profissionais e 60,1% tiveram aproveitamento superior a 82,4%, sendo a mediana de desempenho igual a 64,7% (11 questões), média de 70,6% (12 questões), desvio padrão de 21,8% e coeficiente de variação de 0,31.

5.2. Ocorrência de Incidentes na Atenção Primária à Saúde

Os 75 profissionais que participaram desta investigação confirmaram a ocorrência de incidentes no contexto da prática da APS e relataram seus diversos tipos, causas e necessidades de mudanças.

A vivência ou percepção de incidentes relacionados ao processo de medicação, durante a assistência na APS, foi afirmada por 94,7% (71) dos profissionais e a ocorrência de outros tipos de incidentes, que não envolveram o processo de medicação, foi confirmada por 93,3% (70) dos profissionais.

A Tabela 2 relaciona os tipos de incidentes frequentes na APS, na perspectiva dos profissionais que nela atuam.

Tabela 2 – Tipos de incidentes ocorridos na APS, na perspectiva dos profissionais de saúde de Goiás. Goiás, 2014.

INCIDENTE	N	%
Incidente com medicamento		
Falta de medicamento na unidade	61	81,3
Falta de adesão ao tratamento por falha na comunicação	39	52,0
Falha de orientação do paciente para uso do medicamento	39	52,0
Horário errado	23	30,7
Medicamento vencido/deteriorado	22	29,3
Dose errada	22	29,3
Prescrição errada	22	29,3
Administração de medicamento errado	21	28,0
Monitoramento insuficiente do tratamento medicamentoso	20	26,7
Acondicionamento inadequado	19	25,3
Duração errada do tratamento	19	25,3
Técnica de administração errada	18	24,0
Frequência de administração errada	17	22,7
Omissão de dose	15	20,0
Erro no preparo	11	14,7
Via errada	11	14,7
Forma farmacêutica errada	10	13,3
Paciente errado	09	12,0
Incidentes relacionados ao processo clínico		
Acompanhamento familiar/domiciliar inadequado	42	56,0
Consulta agendada não realizada pela falta do profissional	40	53,3
Registro inadequado (consultas/conduas)	37	49,3
Falta de orientação ao paciente/familiar	36	48,0
Orientação errada	30	40,0
Diagnóstico errado	25	33,3
Queda	19	25,3
Omissão de cuidado	16	21,3
Troca de exames entre pacientes	12	16,0
Tratamento errado/inadequado	12	16,0

Relacionados ao processo de medicação, os incidentes mais frequentes foram a falta de medicamento na unidade, percebida por 81,3% (61) dos profissionais de saúde, a falta de adesão ao tratamento por falha na comunicação e a falha de orientação do paciente para uso do medicamento, ambas percebidas por 52,0% (39) dos profissionais.

Quanto aos incidentes relacionados ao processo clínico, que não envolve a terapia medicamentosa, os mais perceptíveis foram aqueles relacionados ao acompanhamento familiar/domiciliar inadequado, referido por 56,0% (42) dos profissionais e a consulta agendada não realizada pela falta do profissional, referida por 53,3% (40).

Observou-se que os casos mais frequentemente relatados envolveram a comunicação profissional-paciente.

Foi relatado um total de 92 incidentes vivenciados pelos profissionais, sendo que 37,0% (34) corresponderam aos incidentes sem dano, 23,9% (22) às circunstâncias notificáveis, 26,1% (24) aos eventos adversos e 13,0% (12) aos incidentes do tipo quase-erro.

Dentre os 34 incidentes sem dano, 76,5% (26) corresponderam ao processo de medicação, incluindo a imunização dos pacientes, evidenciando o envolvimento de diversas categorias profissionais e causas multifatoriais. Os relatos mostraram que as condutas se limitaram a orientações ao profissional envolvido, as quais ainda possuem características punitivas, sem mudanças significativas na estrutura e/ou no processo de trabalho para que incidentes desse tipo não tornem a acontecer. Especificamente, em alguns casos que envolveram as vacinas, foi verificado que além de orientações ao profissional envolvido no incidente, foi realizado o treinamento de pessoal:

“Fornecimento de medicação errada. Paciente levou Glibenclamida no lugar de Hidroclorotiazida, devido ao armazenamento incorreto. Profissional não conferiu a medicação. Filha da paciente retornou ao posto após perceber o engano, pois a mãe não é diabética. Mas a cartela estava incompleta, paciente havia ingerido alguns comprimidos. Não teve reação alguma. Erro por parte do profissional que armazenou a medicação em local indevido e do profissional que forneceu sem conferir. Foi realizada orientação quanto à importância de atenção e conferência da medicação fornecida, não só o nome, mas data de validade, miligramas, quantidade, etc”. (R7)

“Foi aplicada uma vacina que não deveria ser aplicada, mas não houve dano para o paciente. As causas foram sobrecarga de trabalho, excesso de pacientes. Para corrigir o problema foi realizada orientação do técnico e organização do fluxo”. (R26)

“Administração somente do diluente de imunobiológico. Decorrente da falta de atenção, barulho na sala de vacinas, demanda excessiva, processo burocrático (várias anotações), mães que não aceitam a quantidade de imunos para serem administrados ao mesmo tempo. Orientado para o enfermeiro fechar a porta da sala de vacina, evitar tumulto na sala, aumentar a atenção, aumentar os profissionais para o atendimento, principalmente quando for muitas vacinas ao mesmo tempo”. (R4)

“Administração de vacina em pacientes homônimos, por desatenção, dimensionamento de profissionais insuficiente. Envolveu a equipe técnica de enfermagem da sala de vacina. Foi realizada a organização do dimensionamento de enfermagem, treinamento adequado, reorganização do trabalho”. (R14)

“Em campanha de vacina, uma colega aspirando e outra aplicando, foi inserido uma agulha sem conteúdo no paciente. Isso foi causado por tumulto de pessoas e pressão para agilizar a fila. Depois do problema realizou-se orientação quanto a maior atenção”. (R17)

“O profissional preparou uma medicação acima da dose prescrita, mas não percebeu o erro e administrou no paciente. Após algumas horas foi avaliado, não apresentando nenhuma reação. Foi por falta de treinamento e capacitação desse profissional, falta de atenção ao preparar a medicação. Houve a necessidade de implantar medidas de segurança ao paciente; promover treinamento; disponibilizar ambiente adequado; orientar as pessoas e equipe de saúde sobre as possíveis reações; controlar estoques de medicações, validade; orientar as pessoas e equipe de saúde sobre a identificação de possíveis reações”. (R10)

“Aumento da dosagem da prescrição pela técnica de enfermagem, sem orientação médica. A consequência poderia ser grave. Realizada orientação ao profissional”. (R64)

Os demais incidentes sem dano apontaram que nem sempre as ações envolvidas no processo de medicação podem causar dano, havendo a necessidade de melhorias no gerenciamento dos processos de trabalho. Apontaram, ainda, a influência dos recursos materiais e a estrutura física na segurança do paciente que necessita de cuidados primários, além da necessidade de melhorar a acurácia da avaliação clínica dos pacientes para a garantia da resolutividade da assistência:

“Troca de prontuário por falta de atenção. Erro do pessoal administrativo e enfermagem. Foi realizada reunião e oferecida informação para equipe”. (R8)

“RN estava aguardando consulta com pediatra. Erro ao pesar o RN. Orientada a equipe. Informado ao familiar do paciente que teve que voltar a triagem para pesar novamente”. (R8)

“Troca de sonda com material totalmente inadequado. Ingerência. Todos os profissionais envolvidos (gestão, etc). Causado pela negação do cuidado”. (R57)

“Queda de uma gestante que estava sentada na sala de espera e a cadeira quebrou. Causada por estrutura física ruim e antiga, sem manutenção. Não houve gestão nenhuma, apesar de solicitado pela equipe ficamos com uma cadeira a menos”. (R66)

“Queda devido ao degrau, piso molhado, muitos tapetes, falta de placas. Local inadequado. Auxiliar de limpeza contribuiu para a queda. Necessária mais orientação ao profissional”. (R49)

As 22 circunstâncias notificáveis identificadas pelos profissionais da APS evidenciaram problemas relacionados à gestão da unidade, seja relacionado à estrutura física e aos recursos materiais, seja relacionado à sistematização do cuidado. Dentre os relatos sobre estrutura física, o fato mais marcante é o ambiente não ter características específicas de um serviço de saúde:

“Casa não adaptada, com degrau, porta estreita, cadeira de roda não passa. Descaso em reformar e adaptar o imóvel. Para evitar problemas se fez orientações verbais aos pacientes”. (R49)

“Cadeiras quebradas, falta de corrimão, piso escorregadio. Falta de reformas, gestão da unidade. Todos na unidade. Não foram tomadas condutas”. (R17)

“Falta de materiais na unidade como imunobiológicos, materiais para curativos. Gerenciamento prejudicado pela gestão das unidades e previsão de materiais pelos membros da unidade”. (R3)

“Medicação vencida armazenada na prateleira para distribuição. A medicação já veio da farmácia central vencida e não foi conferida, apenas armazenada. Não conferência das medicações antes do armazenamento. Enfermagem. Houve mudança na rotina de conferência das medicações. Data de validade exposta de forma visível a todos”. (R7)

“Paciente aceito em atividade esportiva orientada pelos profissionais da Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família, sem Atestado Médico de Aptidão Física para a realização da mesma. Falta de comunicação (entre os profissionais da unidade) para estabelecimento de um protocolo de pré-requisitos mínimos para a realização das atividades oferecidas pela UABSF. Necessidade de reunião para pactuação de protocolo prévio à realização das

atividades oferecidas pela Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família”. (R13)

“Paciente que não é orientado adequadamente frente à medicação. Paciente não fica sabendo”. (R29)

“Falha de comunicação. Falta de orientações no Programa de Crescimento e Desenvolvimento. Há necessidade de mais orientações”. (R52)

“Estamos há nove meses sem atendimento clínico por falta de manutenção no equipamento odontológico”. (R73)

Quase-erros foram identificados pelos profissionais de saúde e indicaram falhas na organização do trabalho que necessitam ser solucionadas. Os 12 quase-erros relatados se relacionaram ao processo de medicação. Os profissionais levantaram algumas causas que devem ser trabalhadas pela gestão do serviço para que de fato o erro não alcance o paciente. Entretanto, verificou-se que as condutas foram pontuais e não abordaram o sistema organizacional como um todo:

“Prescrição medicamentosa com dosagem inadequada e outra com via errada devido à desatenção, falta de conhecimento do médico e enfermeiro. Percebido o erro a tempo. Conduta foi orientação só para o indivíduo”. (R17)

“Prescrição médica com dosagem de medicamento acima do nível máximo a ser tomado. Enfermeira, ao perceber o erro, solicitou ao médico revisão da dose prescrita”. (R19)

“Administração de medicação do paciente errado, que não ocorreu por causa da visualização a tempo. Falta de atenção, fadiga (várias horas de trabalho)”. (R40)

“Técnica de enfermagem ia administrar medicamento errado, mas antes veio confirmar se era a certa e eu disse que não. Técnica exerce múltiplas funções”. (R66)

“Medicação dispensada pela farmácia com nome do paciente errado. Comunicado erro para farmácia e solicitada a troca do medicamento”. (R19)

“Medicamento para o paciente x e foi identificado para o paciente y. Pressa e falta de atenção da enfermagem. Nenhuma conduta”. (R25)

Especificamente, um relato de quase-erro apontou para a responsabilidade da supervisão do serviço no acompanhamento de profissionais que atuam como

educadores, já que as unidades de APS são campos de estágio e contribuem para a formação de profissionais de saúde:

“Um aluno do curso de técnico de enfermagem com professor ia administrar 5ml de uma vacina, numa criança de 4 anos, quando deveria aplicar 0,5 ml. Técnica de enfermagem do plantão viu e interceptou. Falta de conhecimento do aluno e professor. Conduta foi abordagem ao professor e repasse para a escola. Paciente não comunicado”. (R70)

Os eventos adversos relatados apontaram para o fator sistêmico do erro e chama a atenção para a importância de monitorar os incidentes sem dano, as circunstâncias notificáveis e os quase-erros já descritos pelos profissionais, para evitar, ao máximo, que o dano atinja o paciente.

Os eventos adversos relatados com maior frequência, que corresponderam a 83,3% (7) dos casos, foram os relacionados à administração de medicamentos e vacinas. Apontaram para a análise insuficiente do quadro clínico do paciente antes de estabelecer uma terapia adequada ao tratamento. Frente ao evento adverso, observou-se que os esforços estavam voltados para a correção do problema. As condutas para evitar sua recorrência, assim como observado nos demais tipos de incidentes, foram pontuais:

“Reação alérgica, dano temporário. Deve-se melhorar a anamnese”. (R64)

“Administração de dipirona a paciente alérgica devido à informação incompleta. Médico e enfermeiro precisam de maior atenção”. (R36)

“Aplicação de dose a mais de vacina VOP e tríplice viral. Resultou em sensibilização ao excesso. Técnica de Enfermagem. Acompanhante foi informado e paciente ficou em observação”. (R51)

“Medicação errada que causou efeitos colaterais, pela falta de atenção do técnico de enfermagem. Conduta foi punição”. (R2)

“Administração medicamentosa EV quando deveria ser IM. Resultou em taquicardia e síncope. Causado por prescrição médica errada, erro de conferência e falta de atenção tanto no momento da prescrição quanto na administração. Médico e técnico de enfermagem. Para prevenir é necessário conferir os cinco certos, antes de administração da medicação e aumentar a atenção. Paciente não informado”. (R4)

“Criança foi tomar vacina na unidade e após alguns dias apresentou edema, dor, eritema e pústula no local. Mãe retornou e percebeu-se

que foi aplicada abaixo do local indicado (vasto lateral da coxa). Causou dor, infecção e a criança necessitou fazer uso de antibiótico. Local de aplicação errada devido agitação da criança e contenção incorreta. Realizado orientações quanto ao cuidado total em sala de vacina. Criança muito agitada, pedir auxílio de outra técnica, se possível”. (R7)

“Administração de medicamento pela via errada por falta de atenção e conhecimento. Técnica de enfermagem. Realizadas orientações”. (R22)

“Paciente teve problema cardiovascular após administração de anestésico odontológico. Paciente sentiu dores de cabeça, falta de ar e taquicardia. Paciente arritmico. Encaminhado ao SAMU”. (R72)

“Canais do dente irrigado com Hipoclorito 0,1%. O dente estava com perfuração radicular e o Hipoclorito foi direto para os tecidos. Edema imediato com grande inchaço. Pela localização dos dentes (mandíbula), possível edema de glote”. (R73)

Os demais eventos adversos reforçam a necessidade de melhor avaliação clínica do paciente, pois se alguma barreira for interrompida, as consequências para o paciente podem ser fatais e, quanto mais graves, mais se evidencia a abordagem punitiva:

“Não valorização da dor torácica em paciente psiquiátrico que resultou em infarto. Houve punição do profissional”. (R6)

“Lesão tegumentar por incompetência do profissional. Deve-se trocar ou ensinar o profissional”. (R62)

Também ficou evidente a importância da comunicação entre os diversos setores de apoio dos serviços e saúde, uma vez que um erro em qualquer etapa do processo de elaboração/estudo do diagnóstico do paciente, todas as condutas sucessivas estarão comprometidas:

“Laudo trocado. Tratamento inapropriado. Recepção do laboratório foi responsável. Punição do profissional”. (R6)

“Erro na avaliação de exame de ultrassonografia transvaginal em paciente pós-menopausa com endométrio de 12mm espessura. Atraso no diagnóstico de Ca de endométrio. Em decorrência da falta de conhecimento, carga excessiva de trabalho”. (R48)

Para a prevenção e/ou redução de incidentes na APS são adotados alguns cuidados, os quais foram referidos por 84,0% (63) dos profissionais, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Ações adotadas na atenção primária que previnem e/ou reduzem a ocorrência de incidentes, na perspectiva dos profissionais da APS de Goiás, Goiás, 2014.

AÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE	N	%
Chamar paciente pelo nome	58	77,3
Registro de condutas no prontuário do paciente	54	72,0
Higienização de mãos	51	68,0
Orientação do paciente sobre condição de saúde e tratamento	46	61,3
Trabalho em equipe	41	54,6
Educação em serviço	26	34,7
Protocolos de assistência	21	28,0
Classificação de risco do paciente	17	22,7

Chamar o paciente pelo nome e o registro de condutas no prontuário do paciente foi afirmado por 77,3% (58) e 72,0% (54) dos profissionais de saúde, respectivamente. Apesar de ser uma estimativa favorável, deve-se repensar a atitude daqueles profissionais que não adotam essas medidas simples e eficazes para garantir que o tratamento proposto seja orientado à pessoa certa.

A orientação do paciente sobre a condição de saúde e tratamento foi referida por 61,3% (46), havendo a necessidade de se trabalhar essa temática com os profissionais que não possuem essa cultura. Destacou-se que apenas 34,7% (26) referiram a educação continuada no serviço e apenas 28,0% (21) referiram a adoção de protocolos de assistência, ambas consideradas chaves no processo de desenvolvimento de pessoas para a qualidade do serviço e subsídios para as boas práticas.

Quando questionados sobre a abordagem de incidentes no processo de trabalho e sua influência na dinâmica do serviço, os profissionais se manifestaram conforme os dados apresentados no Quadro 5.

Quadro 5 – Abordagem do incidente no processo de trabalho, na perspectiva dos profissionais da APS. Goiás, 2014.

INFLUÊNCIA DO INCIDENTE NO PROCESSO DE TRABALHO	CT* N(%)	SO* N(%)	DT* N(%)
Na minha unidade de trabalho me sinto a vontade para relatar um erro sem ser punido.	49,3 (37)	33,3 (25)	17,3 (13)
Na minha unidade os erros relatados são discutidos e aprendemos com eles.	41,3 (31)	29,3 (22)	29,3 (22)
Na minha unidade, erros têm levado à mudanças positivas.	48,0 (36)	30,7 (23)	21,3 (16)
Na minha unidade estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a qualidade do serviço e a segurança do paciente.	56,0 (42)	32,0 (24)	12,0 (9)
Na minha unidade, possuímos e executamos o Plano de Segurança do Paciente.	17,3 (13)	37,3 (28)	45,3 (34)
Na minha unidade possui o Núcleo de Segurança do Paciente que orienta as ações dos profissionais para uma assistência segura.	9,3 (7)	30,7 (23)	60,0 (45)

*CT [Concordo totalmente]; SO [Sem opinião]; DT [Discordo totalmente].

Observou-se que apenas 49,3% (37) referiram que se sentem à vontade em relatar um incidente sem ser punido. Foi destacado por 56,0% (42) dos profissionais que estão ativamente adotando ações para melhorar a qualidade do serviço e a segurança do paciente. Entretanto, 60,0% (45) referiram que não possuem um Núcleo de Segurança do Paciente para nortear suas ações.

Com relação à contribuição dos profissionais quanto às condutas para a segurança do paciente que busca atendimento na unidade de saúde onde atuam, foram sugeridas o uso de boas práticas, a qualificação profissional, o aumento da comunicação efetiva entre profissional-profissional e profissional-paciente, a melhoria da gestão do cuidado direto ao paciente e anamnese, o adequado monitoramento dos incidentes, o desenvolvimento da cultura de segurança e o apoio da gestão:

“Capacitar-me para melhorar cada vez mais a acurácia dos diagnósticos”. (R66)

“Higienização das mãos, antissepsia dos equipamentos, esterilização adequada, anamnese completa, fazer curso de qualificação permanentemente”. (R73)

“Procurando realizar um atendimento seguro e incentivando a equipe e o usuário a trabalharem a cultura do paciente”. (R20)

“Orientando os usuários a prevenção de cuidados para seu bem estar e saúde”. (R5)

“Ouvindo, orientando, executando ações com atenção e individualidade”. (R60)

“Orientar adequadamente sobre minha prescrição, orientar sinais de alarme da doença e sobre os possíveis efeitos colaterais das medicações”. (R66)

“Ouvindo-o mais (usuário) e a partir daí, avaliar a melhor conduta ao paciente”. (R17)

“Melhorando a escuta e a orientação do paciente e do familiar e a supervisão direta da equipe de enfermagem”. (R25)

“Identificação e registros”. (R45)

“Notificação dos eventos adversos”. (R18)

“Colocando em prática os conhecimentos aprendidos, estudando, aprendendo com erros”. (R50)

“Cobrar da gestão o que cabe a ela e a secretaria de saúde”. (R66)

Apesar de saberem como podem contribuir com a segurança do paciente, os profissionais referiram que as questões evidenciadas necessitam de mudanças para melhorar a segurança do paciente. O principal fator se referiu à qualificação e à valorização profissional, além do dimensionamento adequado de pessoal:

“Um quadro de profissionais capacitados para tal desempenho e para o bem do seu cliente”. (R5)

“Os profissionais deixarem de realizar as ações mecanicamente”. (R17)

“Capacitação e valorização do profissional que trabalha desmotivado”. (R49)

“Aumentar recursos humanos para diminuir sobrecarga de trabalho”. (R17)

Em sequência, também destacaram a estrutura física e a disponibilidade de recursos materiais:

“Presença de medicação, melhora da qualidade local (R68); Instalações”. (R69)

“Melhorar estrutura, fornecer materiais/insumos adequados e número de profissionais suficiente”. (R46)

“Melhorar o ambiente físico”. (R17)

“Unidade com casas adaptadas”. (R45)

“Reforma na unidade, pois não parece posto de saúde”. (R49)

“Melhora significativa da estrutura física”. (R66)

A necessidade de organização do processo de trabalho também foi destacada, apontando a necessidade de adequar o serviço com a demanda, melhorar a comunicação e desenvolver a cultura de segurança:

“Mais comunicação entre os profissionais que trabalham na equipe”. (R74)

“Melhorar a comunicação ao paciente”. (R29)

“Fortalecer o trabalho em equipe, reestruturando o processo de trabalho”. (R20)

“Organização do fluxo de pacientes”. (R33)

“Diminuir número de pacientes que são atendidos para que as consultas tenham tempo para aprofundarmos nas orientações preventivas e de uso de medicações”. (R66)

“Elaboração de protocolos de assistência”. (R71)

“Esclarecer a equipe acerca da temática segurança do paciente”. (R24)

“Introduzir nas discussões/reuniões de equipe reflexões sobre o tema”. (R25)

Os resultados apontam que profissionais de saúde da APS percebem a ocorrência de incidentes durante a assistência à saúde. Apesar do relato dos incidentes e da aprendizagem a partir do erro não serem ações rotineiras do serviço, os relatos apontam nuances para o desenvolvimento de uma cultura de segurança que deve ser estimulada pelos gestores e transferida pelos profissionais de saúde que estão inseridos na temática segurança do paciente.

6 DISCUSSÃO

Os resultados apontam para a necessidade de aprofundamento em aspectos específicos da temática segurança do paciente, levantando indicadores que podem direcionar a gestão do conhecimento em saúde, para melhorar a organização dos serviços e a qualificação dos profissionais, no intuito de minimizar incidentes decorrentes do atendimento em saúde.

Os profissionais atuantes na APS possuem perfil sociodemográfico diversificado, tais como faixa etária, titulação, vínculo, dentre outras características que podem estar a favor dos processos de gestão do conhecimento. Essa diversidade também é observada em estudos desenvolvidos com profissionais que atuam na APS em diferentes regiões do território brasileiro (GONÇALVES et al., 2014; ESPÍNDOLA; LEMOS; REIS, 2011; MARSIGLIA, 2011).

O tempo de formado, de experiência profissional e de atuação na unidade de saúde foi variável, apontando que, simultaneamente, estão trabalhando profissionais mais experientes, que podem contribuir com os colegas em relação aos aspectos rotineiros e os mais jovens, que podem auxiliar no uso de novas tecnologias e novos conhecimentos, pelo fato de terem saído da academia mais recentemente, favorecendo a transferência contínua de conhecimento entre os profissionais.

Nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, essa diferença entre tempo de formado, tempo de experiência e idade é comum (MARSIGLIA, 2011; ESPÍNDOLA; LEMOS; REIS, 2011; OHIRA; CORDONI JÚNIOR; NUNES, 2014; GONÇALVES et al., 2014).

O setor saúde sofre influência do processo de globalização, das constantes transformações no âmbito dos processos de trabalho e das tecnologias cada vez mais complexas. Assim, o perfil do profissional envolvido na prestação de serviços de saúde também sofre interferências, devendo acompanhar os objetivos, as metas e os resultados organizacionais consoantes com as políticas públicas de saúde. Nessa perspectiva, romper qualquer barreira relacionada ao perfil profissional é necessário, já que no contexto da assistência à saúde o objetivo das ações é único: a excelência do cuidar.

Esse cenário vem exigindo a implementação de modelos de formação e de gestão da força de trabalho baseados na competência do profissional, requerendo trabalhadores com um perfil diferenciado (CAMELO; ANGERAMI, 2013).

A construção da competência profissional está vinculada à aquisição de conhecimento e a processos de aprendizagem informais que ocorrem em momentos e espaços distintos (CAMELO; ANGERAMI, 2013). A competência profissional pode ser definida como a aquisição de habilidades apropriadas para a realização de uma tarefa, ou capacidade para decidir, utilizando habilidades e conhecimentos adquiridos, para conduzir uma situação particular (MEGHNAGI, 2005).

Também pode ser descrita como uma combinação articulada e complexa de habilidades e capacidades, que são o resultado de uma síntese conceitual e funcional de aspectos teóricos, ligados aos conteúdos disciplinares e à experiência atual (MEGHNAGI, 2005). Neste contexto, a formação do trabalhador torna-se importante aliada para as instituições e serviços, e é dessa forma que estas almejam, cada vez mais, profissionais com conhecimento avançado e qualidades comportamentais, aptos a resolverem problemas (CAMELO; ANGERAMI, 2013).

Neste estudo, a predominância da pós-graduação em nível de especialização (*lato sensu*) compatível com as atividades desenvolvidas na unidade, não alcançou 50,0% dos profissionais de saúde. O nível de especialização em municípios de pequeno porte é mais agravante, o que também foi observado na literatura, evidenciando que apenas 28,0% dos profissionais possuem cursos na área da saúde coletiva (ESPÍNDOLA; LEMOS; REIS, 2011). A especialização em saúde pública é mais frequente nas regiões Sul e Sudeste, contemplando mais de 76,0% dos profissionais de saúde (OHIRA; CORDONI JÚNIOR; NUNES, 2014; GONÇALVES et al., 2014).

A capacitação dos profissionais de saúde na área de atuação possibilita o direcionamento das ações de forma mais assertiva. Por isso, a importância de estimular a qualificação específica dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária.

A qualificação profissional tem se mostrado importante atributo para o melhor desempenho dos serviços de saúde. A análise de 168 hospitais da Pensilvânia, nos Estados Unidos da América, comprovou a associação entre o nível de capacitação e a taxa de mortalidade dos pacientes, destacando que a cada 10% de aumento do número de profissionais com melhor formação profissional, a

mortalidade reduzia em 5%. Evidenciou, também, que o risco de morte 30 dias após intervenção cirúrgica foi 19% menor em hospitais com melhor qualificação profissional (AIKEN et al., 2003).

Outros estudos realizados na Inglaterra, Bélgica e Canadá apontam que quanto maior a capacitação do profissional, melhores são os resultados no cuidado à saúde do paciente e revelam que o tempo de experiência não é tão significativo para a promoção de melhores resultados quanto à qualificação profissional (AIKEN et al., 2003).

O investimento na qualificação profissional deve estar pareado a uma política de manutenção de pessoas e valorização profissional, a fim de favorecer a mudança atitudinal e do ambiente. Em se tratando da APS, esperava-se que o vínculo de todos os profissionais fosse o público; entretanto, observou-se que 28,0% deles ingressaram nas unidades de saúde por meio de contrato.

Esse tipo de regime favorece a rotatividade de pessoal, característica não compatível com princípios desse modelo de atenção que, também, é observado em outros estados brasileiros (MARSIGLIA, 2011; OHIRA; CORDONI JÚNIOR; NUNES, 2014). Em municípios de pequeno porte, a proporção de contrato na APS pode alcançar 96,7% (GONÇALVES et al., 2014).

A rotatividade e a pouca disponibilidade de profissionais para as demandas da APS, com destaque para o médico, constituem duas dificuldades importantes (SILVA, 2011). Pensando na rede municipal, a notável instabilidade nos vínculos dos profissionais de saúde compromete o planejamento de longo prazo e a gestão nas Redes de Atenção à Saúde (GONÇALVES et al., 2014). Pesquisa nacional sobre precarização e qualidade do emprego na ESF, realizada pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NESCON/FM/UFMG), em 2009, demonstrou que 53,6% dos médicos de saúde da família estavam há menos de dois anos no posto de trabalho (GIRARDI et al., 2009).

Essa realidade dificulta o vínculo profissional-indivíduo-família, que tanto corrobora com a APS. Assim, conhecer o perfil dos profissionais de saúde da APS é importante por direcionar a equipe a sanar as barreiras que os distanciam da comunidade, auxiliando na integração e no cumprimento dos princípios desse modelo de assistência e, conseqüentemente, garantindo a segurança dos usuários dentro do sistema de saúde.

Portanto, há a necessidade de um bom plano de carreira e proteção aos profissionais da atenção primária que se volte para a qualidade e para o aperfeiçoamento das redes. Isso só é possível por meio de uma política de valorização profissional que se inicie com vínculos empregatícios mais fortalecidos (GONÇALVES et al., 2014).

A maior parte dos profissionais atua na função assistencial e em torno de 12,0% afirmaram que atuam tanto na gestão, quanto na assistência. O vínculo do gestor com a assistência é imprescindível, uma vez que a aproximação com a comunidade pode direcionar a tomada de decisões mais sistêmicas, com vistas a suprir as expectativas da população assistida.

A associação de ocupações foi verificada nesse estudo, especialmente, entre os enfermeiros, médicos e odontólogos. Vários estudos apontam a multiplicidade de vínculos entre os profissionais de saúde da atenção primária (MARSIGLIA, 2011; OHIRA; CORDONI JÚNIOR; NUNES, 2014). Na medida em que as expectativas financeiras não são atendidas, o profissional tende a acumular dois ou mais vínculos empregatícios. Prova disso está na renda mensal dos profissionais de saúde que, na maior parte, é de até seis salários mínimos.

Compreende-se o acúmulo de vínculo empregatício como sinônimo da necessidade de complementação salarial, desvalorização econômica, insatisfação com as atividades assistenciais, insegurança em relação ao vínculo com o serviço, associadas à dependência de interesses político-eleitorais (GONÇALVES et al., 2014).

Entretanto, o acúmulo de vínculo aumenta a carga horária semanal de trabalho, podendo interferir no rendimento e na atenção do profissional de saúde. O rendimento, ainda, pode ser agravado diante da importante demanda de cuidados à saúde que a APS se responsabiliza.

O debate sobre a relação entre a carga de trabalho e a segurança do paciente é um dos temas mais persistentes na área da saúde (WHO, 2004). Inclui aspectos relacionados ao dimensionamento de pessoal e ao papel dos gestores – enquanto líderes desse processo – dentro do sistema de saúde, e se justifica pelas associações significativas, evidenciando que quanto maior a carga de trabalho maior o risco de o paciente se expor a algum evento indesejável (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013).

Dentre os fatores que contribuem para o aumento da carga de trabalho, no modelo de atenção utilizado na APS, está a falta de entendimento dos gestores e dos próprios usuários sobre a especificidade deste modelo assistencial (TRINDADE; PIRES, 2013). Frente a isso, reafirma-se que a qualificação profissional está diretamente associada à segurança da assistência prestada aos pacientes.

O programa educativo sobre segurança do paciente, desenvolvido por meio da Tele-educação, promoveu efeito na ampliação do conhecimento teórico dos profissionais de saúde acerca da temática, no contexto da APS. A utilização das tecnologias de informação e comunicação tornou-se uma realidade na área da saúde, sendo o Programa Telessaúde Brasil Redes – especificamente a Tele-educação – uma importante estratégia de capacitação assistencial/educacional baseada nessas tecnologias (DALLA et al., 2013).

Pesquisadores que desenvolveram trabalhos voltados à educação médica, utilizando-se da tecnologia computacional, relataram resultados satisfatórios, sugerindo a aplicação desse instrumento educativo como factível e pertinente (NEVES et al., 2008; ESKENAZI; MARTINS; FERREIRA JÚNIOR, 2011). E, nessa perspectiva, vários têm sido os relatos de experiências exitosas utilizando a Tele-educação como instrumento educacional (CORREIA et al., 2013; COSTA et al., 2013).

A Telemedicina e a Telessaúde são atividades em expansão no Brasil, mas ainda correspondem a um campo de práticas recente na área da saúde. Por isso, os resultados obtidos pelos serviços de Telessaúde precisam ser conhecidos e avaliados, dada a emergência desse objeto no campo do conhecimento e da pesquisa (COSTA et al., 2006; COSTA et al., 2009).

Reforça-se que a abordagem da segurança do paciente no contexto da APS ainda é uma limitação. Frente a isso, os programas de Tele-educação podem ser um instrumento potencial para a qualificação do profissional de saúde e para a promoção de um ambiente favorável à aprendizagem.

Aprendizagem é definida como um processo psicológico que resulta em mudanças no comportamento do indivíduo, após articulação de suas competências, adquirindo a capacidade de usar o conhecimento na prática (PANTOJA; BORGES-ANDRADE, 2009). Uma organização que prevê a melhoria dos processos de trabalho deve ter a capacidade de criar condições que viabilizem o movimento dessa

aprendizagem entre seus profissionais (COELHO JÚNIOR; BORGES-ANDRADE, 2008).

Pesquisadores empenhados em garantir a evolução do desempenho no ambiente de trabalho têm investido na análise do processo de aquisição, retenção e transferência de conhecimentos, habilidades e atitudes, por meio das ações de treinamento, formação e qualificação profissional, sendo esses considerados mecanismos formais de indução à aprendizagem em organizações (TAMAYO; ABBAD, 2006).

Enfatizam, ainda, que o objetivo primordial desse processo é analisar o comportamento das variáveis e compreender como essas afetam o desempenho no trabalho, fornecendo dados que subsidiem as melhorias do processo (MENESES; ZERBINI, 2009; TAMAYO; ABBAD, 2006; PANTOJA; BORGES-ANDRADE, 2009).

A avaliação do rendimento dos profissionais após a participação no programa educativo por Tele-educação também evidenciou lacunas no conhecimento dos profissionais, que necessitam ser trabalhadas pelos gestores, a fim de direcioná-los para um monitoramento mais assertivo dos incidentes diante de sua ocorrência.

A construção e potencialização do conhecimento sobre aspectos específicos relacionados à segurança do paciente são incentivadas. Estudo realizado com 65 especialistas, de 20 países, que avaliaram 52 itens de segurança do paciente na atenção primária, evidenciou a necessidade de intervenções educacionais para melhorar a segurança nos itens relacionados ao uso de equipamento estéril em pequenos procedimentos cirúrgicos (63%), à disponibilidade de medicamentos de emergência adequados em estoque (60%), à limpeza periódica das instalações (59%), ao uso de luvas cirúrgicas estéreis, quando recomendado (57%), à disponibilidade de pelo menos um membro do pessoal adequadamente treinado para lidar com o colapso e necessidade de reanimação (56%), às informações adequadas do paciente que recebe alta do hospital (56%) e ao treinamento periódico dos clínicos gerais em suporte básico de vida e outras emergências médicas (53%) (WAMMES et al., 2013).

Após esse programa educativo, ficou evidente a maior necessidade de investir no aprofundamento sobre a cultura de segurança, uma vez que ainda se mantém a ideia, para mais de 50,0% dos profissionais, de que o desenvolvimento dessa cultura depende da vontade do gestor. Segundo a OMS, o desenvolvimento

da cultura de segurança direciona os gestores para a tomada de decisões nessa perspectiva, onde se favorece um ambiente sem medo de punições para informar e discutir os erros identificados, tornando-os objetos de aprendizagem e, portanto, promovendo melhorias no serviço (WHO, 2009).

Essa atitude deve estar intrincada nas ações dos profissionais de saúde. Foi verificado que o programa educativo contribuiu para um aumento importante sobre a percepção da influência da notificação para a redução dos incidentes e da sua discussão para a aprendizagem a partir do erro.

Na maioria das instituições de saúde ainda não há a cultura de se procurar a falha no processo, na organização/estrutura e, assim, rever os possíveis planos de ação de reestruturação que venham a impedir novas falhas e/ou incidentes, especialmente àqueles que resultam em dano permanente ou morte (LIMA; LEVENTHAL; FERNANDES, 2008; HARADA et al., 2006).

Entretanto, ressalta-se que para a prevenção dos riscos, é necessário identificar e analisar a origem do evento para que a adoção de medidas preventivas possa ser sistematizada, de forma pró-ativa, e não somente quando os erros ocorrem. Estabelecer uma sistemática de gerenciamento de riscos é um caminho para se buscar um melhor controle e monitoramento dos processos de trabalho (HINRICHSSEN et al., 2011).

Constataram-se nuances da mudança atitudinal dos profissionais de saúde em prol da segurança do paciente. A proporção de profissionais que afirmaram possuir conhecimento adequado para desenvolverem ações com qualidade e segurança, e orientar os pacientes sobre o tratamento proposto e o seu envolvimento para garantir sua própria segurança, foi maior após o programa educativo.

O envolvimento do paciente no plano de cuidados tem sido defendido no contexto da segurança do paciente por ele se configurar na última barreira para evitar que o erro aconteça. Na APS, onde o paciente não fica sob os cuidados direto do profissional de saúde, desenvolver sua autonomia é indispensável.

O desenvolvimento da autonomia do paciente para o gerenciamento do próprio cuidado vai ao encontro das diretrizes da Portaria nº 2.488/2011, quando destaca que a organização da atenção primária deve ser centrada no usuário, o qual deve ser estimulado a ampliar a autonomia e a capacidade para a construção do

cuidado a sua saúde, à saúde da coletividade e ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 2011).

Uma experiência realizada por seis serviços de atenção primária, na Austrália, consistiu na orientação da comunidade sobre aspectos específicos do acesso ao serviço, uma vez que a falta de acesso pode comprometer a saúde do paciente (BAUM et al., 2012). A experiência revelou que os pacientes se tornaram mais autônomos na busca pelo serviço de saúde e influenciou os indicadores de saúde da população.

Na atenção primária, acesso e acolhimento articulam-se e complementam-se na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Entretanto, estudos evidenciam a desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda da APS, o que acarreta a descontinuidade do cuidado (SOUZA et al., 2008).

Assim, a comunidade deve ser incentivada a utilizar os serviços de saúde, e o desenvolvimento comunitário pode ser uma estratégia para alertar o paciente sobre diversos aspectos que envolvem o cuidado de saúde (BAUM et al., 2012), inclusive sobre a percepção de incidentes relacionados ao próprio cuidado.

Pesquisa que investigou a percepção de 1.697 pacientes sobre a ocorrência de incidentes na atenção primária evidenciou que 15,6% afirmaram ter percebido um erro médico, 13,4% relataram ter vivenciado um diagnóstico errado, 12,4% relataram o tratamento errado e 14,1% afirmaram ter trocado de médico por causa de um erro. Além disso, 8,0% dos pacientes referiram ter sofrido um ou mais danos graves em decorrência de erros relacionados ao diagnóstico e ao tratamento (KISTLER et al., 2010).

A assistência centrada nos usuários é considerada um desafio por estimular o envolvimento de pacientes e familiares nas ações do seu próprio cuidado, auxiliando a minimizar a ocorrência de incidentes (MITCHEL, 2008). Nessa perspectiva, foram criadas estratégias preventivas como o Programa Pacientes para a Segurança do Paciente, proposto pela OMS, que situa os pacientes no centro dos cuidados e os torna parceiros plenos da assistência (WHO, 2004).

O Programa *SpeakUp*, elaborado pela *Joint Comission International*, também incentiva a participação do paciente durante o cuidado e tem a finalidade de orientar o paciente a esclarecer dúvidas sobre seu estado de saúde, tratamento, medicamentos em uso, documentos de consentimento sobre a assistência, assim

como a eleger um familiar ou amigo, para compartilhar as informações sobre o seu estado de saúde e para participar das decisões que envolvem o seu cuidado (JCAHO, 2005).

Nessa perspectiva, durante a *European Conference on Patient* foi recomendado aos profissionais de saúde, ouvir os usuários e educá-los para pensar criticamente e agir com autonomia, auxiliando-o a compreender o significado do seu papel nas ações de segurança do próprio cuidado (SILVA, 2014). Para promoção da sua saúde, pacientes empoderados interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde, tentando realizar ações que produzam melhores resultados (TADDEO et al., 2012).

Neste sentido, os benefícios do desenvolvimento da comunidade incluem maior envolvimento do paciente na saúde, maior contato social e maior busca dos serviços de saúde, que, conseqüentemente, influencia na sua própria segurança (BAUM et al., 2012), além de auxiliar a equipe de saúde na detecção precoce do incidente.

Assim como os pacientes, os profissionais de saúde precisam ser qualificados para a detecção do incidente. Neste estudo, a Tele-educação contribuiu para o aumento da percepção do incidente pelo profissional, tanto em relação ao aspecto conceitual quanto em relação ao julgamento dos casos que representaram incidente sem dano, evento adverso, circunstância notificável e quase-erro.

O conhecimento prévio dos aspectos conceituais sobre os incidentes relacionados à segurança do paciente desperta, no profissional de saúde, uma visão mais crítica do cuidado à saúde, favorecendo a adoção de medidas preventivas que garantam essa segurança. Ressalta-se que a falta de consenso sobre o reconhecimento dos incidentes dificulta o levantamento do seu real panorama (HARMSEN et al., 2010).

A falta de informações sobre os incidentes e seus fatores causais é fator determinante para novas ocorrências, pois impede o conhecimento, a avaliação e a discussão sobre as conseqüências desses eventos para profissionais, usuários e familiares, além de prejudicar a ação dos gestores para a qualidade da assistência com foco no cuidado seguro (SILVA, 2010). Nesse contexto, pesquisadores apontam o conhecimento como uma das principais ferramentas que os profissionais de saúde possuem para garantir cuidados seguros e de alta qualidade aos pacientes (REIS et al., 2010).

Mais de 90,0% dos profissionais de saúde reconheceram a ocorrência de incidentes na APS, evidenciando que este modelo de assistência não está isento de processos que necessitam ser melhorados.

Estudo conduzido com médicos e enfermeiros da atenção primária, na Suíça, verificou a preocupação dos profissionais com as ameaças que o serviço expõe ao paciente. Dentre as ameaças, destacaram-se, com maior frequência, a segurança dos medicamentos, a triagem pelos enfermeiros e as interações medicamentosas. Outras ameaças identificadas foram os erros no diagnóstico, a adesão dos pacientes, os exames de raios-X, a confusão dos pacientes ou registros, a higiene, a segurança das salas de atendimento e a confidencialidade (SCHWAPPACH et al., 2012).

A análise de pacientes diagnosticados como casos novos de tuberculose pulmonar evidenciou que 22,9% desses pacientes foram expostos a, pelo menos, um evento adverso (FILHA et al., 2012). Revisão sistemática sobre a segurança do paciente na atenção primária evidenciou que os fatores que influenciaram a ocorrência dos incidentes foram: falhas na comunicação interprofissional e com o paciente; falhas na gestão; e, falhas no cuidado (MARCHOM; MENDES JÚNIOR, 2014). Achados que, também, foram percebidos pelos profissionais desse estudo.

Dentre as falhas na gestão, destacaram-se a falta de insumos médico-cirúrgicos e de medicamentos, os profissionais pressionados para serem mais produtivos em menos tempo, as falhas em prontuários, as falhas na recepção dos pacientes, a planta física da unidade de saúde inadequada, o descarte inadequado de resíduos da unidade de saúde e as tarefas excessivas. Como falhas do cuidado encontram-se as relacionadas ao tratamento medicamentoso (principalmente erro na prescrição), erros de diagnóstico, demora na realização do diagnóstico, demora na obtenção de informações e interpretação dos achados laboratoriais, falhas em reconhecer a urgência da doença ou suas complicações e déficit de conhecimento profissional (MARCHOM; MENDES JÚNIOR, 2014). As evidências apontadas são semelhantes às encontradas no presente estudo.

Os incidentes relacionados ao processo de medicação durante a assistência, na atenção primária, foram relatados por 94,7% dos profissionais. Indicado por 81,3% dos profissionais de saúde, a falta do medicamento na unidade foi o incidente mais perceptível. Também foram relatados, por 29,3% dos profissionais, a ocorrência de medicamentos vencidos/deteriorados e, por 25,3%, o

acondicionamento inadequado, o que agrava, ainda mais, a disponibilidade do medicamento ao paciente.

Também foram perceptíveis incidentes com medicamentos que estão relacionados ao processo de comunicação entre profissional de saúde e paciente, sendo destacados a falta de adesão (53,2%), a falta de orientação do paciente (45,2%), o monitoramento insuficiente do tratamento medicamentoso (25,8%) e a duração errada do tratamento (24,2%).

O entendimento e a compreensão dos usuários sobre orientações em saúde são variáveis, em decorrência dos diferentes níveis educacionais e grupos populacionais que a APS presta assistência, o que atende ao princípio da universalidade.

Estudo realizado com 110 idosos que praticavam a polifarmácia e recebiam atendimento em uma unidade de atenção primária, evidenciou que 30,9% deles não estudaram e 54,5% possuíam o ensino fundamental incompleto. Foi comprovado, pelo estudo, que 52,7% sentiam dificuldades na utilização dos medicamentos e, apesar de 85,0% afirmarem ter recebido orientações profissionais para o uso dos medicamentos, 78,0% relataram não consumir no horário pré-estabelecido (PAULA JÚNIOR et al., 2013).

Dessa forma, fornecer orientações completas, claras, objetivas e assertivas aos pacientes e familiares, especialmente sobre o tratamento proposto, contribui efetivamente para sua adesão e, ainda, assegura que a terapia seja realizada de forma correta e segura.

Outra pesquisa, com 321 usuários de medicamentos dispensados pela farmácia de seis unidades básicas de saúde, apontou que 31,8% afirmaram não ter recebido orientação alguma quanto ao período de tratamento e 5,9% receberam informações parciais (SOUZA NETO et al., 2012).

Ainda sobre as orientações quanto à terapia medicamentosa, constatou-se que apenas 21,2% dos pacientes, que solicitam medicamentos nas unidades de atenção primária, recebem informações sobre interações medicamentosas e 9,3% recebem informações parciais. Quanto à dose e horário, 18,7% dos pacientes referiram ter recebido informações completas e 14,3% informações parciais e, sobre os efeitos colaterais, 27,4% referiram orientações completas e 12,2% parciais (SOUZA NETO et al., 2012).

As equipes de saúde estão cientes dos graves problemas que o não cumprimento do tratamento pode acarretar na vida do paciente. A falta de controle sobre as doenças crônico-degenerativas, que implicam mudanças de comportamentos e hábitos de vida da população, agrava ainda mais essa situação (MARQUES; PETUCO; GONÇALVES, 2010).

Vários são os casos em que se constata a dificuldade dos pacientes em seguir as recomendações médicas, com expressiva frequência de abandono do tratamento, o que interfere no controle da doença. Estima-se que cerca de dois terços dos pacientes que fazem tratamento para a hipertensão arterial não têm seus níveis pressóricos adequados em decorrência do seguimento incorreto da terapia medicamentosa proposta (DUARTE et al., 2010).

Nesse contexto, acredita-se que a identificação dos principais motivos que dificultam ou impedem as pessoas de aderir ao tratamento médico prescrito auxilia a equipe de saúde a atuar de forma transdisciplinar e, assim, favorecer a redução dos sintomas, aumentar sua capacidade funcional, reduzir a morbimortalidade e aprofundar a interação do profissional de saúde com as mesmas, numa perspectiva de melhoria da qualidade de vida dos pacientes (MARQUES; PETUCO; GONÇALVES, 2010).

Outros incidentes com medicamentos, relatados pelos profissionais de saúde da APS, foram relacionados ao horário, à dose, à prescrição, à frequência, à técnica e à omissão.

A avaliação de 3.536 prescrições medicamentosas, na região Sudeste, constatou que 1.653 receitas continham erros, sendo que 52,9% estavam relacionados à prescrição e 27,2% à ausência de carimbo do prescritor. Outros erros incluíram rasura (19,6%), concentração do medicamento (14,0%), posologia (13,0%), ilegibilidade (10,2%), data (9,8%), identificação do paciente (9,0%), via de administração (8,0%) e identificação do prescritor (0,7%) (BONADIMAN et al., 2013).

Médicos e enfermeiros da atenção primária referem que os problemas relacionados ao processo de medicação são os mais importantes no âmbito da segurança do paciente (GAAL et al., 2010). Vários relatos de incidentes, pelos profissionais de saúde, refletiram a prática de administração de vacinas, cuja atividade apresenta alta rotatividade de pacientes e deve seguir os parâmetros de segurança da terapia medicamentosa. Os incidentes relatados indicaram falhas na gestão, com influência direta na qualidade e na continuidade do cuidado prestado.

Em um Estado da Região Sudeste foi evidenciado que 11,5% das salas de vacina avaliadas possuíam monitoramento de temperatura inadequado e em 17,7% das salas o monitoramento foi considerado crítico. As condutas frente à alteração da temperatura foram consideradas inadequadas em 11,1% das salas e em 35,6%, foram consideradas críticas (OLIVEIRA et al., 2014).

Especificamente, um caso relacionado à administração de vacinas correspondeu ao quase-erro e envolveu alunos do curso técnico de enfermagem. A APS tem se configurado em um ambiente essencial para auxiliar na formação de um profissional de saúde crítico, reflexivo e preparado para atuar em equipe (ALMEIDA et al., 2012).

Entendendo essa necessidade, os Ministérios da Saúde e da Educação têm promovido várias iniciativas para estimular a aproximação das Universidades e dos serviços de saúde não hospitalares, tais como o Promed (Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas), o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), etc. (PINTO et al., 2009). No entanto, para implementação desses programas, faz-se necessário o acompanhamento direto dos alunos por profissionais capacitados na área de atuação.

A vivência de alunos na APS condiz com um aprendizado diversificado, que não se limita apenas ao conhecimento teórico de condutas e procedimentos, mas se baseia, fundamentalmente, no relacionamento com os usuários inseridos em uma realidade própria, com necessidades e condições especiais (ALMEIDA et al., 2012).

Em se tratando de um ambiente em que existe rotatividade constante entre profissional e paciente, o estudo dos incidentes se destina, também, a apontar os fatores causais que precisam ser avaliados, continuamente, e readequados dentro da unidade de saúde. O aprimoramento dos processos de trabalho, portanto, é essencial em um serviço que se constitui em um ambiente de aprendizagem e exemplo da prática do cuidar para estudantes de diversas áreas da assistência à saúde.

Também, foram relatados outros 11 quase-erros, que corresponderam ao processo de administração de medicamentos, e reforçaram as falhas que devem ser superadas, bem como receber maior atenção dos profissionais de saúde. Nos EUA, a análise de 754 ocorrências evidenciou que, em 60 casos, houve a interrupção de

uma cascata de erros antes que o mesmo atingisse o paciente (PARNES et al., 2007).

Por representar um potencial evento adverso, a OMS incentiva a recuperação e o monitoramento ativo do quase-erro pelas instituições de saúde (WHO, 2009), por evidenciar falhas latentes (REASON, 2009). Entretanto, constitui-se em uma iniciativa ainda pouco observada e incipiente, e que necessita ser estimulada em busca de ações, prioritariamente, preventivas em detrimento das corretivas.

A ocorrência de outros tipos de incidentes relacionados ao processo clínico e que não envolve a prática de medicamentos foi confirmada por 93,3% dos profissionais. O principal incidente relacionado ao processo clínico e que indica uma divergência com os princípios da APS, é o acompanhamento familiar/domiciliar inadequado, afirmado por 56,0% dos profissionais, o que fere o atributo da longitudinalidade.

A longitudinalidade trata do acompanhamento do paciente, ao longo do tempo, por profissionais da equipe de APS e é considerada característica central deste nível assistencial. Comumente, relaciona-se o atendimento a este atributo com os resultados positivos, sendo, portanto, utilizado para fins de avaliação dos serviços da atenção primária (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

De forma mais ampla, conclui-se que três elementos são imprescindíveis na composição da longitudinalidade: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e, ainda, a continuidade informacional (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Logo, tais elementos podem ser identificados como dimensões do atributo em questão. É importante considerar que, embora o estabelecimento de vínculo longitudinal esteja no âmbito da prática do profissional, o atendimento a tal atributo só será possível se for uma prioridade da gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços da APS e mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde. Neste sentido, a implementação de práticas avaliativas e de monitoramento, do referido atributo, surtirá melhores efeitos se estiver no escopo de interesse da gestão (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

O processo de comunicação inadequado também foi identificado como causa de incidentes relacionados ao processo clínico. O registro inadequado das

consultas e condutas, percebido por 49,3% dos profissionais, a falta de orientações ao paciente ou familiar, relatada por 52,0%, e, ainda, a orientação errada, percebida por 40,0%, foram alguns dos incidentes que indicaram a necessidade de melhorar o processo de comunicação.

Na Alemanha, foi constatado que 15% de todos os eventos adversos foram relacionados principalmente aos problemas de comunicação entre os cuidadores e os pacientes, ou dentro da equipe de saúde, e que em mais de 50% a comunicação foi um fator contribuinte. Na Austrália, a comunicação foi uma das quatro categorias principais associadas à ocorrência de eventos adversos (SANDARS; COOK, 2007). Frente a isso, a comunicação tem sido apontada como fator significativo para a cultura de segurança, configurando-se como causa e recurso contra as ameaças relacionadas à segurança na atenção primária (PAESE; SASSO, 2013).

Considera-se que problemas relacionados à organização do processo de trabalho contribuem para muitos erros na prestação de cuidados de saúde. Uma forma de auxiliar essa organização é o estabelecimento de uma comunicação efetiva entre os profissionais e os pacientes, a qual foi apontada, diversas vezes, nos incidentes descritos pelos profissionais de Goiânia.

O principal relato de comunicação entre profissional-profissional é o registro do cuidado. Estudo realizado nos Estados Unidos avaliou a influência de um sistema de registro médico eletrônico na cultura de segurança do paciente, em 18 unidades que prestam cuidados primários de saúde a, aproximadamente, 150.000 usuários. Após dois anos e meio da implantação, evidenciou-se melhora, estatisticamente significativa, na satisfação profissional, na percepção da administração local e gestores, no clima para a segurança do paciente, no clima para o trabalho em equipe e nas condições de trabalho. Também, foi verificado que após a implantação do sistema de registro médico eletrônico as restrições de tempo, a comunicação e a adesão do paciente foram reconhecidas como itens de segurança mais importantes e que contribuem para melhorar a capacidade dos profissionais em prestarem o cuidado de forma mais segura (McGUIRE et al., 2013).

A análise da qualidade dos registros de prontuários de quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro identificou várias falhas em relação às informações dos pacientes, data de abertura do prontuário, dados dos familiares, exames realizados pelos pacientes, dentre outras informações que impediram a realização de uma análise mais ampla da continuidade do cuidado, conforme preconizado nos

protocolos dos programas do Ministério da Saúde (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

A necessidade de aprimoramento dos registros dos prontuários é ressaltada, uma vez que se configura em instrumento de avaliação. No quesito segurança do paciente, como já reportado neste trabalho, o prontuário é considerado padrão ouro para a investigação de incidentes em outros contextos de saúde. Assim, a utilização deste instrumento na APS, para o levantamento de incidentes, pode não representar o panorama real da segurança do paciente, em decorrência das falhas dos registros. Por isso, a importância de estimular o registro completo da assistência à saúde prestada ao paciente.

Grande parte dos profissionais de saúde (53,3%) afirmou a ocorrência de cancelamento de consulta agendada, em decorrência da falta do profissional.

Familiares de crianças de dois municípios do Sul do Brasil relataram a existência de dificuldades no atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, vinculadas à rede municipal, o que os leva a procurar os serviços de pronto atendimento. A gravidade do estado clínico da criança, as filas, o número de fichas reduzidas e a falta de atendimento em finais de semanas foram as principais justificativas dos familiares para procurarem os serviços de pronto atendimento (VIEIRA et al., 2014).

É possível que, no imaginário popular, ainda exista a percepção de que as unidades de atenção primária são locais para o atendimento de demandas de baixa densidade tecnológica (VIEIRA et al., 2014). A APS, portanto, precisa trabalhar no sentido de desmistificar essa lógica de procura do serviço, criando uma cultura de afiliação da população à unidade de cuidados para todas as necessidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Junto a essas dificuldades, está a necessidade de aumentar o número de profissionais de saúde, o que foi constatado ao analisar os relatos dos incidentes vivenciados pelos profissionais de saúde e, ainda, a debilidade das estruturas físicas e dos recursos materiais das unidades de saúde.

Revisão da literatura apontou a existência de falhas de estrutura e a falta de profissional médico nos serviços de atenção primária, além do número limitado de equipes gerando baixa cobertura da estratégia saúde da família e a existência de poucos profissionais para o atendimento da população da área adstrita. Foram encontrados registros de unidades de saúde da família com infraestrutura

inadequada e equipamentos em más condições de uso, escassez de mecanismos de coordenação e limitada comunicação entre os profissionais dos serviços (LIMA et al., 2014).

A literatura retrata, também, o precário estado de conservação e higiene das unidades, com presença de infiltrações e iluminação deficiente, além da ausência de rampa de acesso e sanitário adaptado para atender aos usuários portadores de necessidades especiais. Destaca-se, ainda, que muitas unidades de saúde estão sediadas em estruturas físicas que não foram construídas para tal fim – como casas adaptadas – e que não atendem às normas preconizadas para o funcionamento de serviços de saúde (MOURA et al., 2010).

Quanto à disponibilidade de medicamentos para os usuários, 62,5% dos enfermeiros consideram que a quantidade e os tipos, quase sempre, atendem à demanda. Por outro lado, os materiais e insumos utilizados para as atividades educativas retratam diferentes percepções, uma vez que para 43,8% dos profissionais estes recursos estão, frequentemente ou quase sempre, disponíveis nas unidades de saúde, enquanto que 31,3% responderam que raramente (OLIVEIRA; BEZERRA, 2010).

Verifica-se, portanto, que a estrutura física e a disponibilidade de insumos materiais e de medicamentos, além do número suficiente de profissionais de saúde, contribuem diretamente para a qualidade do cuidado e para a segurança do paciente.

O diagnóstico errado, referido por 33,3% dos profissionais de saúde, é um dos incidentes mais constatados na literatura (HICKNER et al., 2008; MAKEHAM et al., 2008; WALLIS; DOVEY, 2011; SINGH et al., 2012; SINGH et al., 2013). A investigação da temática, na percepção de 600 médicos, concluiu que o diagnóstico do paciente é um trabalho solitário, sendo mais suscetível a erros, o que direciona para a necessidade de reforçar o trabalho em equipe nas unidades de saúde (ELY; KALDJIAN; D'ALESSANDRO, 2012).

Estudo realizado com 81 médicos atuantes em unidades de APS e urgência e emergência evidenciou que 56% deles mostraram conhecimentos gerais insatisfatórios sobre os métodos de imagem (BORÉM et al., 2013), o que interfere no julgamento do diagnóstico. A incerteza do diagnóstico do paciente é apontada como fator de risco para a segurança do paciente por médicos generalistas atuantes na atenção primária, o que é agravada com as pressões relacionadas ao tempo de

trabalho, sendo recomendada a realização de reuniões regulares para a discussão de casos clínicos (BALLA et al., 2012).

Dentre as dimensões da cultura de segurança, destaca-se o trabalho em equipe entre as unidades saúde e dentro das unidades (TABRIZCHI; SEDAGHAT, 2012), o que deve ser desenvolvido com o intuito de garantir melhor avaliação do paciente e, conseqüentemente, sua segurança na terapia proposta. A importância de monitorar os incidentes está em prevenir a ocorrência de danos ao paciente, o que contradiz os preceitos éticos da assistência à saúde.

A prevalência de eventos adversos, na Espanha, é estimada em 18,63%, dos quais 70% são evitáveis e com predominância de danos leves. Estimou-se, ainda, que os eventos adversos podem afetar sete a cada 100 pessoas por ano (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2008). Estudo observacional, retrospectivo, que analisou as notificações de incidentes por famílias e pacientes, na Nova Zelândia, verificou que 83% das notificações representaram eventos adversos com menor gravidade e 12% de maior gravidade (WALLIS; DOVEY, 2011).

A fim de evitar que o dano alcance o paciente, reforça-se a importância da cultura de segurança, a qual é influenciada pelas características individuais dos profissionais, bem como pelos recursos organizacionais (HOFFMANN et al., 2013). A cultura de segurança se inicia com o monitoramento sistemático dos incidentes, o que deve ser superado pelos gestores da APS, uma vez que a literatura aponta que a utilização de comunicação de incidentes e de uma abordagem sistêmica aos erros dos profissionais de saúde, nesse contexto, raramente acontece (HOFFMANN et al., 2013).

Uma das dificuldades em estimar a frequência dos incidentes, na atenção primária, está na precisão dos registros dos pacientes, fato que incentiva a implantação de registros eletrônicos sistematizados (HARMSSEN et al., 2010). Sugere-se a adoção de formulários específicos, contendo campos fechados, para o preenchimento de informações sobre a ocorrência do incidente e da presença ou não de dano ao paciente, o que poderá contribuir para a melhoria dos registros desses eventos e para uma abordagem mais sistêmica do erro em saúde (FILHA et al., 2012).

Dentre as ações preventivas, contribuições dos profissionais para a segurança do paciente e necessidade de mudanças, foram destacadas pelos profissionais de saúde o uso de boas práticas, a qualificação profissional, o aumento

da comunicação efetiva entre profissional-profissional e profissional-paciente, a melhoria da gestão do cuidado direto ao paciente e melhoria da anamnese, o adequado monitoramento dos incidentes e o apoio da gestão.

É de suma importância adotar medidas individuais e organizacionais de forma a reduzir e até prevenir incidentes nos cuidados primários (RIBAS, 2010). Apesar da insuficiência de pesquisas sobre incidentes na APS, existem soluções amplamente reconhecidas para prevenir ou mesmo mitigar as causas mais frequentes dos erros (MARCHON; MENDES, 2014).

Para evitar incidentes relacionados à terapia medicamentosa, orienta-se padronizar a apresentação da informação sobre o medicamento, gerenciar medicamentos de aspecto e nome semelhantes, promover medidas de segurança na aplicação de injetáveis, conciliar os tratamentos entre níveis de cuidados e introduzir alertas de segurança nas prescrições (RIBAS, 2010).

O Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, elaborado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), constitui-se em uma ferramenta essencial para os serviços de saúde, no sentido de direcionarem cada etapa do processo de administração de medicamentos, reduzindo os riscos desse processo e evitando que danos decorrentes de uma terapia medicamentosa insegura atinja o paciente (BRASIL, 2013a).

Para evitar o erro de diagnóstico, a introdução de alertas e *flow-ups* de resultados anormais, a padronização de nomenclatura e interpretação de exames, além da disponibilidade de sistemas de apoio para a decisão diagnóstica, têm sido medidas consideradas importantes (RIBAS, 2010).

O estudo das causas dos incidentes também possibilita a visualização dos fatores contribuintes. Foram identificadas neste estudo, principalmente, a inadequada comunicação com o paciente, os registros clínicos inadequados, a falta de capacitação do profissional para a abordagem dos incidentes e a falta de notificação dos incidentes.

Para diminuir o efeito dessas falhas, orienta-se: educar o paciente, permanentemente, durante a anamnese; verificar, de forma sistemática, a identidade do paciente, confirmando mais que um dado de identificação; encorajar a participação ativa do paciente no processo de cuidar; partilhar experiências de quase-erro, eventos adversos e eventos sentinela com os pacientes; fornecer informações claras e escritas; implementar o registro único; introduzir sistemas de

apoio à decisão, alertas ou passos limitantes nos programas que envolvem prontuários/processo clínico; desenvolver redes de comunicação entre os profissionais de saúde e entre estes e os pacientes para a discussão de incidentes; capacitar pacientes e público em geral nas medidas que contribuem para sua própria segurança; implementar sistemas de notificação, voluntário e obrigatório, sem a cultura da culpa ou punição; implementar rotinas de discussão dos incidentes; e, premiar as organizações que incluem, em sua prática, a notificação e a implementação de medidas de correção de incidentes (RIBAS, 2010).

Essas medidas evidenciam que, tanto para os incidentes, quanto para os fatores contribuintes, existem soluções estruturadas que deveriam ser de conhecimento dos profissionais de saúde, principalmente, dos gestores das organizações de saúde (MARCHON; MENDES, 2014).

Muitas dessas medidas são desenvolvidas no contexto hospitalar e podem ser adaptadas para a APS. Os profissionais de saúde foram questionados sobre a existência de um plano de segurança do paciente e o recebimento de orientações do Núcleo de Segurança do Paciente. As respostas, para ambas às questões, evidenciam um alerta para os órgãos de vigilância em saúde, uma vez que menos de 18,0% dos profissionais concordaram com as afirmativas.

Em abril de 2013 foi publicada a Portaria nº 529/2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, a fim de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde de todos os estabelecimentos envolvidos na prestação de cuidados, tendo como um de seus objetivos promover e apoiar a implantação da gestão de riscos e os núcleos de segurança do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A RDC nº 36/2013, da ANVISA, que instituiu ações para a segurança do paciente, determinou a obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos, o monitoramento dos incidentes pelo Núcleo de Segurança do Paciente e, ainda, a elaboração e o desenvolvimento do Plano de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b). Esse plano deve consistir em um instrumento claro, objetivo e instrucional, que aponta as situações de risco e define ações de melhoria da qualidade e segurança, a serem executadas, seguindo cronograma pré-estabelecido (BRASIL, 2014).

Observou-se que, mesmo após um período longo da publicação dessas normativas, o contexto da APS ainda precisa de incentivos para a incorporação de

mudanças relacionadas à segurança do paciente. Em relação ao Núcleo de Segurança do Paciente, sua estrutura na APS deve ser sistematizada conforme a região, o distrito sanitário e/ou a demanda da população, não exigindo um núcleo para cada estabelecimento, como ocorre nos hospitais (BRASIL, 2014).

A ocorrência de incidentes relatados pelos profissionais de saúde reflete a abertura que os mesmos têm para a abordagem das falhas existentes no processo de trabalho. Diante do que foi apresentado, afirma-se que a Tele-educação se configura em um importante instrumento de intervenção que pode direcionar os profissionais para o controle dessas falhas, considerando a sua capacidade de promover educação em serviço e de atingir uma proporção considerável de profissionais em um curto espaço de tempo.

A educação em serviço deve consistir em produção de conhecimentos a partir da realidade vivida pelos profissionais de saúde, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança, se apoiando no ensino problematizador e na aprendizagem significativa (CECCIM; FERLA, 2009).

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las e construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem o SUS da atenção integral à saúde. Não bastam novas informações, mesmo que preciosamente bem comunicadas, senão para a mudança, transformação ou crescimento profissional e pessoal (CECCIM; FERLA, 2009).

Portanto, para promover mudanças, é necessário que o processo de construção de conhecimento seja sistemático, contínuo, integrado à rotina do serviço e tenha, como eixo norteador, o objeto de trabalho dos profissionais envolvidos. Entre os obstáculos a serem ultrapassados estão as mudanças de atitudes dos profissionais de saúde para o registro das ocorrências de incidentes e a necessidade de aperfeiçoamento dos registros, em busca do aperfeiçoamento do método padrão ouro para a investigação dos incidentes na APS.

A discussão aqui apresentada aponta a necessidade de indicadores que atribuam qualidade, tanto ao desenvolvimento dos processos de assistência à saúde, no que tange à identificação e monitoramento dos incidentes, quanto à promoção de uma estrutura organizacional que incentive o processo de ensino-aprendizagem sobre segurança do paciente, no ambiente de trabalho, visando a

adoção de boas práticas e a melhoria dos processos que envolvem o cuidado à saúde.

O estudo dos incidentes permite compreender a necessidade de avançar no desenvolvimento de tecnologias do cuidar, respaldar os direcionamentos da educação e formação de futuros profissionais ou mesmo da educação continuada do profissional, no ambiente de trabalho, com foco na readequação da prática do cuidar e no desenvolvimento de uma equipe atenta em minimizar ou eliminar falhas que possam interferir na qualidade da assistência e na segurança do paciente. Assim como, contribuir para o aprimoramento dos processos para um cuidado seguro e com qualidade, uma vez que possibilitará a recuperação dos incidentes culminando na adoção de medidas preventivas e no direcionamento de um sistema de resiliência.

7 CONCLUSÃO

Após a análise dos resultados e discussão, afirma-se que o estudo realizado alcançou os objetivos propostos e demonstrou que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a segurança do paciente, no contexto da APS, foi satisfatório para a identificação de incidentes no ambiente de trabalho. A população envolvida nessa pesquisa refletiu o perfil dos profissionais de saúde atuantes na APS, evidenciando a necessidade de estimular a qualificação na área de saúde pública, tendo em vista as especificidades da atenção primária.

O programa educativo sobre segurança do paciente foi desenvolvido e promoveu mudanças no conhecimento dos profissionais de saúde e o rendimento médio foi de 70,6%. A análise do rendimento dos profissionais evidenciou temas que necessitam de um aprofundamento mais incisivo, tais como o desenvolvimento da cultura de segurança e o suporte para a ampliação do conhecimento na temática segurança do paciente, que não obtiveram diferenças nos escores antes e depois da intervenção. Os conceitos sobre os tipos de incidentes foram os que obtiveram melhor aproveitamento após o programa educativo, acima de 25,0% de diferença, o que aponta a influência da tecnologia para o desenvolvimento de pessoal.

Foi constatada a ocorrência de incidentes relacionados à segurança do paciente na APS, sendo relatados por mais de 90,0% dos profissionais de saúde. Dentre os incidentes relacionados ao processo de medicação, foram destacados, principalmente, a falta de medicamento por 81,3%, a falta de adesão ao tratamento e a falha na orientação do paciente para o uso de medicamentos, ambos evidenciados por 52,0% dos profissionais. Dentre os incidentes que não envolveram o processo de medicação, foram referidos, por 56,0% dos profissionais, o acompanhamento familiar/domiciliar inadequado e, por 53,3%, a consulta agendada e não realizada devido à falta de profissionais.

Os incidentes mais perceptíveis aos profissionais de saúde da APS, tanto os relacionados aos medicamentos quanto ao processo clínico, evidenciaram que a comunicação entre paciente-profissional e profissional-profissional foi um dos principais fatores contribuintes.

Foi relatado um total de 92 incidentes vivenciados pelos profissionais, sendo que 37,0% corresponderam aos incidentes sem dano, 26,1% aos eventos adversos, 23,9% às circunstâncias notificáveis e 13,0% aos quase-erros.

Para a prevenção e/ou redução de incidentes na atenção primária, 77,3% informaram chamar o paciente pelo nome, 72,0% a registrar condutas no prontuário do paciente e 63,1% referiram a orientação do paciente sobre a condição de saúde e o tratamento. Apenas 34,7% afirmaram a participação em programas de educação em serviço para aumentar a segurança do paciente.

Dentre as contribuições dos profissionais para a segurança do paciente que busca atendimento na unidade de saúde, foram referidos o uso de boas práticas e a qualificação profissional, o aumento da comunicação efetiva entre profissionais e paciente e o monitoramento dos incidentes.

As necessidades de mudanças apontadas para melhorar a segurança do paciente nas unidades de saúde foram: aumento da qualificação profissional, valorização profissional, adequado dimensionamento de pessoal, melhoria da estrutura física, disponibilidade de recursos materiais, efetiva comunicação entre os sujeitos da atenção primária, trabalho em equipe e readequação da organização do processo de trabalho pela gestão.

O estudo apresenta o diagnóstico situacional sobre o conhecimento e a ocorrência de incidentes na atenção primária e oferece subsídios para a implementação de programas educativos, com foco na mudança de atitudes e da prática clínica. Apontou a necessidade de aprofundamento na temática, com enfoque conceitual, bem como incentivo ao desenvolvimento da cultura de segurança do paciente.

O uso da Tele-educação, como instrumento de educação em serviço, mostrou-se satisfatório para a ampliação do conhecimento, sendo uma tecnologia recomendada, especialmente, para a disseminação do conhecimento em segurança do paciente. Estudos nessa área devem ser mais estimulados, a fim de propor direcionamentos específicos para a formação continuada de profissionais, despertando-os para a necessidade de se qualificarem.

Espera-se que os resultados levantados nesse estudo subsidiem a tomada de decisão, de gestores e coordenadores, para a elaboração de propostas de capacitação, com foco na melhoria dos processos, na segurança do paciente e, especialmente, no alcance das expectativas dos profissionais quanto à

aprendizagem, uma vez que a satisfação e a motivação para a aprendizagem podem se comportar de forma proporcional ao impacto desta no contexto da prática.

Considerando as políticas públicas de gestão do trabalho e de educação em saúde, o presente estudo contribui para a produção do conhecimento científico na segurança do paciente e na avaliação de programas educativos em saúde, na perspectiva dos profissionais de saúde. Tais elementos subsidiam a busca de soluções técnicas relacionadas aos processos próprios do sistema de atendimento em saúde, que promovam maior produtividade e responsabilidade entre os profissionais da APS, para um cuidado de qualidade, atendendo aos princípios de segurança preconizados pelos órgãos competentes que orientam as diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa investigação apresenta um panorama dos indicativos de saúde associados aos incidentes ocorridos na APS. As propostas desta pesquisa permitiram qualificar os profissionais de saúde para a identificação e para a prevenção dos diferentes tipos de incidentes que interferem na segurança do paciente, bem como avaliar o resultado de um programa educativo, por meio do Tele-educação, que permite a reflexão sobre o alcance da motivação do profissional para o aprendizado que possibilita a mudança da prática clínica.

A qualificação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde no Brasil e a melhoria da segurança do cuidado à saúde são considerados desafios constantes. Portanto, a efetividade dos programas de treinamento depende de um processo sistemático e eficaz do diagnóstico das necessidades, além de periódicas avaliações dos resultados obtidos após os treinamentos.

Entende-se que não basta promover oportunidades de aprendizado, mas, principalmente, estimular, oferecer suporte para aprendizagem e avaliar os resultados obtidos a partir do treinamento para verificar se, de fato, o tempo investido contribuiu para a melhoria e para a transformação dos processos de trabalho e das pessoas. Assim sendo, o estudo possibilita verificar a consonância entre as políticas de educação em serviço e de saúde e o que de real acontece na prática profissional, evidenciando indicadores que necessitam de mudanças.

Os incidentes identificados foram resultantes das atividades do profissional que pertence a uma equipe de saúde. Dessa forma, esse estudo contribui para a avaliação da competência profissional, direcionando a tomada de decisões para a mudança de comportamento e atitude, e subsidiando o desenvolvimento desses profissionais para o gerenciamento dos incidentes.

Como enfermeira, acredito na responsabilidade dessa categoria profissional em gerenciar os potenciais riscos e incidentes decorrentes da assistência à saúde, uma vez que conhecimentos sobre esses indicativos subsidiam a elaboração de estratégias de prevenção, as quais podem ser desenvolvidas e multiplicadas junto aos profissionais de saúde.

Há a necessidade de refletir sobre a importância em incorporar a abordagem dessa temática, na grade curricular dos cursos de graduação em saúde, pois se acredita que investir na construção do conhecimento, durante a formação, é mais efetivo que investir na mudança de atitudes do profissional.

Espera-se que o estudo possa subsidiar a elaboração de estratégias de melhoria da APS, no sentido de contribuir para a resolutividade das ações, qualidade da assistência e segurança do paciente, fortalecendo, portanto, os princípios do Sistema Único de Saúde.

Quanto às contribuições científicas e/ou tecnológicas, o estudo permitirá avançar nos meios de avaliação de programas de ensino por meio da Tele-educação, oferecendo subsídios para o aprimoramento e fortalecimento no uso dessa tecnologia e de programas da Rede Telessaúde.

A construção dos vídeos utilizados durante o programa interativo foi realizada em parceria com o Grupo de Estudos em Gestão de Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem – GERHSEn – da Faculdade de Enfermagem e com o Núcleo de Telessaúde de Goiás da Universidade Federal de Goiás. Serão repassados, sem ônus, para a UNASUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, ampliando seu banco de dados de objetos de aprendizagem e podendo ser utilizados para treinamentos posteriores dos profissionais de saúde da região e demais localidades, conforme interesse de gerentes e gestores; poderá, ainda, estender-se às instituições hospitalares.

Para além da contribuição com as políticas educacionais e de assistência do sistema público de saúde, os achados dessa pesquisa possibilitarão várias publicações em saúde e enfermagem no meio científico.

Espera-se que o estudo influencie a (re)formulação de estratégias preventivas frente à ocorrência de eventos indesejáveis durante a assistência prestada ao paciente, bem como na elaboração de políticas educativas que subsidiem a formação de uma cultura de segurança e de qualidade nos serviços de saúde.

Recomenda-se que estudos dessa natureza sejam realizados, sistematicamente, em unidades de saúde comunitária para, além de diagnosticar situações de riscos, servir de referencial no processo de gestão do conhecimento dos profissionais e na avaliação de uma prática segura, fundamentada em evidências.

Como interferências no estudo apresenta-se a baixa participação espontânea dos profissionais de saúde no programa educativo que pode ter sido influenciada pela desmotivação dos profissionais em decorrência da perda de benefícios para participação de atividades dessa natureza. Reitera-se, ainda, a rotatividade dos profissionais da atenção primária nos postos de trabalho devido às constantes mudanças nos cargos de gestão, o que pode ter influenciado na mudança de parte da população que participou do estudo antes e depois do programa educativo.

Outro aspecto que, possivelmente, pode ter influenciado na participação dos profissionais é o acesso ao sistema do Telessaúde no ambiente de trabalho, o que sugere a necessidade de avaliar o uso dessa tecnologia que recebe investimentos públicos.

REFERÊNCIAS

- Abbad G, Pilati R, Pantoja MJ. Avaliação de treinamento: análise da literatura e agenda de pesquisa. *Rev Admin USP*. 2003;38(3):205-18.
- ACSQHC - Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Guidebook for Primary Care Settings. Sydney: NSW; 2010.
- Aguinis H, Kraiger K. Benefits of training and development for individuals and teams, organizations, and society. *Ann Review Psychol*. 2009;60:451-74.
- Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*. 2003;290(12):1617-23.
- Alkmim MBM, Abreu MP, Figueira RM, Cunha LR, Neme ES, Ribeiro ALP. Teleassistência para municípios remotos do estado de Minas Gerais: ampliando a atuação geográfica dos hospitais universitários [Internet]. Ministério da Educação. Projeto Melhores Práticas, 2011 [cited 2013 maio 05]. Available from: http://melhorespraticas.mec.gov.br/arquivos/ufmg_telemarketing.pdf.
- Almeida M. Diretrizes curriculares para os cursos universitários na área de saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.
- Almeida FCM, Maciel APP, Bastos AR, Barros FC, Ibiapina JR, Souza SMF et al. Avaliação da inserção do estudante na unidade básica de saúde: visão do usuário [Internet]. *Rev Bras Educ Med* 2012 [cited 2015 fev 12];36(1 Supl.1):33-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a05.pdf>.
- Andrew WL. The three P'S of total risk management. *Financ Analysts J*. 1999;55:13-26.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013.
- Aranaz JM, Ivorra F, Compañ AF, Miralles JJ, Gea MT, Limón R et al. Adverse events in ambulatory surgical procedures. *Cir Esp*. 2008;84(5):273-8.
- Azevedo NS. Núcleos de apoio à saúde da família: o processo de implantação em Belo Horizonte [dissertation]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011. 108p.
- Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*. 2004;170(11):1678-86.
- Balla J, Heneghan C, Thompson M, Balla M. Clinical decision making in a high-risk primary care environment: a qualitative study in the UK. *BMJ Open*. 2012 [cited 2014 jun 25];2(1). Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/2/1/e000414.full>.
- Balsanelli AP, Feldman LB, Ruthes RM, Cunha ICKO. Competências gerenciais: desafios para o enfermeiro. 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2011.
- Barbieri M, Friedlander MR. O enfermeiro, a educação de adultos e o planejamento familiar. *Rev Paul Enf*. 2000; 19(2):13-9.

Bashshur RL, Shannon GW. History of telemedicine: evolution, context, and transformation. USA: Mary Ann Liebert, Inc. Publisher; 2009.

Baum F, Freeman T, Lawless A, Jolley G. Community development--improving patient safety by enhancing the use of health services [Internet]. Aust Fam Physician. 2012 [cited 2015 jan 07];41(6):424-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22675686>.

Behrens MA. O paradigma emergente e a prática pedagógica. Petrópolis: Vozes; 2005.

Belela ASC. Erros de medicação notificados em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos para atendimento de pacientes oncológicos [dissertation]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP; 2008. 138p.

Belloni ML. Ensaio sobre a educação a distância no Brasil. Rev Educ Soc. 2002;78:117-42.

Berardi F. Notas sobre o conceito de cibernética. Lugar Comum. 1997;(1):122.

Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. Semina: Ciênc Soc Human. 2011;32(1):25-40.

Bogner MS, editor. Human error in medicine. Hillsdale, New Jersey: Laurence Erlbaun Associates Publishers; 1994.

Bonadiman R, Bonadiman RL, Bonadiman SL, Silva DA. Estudo das prescrições medicamentosas em uma farmácia básica de Itapemirim, Espírito Santo – Brasil. Acta Biomed Brasiliens. 2013;4(2):114-23.

Borém LMA, Figueiredo MFS, Silveira MF, Rodrigues Neto JF. The knowledge about diagnostic imaging methods among primary care and medical emergency physicians. Radiol Bras. 2013;46(6):341-45.

Bork AMT, coordenadora. Enfermagem de excelência: da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

Braga AT. Análise de um serviço de educação continuada em um hospital de ensino na percepção da equipe de enfermagem [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2009. 136 p.

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

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Brasília (Brasil): ANVISA; 2013a.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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. Brasília (Brasil): ANVISA; 2013b.

Brasil. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. 2011 [cited 2014 jul 09].

Available from: [http://](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Brasil. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes da Educação Nacional. Diário Oficial da União, Brasília: 1996.

Camelo SHH, Angerami ELS. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem [Internet]. Texto Contexto Enferm. 2013 [cited 2015 fev 11];22(2):552-60. Available from: www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a34.pdf.

Campos FC, Haddad AE, Wen CL, Alkmim MBM. Telessaúde em apoio à atenção primária à saúde no Brasil. In: Santos AF, Souza C, Alves HJ, Santos SF, editors. Telessaúde – um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG; 2006. p. 59-74.

Capra F. O ponto da mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Cultrix: São Paulo; 2006.

Carle J. La gestion des risques en établissement de santé: le modèle de gestion des risques au centre hospitalier de L'Université de Montréal. Montreal: CHUM; 2004.

Carneiro FS, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Souza LS, Paranaguá TTB, Branquinho NCSS. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. Rev Enferm UERJ. 2011;19(2):127-33.

Castellano-Zurera MM, Núñez-García D, Carrasco-Peralta JA, Torres-Oliveira A. Patient safety risks in primary health care: identification and prevention of adverse events. Rev Calidad Asistenc. 2012;27(6):319-25.

Cavalcanti RA. Andragogia: a aprendizagem nos adultos. Rev Clinic Cirurg Paraíba. [Internet]. 1999 [cited 2009 ago 17];6(4). Available from: <http://www.ccs.ufpb.br/depcir/andrag.html>.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. Saúde Col. 2005;10:973-86.

Ceccim RB, Ferla AA. Educação Permanente em saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro; 2009.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Públ. 2004;20(5):1400-10.

Chianca TCM. Falhas de enfermagem no pós-operatório imediato de pacientes cirúrgicos. Rev Latino-Am Enferm. 2006;14(6):879-86.

Chiavenato I. Recursos Humanos. 9 ed. São Paulo: Atlas; 2009.

Coelho Júnior FA, Borges-Andrade JE. Uso do conceito de aprendizagem em estudos organizacionais. Paidéia. 2008;40(18):221-34.

Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.643, de 7 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da telemedicina. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília (Brasil): CFM; 2002.

Cooper S, Endacott R, Cant R. Measuring non-technical skills in medical emergency care: a review of assessment measures. Open Access Emerg Medic. 2010;2:7-16.

Corradi MI, Silva SH, Scalabrin EE. Objetos virtuais para apoio ao processo ensino aprendizagem do exame físico em enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(3):348-53.

Correia ADMS, Dobashi BF, Gonçalves CCM, Costa KC, Monreal VRFD, Nunes EA et al. A experiência do curso introdutório para a ESF com recursos de educação a distância: Telessaúde Brasil Redes contribuindo para a educação permanente em Mato Grosso do Sul. *J Bras Tele.* 2013;2(supl 1):71-262.

Costa CA, Rodrigues PMA, Petrucio WS, Lages RO, Wen CL. Relevância das videoconferências na luta contra a dengue no Estado do Amazonas, Brasil. *J Bras Tele.* 2013; 2(supl 1):71-262.

Costa CA, Souza PE, Andrade EO, Campos PVM, Wen CL, Böhm GM. Pólo de Telemedicina da Amazônia, Universidade do Estado do Amazonas. In: Santos WN. *Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente.* Belo Horizonte: UFMG; 2006. p. 264-70.

Costa CA, Souza PE, Wen CL, Böhm GM, Mota MEC. Telehealth in the Amazon: development, results and perspectives. *Latin American J Telehealth.* 2009;1:170-83.

Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. Descentralização das políticas públicas de saúde - do imaginário ao real. Viçosa: UFV/Cebes; 1998.

Cotta RMM, Reis RS, Carvalho AL, Batista KCS, Castro FAF, Alfenas RCG. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. *Physis.* [Internet]. 2008 [cited 2014 out 12];18(4):745-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a08.pdf>.

Craig J, Patterson V. *Introduction to the Practice of Telemedicine.* In: Wooton R, Craig J, Patterson V. *Introduction to Telemedicine.* 2nd ed. London: Royal Society of Medicine Press; 2006. p. 3-14.

Cunha EM, Giovanella LL. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Col* [Internet]. 2011 [cited 6 jan 2015]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en.

Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Públ.* 2004;20(3):780-8.

Da Ros MA. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: Bagrichevski M, editor. *Saúde em debate na Educação Física.* Blumenau: Nova Letra; 2006. p. 44-66.

Dalla MDB, Pacheco KTS, Sylvan ACL, Sarti TD, Andreão RV, Schimidt MQ. A Tele-Educação no Telessaúde ES: um relato de experiência. *J Bras Tele.* 2013;2(supl 1):3-262.

Darbyshire P. In defense of pedagogy: a critique of the notion of andragogy. *Nurse Educ Today* 1993;13:328-35.

Davenport RD, Vaidean GD, Jones CB, Chandler AM, Kessler LA, Mion LC et al. Falls following discharge after an in-hospital fall. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2009 [cited 2013 fev 11];9(53). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2790437/pdf/1471-2318-9-53.pdf>.

Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA*. 1995;274(9):700-5.

De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boormeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008;17:216-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519629>.

Demo P. Professor do futuro e reconstrução do conhecimento. Petrópolis: Vozes; 2004.

Department of Health. Framework for technology enhanced learning. Best Practice Guidance. DH/Workforce; 2011.

Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring. Chicago: Health Administration Press; 1980.

Draganov PB, Friedländer MR, Sanna MC. Andragogia na saúde: estudo bibliométrico. *Esc Anna Nery Enf*. 2011;15(1):149-156. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/21.pdf>.

Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira TAR, Nemes MIB, Lyda M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Ciênc Saúde Col*. 2010;15(5):2603-10.

El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2011 [cited 2012 fev 14];11:45. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/45>.

Ely JW, Kaldjian LC, D'Alessandro DM. Diagnostic errors in primary care: lessons learned. *J Am Board Fam Med*. 2012;25:87-97.

Eskenazi EMS, Martins MA, Ferreira Junior M. Oral health promotion through an online training program for medical students. *J Dent Educ*. 2011;75(5):672-8.

Espíndola PS, Lemos CLS, Reis LBM. Perfil do profissional de nível superior na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Promoção Saúde* [Internet]. 2011 [cited 2015 jan 06];24(4):367-75. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40820855012>.

Fernandes JD, Ferreira SLA, Oliva R, Santos S. Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. *Rev Enferm*. 2003;56(54):392-5.

Ferreira JCOA, Kurcgant P. Capacitação profissional do enfermeiro de um complexo hospitalar de ensino na visão de seus gestores. *Acta paul. Enferm*. 2009;22(1):31-6.

Ferreira AA, Reis ACF, Pereira MI. Gestão Empresarial: de Taylor aos nossos dias: evolução e tendências da moderna administração de empresas. São Paulo: Pioneira; 2006.

Feuerwerker LCM. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2004. p. 17-39.

Feurwerker LCM, Sena RR. A contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2002;6(10):37-50.

Fiel ACLC, Bertozzo L, Rocha SD, Ferraz SB. Treinamento do protocolo gerenciado de artroplastia de quadril no centro de simulação realística Albert Einstein. *Einstein. Educ Contin Saúde.* 2009;7:221-2.

Figueiredo SP. Gestão do conhecimento: estratégias competitivas para a criação e mobilização do conhecimento na empresa. Descubra como alavancar e multiplicar o capital intelectual e o conhecimento da organização. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2005.

Filha MMT, Daumas RP, Alves LC, Leimann BCQ, Engstrom EM. Análise da tuberculose em uma unidade de atenção primária à saúde. *Cad Saúde Colet.* 2012;20(2):169-76.

Fleury A, Fleury MTL. Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. São Paulo: Atlas; 2004.

Florence G, Calil SJ. Uma nova perspectiva no controle dos riscos da utilização de tecnologia médico-hospitalar. *Rev Multiciência.* 2005;5:1-14.

Foina A. Métodos de aquisição de dados quantitativos na internet: o uso da rede como fonte de dados empíricos. *Ci. & Tróp.* 2002;30(2):233-96.

Fraser J. How to plan, deliver and evaluate a training session. *Aust Fam Physician.* 2004;33(6):453-5.

Freire P. Educação e mudança. São Paulo: Paz e Terra; 1999.

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

Freitas CM, Gomez, CM. Análises de riscos tecnológicos na perspectiva das ciências sociais. *Hist Ciên Saúde-Manguinhos.* 1997;3(3):485-504.

Friedlander MR, Lage OC. Preparo para a alta pós-cirúrgica: resultados de ação andragógica observados durante a visita domiciliária. *Enferm.* 2004;33:23-8.

Friedländer MR, Moreira MTA. Formação do enfermeiro: características dos professores e o sucesso escolar. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2006 [cited 2009 ago 17];59(1):[aprox. 6 telas]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100002&lng=en&nrm=iso.

Furukawa PO, Cunha ICKO. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(6):1061-6.

Gaal S, Van den Hombergh P, Verstappen W, Wensing M. Patient safety features are more present in larger primary care practices. *Health Policy.* 2010;97(1):87-91.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L et al., editors. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes; 2008. p. 575-625.

Girardi S et al. Pesquisa nacional de monitoramento da qualidade do emprego na Estratégia Saúde da Família. Relatório de Pesquisa – Universidade Federal de

Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Belo Horizonte: 2009.

Goldstein IL. Training in work organizations. In: Dunnette MD, Hough LM, editors. Handbook of industrial and organizational psychology. Califórnia: Consulting Psychology Press; 1991. p. 507-619.

Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, Morais AJD, Moreira KS, Rodrigues CAQ et al. Human resources: critical factor for primary health networks. Saúde Debate. 2014;38(100):26-34.

Green LW et al. Health education planning: a diagnostic approach. Mayfield, Palo Alto; 1980.

Greenhow C, Robelia B, Hughes JE. Web 2.0 and classroom research: what path should we take now? Educational Researcher ed. Association American Educational Research; 2009.

Gryscek ALFPL, Almeida AH, Antunes MN, Miyashiro SY. Projeto larga Escala: uma proposta pedagógica atual. Rev Esc Enferm USP. 2000;34(2):196-201.

Haddad AE. Experiência brasileira do Programa Nacional Telessaúde Brasil. In: Mathias I, Monteiro A. Goldbook: inovação tecnológica em educação e saúde. 2012. p. 12-44.

Haddad AE, Campos FE, Alkmim MBM, Wen CL, Roschkes S. Brazilian National Telehealth Program, Med-e-Tel 2007. The International Educational and Networking Forum for eHealth, Telemedicine and Health ICT Proceedings, p. 321-3.

Harada MJCS, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Pereira SR. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006.

Harmsen M, Gaal S, Van Dulmen S, Feijter E, Giesen P, Jacobs A et al. Patient safety in Dutch primary care: a study protocol. ImplementSci 2010 [cited 2014 jun 25];5(1):50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914083/>.

Hickner J, Graham DG, Elder NC, Brandt E, Emsermann CB, Dovey S, et al. Testing process errors and their harms and consequences reported from family medicine practices: a study of the American Academy of Family Physicians National Research Network. Qual Saf Health Care. 2008 Jun [cited 2014 jun 25];17(3):194-200. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519626>.

Hinrichsen SL, Campos MA, Possas LCM, Sabino G, Vilella TAS. Gestão da qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo-piloto. RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde. 2011;7:10-7.

Hirschfeld MJ, Oguisso T. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do home care. Rev Bras Enferm. 2002;55(4):452-9.

Ho E. Towards an epistemological basis for andragogy in midwifery education Nurse Educ Today. 1991;11:153-6.

Hobgood C, Sherwood G, Frush K, Hollar D, Maynard L, Foster B et al. Teamwork training with nursing and medical students: does the method matter? Results of an inter-institutional, interdisciplinary collaboration. Qual Saf Health Care. 2010;19:1-6.

Hodgins HW. The future of learning objects [Internet]. In: Conference on e-Technologies in Engineering, 2002 [cited 2013 jun 20]. Available from:

<http://services.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1012&context=eci/etechnologies>.

Hoffmann B, Miessner C, Albay Z, Schröder J, Wepler K, Gerlach FM et al. Impact of individual and team features of patient safety climate: a survey in family practices. *Ann Fam Med* [Internet]. 2013 [cited 2015 jan 07];11(4):355-62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23835822>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo. 2010 [cited 2013 jun 10]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/>.

Janhonen S. Andragogy as a didactic perspective in the attitudes of nurse instructor in Finland. *Nurse Educ Today*. 1991;33(8):278-83.

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (org). Temas e estratégias para liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais. Porto Alegre: Artmed; 2008.

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations "Speak Up" [Internet]. Illinois, USA, 2005 [cited 2014 jan 15]. Available from: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/speakup_amb.pdf.

Kingston-Riechers J, Ospina M, Jhonsson E, Childs P, McLeod L, Maxted J. Patient safety in primary care. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute and BC Patient Safety & Quality Council [Internet]. 2010 [cited 2015 jan 28]. Available from: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/primaryCare/Documents/Primary%20Care%202010.pdf>.

Kistler CE, Walter LC, Mitchell CM, Sloane PD. Patient perceptions of mistakes in ambulatory care. *Arch Intern Med*. 2010;170:1480-7.

Knowles MS, Holton III EF, Swanson RA. Aprendizagem de resultados: uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier; 2009.

Knowles MS, Holton III EF, Swanson RA. The adult learner. The definitive classic in adult education and human resource development. Elsevier, Seventh Edition; 2011.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 1999.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.

Kusahara DM, Chanes DC. Informes de erros e eventos adversos. In: Pedreira MLG, Harada MJCS. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Caetano do Sul: Yendis; 2009. p. 181-95.

Le Boterf G. Desenvolvendo a competência dos profissionais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Lima EFA, Sousa AI, Silva MM, Souza IEO, Leite FMC. Evaluation of primary care through the perception of users and health professionals: an integrative review. *Rev enferm UFPE*. 2014;8(supl.2):3758-66.

Lima LF, Leventhal LC, Fernandes MPP. Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Einstein*. 2008;6(4):434-8.

Lima GB, Roberto LMP. Relações da bioética com o direito: administração dos riscos. In: Urban CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 70-5.

MacFarlane A, Harrison R, Murray E, Berlin A, Wallace P. A qualitative study of the educational potential of joint teleconsultations at the primary-secondary care interface. J Telemed Telecare. 2006;12(1):22-4.

Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente: estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 [cited 2015 fev 11];21(spec):[09 telas]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf.

Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Methods and measures used in primary care patient safety research. Genève: World Health Organization; 2008 [cited 2014 jun 25]. Available from: www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/primary_care_ps_research/en/index.html.

Manzolini MC. Viver adulto e enfermagem. Brasília(DF): Rumos; 1994.

Marchon GS, Mendes W. Segurança do paciente na atenção primária à saúde. In: Sousa P, Mendes W, editors. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. v. 1. cap. 13. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 281-294.

Marques EIW, Petuco VM, Gonçalves CBC. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. RBCEH [Internet]. 2010 [cited 2015 fev 01];7(2):267-79. Available from: <file:///D:/Downloads/865-8736-1-PB.pdf>.

Marsiglia RMG. Profile of the primary health care workers in the municipality of São Paulo: north and central regions of the city. Saúde Soc. 2011;20(4):900-11.

Maximo L. Governo espera melhorar serviços de saúde com Plano de Banda Larga. Jornal Valor Econômico [Internet]. Primeiro Caderno, 2011;(16) [cited 2013 jun 20]. Available from: <http://valor.idealvalley.com.br/flip/tools/flipPrint/printMateria.php>.

Mazmanian PE, Davis DA. Continuing medical education and the physician as a learner guide to the evidence. JAMA. 2002;288(9):1057-60.

McCullough D. Web-based market research, the dawning of a new era. Direct Marketing. 1998;61(8):36-9.

McGuire MJ, Noronha G, Samal L, Yeh HC, Crocetti S, Kravet S. Patient safety perceptions of primary care providers after implementation of an electronic medical record system. J Gen Intern Med [Internet]. 2013 [cited 2015 jan 07];28(2):184-92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22887020>.

Meghnagi S. Il Sapere professionale. Competenze, diritti, democrazia. 1ª ed. Feltrinelli (IT): Editora Milano; 2005.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 512. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.

Mendes IAC, Marziale MHP. Sistemas de saúde em busca de excelência. *Rev Latino-Am Enferm*. 2006;14(3):303-4.

Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(4):279-84.

Mendonça AVM. O processo de comunicação Todos - todos e a produção de conteúdos: desafios à Gestão do Conhecimento. OPAS/OMS: Representação Brasil; 2008.

Meneses PPM, Zerbini T. Levantamento de necessidades de treinamento: reflexões atuais. *Análise*. 2009;20(2):50-64.

Milkovich GT, Boudreau JW. Administração de recursos humanos. São Paulo: Atlas, 2000.

Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/ performance. *Acad Med*. 1990;65(supl 9):63-7.

Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília; 2013.

Ministério da Saúde. Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2012a.

Ministério da Saúde; Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO). Manual de Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – PNIIIS. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2012b.

Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

Ministério da Saúde; Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Diário Oficial da União, Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Redes de atenção à saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010.

Ministério da Educação. Secretaria de Educação a Distância. Missão e objetivos. 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seed/index.php>. Acesso em: 24 out. 2007.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional del Salud. Estudio APEAS: estudiosobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Mitchell MJ. Conscious surgery: influence of the environment on patient anxiety. *J Advanc Nursing*. 2008;64(3):261-71.

Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C et.al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc Saúde Col*. 2008;13(sup. 2):2112-44.

Moura MCCM, Bitencourt CC. A articulação entre estratégia e o desenvolvimento de competências gerenciais. *RAE - eletrônica*. 2006;5(1).

Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ANQ et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2010 [cited 2014 dez 12];10(suppl1):69-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/07.pdf>.

Neves FCS, Bôaventura CS, Bitencourt AV, Athanazio DA, Reis MG. Impacto da introdução de mídia eletrônica num curso de patologia geral. *Ver Bras Educ Méd*. 2008;32(4):431-6.

Norris AC. *Essentials of telemedicine and Telecare*. Baffins Lane - England: John Wiley & Sons; 2002.

Ohira RHF, Cordoní Júnior L, Nunes EFPA. Profile of primary health care managers in small municipalities in the north of the state of Paraná, Brazil. *Ciênc Saúde Col* [Internet]. 2014 [cited 2015 jan 19];19(11):4439-48. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4439.pdf>.

Oliveira GS, Koifman L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2004. p.143-164.

Oliveira MA, Alvarenga DC, Leão ER, Correa AD, Avansi PA. Gestão de riscos. In: Leão ER, Silva CPR, Alvarenga AC, Mendonça SHF, organizadores. *Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão*. São Caetano do Sul: Yendis; 2008. p. 49-59.

Oliveira WMA, Bezerra ALQ. Autoavaliação da estratégia saúde da família por enfermeiros. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2010 [cited 2015 jan 12];19(1):20-5. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a04.pdf>.

Oliveira VC, Gallardo MDPS, Arcêncio RA, Gontijo TL, Pinto IC. Assessment of quality of vaccine storage and conservation in primary health care centers. *Ciênc Saúde Col*. 2014;19(9):3889-98.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. *Plano de Trabalho Bianual 2010-2011*, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.

OPAS - Organização Panamericana de Saúde. *Reunião regional dos observatórios de recursos humanos em saúde (2005: Brasília, DF) Chamado a Ação de Toronto: 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Ostergaard HT, Ostergaard D, Lippert A. Implementation of team training in medical education in Denmark. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(suppl1):91-5.

Paese F, Sasso GTM. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(2):302-10.

Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):287-94.

Pantoja MJ, Borges-Andrade JE. Estratégias de aprendizagem no trabalho em diferentes ocupações. *RAC Eletr*. [Internet]. 2009 [cited 13 dez 2014];3(1):41-62. Available from: http://www.anpad.org.br/periódicos/arq_pdf/a_833.pdf.

Paranaguá TTB. Análise dos incidentes ocorridos na clínica cirúrgica de um hospital de ensino da região centro oeste [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2012. 149 f.

Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Azevedo Filho FM. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. *Acta Paul Enfermm*. 2013;26:256-62.

Parnes B, Fernald D, Quintela J, Araya-Guerra R, Westfall J, Harris D et al. Stopping the error cascade: a report on ameliorators from the ASIPS collaborative. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:12-6.

Paula Júnior JD, Barros Júnior JC, Gonçalves JC, Oliveira AV, Reis MRG. Practice of polypharmacy in the elderly registered on Unit of Primary Health Care. *Investigação* [Internet]. 2013 [cited 2015 jan 08];13:15-18. Available from: <http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/796/619>.

Pedreira MLG. Enfermagem para segurança do paciente. In: Pedreira MLG, Harada MJCS. *Enfermagem dia a dia: segurança do paciente*. São Caetano do Sul: Yendis; 2009. p. 23-32.

Pedreira MLG, Harada MCS. Aprendendo com os erros. In: Harada MJS, Pedreira MLG, editors. *O erro humano e a segurança do paciente*. São Paulo: Atheneu; 2006. p.175-84.

Pilati R, Abbad G. Análise fatorial confirmatória da escala de impacto do treinamento no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesq*. 2005;21(1):43-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n1/a07v21n1.pdf>.

Pinto MEB, Gama CM, Gonçalves MR, Souza AC. Experiência interdisciplinar em equipe multiprofissional na graduação na atenção primária à saúde, PET-Saúde UFCSPA. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. 2009.

Porto S, Martins M, Mendes W, Travassos C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Rev Port Saúde Pública*. 2010; temat(10):74-80.

Queiroga F, Andrade JM, Borges-Ferreira MF, Nogueira R, Abbad GS. Medidas de aprendizagem em TD&E: fundamentos teóricos e metodológicos. In: Abbad GS et al, editors. *Medidas de avaliação em treinamento, desenvolvimento e educação: ferramentas para gestão de pessoas*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2012. p.108-126.

Quelhas MCF, Lopes MHBM, Ropoli EA. Educação à distância em processos de esterilização de materiais. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2008;42:697-705.

Reason J. *El error humano*. Madrid: Modus Laborandi; 2009.

Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320:768-70.

Reis AM, Marques TC, Opitz SP, Silva AE, Gimenes FR, Teixeira TC et al. Errors in medicine administration - profile of medicines: knowing and preventing. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2012 jun 30];23(2):181-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/05.pdf>.

Ribas MJ. Eventos adversos em cuidados de saúde primários: promover uma cultura de segurança. *Rev Port Clin Geral*. 2010;26:585-9.

RIVED. Rede Interativa Virtual de Educação. Available from: <http://rived.proinfo.mec.gov.br/>. Acesso em: 15 nov 2006.

Rollemberg MHG. Marcos institucionais de gestão da informação e conhecimento no Ministério da Saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Gestão do conhecimento em saúde no Brasil: avanços e perspectivas; orgs. José Moya, Eliane Pereira dos Santos, Ana Valéria M. Mendonça – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.

Roncolleta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. Princípios da medicina de família. São Paulo: Sombramfa; 2003.

Rosa MB, Perini E. Erros de medicação: quem foi? Rev Assoc Méd Bras. 2003;49(3):335-41.

Rosser W, Dovey S, Bordman R, White D, Crighton E; Drummond N. Medical errors in primary care: results of an international study of family practice. Canad Fam Phys. 2005;51:386-7.

Ruas RL. Desenvolvimento de competências gerenciais e contribuição da aprendizagem organizacional. In: Fleury MTL, Oliveira Jr MM, organizadores. Gestão estratégica do conhecimento. São Paulo: Atlas; 2001. p.243-69.

Sachpazidis I, Kiefer S, Selby P, Ohi R, Sakas G. A medical network for teleconsultations in Brazil and Colombia. Proceedings of second IASTED International Conference Telehealth. Banff, AB. Canada; 2006.

Salas E, Cannon-Bowers JA. The science of training: A decade of progress. Ann Rev Psychol. 2001;52:471-99.

Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. Family Practice. 2003;20:231-36.

Sandars J, Cook G. ABC of patient safety. Oxford (UK): Blackwell Publishing Ltd; 2007.

Santos AF, Souza C, Alves HJ, Santos SF. Telessaude - um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte (MG): Editora UFMG; 2006.

Santos JC, Ceolim MF. Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009;43(4):810-17.

Schwappach DL, Gehring K, Battaglia M, Buff R, Huber F, Sauter P, *et al.* Threats to patient safety in the primary care office: concerns of physicians and nurses [Internet]. Swiss Med Wkly. 2012 [cited 2015 jan 07]; 6;142:w13601. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22674418>.

Serapione M, Silva MGC. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. Ciênc Saúde Col. 2011;16(11):4315-4326.

SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica. DATASUS/Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Informações de Saúde. Ministério da Saúde, 2014. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>. Acesso em: 10 nov 2014.

Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. Rev Eletronica enferm. 2010;12(3):422.

Silva AEBC. Análise de risco do processo de administração de medicamentos por via intravenosa em pacientes de um Hospital Universitário de Goiás [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2008. 338 p.

- Silva GS. Empoderar o paciente. O que é isso? Empreender Saúde [Internet]. 2014 [cited 2014 jul 15]. Available from: <http://www.empreendersaude.com.br/empoderar-o-paciente-o-que-e-isso/>.
- Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc Saúde Col*. 2011;16(6):2763-62.
- Silva LAA, Saupe R. Proposta de um modelo andragógico de educação continuada para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2000;9(2):478-84.
- Silva AEBC, Cassiani SHB, Miasso AI, Optiz SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2007 [cited 2011 fev 20];20(3):272-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a05v20n3.pdf>.
- Singh H. Introduction to learning objects. Paper presented at the July 2001 Washington e Learning Forum [cited 2012 mai 15]. Available from: <http://www.elearningforum.com/meetings/2001/july/Singh.pdf>.
- Singh H, Giardina TD, Forjuoh SN, Reis MD, Kosmach S, Khan MM, et al. Electronic health recordbased surveillance of diagnostic errors in primary care. *BMJ Qual Saf*. 2012;21:93-100.
- Singh H, Giardina TD, Meyer AN, Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Intern Med*. 2013;173(6):418-25.
- Smits PB, Verbeek JH, Bisonje CD. Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. *BMJ*. 2002;324(7330):153-6.
- Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. Agency for Rockville: Healthcare Research and Quality; 2004.
- Sousa P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Med Port*. 2006;19:309-18.
- Sousa P, Uva AS, Serranheira F. Investigação e inovação em segurança do doente. *Ver Port Saúde Públ*. 2010;voltemat(10):89-95.
- Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Públ*. 2008;24(sup 1):S100-S110.
- Souza Neto MA, Trindade NR, Tavares VR, Andrade DS, Melo LR, Ernandes Junior L. Perfil dos usuários de medicamentos das unidades básicas de saúde de Ceres-GO. *REFACER* [Internet]. 2012 [cited 2015 jan 08]; 1(1):1-19. Available from: <http://ceres.facer.edu.br/revista/index.php/refacer/article/view/32>.
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002. p. 207-45.
- Tabrizchi N, Sedaghat M. The first study of patient safety culture in Iranian Primary Health Centers. *Acta Medica Iranica* [Internet]. 2012 [cited 2015 jan 07];50(7):505-10. Available from: <http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/4536>.
- Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc Saúde Col*. 2012;17(11):2923-30.

Taleb AC. O projeto de telemedicina em Goiás: experiência da faculdade de medicina da Universidade Federal de Goiás. In: Santos AF, Souza C, Alves HJ, Santos SF, editors. Telessaúde – um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG; 2006. p. 277-82.

Taleb AC, Chao LW, Avila M, Böhn GM. Tele-Ophthalmology as a tool for cataract campaigns in Brazil. *Telemed J E Health*. 2004;10(S33):1.

Tamayo N, Abbad GS. Autoconceito profissional e suporte à transferência e impacto do treinamento no trabalho. *Rev Adm Contemp*. [Internet]. 2006 [cited 23 dez 2014];10(3):9-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v10n3/a02v10n3.pdf>.

Tarouco LMR, Fabre MCJM, Tamusiunas FR. Reusabilidade de objetos educacionais. *RENTE – Rev Novas Tecnol Educ*. 2003;1(1):1-11.

Thomas EJ, Petersen LA. Measuring errors and adverse events in healthcare. *J Gen Intern Med*. 2003;18:61-7.

Thomas EJ, Studdert DM, Newhouse JP, Zbar BI, Howard KM, Williams EJ, et al. Costs of medical injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*. 1999;36:255-264.

Todd M, Manz JA, Hawkins KS, Parsons ME, Hercinger M. The development of a quantitative evaluation tool for simulations in nursing education. *Internat J Nursing Educ Schol*. 2008;5.

Trindade LL, Pires DEP. Implications of primary health care models in workloads of health professionals. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2015 jan 08];22(1):36-42. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf.

Tsang C, Bottle A, Majeed A, Aylin P. Adverse events recorded in English primary care: observational study using the General Practice Research Database. *Br J Gen Pract*. 2013;63(613):e534-42.

Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Health records: evaluation of patient health charts in primary care, Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Públ*. 2008;24(sup 1):S173-S182.

Viera CS, Toso FS, Toso BRGO, Neves ET, Zamberlan KC, Marachin MS. Resolução de problemas de saúde de crianças na rede de atenção à saúde. *Ciênc Cuid Saúde* [internet]. 2014 [cited 2015 jan 15];13(4):705-713. Available from: [file:///D:/Downloads/20869-110577-1-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/20869-110577-1-PB%20(1).pdf).

Wallis K, Dovey S. No-fault compensation for treatment injury in New Zealand: identifying threats to patient safety in primary care. *BMJ Qual Saf*. 2011 [cited 2014 jun 25];20(7):587-91. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21228439>.

Wammes JJ, Verstappen W, Gaal S, Wensing M. Organisational targets of patient safety improvement programs in primary care; an international web-based survey. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2013 [cited 2015 jan 06];14:145. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24083330>.

Warr P, Allan C, Birdi K. Predicting three levels of training outcome. *J Occupat Organiz Psych*. 1999;72(3):351-75.

Wet C, Bowie P. The preliminary development and testing of a global trigger tool to detect error and patient harm in primary-care records. *Postgrad Medical J*. 2009;85(1002):176-80.

WHO - World Health Organization. Summary of inaugural meeting The Safer Primary Care Expert Working Group. Geneva; 2012 [cited 2014 maio 12]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/summary_report_of_primary_care_consultation.pdf.

WHO - World Health Organization. Safer Primary Care Expert Working Group. Geneva: WHO; 2012b [citado 2012 set 6]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/index.html.

WHO - World Health Organization. Assessing and tackling patient harm: a methodological guide for datapoor hospitals. Geneva: WHO; 2010 [citado 2014 jun 25]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/research/methodological_guide/PSP_MethGuid.pdf.

WHO - World Health Organization. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report [Internet]. Geneva, 2009 [cited 2015 jan 15. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.

WHO - World Health Organization. World alliance for patient safety. Guideline safe surgery [Internet]. 1st ed. Genève; 2008 [cited 2013 dez 19]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf.

WHO - World Health Organization. Cuidados de saúde primários: agora mais que nunca. relatório mundial de saúde 2008. Geneva: WHO; 2008a [cited 2014 jun. 25]. Available from: http://www.who.int/whr/2008/08_overview_pr.pdf.

WHO - World Health Organization. Patient Safety Solutions Preamble – May 2007. Geneva; 2007. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf>.

WHO - World Health Organization. World alliance for patient safety. Forward program 2006-2007 [Internet]. Genève; 2006 [cited 2014 jan 20]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety>.

WHO - World Health Organization. World alliance for patient safety. [Internet]. Washington DC; 2004 [cited 8 out 2014]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/enf>.

WHO - World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. In: International Conference on Primary Health Care; 1978 sept. 6-12; Alma-Ata. Geneva: WHO; 1978 [cited 2014 jun. 25]. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

Wong G, Greenhalgh T, Pawson R. Internet-based medical education: a realist review of what works, for whom and in what circumstances. BMC Medical Education. 2010;10(1):12.

Zerbini T, Abbad GS. Impacto de treinamento no trabalho via internet. RAE - eletrônica. 2005;4(2).

Yamamoto RM. A adequação dos profissionais de enfermagem para o cuidado de qualidade numa organização hospitalar [dissertation]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde/UFSC; 1997. 90 p.

APÊNDICE 1

Planos de curso dos módulos do programa educativo sobre segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde

PLANO DE CURSO – MÓDULO 1

I – Dados gerais

Módulo 1: Panorama da Segurança do Paciente no mundo, Brasil e Goiás.

Carga horária total: 40min

População alvo: Profissionais de saúde vinculados às unidades básicas de saúde cadastradas no Telessaúde.

Local: Telessaúde, Núcleo Goiás - Centro de Referência em Oftalmologia de Goiás.

II – Objetivo

Apresentar aos profissionais de saúde a temática segurança do paciente e iniciativas nacionais e internacionais, apontando evidências científicas, epidemiologia e iniciativas para o controle dos incidentes, enfatizando a importância de uma assistência segura e com qualidade, a partir de mudanças atitudinais e do processo de trabalho.

III – Conteúdo programático

- Segurança do paciente: definição;
- Fatores que contribuem com erro; abordagem sistêmica e pessoal;
- Epidemiologia dos incidentes na atenção primária em saúde;

IV – Recursos didáticos pedagógicos

Multimídia; casos (objetos de aprendizagem); textos de apoio.

V – Estratégia pedagógica

Apresentação de casos hipotéticos e exposição dialogada de telas com dados científicos para discussões e apresentação das iniciativas nacionais e internacionais.

VI – Avaliação do módulo

Aplicação de pré e pós-teste para verificar mudança no conhecimento.

PLANO DE CURSO – MÓDULO 2

I – Dados gerais

Módulo 2: Segurança do Paciente e a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente.

Carga horária total: 40min

População alvo: Profissionais de saúde vinculados às unidades básicas de saúde cadastradas no Telessaúde.

Local: Telessaúde, Núcleo Goiás - Centro de Referência em Oftalmologia de Goiás.

II – Objetivo

Capacitar os profissionais de saúde a identificar e classificar os diferentes tipos de incidentes, conforme proposto pela Organização Mundial de Saúde: incidente sem dano, evento adverso, quase erro e circunstância notificável.

III – Conteúdo programático

- Definição de circunstância notificável
- Definição de quase-erro
- Definição de eventos adversos
- Definição de incidentes sem dano
- Definição de dano e grau de dano
- Exemplos de cada tipo de incidente

IV – Recursos didáticos pedagógicos

Multimídia; casos (objetos de aprendizagem); textos de apoio.

V – Estratégia pedagógica

Apresentação de casos hipotéticos e exposição dialogada de telas com dados científicos para discussões e apresentação dos tipos de incidentes, exemplos e indicadores.

VI – Avaliação do módulo

Aplicação de pré e pós-teste para verificar mudança no conhecimento.

PLANO DE CURSO – MÓDULO 3**I – Dados gerais**

Módulo 4: Estratégias para a prevenção dos incidentes.

Carga horária total: 30min

População alvo: Profissionais de saúde vinculadas às unidades básicas de saúde cadastradas no Telessaúde.

Local: Telessaúde, Núcleo Goiás - Centro de Referência em Oftalmologia de Goiás.

II – Objetivos

Apresentar aos profissionais de saúde estratégias de prevenção dos incidentes e estimular o desenvolvimento de boas práticas: cultura de segurança; Plano Nacional de Segurança do Paciente; comunicação eficaz; trabalho em equipe; protocolo operacional padrão (POP); educação permanente; notificação; identificação do paciente; higienização das mãos.

III – Conteúdo programático

- Estratégias de prevenção dos incidentes;
- RDC nº 36/2013;
- Iniciativas nacionais e internacionais: Aliança Mundial para a Segurança do Paciente – Desafios Globais para a Segurança do Paciente; Guia Curricular Multiprofissional para a Segurança do Paciente; Classificação Internacional para Segurança do Paciente; Rede Brasileira de Segurança do Paciente; Rede Hospitais Sentinela; 10 passos para Segurança do Paciente (COREN-SP); Paciente para a segurança do paciente.

IV – Recursos didáticos pedagógicos

Multimídia; estudo de casos (objetos de aprendizagem); textos de apoio.

V – Estratégia pedagógica

Apresentação de casos hipotéticos, exposição dialogada de telas com dados científicos para discussões, e apresentação de estratégias de prevenção dos incidentes.

VI – Avaliação

Aplicação de pré e pós-teste para verificar mudança no conhecimento.

APÊNDICE 2

Instrumentos de investigação do perfil profissional e conhecimento sobre segurança do paciente (Pré e pós teste)

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	
Cidade: _____	Unidade de lotação: _____
Categoria profissional: (1) Enfermeiro (2) Técnico de Enfermagem (3) Farmacêutico (4) Aux. enfermagem (5) Médico (6) Odontólogo (7) Nutricionista (8) Outro: _____	
Função na unidade: (1) Assistencial (2) Gestão – cargo administrativo (3) Assistência e Gestão	
Titulação máxima: (1) Bacharel / Licenciatura (2) Especialista (3) Mestre (4) Doutor (5) Curso técnico	
Renda Mensal: (1) Até 3 salários mínimos (2) Entre 3 e 6 salários mínimos (3) Entre 6 e 9 salários (4) Entre 9 e 12 salários mínimos (5) Mais que 12 salários mínimos	
Tempo de FORMADO na profissão que desempenha na unidade de saúde (em anos completos): _____	
Tempo de TRABALHO/EXPERIÊNCIA na profissão que desempenha na unidade de saúde (em anos): _____	
Tempo de ATUAÇÃO na unidade (em anos completos): _____	
Quantos vínculos de trabalho você possui atualmente? _____	
Qual a carga horária de trabalho semanal total (horas/semana)? _____	
Tipo de vínculo empregatício: (1) Vínculo público/estatutário. Quantos? _____ (2) Vínculo privado/CLT/contrato. Quantos? _____ (3) Contrato com OS em empresa pública. Quantos? _____	
Possui especialização em saúde pública (mínimo de 360 horas)? (2) Não	(1) Sim
Possui curso de formação em saúde pública? (2) Não	(1) Sim
Possui curso de formação na área de segurança do paciente? (2) Não	(1) Sim
Recebeu treinamento sobre segurança do paciente na sua unidade de trabalho? (2) Não	(1) Sim
Recebeu treinamento, na unidade de trabalho, sobre como desenvolver a assistência à saúde do usuário com segurança? (2) Não	(1) Sim

CONHECIMENTO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

1. Eu sei identificar incidentes advindos do cuidado, na unidade em que trabalho.
☐ Concordo totalmente   ☐ Não tenho opinião   ☐ Discordo totalmente
2. Já presenciei incidentes durante a assistência aos pacientes que frequentam a unidade em que trabalho.
☐ Concordo totalmente   ☐ Não tenho opinião   ☐ Discordo totalmente
3. Já ouvi falar sobre a Classificação Internacional para Segurança do Paciente, na unidade em que trabalho.
☐ Concordo totalmente   ☐ Não tenho opinião   ☐ Discordo totalmente

4. O evento adverso é o incidente que, obrigatoriamente, resulta em dano ao paciente, como no caso em que, após um profissional instalar uma bolsa de sangue em paciente homônimo àquele que deveria receber essa bolsa, o paciente desenvolve uma reação febril. Nesse caso, o dano pode ser classificado em leve, moderado, grave e óbito.

☐ Concordo totalmente   ☐ Não tenho opinião   ☐ Discordo totalmente

5. O incidente sem dano é um evento que ocorre, mas não é detectado dano ao paciente. Por exemplo, quando o profissional instala uma bolsa de sangue em paciente homônimo àquele que deveria recebê-la, mas o sangue é compatível e o paciente não desenvolve reação.

☐ Concordo totalmente   ☐ Não tenho opinião   ☐ Discordo totalmente

6. A circunstância notificável é uma situação em que existe potencial significativo de dano, mas o incidente não aconteceu, o que pode ser exemplificado quando existe uma escala de profissionais defasada para determinado plantão, mas nenhum incidente ocorre.

☐ Concordo totalmente   ☐ Não tenho opinião   ☐ Discordo totalmente

7. O quase-erro é um incidente que não atingiu o paciente, como por exemplo, uma situação em que o profissional prepara uma bolsa de sangue para um paciente homônimo àquele que deveria recebê-la, mas percebe a falha antes da instalação.

☐ Concordo totalmente   ☐ Não tenho opinião   ☐ Discordo totalmente

8. Cultura de segurança é um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança. Nesse sistema, substitui-se a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com os erros decorrentes do cuidado e melhorar a atenção à saúde.

☐ Concordo totalmente   ☐ Não tenho opinião   ☐ Discordo totalmente

9. Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral para uma criança de 15 meses. Antes de administrar percebeu que havia aspirado 1ml e descartou o 0,5ml excedente. Esse incidente, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, é classificado como:

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

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

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

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

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

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

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

13. Acredito que a notificação/registro dos incidentes relacionados à segurança do paciente pode auxiliar na redução de outros incidentes semelhantes.

☐ Concordo totalmente   ☐ Não tenho opinião   ☐ Discordo totalmente

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

☐ Concordo totalmente   ☐ Não tenho opinião   ☐ Discordo totalmente

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

☐ Concordo totalmente   ☐ Não tenho opinião   ☐ Discordo totalmente

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

☐ Concordo totalmente   ☐ Não tenho opinião   ☐ Discordo totalmente

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

☐ Concordo totalmente   ☐ Não tenho opinião   ☐ Discordo totalmente

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

☐ Concordo totalmente   ☐ Não tenho opinião   ☐ Discordo totalmente

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

☐ Concordo totalmente   ☐ Não tenho opinião   ☐ Discordo totalmente

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

☐ Concordo totalmente   ☐ Não tenho opinião   ☐ Discordo totalmente

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

☐ Concordo totalmente   ☐ Não tenho opinião   ☐ Discordo totalmente

APÊNDICE 3

Instrumento de investigação sobre a ocorrência de incidentes

INVESTIGAÇÃO DOS INCIDENTES

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

☐ Administração de medicamento errado	☐ Omissão de dose/medicamento
☐ Dose errada	☐ Frequência de administração errada
☐ Forma farmacêutica errada	☐ Erro de preparo da medicação
☐ Acondicionamento inadequado	☐ Técnica de administração errada
☐ Via de administração errada	☐ Horário errado
☐ Paciente errado	☐ Duração do tratamento errado
☐ Medicamento deteriorado /vencido	☐ Prescrição de medicamento errado
☐ Monitoração insuficiente do tratamento medicamentoso	
☐ Falta de adesão do paciente por falha na comunicação	
☐ Falha de orientação ao paciente para o uso do medicamento	
☐ Falta de medicamento na unidade	
☐ Outros: _____	

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

☐ Diagnóstico errado	☐ Omissão de cuidado
☐ Orientação errada ao paciente	☐ Troca de exames entre pacientes
☐ Registro inadequado (consultas/conduitas)	☐ Outros: _____
☐ Queda do paciente	☐ Tratamento errado/inadequado
☐ Acompanhamento familiar/domiciliar inadequado	☐ Falta de orientação ao paciente/familiar
☐ Consulta pré-agendada não realizada pela ausência do profissional	

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

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

3.1 Quais as possíveis causas desse incidente: _____

3.2 Que categoria profissional esteve envolvida no incidente: _____

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

3.4 O paciente foi informado: ☐ Sim ☐ Não

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

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

4.1 Qual o dano para o paciente: _____

4.2 Quais as possíveis causas desse incidente: _____

4.3 Que categoria profissional esteve envolvida no incidente: _____

4.4 Quais condutas foram tomadas para evitar novo incidente desse tipo: _____

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

5. Circunstância notificável é um incidente que não alcança o paciente, mas possui potencial significativo para dano. Você já presenciou uma circunstância notificável? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, relate-nos uma circunstância notificável que, frequentemente, acontece na sua unidade: _____

5.1 Quais as possíveis causas desse incidente: _____

5.2 Que categoria profissional esteve envolvida no incidente: _____

5.3 Quais condutas foram tomadas para evitar novo incidente desse tipo: _____

6. Quase-erro é aquele incidente que está prestes a acontecer, mas antes de atingir o paciente o profissional intercepta o erro. Você já presenciou um quase-erro? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, relate-nos um quase-erro que aconteceu na sua unidade: _____

6.1 Quais as possíveis causas desse incidente: _____

6.2 Que categoria profissional esteve envolvida no incidente: _____

6.3 Quais condutas foram tomadas para evitar novo incidente desse tipo: _____

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

7. Na minha unidade de saúde, percebo que os profissionais de saúde adotam os seguintes cuidados para a segurança do paciente:

( ) protocolos de assistência

( ) educação em serviço

( ) higienização de mãos

( ) trabalho em equipe

( ) chama o paciente pelo nome

( ) classificação de risco do paciente

( ) registro das condutas tomadas no prontuário/ficha do paciente

( ) orientação do paciente sobre sua condição de saúde e tratamento

( ) outros: _____

8. O que pode ser mudado na sua unidade de saúde para melhorar a segurança do paciente? _____

9. Como você pode contribuir com a segurança do paciente que busca atendimento na sua unidade de trabalho? _____

10. Na minha unidade de trabalho me sinto a vontade para relatar um erro sem medo de ser punido.

( ) Concordo totalmente

( ) Não tenho opinião

( ) Discordo totalmente

11. Na minha unidade de trabalho, os erros relatados são discutidos e aprendemos com eles.

( ) Concordo totalmente

( ) Não tenho opinião

( ) Discordo totalmente

12. Na minha unidade de trabalho, os erros têm levado a mudanças positivas.

( ) Concordo totalmente

( ) Não tenho opinião

( ) Discordo totalmente

13. Na minha unidade de trabalho, estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a qualidade do serviço e a segurança do paciente.

( ) Concordo totalmente

( ) Não tenho opinião

( ) Discordo totalmente

14. Na minha unidade de trabalho, possuímos e executamos o Plano de Segurança do Paciente.

( ) Concordo totalmente

( ) Não tenho opinião

( ) Discordo totalmente

15. A minha unidade de trabalho possui um Núcleo de Segurança do Paciente que orienta as ações dos profissionais de saúde para uma assistência segura.

( ) Concordo totalmente

( ) Não tenho opinião

( ) Discordo totalmente

APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, do I Curso de Segurança do Paciente na Atenção Primária, que faz parte de uma pesquisa de doutorado. Meu nome é Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá, doutoranda do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Após a leitura atenciosa e, caso aceite fazer parte do estudo, marque o link de aceite ao final desta página. Caso aceite participar da pesquisa, o (a) senhor (a) poderá imprimir e guardar uma cópia deste documento. O mesmo será feito pela pesquisadora, que manterá cópia do termo em arquivo, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato comigo pelo telefone (62) 8558-6555 ou com a professora, orientadora deste trabalho, Dr^a Ana Lúcia Queiroz Bezerra, pelo telefone (62) 9637-0971. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: (62) 3269-8338 / 3269-8426 ou no endereço: 1^a Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar. INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE O(A) SENHOR (A) PRECISA SABER: Esta pesquisa é intitulada: Impacto de um programa interativo em segurança do paciente por meio da tele-educação, no processo de trabalho de unidades básicas de saúde e estratégia saúde da família, vinculados ao Telessaúde. Faz parte do projeto “Análise da ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário da região centro oeste” aprovado no Comitê de Ética do HC/UFG nº 064/2008 atualizado em 2012. O objetivo é avaliar o impacto de um programa de treinamento em segurança do paciente desenvolvido por meio da tele-educação, junto aos profissionais das unidades básicas de saúde e estratégia saúde da família, vinculados ao Telessaúde - Núcleo Goiás. Detalhamento dos procedimentos: A pesquisa consta de dois momentos, antes e depois do curso. O primeiro momento consta da resposta de um instrumento com questões de múltipla escolha, que consumirá de 20 a 40 minutos para o seu preenchimento, via plataforma eletrônica. O mesmo será disponibilizado após o aceite deste Termo de Consentimento. O segundo instrumento será constituído de questões de múltipla escolha e abertas e também consumirá de 20 a 40 minutos para o seu preenchimento completo, via plataforma eletrônica. Será disponibilizado por um link, enviado ao seu e-mail, após a sua participação no I Curso de Segurança do Paciente na Atenção Primária, oferecido pelo Telessaúde – Núcleo Goiás. A sua participação no I Curso de Segurança do Paciente oferecido pelo Telessaúde independe de sua participação na pesquisa e, portanto, não o obriga a responder os instrumentos. O (a) senhor (a) poderá desistir de participar do estudo, a qualquer momento, sem acarretar prejuízos ou constrangimentos a seu desempenho profissional e terá a garantia de receber explicações sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa, quando solicitadas. Acrescenta-se que não haverá ônus moral, material ou financeiro aos participantes da pesquisa. Sua identificação será mantida em sigilo e não poderá ser vinculada às suas respostas. O (a) senhor (a) não será exposto (a) a riscos, prejuízos, desconforto ou lesões decorrentes da sua participação na pesquisa, bem como será garantida a possibilidade de se recusar a continuar na pesquisa em qualquer etapa, retirando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sem que gere desconfortos ou qualquer tipo de influência negativa no local de trabalho. O (a) senhor (a) não terá despesas decorrentes da sua participação na pesquisa e, caso ocorra, será ressarcido (a) do valor mediante comprovação. A sua participação é voluntária, portanto, não receberá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros. Forma de acompanhamento:

Seu período de participação no estudo se encerrará após responder o segundo instrumento, que ficará disponível até 30 de maio de 2014, quando será finalizada a etapa de coleta de dados. Ressalta-se que o tempo de participação efetivo na pesquisa será 1 (uma) hora e 20 (vinte) minutos, que corresponderá ao tempo gasto para responder ambos os instrumentos. Todas as etapas da pesquisa poderão ser acompanhadas pelo (a) senhor (a) pelo telefone (62) 8558-6555 ou e-mail: ttb.paranagua@gmail.com / curso.segurancadopaciente2014@gmail.com. O (a) senhor (a) possui total liberdade de não aceitar em participar da pesquisa, bem como de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo ou influência no local de trabalho. Entretanto, sua participação é importante por permitir a avaliação do impacto do treinamento via Tele-educação para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde; por fornecer subsídios para a estruturação de um Núcleo de Segurança do Paciente e melhoria da qualidade dos serviços. Caso aceite participar da pesquisa, pedimos a gentileza de assinar o consentimento de participação.

- ☐ Declaro que tenho conhecimento dos direitos descritos acima e concordo em participar, voluntariamente, do estudo. Estando ciente e de acordo, sinalizo ao lado a aceitação do termo.
- ☐ Não desejo participar desta pesquisa.

ANEXO 1

069/08

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG N.º 064/2008

Goiânia, 29/05/2008

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): Orientadora: Prof.ª Ana Lúcia Queiroz Bezerra.

Acadêmicos: Nayla Cecilia Silvestre da Silva Branquinho, Júlia Carneiro Godoy de Sousa, Thatyanne Tanferri de Brito Pranaguá, Stefany Rezende Abraão e Damíbia Franco

TÍTULO: "Análise de Ocorrências de Eventos Adversos em um Hospital da Rede Sentinela na Região Centro Oeste"

Área Temática: Grupo III

Local de Realização: HC/UFG

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, após análise, **aprovou**, o projeto de Pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e estes foram considerados em acordo com os princípios éticos vigentes.

→ Informamos que não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

→ O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

→ O CEPMHA/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – Item 13*)

Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

PROTOCOLO CEP/HC/UFG Nº 064/2008

Goiânia, 04/02/2013

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: Dra. Prof^a. Ana Lúcia Queiroz Bezerra

TÍTULO: Análise das ocorrências de eventos adversos de um Hospital Sentinela da região centro-oeste.

Área Temática: Grupo III

Local de realização: Hospital das Clínicas/UFG

DOCUMENTO(S) ANALISADO(S):

1. Solicitação de autorização, com justificativa, para:
  - a) Ampliação do tempo de execução da pesquisa até o ano de 2016;
  - b) Inclusão das Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família, como campo de pesquisa;
  - c) Inclusão dos seguintes pesquisadores participantes: Professores: Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, Diana Lúcia Moura Pinho, Adriana Inocenti Miasso, Marinésia Aparecida Prado Palos.
  - d) Acadêmicos de Pós-Graduação: Maiana Regina Gomes de Sousa, Juliana Santana de Freitas, Gabriela Camargo, Efraim Carlos Costa, Francino Machado Azevedo Filho.
  - e) Acadêmicos de Graduação: Isadora Alves Moreira, Andressa Luanna Moreira dos Santos, Renata Elias da Silva, Samara Caroline de Avelar, Judite Pereira Rocha, Raquel Rodrigues de Freitas, Quêren de Pádua Braga, Brunã Cortes, Cristiane Chagas Teixeira.

Diante do exposto, comunico-lhes que o Comitê de Ética em Pesquisa HC/UFG, **analisou** e **aprovou** os documentos acima referidos, e estes foram considerados em acordo com os princípios éticos vigentes. Não foram observados óbices éticos na solicitação apresentada e julgamos a justificativa aceitável. Estando, portanto, autorizada as inclusões acima solicitada.

Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEP/HC/UFG

ANEXO 2

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DE UM PROGRAMA INTERATIVO EM SEGURANÇA DO PACIENTE POR MEIO DA TELE-EDUCAÇÃO, NO PROCESSO DE TRABALHO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, VINCULADOS AO

Pesquisador: Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 27168514.2.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 630.266

Data da Relatoria: 03/05/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta às pendências.

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O parecer consubstanciado do CEP de 14/04/2014 destacou que a seguinte pendência não havia sido atendida: "conforme a resolução 466/2012, item V, toda pesquisa envolve riscos em tipos e

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

Bairro: St. Leste Universitário

CEP: 74.605-020

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3269-8338

Fax: (62)3269-8426

E-mail: cephcufig@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO

Continuação do Parecer: 630.266

gradações variadas. Portanto, solicita-se informações sobre os riscos da pesquisa. No novo TCLE apresentado consta a seguinte afirmação: "Riscos: Informo que não haverá riscos decorrentes da sua participação como ônus moral, material ou financeiro, prejuízo, desconforto ou lesões". Segundo o item da resolução citado anteriormente, não existe pesquisa sem riscos, mesmo que estes sejam mínimos, como um desconforto ao responder um questionário." PENDENCIA ATENDIDA.

Considerando que a pendência que faltava ser atendida foi contemplada pela pesquisadora, verifica-se que o projeto se encontra apto a ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Após início, o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, via Plataforma Brasil, relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações. O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO

Continuação do Parecer: 630.266

GOIANIA, 29 de Abril de 2014

Assinador por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br