



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE, COM ÊNFASE EM
TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

GILVÂNIA LIMA NOGUEIRA

SEGURANÇA DO PACIENTE NAS UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO EM SALVADOR, BAHIA, BRASIL

Salvador
2022

GILVÂNIA LIMA NOGUEIRA

**SEGURANÇA DO PACIENTE NAS UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO EM SALVADOR, BAHIA, BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para o Mestrado Profissional com concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, com ênfase em Trabalho e Educação em Saúde, do Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Profa. Dra. Mariluce Karla Bomfim de Souza

Salvador
2022

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

N778 Nogueira, Gilvânia Lima

Segurança do paciente nas unidades de pronto atendimento em
Salvador, Bahia, Brasil/Gilvânia Lima Nogueira. – Salvador, 2022.
87 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mariluce Karla Bomfim de Souza.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto
de Saúde Coletiva/Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.
Inclui referências, anexos e apêndices.

1. Segurança do paciente. 2. Níveis de atenção à saúde. 3. Serviços
de saúde. 4. Assistência ambulatorial. I. Souza, Mariluce Karla Bomfim
de. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 614.3(813.8)



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Gilvânia Lima Nogueira

**SEGURANÇA DO PACIENTE NAS UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO EM SALVADOR, BAHIA, BRASIL.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 02 de maio de 2022

Banca Examinadora:

Mariluce Karla Bomfim de Souza

Profa. Mariluce Karla Bomfim de Souza – ISC/UFBA

Ana Paula Santos de Jesus

Profa. Ana Paula Santos de Jesus– UFRB

Eliana Auxiliadora Magalhães Costa

Profa. Eliana Auxiliadora Magalhães Costa – UNEB

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Profa. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas– ISC/UFBA

Salvador
2022

À minha filha Maria Valentina por ser minha fortaleza. Nada disso teria sentido se você não existisse na minha vida.

Aos meus pais Vanusa e João, por sempre acreditarem em mim, pelo incentivo e apoio.

À minha Irmã, melhor Amiga e Comadre Aline, por sempre estar comigo nos momentos felizes e tristes.

À minha Irmã que Deus me deu, Fernanda, por sempre me ouvir e pelas palavras de incentivo.

À minha Sobrinha do coração, Sarah, filha da Fernanda, que é a luz nas nossas vidas.

Às minhas mães de Salvador, Neidinha (in memoriam) e Rosangela, me motivou a crescer profissionalmente.

Aos profissionais de saúde, principalmente, a Enfermagem, que trabalharam com condições precárias, outras que perderam suas vidas, nesta Pandemia da Covid-19.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me permitir realizar este sonho. Obrigada por me dar forças para superar obstáculos da vida, por Sua eterna compreensão e tolerância e por Seu infinito amor.

Aos meus pais pelo incentivo e cuidar da minha filha para concretizar meu sonho.

À minha filha (princesa e artista), obrigada por existir na minha vida, pela compreensão nas minhas ausências, cuidado durante as crises de dor, admiração e incentivo a estudar.

Às amigas lindas, Aline e Fernanda, de Belo Horizonte pela amizade verdadeira.

À minha orientadora Profa. Dra. Mariluce, pela compreensão, paciência, respeitando meu tempo e limitações devido ao meu processo de adoecimento. Por sempre estar disposta a me ajudar quando não estava bem emocionalmente e fisicamente. Obrigada pelo aprendizado. Obrigada por acreditar em mim e pelos incentivos. Tenho certeza que não chegaria neste ponto sem o seu apoio.

Aos Professores do ISC, obrigada por compartilhar seus conhecimentos, pela dedicação e competência.

À Profa. Carmen Teixeira pelas orientações durante todo meu percurso no mestrado, respeitando os meus limites, enquanto mestranda.

Às minhas colegas dos Núcleos de Segurança do Paciente das UPAS que acreditaram na importância do meu estudo para o trabalho.

Aos meus amigos e minhas amigas da Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas que me apoiaram e incentivaram para meu crescimento profissional.

À Ana, obrigada pelo cuidado para com minha filha nos momentos de estudo.

Aos colegas do mestrado, obrigada pelo carinho, palavras de incentivo e motivação, convívio, amizade e risadas. Agradeço especialmente, a Valéria, que sempre me tratou com muito carinho e zelo.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, obrigada.

“Profissionais de saúde seguros, pacientes seguros”

Dia Mundial da Segurança do Paciente de 2020

RESUMO

A preocupação com a segurança do paciente (SP) deve envolver todos os serviços de saúde que integram as Redes de Atenção à Saúde (RAS). As Unidades de Pronto Atendimento (UPA), enquanto ponto de atenção da RAS são estruturas de complexidade intermediária, devendo funcionar 24h por dia. Este estudo tem por objetivo geral: Analisar as ações/práticas de Segurança do Paciente desenvolvidas em Unidades de Pronto Atendimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. São objetivos específicos: Identificar as práticas de segurança do paciente desenvolvidas nas UPAs; descrever os desafios para a segurança do paciente nas UPAs. Foram considerados critérios de inclusão para as UPAs e aplicado questionário *online* através do *google forms* a sete profissionais de saúde no período de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021, designados aos Núcleos de Segurança do Paciente nas UPAs há mais de seis meses. Também foi realizada análise documental. Os dados coletados foram sistematizados, organizados e processados em matriz e os conteúdos foram analisados através da técnica de análise temática. Todos os aspectos éticos foram respeitados. Os resultados evidenciaram que as UPAs do estudo constituíram os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) por uma equipe multiprofissional, porém a maioria não tinha como membros o médico e o farmacêutico. A maioria dos planos e protocolos de SP foram implantados e implementados através da educação permanente e da promoção da cultura de SP. As UPAs implementaram os protocolos que descrevem ações para a adoção da higienização das mãos, identificação do paciente, flebite, sepse e alergias. As ações do NSP realizadas foram identificação do paciente a beiro leito, ações educativas, cartazes informativos sobre higienização das mãos, relógio de mudança por decúbito, prontuário eletrônico. Devido à pandemia de Covid-19, as ações educativas foram intensificadas, focando em higienização das mãos, Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e controle de infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS). Enquanto desafios destacam-se a necessidade de problematização sobre SP, instrumentalização dos futuros profissionais e oferta de suporte aos núcleos para atuar na promoção da cultura de SP. Este estudo poderá contribuir para estimular gestores e profissionais de saúde a refletirem sobre o tema, trazendo para a pauta de prioridades a segurança e a qualidade do cuidado nos serviços de saúde, e a necessidade de implantar, implementar, monitorar e avaliar as ações de SP.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Níveis de Atenção à Saúde; Serviços de Saúde; Assistência Ambulatorial.

ABSTRACT

The concern with patient safety (SP) must involve all health services that are part of the Health Care Networks (RAS). The Emergency Care Units (UPA), as a point of attention of the RAS, are structures of intermediate complexity, and must operate 24 hours a day. This study has the general objective: To analyze the actions/practices of Patient Safety developed in Emergency Care Units in the city of Salvador, Bahia, Brazil. The specific objectives are: Identify patient safety practices developed in the UPAs; describe the challenges for patient safety in UPAs. Inclusion criteria were considered for the UPAS and an online questionnaire was applied through google forms to seven health professionals from December 2020 to February 2021, assigned to the Patient Safety Centers in the UPAs for more than six months. Documentary analysis was also performed. The collected data were systematized, organized and processed in a matrix and the contents were analyzed using the thematic analysis technique. All ethical aspects were respected. The results showed that the UPAs of the study constituted the Patient Safety Centers (NSP) by a multidisciplinary team, but most did not have the doctor and pharmacist as members. Most of SP's plans and protocols were implemented and implemented through continuing education and the promotion of SP culture. The UPAs implemented protocols that describe actions for the adoption of hand hygiene, patient identification, phlebitis, sepsis and allergies. The NSP actions performed were patient identification at the bedside, educational actions, informative posters on hand hygiene, decubitus change clock, electronic medical records. Due to the Covid-19 pandemic, educational actions were intensified, focusing on hand hygiene, Personal Protective Equipment (PPE) and control of health care-related infections (IRAS). As challenges, the need to problematize SP, instrumentalization of future professionals and offer support to the centers to act in the promotion of SP culture stand out. This study may contribute to encouraging managers and health professionals to reflect on the subject, bringing safety and quality of care in health services to the agenda of priorities, and the need to implement, implement, monitor and evaluate SP actions.

Keywords: Patient safety; Health Care Levels; Health services; Outpatient Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensão da qualidade no cuidado	22
Quadro 2 – Áreas de ação do Programa de Segurança do Paciente da OMS	24
Quadro 3 – Unidades de Pronto Atendimento do Município de Salvador, Bahia, Brasil, 2020.	34
Quadro 4 – Documentos disponibilizados pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) das Unidades de Pronto Atendimento. Salvador, 2020.	36
Quadro 5 - Formação e Composição dos Núcleos de Segurança do Paciente das Unidades de Pronto Atendimento. Salvador, Bahia, 2021.	42
Quadro 6 - Apresentação dos Aspectos do Plano de Segurança do Paciente das Unidades de Pronto Atendimento conforme perguntas do questionário. Salvador, Bahia, 2020-2021	45
Quadro 7– Ações desenvolvidas para a implantação e implementação do Plano de Segurança do Paciente nas Unidades de Pronto Atendimento estudadas. Salvador, Bahia, 2020-2021.	49
Quadro 8 – Fatores que contribuem na execução das ações de segurança do paciente das Unidades de Pronto Atendimento, Salvador, Bahia, 2021.	54
Quadro 9 – Fatores que têm dificultado ou contribuído na implementação das ações de segurança do paciente das Unidades de Pronto Atendimento, Salvador, Bahia, 2021.	56

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo segundo tempo de experiência profissional e na area de atuação, tempo de atuação na UPA, tempo de atuação no Nucleo de Segurança do Paciente e jornada de trabalho. Salvador, Bahia, 2020-2021.	41
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Dez classes de alto nível que constituem a estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente	28
Figura 2 – Localização das Unidades de Pronto Atendimento de acordo com os Distritos Sanitários, Salvador 2020-2021 (n=7).	35

SIGLAS

AB	Atenção Básica
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção
CCIRAS	Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
EA	Eventos Adversos
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
FABAMED	Fundação da Associação Bahiana de Medicina de Pesquisa e Extensão na Área da Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBDAH	Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar
ICPS	Internacional Classification For Patient safety
IGH	Instituto de Gastroenterologia e Hepatologia
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IOM	Institute of Medicine
IPSG	International Patient Safety Goals
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
JCI	Joint Commission International
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
LASA	Look Alike, Sounds Alike
MPP	Medicamentos Potencialmente Perigosos
MRSA	<i>Staphylococcus aureus</i> resistente à meticilina
MS	Ministério da Saúde
NEPA	Núcleo de Epidemiologia
NOTIVISA	Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PGRSS	Plano Gerenciamento de Resíduos nos Serviços de Saúde

PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil
SP	Segurança do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPP	Úlcera por pressão
VIGIPOS	Vigilância pós-uso/pós- comercialização de produtos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	20
2.1.1 Classificação Internacional de Segurança do Paciente (Internacional Classification For Patient safety – ICPS).....	27
2.2 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS	29
3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	33
3.1 TIPO DE ESTUDO	33
3.2 CAMPO E PARTICIPANTES DO ESTUDO	33
3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	36
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	38
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
4.1 ASPECTOS/CARACTERIZAÇÃO NOS NÚCLEOS E PLANOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	40
4.2 AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NAS UPAS.....	48
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICES.....	70
ANEXOS.....	84

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que danos à saúde ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos no mundo. Estudos acerca de óbitos ocasionados por eventos adversos relacionados à Assistência em hospitais dos Estados Unidos da América (EUA) estimaram entre 210.000 e 400.000 óbitos por ano, considerando a terceira causa de morte nos EUA (COUTO *et. al.*, 2018; JAMES, 2013; MAKARY; DANIEL, 2016). No Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, foram divulgados 492 óbitos decorrentes de eventos adversos nos serviços de saúde do Brasil, sendo que 217 foram devido a falhas durante a assistência à saúde (NOTIVISA, 2018).

A Segurança do Paciente é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “redução do risco de danos desnecessários, associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável, diante dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de tratamento ou não tratamento, garantindo os melhores resultados possíveis ao paciente” (WHO, 2009, p. 14-15. Tradução própria).

A preocupação com a segurança do paciente no cenário mundial foi caracterizada pelo elevado número de ocorrências de eventos adversos, evidenciados no estudo da Prática Médica de Harvard em 1991. Este estudo realizado em hospitais do estado de Nova York, mostrou como resultado, a incidência de 3,7% dos pacientes hospitalizados sofreram eventos adversos, sendo que, dois terços seriam evitáveis e 14% fatais (BRENNAN *et al.*, 1991; REIS, MARTINS & LAGUARDIA, 2013). No Brasil, estudo realizado em hospitais apontaram a incidência de 10,1% de eventos adversos, sendo que 69,2% poderiam ter sido evitados (MENDES, 2007).

O marco importante para segurança do paciente foi a publicação do relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (IOM) salientando a complexidade da assistência à saúde e a susceptibilidade em cometer erros, propondo mudanças nas organizações para melhoria da qualidade no cuidado de saúde (TRAVASSOS, MARTINS & CALDAS *et. al.*, 2014).

No Brasil, em 1990, surgiram as primeiras ações visando a qualidade e segurança em saúde, por meio da acreditação e da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2014). A ANVISA, criada pela Lei nº 9782 de 26 de 1999, constitui autarquia vinculada ao Ministério da Saúde com a finalidade de proteger e promover a saúde da população, mediante a intervenção nos riscos decorrentes da produção e do uso de

produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária (BRASIL, 1999).

Segundo Hinrichen (2012) a acreditação é um processo de avaliação, de caráter voluntário dos serviços de saúde, onde os estabelecimentos de saúde comprometem na melhoria da qualidade da assistência prestada, segurança do paciente e do ambiente. No Brasil existem instituições atuando como acreditadoras, por exemplo, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), a *Joint Commission International*, representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação e *Canadian Council on Healthcare Services Accreditation*, representada pelo Instituto Qualisa de Gestão (BRASIL, 2014).

Em 2002, a ANVISA implantou o projeto da Rede Sentinela no intuito de monitorar a fabricação e uso de diversos produtos, trabalhando com gerenciamento de riscos sobre três pilares: busca ativa, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde. Foi, inicialmente, voltado para os hospitais de média e alta complexidade que tivessem capacidade de desenvolver atividades para fortalecer a cultura de vigilância pós-uso/pós-comercialização de produtos sob vigilância sanitária (Vigipós) (MELO, 2018; ANVISA, 2006; ANVISA 2011; ANVISA 2014).

A Rede Sentinela foi a base para a implantação da gestão risco nas instituições de saúde, incentivando a cultura de notificação e melhoria da qualidade nos serviços de saúde (MACEDO, BOHOMOL, 2019). A Gestão de risco é compreendida como aplicação de políticas de segurança e estratégias de ações para identificar, comunicar, analisar, minimizar e controlar os riscos e eventos adversos que possam atingir o paciente, profissional, meio ambiente e a instituição (ANVISA, 2013; BRASIL, 2014).

Outras iniciativas ocorreram no País como, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), entidade criada em 2008, firmada com o compromisso de disseminar e fortalecer a cultura de segurança do paciente nas organizações de Saúde, escolas, universidades, organizações governamentais, usuários e familiares, também, criar Polos Regionais (BRASIL, 2014).

Em 2009, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) criou o Portal Proqualis, financiado pelo Ministério da Saúde, que contribui na produção e disseminação das informações atualizadas e tecnologias em qualidade e segurança do paciente (MILAGRES, 2015).

Em relação às normativas publicadas pela Anvisa no que tange a segurança nos serviços de saúde, ressalta-se a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, de 28 de novembro de 2011, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, definindo padrões mínimos para o funcionamento destes serviços, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão e na redução e controle

de riscos aos usuários e meio ambiente (ANVISA, 2011).

Entretanto, foi no ano de 2013, em abril, que foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pela Portaria nº 529, cujo objetivo geral é colaborar na melhoria da qualidade e segurança do cuidado nos serviços de saúde. Enquanto objetivos específicos são definidos apoiar e incentivar a implantação e implementação dos Núcleos de Segurança do Paciente e de suas ações nos serviços de saúde, melhorar a divulgação das informações sobre segurança do paciente para a comunidade e incentivar inserção e produção de pesquisas nos cursos na área da saúde. O PNSP tem quatro eixos, quais sejam: “o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema” (BRASIL, 2013, p.13).

O PNSP propõe a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), os quais são objeto da Portaria nº 529/2013 e da RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Caracterizam-se como instâncias que devem ser criadas, obrigatoriamente, em todos os serviços de saúde de gestão pública, privada, filantrópica e de ensino, com a finalidade de elaborar, implantar e executar as ações do plano de segurança do paciente (ANVISA, 2013; ANVISA, 2016).

No mesmo ano de publicação da PNSP, o Ministério da Saúde publicou os seis protocolos básicos de segurança do paciente, definidos pela OMS, tais como: higienização das mãos; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; prevenção de quedas e úlceras por pressão e cirurgia. Tais protocolos são fundamentais enquanto instrumentos para construir uma prática assistencial segura, promovem a melhoria da comunicação e a vivência do trabalho em equipe e utilizadas como ferramentas para o gerenciamento de riscos (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013; ANVISA, 2016).

O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente no Brasil depende do conhecimento e do cumprimento das normatizações que são estabelecidas para o funcionamento dos estabelecimentos de Saúde, através da elaboração de planos locais de qualidade e segurança do paciente, com ações monitoradas por indicadores, geridos por núcleos e utilizando protocolos e diretrizes clínicas (BRASIL, 2014).

Em 2015, no intuito de fortalecer a vigilância e monitoramento dos incidentes relacionados à assistência, a Anvisa publicou Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente, a fim de melhorar os processos de monitoramento e investigação de eventos adversos (EA) relacionados a assistência à saúde, identificando atores responsáveis, de acordo com a etapa da gestão do risco (ANVISA, 2015).

Em 2018 foram registrados 103.275 notificações de incidentes no Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (SNVS/Notivisa), sendo que 2.077 foram decorrentes de serviços exclusivos de urgência/emergência (ex. UPA) (NOTIVISA, 2018). Já em 2021, os dados apontaram crescimento no número de notificações, maior no mês de agosto e dezembro, foram 20.741 incidentes notificados (NOTIVISA, 2021).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que são pontos de saúde de complexidade intermediária entre a atenção primária e a rede hospitalar, caracterizados por ambiente crítico, processo de trabalho ininterrupto, inúmeros procedimentos e sobrecarga de trabalho que comprometem a qualidade da assistência prestada. A etapa inicial do atendimento na UPA é o acolhimento com classificação de risco, que inclui a confirmação dos dados de identificação do paciente para evitar acometer danos evitáveis em todo atendimento prestado (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011).

A UPA é também caracterizada por alta rotatividade de pacientes e muitas vezes, sem previsão da demanda, poucos profissionais, ambiente favorável para ocorrência de EA, e sua maioria relacionados a medicamentos (OLIVEIRA, CAMARGO, CASSIANI, 2005). Segundo o estudo de Santos (2016, p. 52), os principais riscos que os pacientes são expostos na UPA são: “falhas na identificação do paciente, no processo de terapia medicamentosa, quedas durante a prestação do cuidado, riscos e ocorrências relacionados a Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS)”.

Em revisão¹ do estado da arte sobre Segurança do Paciente, e, em particular sobre possíveis estudos que abordam o tema nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), foram selecionados 142 estudos, dentre os quais, 32 (22,5%) artigos, abordam sobre APS, 7 (4,9%) artigos na Atenção Especializada, e, na Atenção Terciária foram 96 (67,6%) artigos e 7 (4,9%) teses. Destaca-se o estudo (PAIXÃO *et al.* 2018) relacionado às Unidades de Pronto Atendimento, teve como objetivo investigar o cumprimento dos protocolos nacionais de segurança do paciente em Unidades de Pronto Atendimento paranaenses. Portanto, evidencia-se lacuna de produção sobre Segurança do Paciente em Unidades de Pronto Atendimento, justificando, portanto, a importância para o desenvolvimento de estudos sobre Segurança do Paciente nas UPAs.

O interesse pelo tema segurança do paciente surgiu a partir de questionamentos durante a graduação em enfermagem, sobre aspectos relacionados aos procedimentos para controle de infecção nos serviços de saúde. Em 2013, a experiência na realização de diagnóstico situacional da Central de Material e Esterilização, Higienização nos Serviços de

Saúde, Rouparia e Plano de Gerenciamento de Resíduos nos Serviços de Saúde (PGRSS), o acompanhamento do processo de implantação do Serviço de Controle de IRAS em uma Unidade de Pronto Atendimento de atuação e o convite para composição na Comissão de Higienização nos Serviços de Saúde e Gerenciamento de RSS, onde foi elaborado o PGRSS para toda Rede Municipal, permitiram vários aprendizados e questionamentos.

Recentemente, quando membro do Núcleo de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) e Segurança do Paciente no Município de Salvador, surgiram questões que nortearam o desenvolvimento deste estudo: Quais práticas/ações de segurança têm sido desenvolvidas nas Unidades de Pronto Atendimento? Quais os desafios para a segurança do paciente nas UPAs?

Assim, delinea-se como objetivos deste estudo: Analisar as ações/práticas de Segurança do Paciente desenvolvidas em Unidades de Pronto Atendimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. São objetivos específicos: Identificar as práticas de segurança do paciente desenvolvidas nas UPAs; descrever os desafios para a segurança do paciente nas UPAs.

Assim, diante da necessidade de dar visibilidade e importância ao tema de segurança do paciente, assim como, a implantação do NSP e implementação das ações do Plano de Segurança do Paciente nas UPAs, este estudo acrescenta conhecimento aos gestores e profissionais de saúde acerca das práticas de segurança do paciente para a redução dos riscos e danos relacionados à assistência.

¹ Para a revisão do estado da arte sobre Segurança do Paciente, e, em particular possíveis estudos que abordam o tema nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), foram utilizados os seguintes descritores: segurança do paciente, serviços de saúde, atenção primária, atenção secundária, atenção especializada, atenção terciária, hospitais, emergency medical services e Emergency Service. Aplicaram-se critérios de inclusão, a saber: artigos, teses e dissertações (exclusivamente, na fonte de periódicos da Capes); período de 2013 a 2019; publicados nos idiomas português, inglês e espanhol; resumos disponíveis; abordagem segurança do paciente nos serviços de saúde. Quanto aos critérios de exclusão foram adotados: artigos duplicados; indisponíveis na íntegra; outras produções que não artigos (Ex: relato de experiência, estudos de caso, editorial, livro, capítulos de livros, manuais e recursos textuais), revisão bibliográfica e narrativa, fora do recorte temporal (2013-2019) e não respondem à pergunta da pesquisa. Foram encontradas 2.931 produções, dentre artigos e teses, nas bases de dados Scielo, Lilacs, Medline, PubMed e Periódicos da Capes. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão no total dos 2.931, foram selecionadas 142 produções, sendo 135 artigos e 7 teses publicados no período de 2013 à 2019. A seleção dos 142 estudos foi classificada de acordo com os níveis de atenção à saúde e, segundo categorias temáticas definidas a partir dos estudos selecionados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

Desde Hipócrates (460 a 370a.C.), contexto em que não existia assistência especializada e tecnologias modernas, admitia-se que as ações assistenciais são passíveis de erro. Em seu juramento, o pai da Medicina, escreveu “*nunca causarei dano a ninguém*”, criando o postulado “*Primum non nocere*”, cuja tradução significa “*primeiro não causar dano*” (BUENO e FASSARELLA,2012).

A constatação de que os resultados do cuidado na condição de saúde do paciente estão associados ao processo, assim como a fatores contextuais, não é recente. Contribuições históricas podem ser referidas, por exemplo, em 1855, durante a guerra de Criméia, a enfermeira Florence Nightingale, observou que a mortalidade no hospital devido a complicações patológicas evitáveis estava maior do que as que aconteciam em campo de batalha, e por isso, propôs mudanças organizacionais e na higiene dos hospitais, o que levou a expressiva redução no número de óbitos dos pacientes internados; ainda contribuiu para a criação das primeiras medidas de desempenho hospitalar (NIGHTINGALE, 1989; ANVISA, 2017; ARAUJO, 2016).

Outras contribuições para uma assistência de qualidade e segurança foram conferidas ao obstetra húngaro, Ignaz Phillip Semmelweis, médico da maternidade do Hospital Escola Allgemeine Krankenhaus de Viena, pelas suas observações às taxas de mortalidade pós-parto que mostravam maiores pelos partos realizados por médicos ou estudantes de medicina do que aqueles realizados pelas parteiras, pois aqueles realizavam a manipulação de cadáveres antes dos partos. Tal situação revelou a importância da higienização das mãos para prevenção e controle das infecções. (ZAMBON,2014).

Em 1918, o cirurgião Ernest Amory Codman, defendia a ideia do Resultado Final, que para prevenir ocorrência de uma falha semelhante no futuro, o hospital precisa analisar a eficácia e o tempo do tratamento de cada paciente. Se o tempo não fosse suficiente para o tratamento ser bem sucedido, seria necessário investigar as causas. Codman, acompanhou 337 pacientes em seu hospital, e constatou a ocorrência de 123 erros relacionados à assistência, e seus resultados foram divididos por grupos identificados como: “erros devido à falta de conhecimento ou habilidade”; “julgamento cirúrgico”; “falta de cuidados ou equipamentos” e “falta de habilidade diagnóstica”, objetivando melhorar a qualidade dos cuidados em saúde e

da Medicina (DONABEDIAN, 1989, p. 239, tradução própria).

Em 1990, James Reason, psicólogo britânico, publicou o livro intitulado *Human Error*, abordando a segurança do paciente e definindo “erro como a incapacidade de uma ação planejada ser concluída, entendida ou um erro de planejamento para atingir o objetivo” (REASON, 2009, apud MILAGRES, 2015, p. 17). Após estudar várias causas de desastres, ele propôs o Modelo do Queijo Suíço para explicar a ocorrência de falhas do sistema, colocando um erro ativo como resultado de uma sequência alinhada de erros latentes, caracterizados pelos orifícios das fatias do queijo. Reason entende que é necessário diminuir os orifícios do queijo e criar camadas sobrepostas (barreiras), impedindo o realinhamento dos buracos, e assim, evitando a ocorrência do erro (REASON, 2009; REASON, 2000; WACHTER, 2013; GOMES et al., 2016).

Correlacionando o Modelo do Queijo Suíço e as instituições de saúde, as falhas ativas referem-se aos cuidados prestados aos pacientes, enquanto as falhas latentes são, por exemplo, a carga de trabalho excessiva e estressante, falta de manutenção preventiva dos equipamentos e ausência de protocolos. As barreiras podem ser o treinamento dos profissionais, o uso de protocolos clínicos, implementação do *checklist* cirúrgico, ações para melhorar a adesão da higienização das mãos, dose unitária de medicamentos, dentre outros (MILAGRES, 2015).

O grande marco histórico da segurança do paciente foi a publicação do relatório “*To error is human: building a safer healthcare system*” (Errar é humano: construindo um Sistema de Saúde mais seguro) pelo *Institute of Medicine* (IOM), no ano 2000, destacando os erros evitáveis provenientes dos cuidados de saúde e a importância da redução dos mesmos. De acordo com o IOM, os óbitos por evento adverso (EA) estão na lista das principais causas de morte nos Estados Unidos. Assim como, alertou para os graves prejuízos financeiros decorrentes de EA, estimando em torno de 17 a 29 bilhões de dólares anuais. O relatório ainda cita a importância do fortalecimento da cultura de segurança em nível organizacional como medida primordial para o processo para melhoria da segurança do paciente nos hospitais (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000; BRASIL, 2017).

A partir da publicação do relatório, as organizações de saúde foram estimuladas a implementar iniciativas para melhorar o cuidado de saúde prestado, fundamentadas por quatro importantes afirmações: o problema dos danos causados por EA é grave; o principal problema está em sistema falhos e não em falhas de pessoas; é necessário redesenhar os sistemas; e a segurança do paciente deve se tornar uma prioridade nacional (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000).

O segundo relatório do IOM, considerado mais amplo, foi intitulado “Cruzando abismo da qualidade: um novo sistema para o século XXI”, publicado em 2001, destacou as seis dimensões da qualidade segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade (Quadro 1) (SOUSA, MENDES, 2014) e aborda como o sistema de atenção à saúde pode ser planejado para inovar e melhorar o cuidado (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

No Brasil, em 2006, o Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (Proadess) foi criado após a divulgação do “Relatório Mundial de Saúde”(World Health Report) e desenvolvido por um grupo de pesquisadores de sete instituições acadêmicas brasileiras, cujo objetivo foi propor uma metodologia de avaliação de desempenho para o País, ao que a segurança foi considerada como um atributo do cuidado em saúde com qualidade e apresentou definições e indicadores para cada dimensão (efetividade; acesso; eficiência; respeito aos direitos das pessoas; aceitabilidade; continuidade; adequação e segurança) (PROADESS, 2020; BRASIL, 2017).

Quadro 1- Dimensões da qualidade no cuidado

Atributos/Dimensões	Definição
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Segurança	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo o desperdício associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, assegurando que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socio econômica.

Fonte: Adaptado de Sousa e Mendes, 2014, p. 31.

Em 2003, o IOM publicou o relatório “Áreas prioritárias para Ação Nacional: Transformando a Qualidade da Assistência à Saúde”, destacando 20 áreas de atenção prioritária para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, entre elas, a de controle e prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS). Em 2004, o *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* lançou a Campanha das 100.000 vidas nos EUA com

duração de 18 meses (janeiro de 2005 a junho de 2006), no intuito de estimular a adesão de seis práticas de segurança do paciente nos hospitais, a maioria visando a redução do risco de prevenção das IRAS, tais quais (IHI, 2004, p.2):

1. Implementar equipes de resposta rápida ao primeiro sinal de declínio do paciente;
2. Cuidado baseado em evidência para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM);
3. Prevenir eventos adversos a medicamentos;
4. Prevenir infecções da corrente sanguínea, sanguínea de cateter central;
5. Prevenir infecções do sítio cirúrgico;
6. Prevenir Pneumonia associada à Ventilação Mecânica.

A outra Campanha lançada pelo IHI -“Salve 5 milhões de vidas” - objetivou evitar casos de erros médicos no período de dois anos, adotando as seguintes medidas para reduzir as mortes e danos: prevenção de úlceras por pressão; redução de infecção por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA); prevenção de danos de Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPPs), como anticoagulantes, sedativos, narcóticos e insulinas; redução das complicações cirúrgicas; cuidado baseado em evidência para insuficiência cardíaca (IHI, 2004; IHI, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente na 57ª Assembleia Mundial da Saúde em 2004 para promover uma cultura de segurança nos sistemas de saúde e desenvolver mecanismos para melhorar a segurança do paciente (BRASIL, 2017). Os Estados Membros foram estimulados para o compromisso de desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente, incluindo o Brasil (CAPUCHO, CASSIANI, 2013).

Como parte dessa Aliança Mundial para a segurança do paciente é o Desafio Global, que lança a cada período, um tema prioritário e ações para diminuição de risco do dano evitável ao paciente, no intuito da adoção dos mesmos pelos Estados Membros da OMS. Os Desafios Globais já lançados se encontram descritos na Área de Ação 1, entre as 13 Áreas de Ação do Programa Segurança do Paciente, descritos no Quadro 2.

Em 2005, a OMS em parceria com Joint Commission International (JCI) lançaram as seis metas internacionais para a segurança do paciente (*International Patient Safety Goals – IPSG*), a saber: identificar paciente corretamente; melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correta, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas. O objetivo das metas é evitar danos ao paciente, assim, reduzindo as consequências

negativas de um atendimento realizado de forma insegura (TOMAZONI, 2013; GOMES, 2008; JCI, 2006).

Quadro 2 - Áreas de ação do Programa de Segurança do Paciente da OMS

Área de ação 1	O Desafio Global para a Segurança do Paciente pressupõe comprometimento e ações em segurança do paciente para minimização de risco em todos os países. Primeiro Desafio Global (2005): “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”. O propósito era promover a higienização das mãos como método efetivo para a prevenção das infecções. Segundo Desafio Global (2007): “Cirurgias Seguras salvam Vidas”. Terceiro Desafio Global (2017): “Uso Seguro de Medicamentos (<i>Medication without harm</i>)” teve como foco promover mudanças para reduzir os erros de medicação que são evitáveis e, em sua maioria, provocados por falhas nos processos de cuidado.
Área de ação 2	Pacientes pela Segurança do Paciente asseguram que a voz do paciente esteja no centro do movimento pela saúde do paciente em todo o mundo.
Área de ação 3	Pesquisa em Segurança do Paciente envolve pesquisas internacionais para o conhecimento da natureza do dano ao paciente e desenvolvimento de ferramentas de prevenção.
Área de ação 4	Taxonomia/Classificação Internacional para Segurança do Paciente desenvolve um sistema internacionalmente aceito de classificação da informação em segurança do paciente, promovendo efetivo aprendizado global.
Área de ação 5	Relato e Aprendizagem promovem ferramentas valiosas de notificação, análise, investigação e abordagens que identificam fontes e causas de riscos, propiciando a realização de ações de aprendizado e prevenção de eventos adversos
Área de ação 6	Soluções para Segurança do Paciente tratam de intervenções e ações práticas para prevenção de dano ao paciente. A OMS designou a <i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i> (JCAHO), líder em segurança do paciente e na certificação de qualidade em serviços de saúde.
Área de ação 7	High 5S difunde boas práticas para a mudança organizacional, clínica e de equipe, como: cuidados no preparo de soluções concentradas de eletrólitos; controle da medicação nas transições de cuidado; realização de procedimentos corretos nos sítios corretos; prevenção de falhas de comunicação durante a passagem de plantão; prevenção e redução de Infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS).
Área de ação 8	Tecnologia para Segurança do Paciente foca na utilização de novas tecnologias para promoção da segurança do paciente.
Área de ação 9	Gerenciando conhecimento irá reunir e compartilhar conhecimentos sobre a evolução mundial da segurança do paciente.

Área de ação 10	Eliminando infecção da corrente sanguínea associada a cateter central concentrará esforços mundiais para ações de prevenção, controle e eliminação deste tipo de infecção em serviços de saúde.
Área de ação 11	Educação para cuidado seguro desenvolve guias curriculares para estudantes da área da saúde, voltados para a segurança do paciente.
Área de ação 12	Prêmio de segurança envolverá prêmios internacionais de excelência no campo da segurança do paciente, impulsionando mudança e melhoria nesta área.
Área de ação 13	<i>Check-lists</i> para a área da saúde vêm desenvolvendo outras listas de verificação de segurança em serviços de saúde, após averiguação do sucesso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na diminuição da morbidade e mortalidade de pacientes, tais como: <i>check-lists</i> para Influenza A (H1N1), parto seguro e segurança do recém-nascido.

Fonte: ANVISA, 2017, p. 93.

Em 2007, a OMS, publicou as “Nove soluções para a Segurança do Paciente” que pretendia ser um apoio para a sistematização de medidas preventivas e a implementação de políticas em áreas identificadas como problemáticas na segurança do paciente, tais como:

Gestão de medicamentos de aspecto e nome semelhante (medicamentos LASA – “*Look Alike, Sounds Alike*”); Identificação do paciente; Comunicação durante e transição de cuidados; Realização do procedimento correto no local correto; Controle das soluções concentradas eletrólitos; Conciliação medicamentosa; Evitar erros nas conexões de cateteres e tubos; Uso único de dispositivos injetáveis; Melhorar a higiene das mãos para prevenir infecções associadas aos cuidados de saúde (WHO, 2007, p. 3, tradução própria).

A Anvisa publicou em 2013, a RDC nº 36, onde define as ações de notificação e monitoramento de EA relacionados tanto aos produtos quanto às falhas nos processos de cuidados, permitindo a ampliação e a articulação do escopo de notificações de eventos adversos no País (ANVISA, 2013).

A notificação é uma ferramenta reativa para a gestão do risco, então, deve ser utilizada tanto nos serviços de Saúde quanto das instâncias de Gestão do SUS. Os dados notificados podem gerar informações importantes para que os gestores, profissionais e pesquisadores conheçam as características dos EAs evitáveis e identificar padrões e tendências sobre a segurança do paciente, priorizando a aprendizagem contínua e a indução do enfrentamento dos problemas identificados e adoção de ações de acordo com o risco (BRASIL, 2014; MILAGRES, 2015).

Consta no Manual de Implantação do NSP em Serviços de Saúde, elaborado e publicado pela Anvisa em 2016, que a RDC nº 36/2013 também destaca a obrigatoriedade da constituição do NSP e define como uma instância que deve ser instituída nos

estabelecimentos de saúde, não apenas no nível de atenção terciária, mas, primária e especializada, para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente para melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, promoção da cultura de segurança, articulação e integração dos processos de gestão de risco e garantia das boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde. Assim, este manual busca divulgar informações para implantação dos NSP, como também, instrumentalizar os membros da equipe na implementação de ações e estratégias para minimizar os riscos, incorporar as práticas de segurança do paciente e melhorar a qualidade da assistência prestada (ANVISA, 2016).

O NSP é responsável pela elaboração e implementação do Plano de Segurança do Paciente, definido como documento que descreve as ações e estratégias de acordo com as situações de riscos mais importantes, visando prevenir incidentes, melhorar a qualidade da assistência prestada e promover a cultura de segurança do paciente (ANVISA, 2016).

A cultura de segurança é definida segundo a RDC nº 36/2013 como “conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”. Caracteriza-se pela sua importância e transversalidade nos eixos do PNSP, por esta razão, foram descritos na Portaria nº 529/2013 as características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização, tais como (BRASIL, 2013; ANVISA, 2016, p. 31):

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

O conceito de que o trabalhador da Saúde não erra está enraizado na sociedade e entre os profissionais da Saúde. Desde a graduação ou curso técnico, tem-se uma noção equivocada que somente os bons profissionais não erram ou aqueles dedicados, estudiosos e atenciosos são mais difíceis que cometerem um erro. A equipe de saúde tem enorme

responsabilidade na prevenção das complicações ocasionadas por eventos adversos na prática assistencial, que fazem parte do cotidiano da área da saúde. Contudo, os profissionais da saúde ainda são pouco instrumentalizados na sua formação para lidar com os erros, principalmente, porque esses são associados a sentimentos de incapacidade, culpa, vergonha e limitado conhecimento científico (WEGNER *et al*, 2016).

Segundo Franco (2005, p.132, tradução do autor), a “cultura presente em algumas instituições de saúde é punitiva, que se baseia na culpa e no castigo ao profissional quando comete um erro, gerando mais danos do que benefícios”. Reforça-se que a ação mais lógica e necessária para uma organização de saúde pode ser dirigida para a criação de uma cultura institucional educativa e não punitiva baseada no diálogo e no aprendizado, tendo como ponto de partida o relatório e análise de erros e eventos adversos.

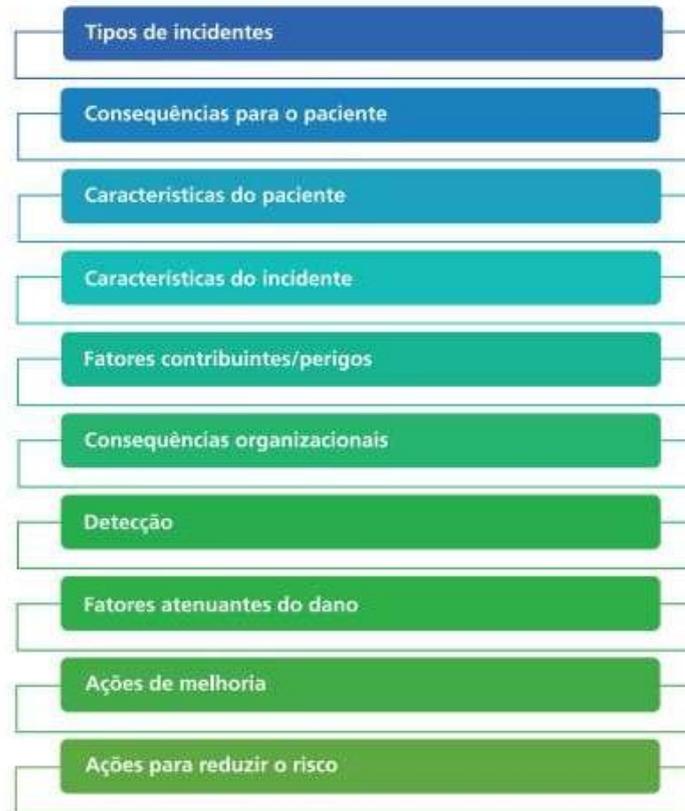
A segurança do paciente necessita ser problematizada e discutida de forma responsável e comprometida, em diferentes áreas da atenção, organização e gestão dos serviços de saúde para a prevenção de eventos adversos e desenvolvimento da cultura da segurança do paciente.

2.1.1 Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*Internacional Classification For Patient safety – ICPS*)

Com o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2004, um grupo de trabalho com especialistas nas áreas da segurança do paciente, teoria da classificação, informática na saúde, direito do consumidor/paciente, legislação e medicina, coordenado por William Ruciman, desenvolveram a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*Internacional Classification for Patient Safety– ICPS*) (WHO, 2009).

A ICPS é dinâmica e deverá sofrer revisões futuras, por esta razão é necessário conhecer as dez classes que compõem esta classificação (WHO, 2009), conforme apresentado na figura a seguir:

Figura 1: Dez classes de alto nível que constituem a estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente



Fonte: Mendes, 2014, p. 60.

Os principais conceitos, suas definições e termos estão descritos a seguir (WHO, 2009, p.102-149):

Incidente: é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Os incidentes são classificados como: *near miss* (quase evento), incidente sem danos e incidente com dano (evento adverso), como demonstrados na Figura 2. Os tipos de incidentes são categorias que agrupamos incidentes de mesma natureza, como, por exemplo: processo ou procedimento clínico; documentação; IRAS; medicação/fluidos IV; sangue e produtos sanguíneos; nutrição; oxigênio, gás e vapores; dispositivos e equipamentos médicos; comportamento; pacientes; infraestrutura e recursos/administração;

Erro: é uma falha em executar uma ação planejada ou aplicação de um plano incorreto. Pode ocorrer por fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou de execução. Os erros são, por definição, não intencionais;

Dano: dano da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério, podendo resultar em uma doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte. O dano pode, assim, ser físico, social ou psicológico. Doença é uma disfunção fisiológica ou psicológica. Lesão é o dano dos tecidos causado por um agente ou evento e Sofrimento é experimentar qualquer desconforto subjetivo. Sofrimento inclui dor, mal-estar, náusea, depressão, agitação, alarme, medo e tristeza. Incapacidade implica qualquer tipo de diminuição da estrutura ou função corporal, limitação da atividade e/ou restrição da participação na sociedade, associada a dano passado ou presente;

Detecção: é definida como uma ação ou circunstância que resulta na descoberta de um incidente. Por exemplo, um incidente pode ser descoberto por uma alteração do estado do paciente, ou através de um monitor, alarme, auditoria, revisão, ou avaliação de riscos. Fatores contribuintes de um incidente são as circunstâncias, as ações ou as influências associadas à origem, ao desenvolvimento ou ao aumento do risco de sua ocorrência. Estes devem ser conhecidos pela organização de modo a orientar o desenvolvimento de ações preventivas. Podem ser: externos ao serviço; organizacionais; estar relacionados ao staff ou a algum fator do paciente;

Fator de mitigação: é a ação ou circunstância que objetiva prevenir ou moderar a progressão de um incidente. Em conjunto, a detecção e a mitigação do dano podem impedir a progressão de um incidente e que ele atinja e/ou prejudique o paciente. Os fatores de mitigação podem estar voltados para o paciente (tratamento, pedido de desculpas), o *staff* (reunião com o *staff* e trabalho em equipe), a organização (disponibilidade de protocolos) ou a um agente (correção do erro de um agente terapêutico) (WHO, 2009, p.102- 149, tradução própria).

O entendimento dos fatores associados à ocorrência de incidentes orienta a elaboração de ações para redução do risco, aumentando a segurança do paciente. A resposta da organização ao incidente inclui medidas para a situação específica com consequente aprendizado que leva a mudanças no sistema num movimento de melhoria contínua da qualidade (BRASIL, 2017).

2.2 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) contém serviços integrados de saúde, definindo-a como: “a gestão e a oferta de serviços e saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (WHO, 2008b, p.01, tradução própria). Para o Ministério da Saúde, as redes constituem-se como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2017, p 78).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é caracterizada por promover a integração entre os pontos de atenção com a Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com as necessidades de saúde do território e os princípios do SUS. São exemplos de pontos de atenção, as unidades de saúde especializadas, serviço de hemoterapia e hematologia, centro de especialidades odontológicas, centro de atenção psicossocial, Unidades de Pronto Atendimento, maternidade, unidades de terapia intensiva, hospital dia, entre outros (MENDES, 2011).

Em relação à rede assistencial é necessária uma integração entre a atenção primária, secundária¹ e terciária, a partir de fluxos de referência e contrareferência, a fim de resolver os problemas de saúde que não foram resolvidos no nível de atenção básica ou atenção primária, garantindo a continuidade do cuidado. Esses fluxos foram organizados através de centrais de regulação e de marcação de consultas e procedimentos especializados (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Para Randow *et al* (2011), a articulação entre as unidades de saúde da APS e as unidades de pronto atendimento (UPA) é um dos grandes desafios do sistema de saúde. Existe uma alta demanda nas UPAs, justificado pela dificuldade de acessibilidade na atenção primária e satisfação das necessidades do usuário pelos recursos, como consultas, exames laboratoriais, radiológicos, administração de medicamentos em qualquer localização geográfica do serviço (GOMIDE, PINTO e FIGUEIREDO, 2012).

Em 2011, o Ministério da Saúde reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011, com a finalidade de articulação e integração dos equipamentos de saúde para ampliar, qualificar e agilizar o acesso aos usuários que necessitam de atendimento de urgência e emergência nos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h); Hospitalar; Atendimento Domiciliar (BRASIL, 2011).

A UPA é o “estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências” (BRASIL, 2011, p.5). A UPA deve funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, prestando atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, cirúrgica ou de trauma, de acordo com as determinações das Portarias Ministeriais nº 2.048 de 05/11/2002 e

¹Atenção Primária definida como “(...) um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltados para promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2006a, p.10). É caracterizada por ações de saúde de baixa densidade tecnológica com a finalidade de resolver os problemas mais acometidos da população (PINTO *et. al.*, 2019). Atenção Secundária ou especializada caracteriza-se por serviços de saúde a nível ambulatorial e hospitalar de “densidade tecnológica intermediária entre os níveis de atenção primária e terciária” (BRASIL, 2010, p.08), assim, compõem esse nível de atenção, os seguintes serviços: atendimentos médicos especializados, de apoio e diagnóstico e atendimento de urgência e emergência (ERDMANN *et.al.*, 2013; SOLLA e CHIORO, 2012).

2.648 de 07/11/2011 que regem a urgência e emergência Pré-hospitalar fixa (APH fixa) (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011).

As UPAs 24h são classificadas em Portes I, II e III de acordo a capacidade física instalada, o número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar os atendimentos médicos, conforme Portaria nº 342, de 4 de março de 2013 (BRASIL, 2013).

As competências atribuídas às UPAs dentro da rede de atenção às urgências são:

Acolher sempre as demandas por atendimento; articular-se com a rede em fluxos de referência e contrarreferência por meio da Central de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região; prestar atendimento qualificado e resolutivo a quadros clínicos agudos ou crônicos agudizados; prestar primeiro atendimento aos quadros cirúrgicos e de trauma; fornecer retaguarda às urgências atendidas na Atenção Básica (AB); funcionar com o local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU; realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade; realizar procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade; prestar apoio diagnóstico e terapêutico 24h por dia, 7 dias por semana; manter em observação clínica por até 24h para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica; encaminhar para internação em hospitais, por meio da Regulação, pacientes com quadros não resolvidos após 24h; referenciar e contrareferenciar adequadamente para rede; solicitar retaguarda técnica ao SAMU sempre que necessário (BRASIL, 2017, p.2).

O atendimento nas UPAS é realizado através de acolhimento com classificação de risco caracterizado pelo processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo como potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2017). O acolhimento com classificação de risco é uma atividade privativa do enfermeiro e deverá ter curso de capacitação específico para o Protocolo adotado pelo serviço de saúde (BRASIL, 2009; COFEN, 2021).

A equipe assistencial que atua na UPA é formada pelo coordenador ou gerente, médico clínico geral, médico pediatra, enfermeiro, técnico/ auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo e, quando houver laboratório na unidade, também deverão contar com bioquímico, técnico de laboratório e auxiliar de laboratório (OLIVEIRA *et. al*, 2015).

Na perspectiva da Política Nacional de Atenção às Urgências, publicada conforme Portaria nº 1600 (BRASIL, 2011), a UPA pode ser considerada como um ponto estratégico para monitorar e avaliar o funcionamento da Rede, destacando a Atenção Primária. Todavia, os atendimentos realizados nas UPAS não garantem a resolubilidade, devido à ineficiência de estratégias e fluxos para garantir ao paciente a continuidade da assistência em outro nível de atenção na RAS. É necessária a articulação para integrar os níveis de atenção como estratégia

para assegurar atendimento integral e resolutivo às necessidades de saúde dos usuários do SUS (RANDOW *et.al.*, 2011).

O serviço de emergência como as UPAS, possuem fragilidades no processo de trabalho favorecendo para ocorrências de EA, devido a alta demanda de atendimentos, rotatividade e complexidade dos pacientes, sobrecarga de trabalho, ruídos e múltiplas interrupções durante a assistência, fatores que comprometem a segurança do paciente (SIQUEIRA *et. al.*; 2021; PAIXÃO *et. al.*, 2018). Percebe-se a necessidade de implantação dos protocolos de segurança do paciente através de adoção de medidas de acordo com as características dessas Unidades, assim, reduzir os riscos e melhorar a qualidade da assistência prestada (PAIXÃO *et. al.*, 2018).

3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa caracteriza-se pela natureza descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa é “capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas” (MINAYO, 2014, p.22).

3.2 CAMPO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O município de Salvador ocupa uma extensão territorial de 692,8km² (IBGE,2015), possui uma população estimada em torno de 2.938.092 habitantes (IBGE,2016) com uma densidade demográfica de 3.859,4 hab/km² (IBGE,2010). O território da saúde do município de Salvador está dividido por doze Distritos Sanitários (SALVADOR, 2018), sendo que em dez deste (Pau da Lima, Cabula Beiru, Itapuã, Subúrbio Ferroviário, Boca do Rio, São Caetano Valéria, Brotas, Barra Rio Vermelho, Liberdade e Itapagipe), estão distribuídas 16 Unidades de Pronto Atendimento (6 PAs e 10 UPAS 24h) com estrutura composta de observação adulto, feminino, infantil, sala amarela adulto e infantil e sala vermelha com leitos tipo UTI (SALVADOR, 2018).

Foram considerados como critérios de inclusão adotados por este estudo: Unidade de Pronto Atendimento ter Núcleo de Segurança do Paciente implantado e cadastrado no NOTIVISA; unidade localizada em diferentes Distritos Sanitários; apresentar expressivo número de atendimentos, considerando os riscos e, portanto, necessidade de SP, conforme descrição do quadro 3.

Quadro 3 – Unidades de Pronto Atendimento do Município de Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

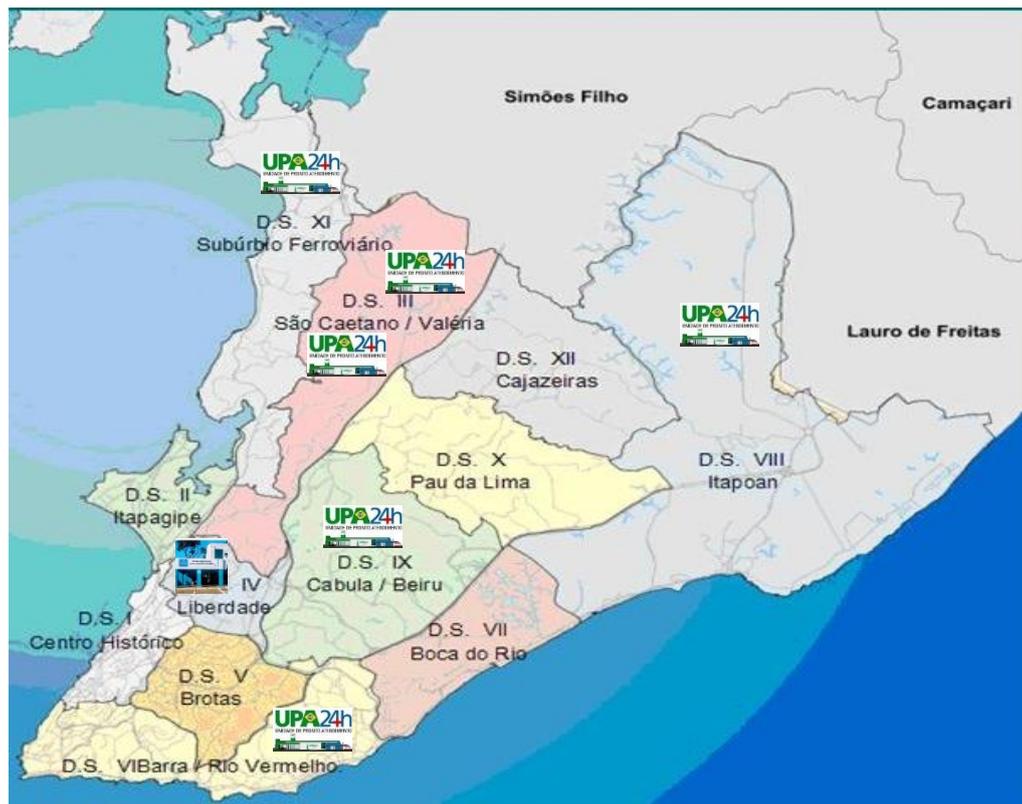
UPAS/PAs	ADM.	NSP IMPLANTADO	NSP CADASTRADO NOTIVISA	¹ Nº ATEND.	DISTRITO SANITÁRIO	¹ ABRANGENCIA	² POPUL.
UPA Barris	Terc.	X	X	8325	Barra	20,31 km ²	363.832
UPA Paripe	Terc.	X	X	5055	Subúrbio	63,33 Km ²	345.795
PA Maria da Conceição	Terc.	X	X	6596	Liberdade	6,65 km ²	192.616
UPA São Cristovão	Terc.	X	X	6045	Itapuã	52,79 Km ²	268.626
UPA Santo Inácio/ Pirajá	Terc.	X	X	3927	Cabula	25,89 Km ²	414.216
UPA San Martin	Terc.	X	X	7779	São Caetano Valéria	32,28 km ²	276.390
UPA Valéria	Terc.	X	X	4722	São Caetano Valéria	32,28 km ²	276.390
PA São Marcos	Terc.	X	X	4585	Pau da Lima	25,40 km ²	234.783
PA Edson Teixeira	Terc.	X	X	4303	Cabula	25,89 Km ²	414.216
PA Alfredo Bureau	Terc.	X	X	3420	Boca do Rio	14,53 km ²	135.615
UPA Santo Antônio	Terc.				Itapagipe	6,97 Km ²	174.356
UPA Brotas	Terc.	X		5141	Brotas	11,25 Km ²	218.241
UPA Hélio Machado	Adm Direta	X		7312	Itapuã	52,79 Km ²	268.626
UPA Adroaldo Albergaria	Adm Direta	X		5428	Subúrbio	63,33 Km ²	345.795
PA Orlando Imbassay	Adm Direta				Itapuã	52,79 Km ²	268.626
PA Rodrigo Argolo	Adm Direta			2668	Cabula	25,89 Km ²	414.216

Fonte: ¹ Plano Municipal de Saúde do Município de Salvador 2018-2021. Não foram inseridos número de atendimentos da UPA Santo Santo Antonio e PA Orlando Imbassay pois foram inauguradas após a publicação deste documento. ² TabNet: População estimada para Salvador. 2019. Adm: administração. Terc: terceirizada. Atend: atendimento. Popul: população.

Aplicados os critérios de inclusão, ficam definidas as seguintes unidades de pronto atendimento como campo deste estudo: seis UPAs - Paripe, São Critovão, Santo Inácio, San Martin, Barris e Valéria; e um PA - Maria da Conceição Santiago Imbassay do Município de Salvador, Bahia, Brasil. Entretanto, participaram deste estudo sete unidades, codificadas conforme a ordem dos questionários recebidos como U1, U2... U7.

A figura 2 evidencia que as Unidades de Pronto Atendimento envolvidas neste estudo estão localizadas nos distritos sanitários Barra Rio Vermelho, Cabula Beiru, Itapuã, Liberdade, São Caetano Valéria e Subúrbio Ferroviário, com maior número no distrito São Caetano Valéria. Não foram contempladas as UPAS e PA dos distritos Brotas, Boca do Rio, Itapagipe e Pau da Lima.

Figura 2 – Distribuição das UPAs segundo a localização dos Distritos Sanitários, Salvador, 2020-2021



Fonte: SMS/Salvador, 2017.

Em relação à caracterização das unidades, participaram desta pesquisa, seis UPAS e um Pronto Atendimento (PA). As participantes responderam que todas são classificadas como porte III, no entanto, o PA não possui essa classificação, pois, antigamente era unidade básica de saúde, na qual foi adaptada para atender pacientes em casos de urgência e emergência com

recursos financeiros próprios do Município, desta forma, não foi regulamentada pela Portaria nº 10/2017, como as UPAS. Esta Portaria define as diretrizes do modelo assistencial e financiamento de UPA, como componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do SUS (SALVADOR, 2017).

Foram convidados para participar os profissionais de saúde das respectivas unidades incluídas neste estudo, os quais compõem os Núcleos de Segurança do Paciente nas UPAS há mais de seis meses (considerando o tempo de experiência) e indicados pelos membros do NSP de cada unidade. Como critérios de exclusão foram considerados os afastamentos do trabalho de longa duração, como licença maternidade e licença para tratamento de saúde.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados aconteceu por meio de análise documental e questionário estruturado. Para análise documental foram solicitados documentos dos últimos três meses (considerada a data de início da coleta), a fim de resgatar documentos atualizados e em uso, os quais seguem listados no quadro 4. Entretanto, alguns documentos não foram disponibilizados, como registro das notificações dos eventos adversos com danos aos pacientes e relatórios de avaliações dos protocolos implantados.

Quadro 4 - Documentos disponibilizados pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) das Unidades de Pronto Atendimento. Salvador, 2020.

UPA/PA/DOCUMENTOS	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7
Documento ou Portaria de criação e nomeação do NSP - Doc1		Doc1U2	Doc1U3	Doc1U4	Doc1U5		
Plano de Segurança do Paciente - Doc2	Doc2U1		Doc2U3	Doc2U4			
Regimento do NSP - Doc3	Doc3U1	Doc3U2	Doc3U3	Doc3U4	Doc3U5		
Atas dos registros das reuniões dos NSP dos últimos três meses - Doc4	Doc4U1	Doc4U2	Doc4U3	Doc4U4	Doc4U5		
Relatórios do NOTIVISA e/ou RELATÓRIOS INTERNOS/BOLETINS dos últimos três meses Doc5	Doc5U1				Doc5U5		
Registros das ações de educação permanente relacionados a segurança do paciente dos últimos três meses. Doc6					Doc6U5		

Fonte: Própria, 2020. Nas U6 e U7 não foram disponibilizados nenhum dos documentos solicitados.

Em relação aos documentos, foi realizada uma leitura minuciosa, selecionado trechos, e transcrito o conteúdo em um quadro-resumo que permitiu uma rápida percepção dos resultados (APENDICE B).

Segundo Yin (2015), a análise documental tem como objetivo coletar dados sobre os eventos, a fim de corroborar e aumentar a evidência das entrevistas e, se as informações documentais forem contraditórias às entrevistas, será necessário o aprofundamento do tópico da investigação. Também foi realizada a aplicação de um questionário² *online* pelo *google forms* (APENDICE C) estruturado em quatro partes: Parte I: identificação do participante da pesquisa; Parte II: identificação da Unidade de Pronto Atendimento em que trabalha; Parte III: Plano e Núcleo de Segurança do Paciente; e, Parte IV: processo de implantação e implementação das ações e práticas voltadas para segurança do paciente. As partes I, II e III foram elaboradas a partir da adaptação dos roteiros de inspeção da Anvisa (BRASIL, 2017).

Primeiramente, foi realizado pré-teste do questionário com duas enfermeiras de NSP de UPAs que não foram incluídas no estudo. O teste piloto serviu para verificar se o questionário foi compreendido, os dados necessários gerados para o estudo, e se o vocabulário estava claro e acessível. As participantes fizeram algumas considerações e sugestões que contribuíram para alcance do objetivo da pesquisa.

O *link* do questionário *Google Forms* foi enviado por e-mail para sete Núcleos de Segurança do Paciente das Unidades de Pronto Atendimento incluídos no estudo. Os membros do núcleo indicaram a participante para responder o questionário, respeitando os critérios da pesquisa.

O período da coleta de dados compreendeu entre 16/12/2020 a 05/02/2021, período que compreendeu desde o envio do convite à unidade até o retorno das respostas pelo participante. Todas responderam o questionário virtualmente, com exceção uma UPA, que solicitou participação presencial justificada por estas questões administrativas. Não foram respondidas todas as questões, assim como, a maioria dos Gestores das UPAs não disponibilizaram muitos dos documentos solicitados para serem incluídos como anexos ao questionário para análise documental, justificando estar seguindo normas de sigilo das empresas.

A partir das respostas aos questionários procedeu-se a utilização da técnica de análise temática de Minayo. Na análise temática o conceito central é o tema do estudo e comporta como um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma

² Foi adaptado enquanto questionário pelo *Google Forms* por conta da Pandemia.

frase, um resumo (MINAYO, DESLANDES e GOMES, 2007).

A análise temática compreende três etapas: **pré-análise** que consiste na sistematização de ideias iniciais a partir da questão norteadora e dos objetivos da pesquisa; a segunda é a **exploração do material**, que consiste essencialmente em uma operação classificatória que visa alcançar a compreensão do texto, buscando categorizar as informações e a terceira é o **tratamento do resultado obtido e interpretação**, em que o pesquisador realiza as interpretações relacionando-as com o quadro teórico desenhando inicialmente, bem como, abrindo outros eixos de novas dimensões teóricas e interpretativas (MINAYO, DESLANDES e GOMES, 2007).

Portanto, as respostas ao questionário foram copiadas do relatório do *Google Forms* para uma planilha no *Word*, e organizadas, observando-se as possíveis inconsistências (ex. falta de clareza e sentido nas respostas). Após leitura e sistematização do conteúdo de acordo com a questão e os objetivos do estudo, foram definidas duas grandes categorias de análise: Aspectos/caracterização dos Núcleos e Planos de Segurança do Paciente; Ações desenvolvidas para Segurança do Paciente nas UPAs.

Cabe destacar que alguns dados (sobre caracterização dos participantes e serviços) foram tabulados em planilha do *Excel*, calculados em número absoluto e apresentados em forma de tabelas e gráficos.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo respeitou os preceitos éticos previstos nas Resoluções nº. 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e foi aprovado em 29 de outubro de 2020, segundo parecer nº. 370.885 (ANEXO A) do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Após sua aprovação foi encaminhado para apreciação à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, e liberado os campos do estudo em 11 de novembro de 2020.

Os profissionais que atuam nos Núcleos de Segurança do Paciente das sete Unidades de Pronto Atendimento do Município de Salvador foram convidados a responder em o questionário *online* contendo as informações da pesquisa como objetivo, método utilizado, isenção de custos, possíveis riscos, anonimato, privacidade e confidencialidade. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) virtual

(ANEXO B) foi composto por uma página de esclarecimento sobre a pesquisa, além da solicitação de autorização para o uso dos dados, que deverá ser lido e aceito antes de iniciar o preenchimento do questionário.

O benefício da pesquisa está relacionado aos achados que poderão subsidiar ações para melhoria na qualidade do cuidado, promoção da cultura e das ações de segurança do paciente das UPAS. E os riscos foram minimizados por envolver apenas a resposta ao questionário online, buscando-se garantir a confidencialidade e a privacidade dos indivíduos, caracterizando os mesmos por codificação de sua identidade e considerando que todos os dados obtidos serão utilizados exclusivamente com finalidade científica, por exemplo, laboração de produto de Mestrado, produção de capítulos e/ou de artigos científicos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ASPECTOS/CARACTERIZAÇÃO NOS NÚCLEOS E PLANOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Nesta categoria estão apresentados aspectos de composição, formação e as responsabilidades dos Núcleos e prerrogativas para elaboração dos Planos de SP. Entretanto, anterior a tais resultados e discussão, segue a caracterização dos participantes deste estudo.

Conforme a caracterização dos participantes do estudo segundo sexo, idade, escolaridade e profissão, responderam ao questionário sete profissionais, uma representante para cada unidade estudada, todas do sexo feminino, sendo que seis são enfermeiras e uma farmacêutica, a idade variou entre 30 e 43 anos, com média 35,4 anos.

Quanto à escolaridade, todas são pós-graduadas, sendo que três possui titulação em Gestão em Saúde e Controle de Infecção e uma não mencionou a especialidade. Nenhuma das participantes referiram especialização em Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente.

Em relação ao tempo de trabalho, percebe-se que a maioria, possui de 4 a 7 anos de experiência na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) equivalente ao tempo na área de atuação das participantes, conforme descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo segundo tempo de experiência profissional e na área de atuação, tempo de atuação na UPA, tempo de atuação no Núcleo de Segurança do Paciente e jornada de trabalho. Salvador, Bahia, 2020-2021.

Variáveis	N=7	%
Tempo de Experiência Profissional		
4 anos a 7 anos	04	57,1%
8 anos a 12 anos	03	42,9%
Tempo de Experiência Profissional na área de atuação		
6 meses	01	14,3%
1 a 3 anos	02	28,6%
4 anos a 7 anos	04	57,1%
Tempo de atuação na Unidade		
6 meses	01	14,3%
1 a 3 anos	02	28,6%
4 anos a 7 anos	04	57,1%
Tempo de atuação no Núcleo de Segurança do Paciente da Unidade		
Menos de 6 meses	01	14,3%
6 meses	02	28,6%
1 a 3 anos	01	14,3%
4 anos a 7 anos	03	42,9%
Jornada de Trabalho		
30horas/semanais	01	14,3%
36horas/semanais	03	42,9%
40horas/semanais	02	28,6%
44horas/semanais	01	14,3%

Fonte: Própria autoria, dados da pesquisa 2021.

Segundo os dados apresentados na Tabela 1, o tempo de atuação no Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da UPA houve uma variação entre 6 meses a 7 anos, com percentual de 57,2% entre 6 meses a 3 anos e 42,9% de 4 a 7 anos. A jornada de trabalho também variou de 30 a 44 horas semanal, sendo que 71,5% exercem suas atividades de 36h a 40h semanal.

Um dado relevante foi citado em ata de reunião do NSP (Doc4U5) sobre a frequente rotatividade dos membros do núcleo devido ao desligamento destes profissionais. No estudo de Gomes (2020) apontou que a rotatividade afeta a continuidade das ações relacionadas a segurança do paciente, comprometendo diretamente na qualidade do cuidado.

No tange a apresentação dos resultados sobre os **aspectos dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP)**, nota-se que todos os NSP das Unidades de Pronto Atendimento deste estudo, tiveram composição dos seus membros por convocação da Direção e foram nomeados em ato designação.

Quanto à sua composição, no quadro 5 mostra que os NSP foram compostos por uma equipe multiprofissional sendo profissionais da assistência, administração/gestão, qualidade e controle de IRAS, assim como, responsável técnico.

Quadro 5 - Formação e Composição dos Núcleos de Segurança do Paciente das Unidades de Pronto Atendimento. Salvador, Bahia, 2021.

Unidade de Pronto Atendimento	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7
Farmacêutico(a)	1	3	1	2	1	1	1
Enfermeiro(a)	3	6	2	3	3	2	-
Enf. Núcleo de Epidemiologia (NEPA)	1	-	-	-	-	-	-
Enf. Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (SCIRAS)	1	-	1	1	-	1	1
Assistente Social	1	-	-	-	1	1	1
Médico(a)	-	-	1	1	1	1	-
Nutricionista	-	-	1	-	-	1	1
Biomédico(a)	-	-	-	-	1	-	1
Téc. Segurança Trabalho	-	1	-	-	-	-	-
Auxiliar Transporte		1					
Recepcionista						1	
Encarregado manutenção							1
Gerente/Coord./Sup.Enf.	1		1		1	1	1
Resp.Faturamento			1				
Ass. Qualidade			1				
Gestor/Diretor			1	1			1
Resp.Laboratório				1			

Fonte: Própria autoria, dados da pesquisa 2021.

Percebe-se na análise documental (Doc1U2, Doc1U3, Doc1U4, Doc1U5) e nas respostas do questionário, que a maioria dos núcleos são compostos por enfermeiros (as) atuantes na gestão, na assistência e no serviço de controle de IRAS.

Estudos corroboram com o resultado da pesquisa, pois a maioria dos NSP tem enfermeiros em sua composição, apontando que a enfermagem tem uma função fundamental na segurança do paciente, uma vez que colabora desde as ações educativas até a identificação e notificação dos eventos adversos, no intuito de contribuir na implementação dos protocolos, promoção da cultura de SP e para melhorar a qualidade da assistência prestada (MIRANDA et. al., 2017; GOMES, et. al.,2020).

Além da enfermagem, os NSP aqui estudados são constituídos por 57% de assistentes sociais e médicos, 43% nutricionistas e 29% biomédicos, também técnico de segurança do trabalho, recepcionista, auxiliar de transporte e responsável pelo faturamento e laboratório. Tal constituição, multidisciplinar, também foi evidenciada em estudo de caso único na UPA

em Minas Gerais, cujo NSP era constituído por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médico, farmacêutica, supervisora da hotelaria e copa e porteiro, (CUNHA et. al., 2020). Não há uma exigência pela RDC, sobre o quantitativo de profissionais para composição dos núcleos, ainda que a Anvisa cita o mínimo (médico, farmacêutico e enfermeiro) exigido pelo Manual de Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde (BRASIL, 2016, p. 14).

A diversidade profissional também foi encontrada em NSP da área hospitalar, em pesquisa realizada em 12 hospitais do Município de Natal/Rio Grande do Norte, os núcleos foram constituídos por médico, enfermeiro, farmacêutico, técnico de enfermagem, técnico de segurança do trabalho, Diretoria técnica, analista de sistemas, fisioterapeuta, assistente social, bioquímico, administrador, CCIH, nutricionista e engenheiro clínico, porém apenas três hospitais a composição foi conforme a ANVISA (BRASIL, 2016; CAVALCANTE et. al., 2019). Outro estudo de âmbito nacional que analisou a composição dos NSP de 64 hospitais de médio e grande porte no Brasil apontou que foram constituídos por equipe multiprofissional, entre os profissionais, destacaram o enfermeiro (93,7%), farmacêutico (84,4%) e médico (65,6%) (VIANA et. al., 2021).

Em relação ao regimento foram analisados o de cinco Unidades de Pronto Atendimento (Doc3U1; Doc3U2; Doc3U3; Doc3U4; Doc3U3; Doc3U4; Doc3U5) onde estava detalhado a finalidade, princípios, diretrizes, competências, deveres e responsabilidades do NSP, descrição dos termos relacionados à segurança do paciente e os tipos de eventos adversos, conforme a RDC nº 36/2013, entretanto, não foram elaborados conforme a tipologia e especificidades e a realidade de cada UPA. Foi observada semelhança na escrita dos regimentos (Doc3U3; Doc3U4), em duas UPAS administradas pela mesma empresa, não levando em consideração as particularidades dessas unidades. Em um regimento (Doc3U5), foi priorizada a descrição das ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP), diferenciando desses documentos analisados.

O NSP é responsável pela elaboração, implementação e atualização do PSP, sendo um documento obrigatório, conforme exigido na RDC nº 36/2013. O PSP é o planejamento para a segurança do paciente, com ações para práticas de segurança e de gestão de risco, considerando as características de cada serviço de saúde (BRASIL, 2013; ANVISA, 2016).

Na RDC nº 36/2013, consta um roteiro para orientar os gestores e profissionais a desenvolver ações e estratégias para segurança e qualidade, com intuito de identificar, analisar, avaliar e monitorar os riscos dos serviços de saúde, implementar os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; prevenir e controlar os EA em serviços de saúde,

incluindo o controle de IRAS; promover comunicação efetiva entre os profissionais e entre os serviços; estimular a participação dos pacientes e familiares; promover a cultura de SP; dialogar com vários processos de trabalho do serviço de saúde, como: recursos humanos, gestão de resíduos, CCIH, higienização, qualidade e dentre outros.

Tanto o NSP como o PSP constituem bases para implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), publicado através da Portaria ministerial nº529/2013 tem como objetivo para a qualidade da assistência prestada em todas as instituições de saúde (BRASIL, 2014), conforme seus quatro eixos³.

Na RDC nº 36/2013 consta um roteiro para orientar os gestores e profissionais a desenvolver ações e estratégias para segurança e qualidade, com intuito de identificar, analisar, avaliar e monitorar os riscos dos serviços de saúde, implementar os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; prevenir e controlar os EA em serviços de saúde, incluindo o controle de infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS); promover comunicação efetiva entre os profissionais e entre os serviços; estimular a participação dos pacientes e familiares; promover a cultura de SP; dialogar com vários processos de trabalho do serviço de saúde, como: recursos humanos, gestão de resíduos, CCIH, higienização, qualidade e dentre outros.

Quanto aos **aspectos dos Planos de Segurança do Paciente (PSP) das Unidades de Pronto Atendimento**, descritos no quadro 6, todos estão atualizados e implantados, no entanto, quando foram perguntados se o PSP estava disponível para todos os profissionais, a maioria respondeu que foi publicizado, sendo que, em uma das unidades, foi relatado que ainda estava em processo de implementação, contradizendo a resposta anterior. Especificamente sobre os protocolos de segurança do paciente (SP), estabelecidos pela Anvisa, a maioria destes foi atualizado e implantado, sendo que em uma unidade está em processo de implantação e na outra ainda não foi implantado.

Um estudo realizado em doze hospitais da Região Metropolitana de Salvador

³O eixo 1, estímulo para os serviços oferecer uma assistência mais segura através dos protocolos básicos (higienização das mãos, cirurgia segura, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, identificação de pacientes, comunicação no ambiente das instituições de saúde, prevenção de quedas e úlceras de pressão, transferência de pacientes entre os serviços de saúde e uso seguro de equipamentos e materiais); elaboração do PSP, abordando a importância de medir a cultura de segurança para definir as ações de segurança; criação do NSP; sistema de notificação de incidentes com características de não ser punitivo, ter confidencialidade, feedback para os usuários e orientado para soluções dos problemas notificados.(BRASIL, 2014). Os outros eixos do PNSP são: o eixo 2, envolvimento do cidadão na sua segurança, tendo como visão “um mundo em que os pacientes devem ser tratados como parceiros nos esforços para prevenir todo mal evitável em saúde” (OMS, 2005). Os eixos 3 e 4, inclusão do tema segurança do paciente na educação permanente, graduação e especialização na área da saúde e incremento de pesquisa, com o objetivo de difundir os conhecimentos e induzir a produção de pesquisa em segurança do paciente. (BRASIL, 2014). Todos esses eixos são obrigatórios nos PSP.

evidenciou que todos os núcleos foram implantados e quanto ao PSP, onze NSP elaboraram ações de SP específicas para a realidade do hospital, no entanto, somente sete hospitais implantaram todos os protocolos de SP, corroborando com o presente estudo (COSTA; LOBAO; RIBAS; PASSOS, 2020). Dentre os protocolos mais adotados, com base em estudos na área hospitalar, estão identificação do paciente e higienização das mãos (CAVALCANTE et al., 2019).

Sobre aspectos de monitoramento de EA e práticas de SP para implantação dos PSP, o estudo revelou que das sete unidades deste estudo, cinco responderam que analisa, avalia e monitora os dados e os indicadores de incidentes e eventos adversos (EA), e duas estão em processo de atualização e implantação da ficha de notificação de EA. Todas responderam que há programa de educação permanente com os temas relacionados às práticas de segurança do paciente para os profissionais.

Quadro 6 – Apresentação dos Aspectos do Plano de Segurança do Paciente das Unidades de Pronto Atendimento conforme perguntas do questionário. Salvador, Bahia, 2020-2021

Perguntas	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7
PSP atualizado e implantado	S	S	S	S	S	S	S
PSP publicizado para os profissionais	Em processo de implementação	S	S	S	S	S	S
Protocolos de SP atualizados e implantados	Em processo de implantação	N	S	S	S	S	S
Monitoramento dos dados e indicadores de incidentes e eventos adversos	Em processo de implantação da ficha de notificação	Em processo de atualização da planilha de eventos adversos	S	S	S	S	S
Programa de Educação Permanente para práticas de SP	S	S	S	S	S	S	S

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa 2021.

S = Sim. N=Não

Conforme as análises de três planos de segurança do paciente das unidades (Doc2 U1; Doc2U3; Doc2U4), foi evidenciado que estavam semelhantes e há uma contradição nas questões discutidas anteriormente, pois os objetivos e metas foram definidas de acordo com as normatizações da RDC nº 36/2013 e Portarias nº 1377/2013 e 2095/2013, porém não constava o cronograma de atividades, os responsáveis pela execução e indicadores de incidentes e eventos adversos, como também, para o acompanhamento e avaliação do

cumprimento das metas. Dentre os objetivos definidos nos PSP, destacava-se:

Identificar e estabelecer os riscos assistenciais associados aos processos de trabalho da unidade (U1; U3; U4).

Realizar o processo de gestão dos riscos identificados (U1);

Promover a melhoria de resultados através das análises das ocorrências dos diversos tipos de incidentes: circunstâncias notificáveis com grande potencial para danos, incidentes, eventos adversos e eventos sentinela, a fim de oportunizar a revisão de processos e metodologias sistematizadas que garantam a segurança em diferentes âmbitos (U1).

Promover cultura de segurança, implementar ações de controle dos riscos bem como monitorá-los, atenuando e minimizando suas consequências com maximização dos resultados (U1).

Promover ações corretivas diante dos incidentes identificados, além de implementação de revisão e melhoria dos processos institucionais (U3; U4).

Promover uma cultura de segurança institucional onde se encoraje a identificação, notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar o aprendizado organizacional (U3; U4).

Uma das principais metas citadas nos documentos trata-se da implementação e adoção dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde como:

“Higienização das mãos, Prevenção de queda, Identificação do paciente, Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, Flebite e Alergia” (U1; U3; U4).

“Implementar a segurança na prescrição, uso e administração de sangue e Hemocomponentes” (U1; U3; U4).

“Implementar segurança no uso de equipamentos” (U1; U3; U4);

“Prevenir e controlar os eventos adversos da instituição, incluindo as infecções relacionadas a assistência à saúde” (U1; U3; U4).

“Assegurar cirurgia com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto” (U1).

“Implementar segurança nas terapias nutricionais enteral” (U1; U3; U4);

“Implementar uma comunicação efetiva entre os profissionais da instituição e entre serviços de saúde” (U1; U3; U4).

“Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada” (U1; U3; U4).

“Promover ambiente seguro na instituição” (U1; U3; U4).

É importante ressaltar que duas metas mencionadas nos PSP não podem ser

implementadas nas unidades de pronto atendimento por não estarem no elenco de procedimentos realizados nestes serviços de saúde como cirurgia e terapia nutricional enteral.

Em dois PSP (Doc2U3; Doc2U4) estava detalhada a metodologia para promover a cultura de segurança do paciente, através de treinamentos articulados entre o NSP, setor de qualidade e as chefias das áreas assistenciais e campanhas de sensibilização.

Embora esses serviços de emergência possuam NSP implantados, não executaram totalmente as estratégias do PSP, sendo que as ações educativas foram realizadas. A higienização das mãos e identificação do paciente foram os protocolos adotados em quase todas as instituições de saúde e também o protocolo de sepse foi mencionado nas UPAs deste estudo.

Acredita-se que o não cumprimento do PSP pode ser justificado pela falta de entrosamento da gestão com os NSP, como também apoio e investimento em recursos humanos qualificados na área de segurança do paciente, tecnologias, equipamentos e insumos, levando os profissionais a ficarem desestimulados com a demora em executar as ações propostas no plano para qualificar o processo do cuidado ao paciente.

O processo de notificação dos incidentes e eventos adversos estava colocado em um plano, este realizado através do preenchimento da ficha de notificação e analisado pelo NSP juntamente com as chefias. Para cada tipo de notificação foi estabelecido limite de prazos para o setor responsável realizar a tratativa, analisar as possíveis causas e elaborar o plano de ação, que são eles (U3): 10 dias para não conformidade; 15 dias corridos para near miss/quase erro; 10 dias corridos para evento sem danos; 8 dias corridos para eventos com dano leve e moderado; 5 dias para eventos com dano grave e óbito, não cumprindo o tempo conforme recomendado pela legislação vigente.

A notificação dos eventos adversos, conforme a RDC nº 36/2013,

[...] deve ser realizada mensalmente pelo NSP até o décimo quinto dia útil através de Sistema NOTIVISA disponibilizado pela Anvisa, e os EA que evoluíram para óbito devem ser notificados em até 72h e preencher o Relatório Descritivo de Investigação de Evento Adverso Grave e Óbito detalhando sobre a investigação e as ações adotadas em resposta ao evento” (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017, p. 13).

O artigo 7º da RDC nº 36/2013 institui como competência do NSP, promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde. Nesse sentido, a mesma resolução conceitua gestão ou gerenciamento de risco, como a “aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e

controle dos riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional” (BRASIL, 2013).

A gestão de risco deve estar incorporada nas ações do PSP para evitar, principalmente, o evento que não deve ocorrer em instituições de saúde, no caso, *Never Events*⁴ - “incidentes de segurança do paciente que podem resultar em dano grave ou óbito e que têm várias medidas para evitá-los” (BRASIL, 2016, p.19).

Portanto, o intuito do gerenciamento de riscos é atuar com os trabalhadores da saúde, seja da assistência ou da administração, para a prevenção, a descoberta precoce e diminuição de EA, criando ferramentas para avaliar os fatores e causas associadas ao EA (BRASIL, 2016).

4.2 AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NAS UPAS

No conjunto das ações desenvolvidas para a implantação do Plano e Núcleo de Segurança do Paciente das UPAs estudadas em Salvador, foram citados o programa de Educação Permanente focando nas metas de SP (U1), "rondas", “visitas camufladas” para verificação de conformidade (U1; U6; U7), mobilização e treinamento da equipe multiprofissional para conscientização e discussão dos processos que envolvem a melhoria da assistência (U2; U3). A maioria das UPAS iniciaram a implantação do PSP com a elaboração de protocolos de SP, demonstrado no quadro a seguir.

⁴ Considerados eventos de maior gravidade, como por exemplo, procedimento cirúrgico realizado em local errado, paciente errado, óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irreversível de amostra biológica insubstituível, contaminação na administração de O₂ ou gases medicinais, dentre outros” (BRASIL, 2016, p.41, 57).

Quadro 7– Ações desenvolvidas para a implantação e implementação do Plano de Segurança do Paciente nas Unidades de Pronto Atendimento estudadas. Salvador, Bahia, 2020-2021.

Ações	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7
Programa de Educação Permanente focando nas metas de segurança do paciente	S						
Treinamentos com a equipe	S						S
Visitas técnicas, “rondas” para verificar se ações estavam em conformidade, “visitas camufladas” para verificar adesão, controle do uso de álcool e sabonete líquido	S					S	S
Implantação da ficha de notificação	S						
Mobilização da equipe multiprofissional para conscientizar e apresentar os processos que envolvem a segurança do paciente e melhoria da assistência		S	S				
Elaboração de protocolos de segurança do paciente conforme as metas estabelecidas pelo MS	S		S	S	S	S	

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa 2021.

S = Sim.

Os protocolos de segurança do paciente preconizados pela Anvisa são: identificação do paciente; higienização das mãos; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; prevenção de quedas; prevenção de lesão por pressão (BRASIL, 2013). O Ministério da Saúde elaborou intervenções para implementação dos protocolos básicos de segurança do paciente, são documentos integrantes do Programa de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014). Neste estudo não houve resultados do protocolo cirurgia segura por ser um estabelecimento de saúde que não realiza cirurgias, somente procedimento de sutura.

Em relação a identificação do paciente, a maioria das UPAs de Salvador, aqui estudadas, implantou o protocolo, utilizando identificação do nome do paciente e data de nascimento a beira leito e pulseiras com os dados do paciente, porém não mencionaram quais foram os identificadores definidos. Estudo em oito UPAs da capital paranaense administradas pelo município, este protocolo foi implementado com identificação do leito com nome e data de nascimento, concordando com a presente pesquisa (PAIXÃO et.al, 2018).

O Ministério da Saúde recomenda que todos os pacientes precisam ser identificados minimamente por dois identificadores como: nome completo, filiação, principalmente o nome

da mãe, data de nascimento, número do prontuário e sexo (BRASIL, 2014). Essa intervenção incompleta compromete a segurança do cuidado prestado ao paciente para o qual se destina, uma vez que a finalidade deste protocolo é a identificação correta do paciente para reduzir a ocorrência de incidentes em qualquer tipo de estabelecimento de saúde (BRASIL, 2014).

O protocolo de higienização das mãos foi implantado na maioria das UPAs, através de ações educativas para melhora da adesão. Entretanto, a falta de adesão à higienização das mãos pelos trabalhadores de saúde sempre foi um dos maiores problemas para as instituições de saúde e essa realidade foi evidenciada neste estudo, através da análise dos relatórios e atas de reuniões dos núcleos. O estudo de Paixão et. al (2018), evidenciou que 80,6% das UPAS estudadas adotaram este protocolo, concordando com os dados encontrados na presente pesquisa.

A implementação da higienização das mãos pode ser através de ação educativa, cartazes com o passo a passo da técnica, cinco momentos da higienização das mãos, além de estrutura física necessária para permitir que os trabalhadores da saúde executem a prática correta da higiene das mãos com disposição de álcool a 70%, lavatórios funcionantes, sabonete e toalha de papel nos setores assistenciais (BRASIL, 2013).

No que diz respeito a implementação do protocolo de segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, no presente estudo, das sete UPAS, somente duas relataram que implantaram o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. A Anvisa orienta que antes da administração de medicamentos precisa conferir o nome do paciente, a prescrição médica, evitar abreviaturas, utilizar uma sinalização para diferenciar as substâncias com os nomes parecidos (ANVISA, 2013). Os dados desta presente pesquisa não demonstraram/detalharam as intervenções implementadas desse protocolo.

No estudo em uma UPA no estado de São Paulo, observaram-se nos relatos os riscos que podem levar a algum EA, tanto na prescrição como na administração dos medicamentos, justificando-se pela alta demanda de pacientes, sobrecarga do trabalho, desgaste físico e emocional dos profissionais de saúde. “Os riscos mais evidenciados foram troca de medicação e do paciente, identificação de alergias, prescrição não legível e verbal, via de administração errada, medicação não identificada e dentre outros” (SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019, p. 4).

Os erros relacionados à medicação são os que mais ocorrem nos estabelecimentos de

saúde, dentre eles, a falha na identificação do paciente e dos medicamentos administrados e o elevado número de medicamentos administrados por via endovenosa, podem levar os profissionais de saúde a cometerem algum evento adverso, se tornando cada vez mais distante a adoção do terceiro Desafio Global (PAIXÃO et al., 2018).

No que diz respeito ao protocolo de prevenção de quedas, o presente mostra que duas UPAs implantaram, porém não citaram as ações estratégicas para executar esta meta. A prevenção de quedas pode ser realizada pela avaliação do risco na admissão, considerando a faixa etária, história pregressa, medicamentos, queixa atual, nível de consciência, sinais vitais dos pacientes. As intervenções são adoção de medidas de prevenção a queda, como: a estrutura possuir “pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de entulho” e ações individuais como manter as grades do leito elevadas, principalmente, idosos e crianças; orientar a família; sempre estar monitorando e avaliando o risco de queda e ter uma comunicação efetiva entre os profissionais para a equipe estar informada sobre esses pacientes (ANVISA, 2013, p.5).

Em relação ao protocolo de lesão por pressão, evidenciou-se que apenas uma UPA estudada implementou este protocolo. Salienta-se, que a permanência do paciente nas UPAs deveria ser de 24h conforme legislação, porém pelo número elevado de atendimentos, demanda por leitos hospitalares é sempre maior que as vagas disponíveis pelas Regulações Municipal e Estadual, dificulta as transferências e aumenta a permanência dos pacientes nestas unidades, ressaltando a necessidade de implantar medidas de prevenção a lesão por pressão, assim como, tratar as lesões pré-existentes.

A Anvisa orienta realizar a avaliação do risco de desenvolver lesão através da escala de Braden, “que caracteriza o paciente sem risco, com risco baixo, moderado, alto ou muito alto para desenvolver UPP”, recomendado com medidas de prevenção: manter a pele hidratada, manejo da umidade, com protetores de barreira para diminuir a umidade, aliviar as proeminências osseas realizando mudança de decúbito. (ANVISA, 2013, p. 4). No estudo de Paixão et al. (2018), não houve aplicação da Escala de Braden para avaliação o risco dos pacientes a desenvolverem úlcera por pressão. Foi observado também que pacientes com risco muito alto, chegaram para o atendimento apresentando lesões por pressão.

A segurança do paciente necessita ser problematizada e discutida de forma séria e responsável, sendo indispensável instrumentalizar os futuros profissionais para a prevenção de eventos adversos e desenvolver neles a cultura da segurança do paciente. Nesse sentido, a

Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia recomendada pela OMS para mudar a atual concepção das falhas envolvidas no processo de cuidado e inserir esse fundamento nos temas de debate do cotidiano dos serviços e também na formação dos profissionais.

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes, às práticas organizacionais (CECCIM, 2005).

Sobre o envolvimento dos profissionais com a implantação e desenvolvimento do Plano de Segurança do Paciente (PSP), os participantes referiram seguir os protocolos e ações voltadas para segurança do paciente, participação de reuniões do núcleo e treinamentos. Identificação correta do paciente (U1), orientação dos pacientes e acompanhantes (U1) quanto aos cuidados diversos e esclarecimentos de dúvidas, além de apoio a equipe e colaboradores (U3; U4), participação em reuniões do núcleo (U6) e treinamentos (U7).

“Os profissionais estão envolvidos no sentido de identificar o paciente corretamente, realizar a dupla checagem, orientar os pacientes, acompanhantes e familiares quanto aos cuidados para evitar queda, a mudança de decúbito para evitar leões entre outros” (U1).

“Os profissionais procuraram esclarecer suas dúvidas, o NSP por sua vez, incentivava os colaboradores na escuta, para observar sua percepção e contribuição nos fluxos, pois, os colaboradores da base lidam com as dificuldades e sabem suas facilidades no processo. Essa ação fez / faz toda a diferença no processo” (U3).

“Através de treinamentos constantes e de formulários de participação disponível a todos os colaboradores da Unidade” (U4).

“Os profissionais se envolvem com participação em reuniões do núcleo, sugestão de melhoria dando exemplo das ações desenvolvidas em outro vínculo e sinalizam problemas que comprometem a implantação dos protocolos e qualidade da assistência” (U6).

“Eles diariamente têm seguido as rotinas estabelecidas voltadas para a segurança do paciente participam de todos os treinamentos fornecidos pela comissão” (U7).

O estudo de Marinho (2012) destacou a realização de educação permanente como a estratégia mais importante para a segurança do paciente, como foi observado nesta pesquisa. Um programa de atividades educativas para a segurança do paciente pode ser uma iniciativa importante para implementação do processo de mudança no desenvolvimento de uma cultura, permitindo apresentar aos profissionais algumas ações necessárias no sentido de diminuir os

erros na prática diária e melhorar o cuidado prestado (MARINHO, 2016).

Com relação às tecnologias utilizadas para a implementação das ações de segurança do paciente foram citadas: prontuário eletrônico (U1; U6); disponibilização dos protocolos instituídos e formulários do núcleo nos sistemas da unidade “*Syshosp*” e “Rede de Arquivos” (U4); implantação do Sistema “Qualiex, que compõe acessibilidade aos documentos, as ocorrências dos eventos adversos e o plano de ação das ocorrências, e cada categoria possui perfil diferente para o acesso (U3). Na U5 foi mencionado que ainda não implantaram tecnologias para facilitar a implementação das ações de segurança do paciente. Uma revisão integrativa apontou que o uso de tecnologias duras contribui para a melhoria da qualidade do cuidado e destacou alguns equipamentos para organização do processo de trabalho e promoção da segurança do paciente, como por exemplo, o prontuário eletrônico, bombas de infusão inteligentes para assegurar dosagem correta da medicação (CESTARI et al., 2017).

O prontuário eletrônico é realidade de algumas UPAS deste estudo, considerada uma ótima ferramenta para sistematizar as informações do paciente e ser um banco de dados para os NSP, porém, falta incluir ferramentas específicas para a segurança do paciente, como notificação de risco, incidentes, eventos adversos e indicadores para monitorar a qualidade do cuidado prestado ao paciente.

Também consideraram como tecnologias, a ficha de notificação (U1); pulseiras de identificação (U1; U2; U6; U7); placas de identificação do leito (U1; U2; U7); relógio de mudança de decúbito (U1; U7); painel para divulgação do evento adverso mensalmente (U3).

“Pulseiras de identificação (dados do paciente, pulseira de alergia, protocolos Sepsis ou Iam), identificação do leito” (U2)

“...foi implementado painel para divulgação dos eventos adversos da Unidade mensalmente, esse fica visível para todos os colaboradores. Além disso, a unidade também implementou formulários padronizados para o fluxo de notificação das não conformidades, reação adversa e queixa técnica”. (U3)

“Foi colocado impressora de etiquetas para confecção das pulseiras foram implantados impressos próprios para avaliação diária do paciente implantado relógio de mudança de decúbito trocado placas de identificação dos leitos dos pacientes entre outros” (U7).

Dentre outras tecnologias, está a aplicação de boas práticas de saúde como elaboração de roteiros para detecção de eventos adversos e incidentes, *checklist* dos procedimentos realizados, identificação do leito, informes sobre a mudança de decúbito, colchão casca de ovo, paciente sentado com grades elevadas para prevenir quedas, treinamentos com simulação

realística (CESTARI et al., 2017). Estas boas práticas de saúde e segurança também foram identificadas nos questionários da presente pesquisa.

Sobre os fatores que contribuem para o desenvolvimento de ações para segurança do paciente, descritas detalhadamente no quadro 8, estes facilitam a execução de ações educativas (U1, U3, U5) e de promoção de prevenção dos riscos (U4), aplicação de protocolos de identificação do paciente (U3, U5, U7) e quedas (U3).

Quadro 8 - Fatores que contribuem na execução das ações de segurança do paciente das Unidades de Pronto Atendimento, Salvador, Bahia, 2021.

Ações de segurança do paciente	Fatores que contribuem na execução das ações de segurança do paciente
Ações educativas	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão proporciona autonomia para o NSP (U6) • Gestão permite convidar especialistas da própria unidade e de fora também (U6) • Ações educativas serem in loco; (U3; U1; U5) • Motivação dos profissionais. (U1)
Ações de promoção e prevenção dos riscos	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação de todas as notificações recebidas pelo NSP com objetivo de conscientizar quanto aos riscos existentes e estimular a adesão para os riscos identificados e as notificações. (U4)
Protocolos de identificação do paciente; Protocolo de quedas	<ul style="list-style-type: none"> • Visualização do uso de pulseira em todos os pacientes;(U2) • Fluxo para identificação segura do paciente e protocolo de queda estabelecido; (U4) • Envolvimento dos líderes e dos profissionais; (U4) • Impressora para imprimir as etiquetas de identificação na recepção. (U7)

Fonte: Própria autoria, dados da pesquisa 2021.

E quanto as ações que foram mais difíceis de serem executadas, foram notificar os eventos adversos e alguns protocolos de segurança do paciente como higienização das mãos e prescrição, uso e administração de medicamentos.

“A maior dificuldade do NSP está em conscientizar os colaboradores de que as ações do Núcleo não são punitivas e sim corretivas e educativas” (U4).

Quanto aos fatores que dificultam o desenvolvimento das ações, a maioria citou o medo dos profissionais de serem punidos, a burocracia, a falta de tecnologias e a conscientização dos profissionais da importância das ações de segurança do paciente. Tais fatores, em algum grau, trazem dificuldade para notificar os eventos adversos e alguns protocolos de segurança do paciente como higienização das mãos e prescrição, uso e administração de medicamentos.

O quadro 9, a seguir, apresenta sobre os fatores que dificultam e contribuem/facilitam para a execução das ações de segurança do paciente, estão descritas detalhadamente no quadro 8.

Quadro 9 – Fatores que têm dificultado ou contribuído/na implementação das ações de segurança do paciente das Unidades de Pronto Atendimento, Salvador, Bahia, 2021.

Ações de segurança do paciente	Fatores que dificultam a execução das ações de segurança do paciente	Fatores que contribuem/facilitam a execução das ações de segurança do paciente
Notificação do evento adverso Notificação das não conformidades	<ul style="list-style-type: none"> • Falhas no preenchimento da ficha de notificação (U1); • Medo de notificar e punição (U1; U3); • Ausência de registros dos eventos adversos (U2); • Ausência de notificações das não conformidades (U3); • Falta de cultura da notificação (U5). 	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamentos in loco (U1; U5; U6); • Conscientizar os colaboradores de que as ações do Núcleo não são punitivas e sem corretivas e educativas (U4); • Motivação e envolvimento dos profissionais (U1; U3).
Implementação dos protocolos de segurança do paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Burocracia (U6); • Falta de realizar registros (U6). 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação segura do paciente (U3); • Uso do protocolo de queda (U3); • Colocação de impressora de etiquetas na recepção (U7); • Ações educativas e de promoção e prevenção de risco (U6; U4).
Protocolo de administração e prescrição dos medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de tecnologia para melhorar o prontuário eletrônico (U6). 	<ul style="list-style-type: none"> • Visualização do uso da pulseira nos pacientes (U2).
Protocolo de higienização das mãos	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de adesão dos profissionais (U7). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações educativas U4).

Fonte: Própria autoria, dados da pesquisa 2021

Em geral, sobre as ações desenvolvidas, no que tange as ações dos Núcleos de Segurança do Paciente, o estudo demonstrou que seis UPAS desenvolveram ações de SP, sendo que uma ainda está em processo de implantação e implementação das atividades focadas na SP, com objetivo de padronizar as ações assistenciais, inserindo a equipe, paciente,

acompanhante e familiar (U1). Nesta unidade, a realização de atividades de educação continuada e notificação de eventos adversos, incidentes sem danos e *never miss* também foram referidas em documento (Doc4U1).

Os achados evidenciaram que a maioria dos NSP realizaram ações educativas na área de segurança do paciente para a melhoria da qualidade da assistência com a equipe assistencial e administrativa e notificação dos eventos adversos (U2; U3; U6; U7). Além dessas, citaram reuniões mensais com o núcleo, profissionais da Unidade com intuito de participação e discussão das pautas coletivamente e monitoramento dos protocolos implantados (higienização das mãos, identificação do paciente, risco de queda e lesão) (U6); promoção da cultura de SP através de encontros do NSP com os profissionais da instituição, comunicando os riscos existentes para melhorar a adesão à notificação de incidentes (U4); fortalecimento dos protocolos do NSP e retomada da visita multidisciplinar na Unidade, iniciando na sala vermelha, sinalização dos medicamentos de alto risco, melhorando a segurança da assistência (Doc4U3); colocação de relógio beira leito para os pacientes com risco de lesão por pressão e avaliação da flebite (Doc4U5).

Em relação às ações educativas foram realizadas treinamentos abordando os temas: identificação segura do paciente, comunicação efetiva, prevenção de queda e flebite, medicamento seguro, prevenção de lesão por pressão e notificação de eventos adversos.

“Foi realizado um treinamento explicando para toda equipe sobre a importância da notificação, foi colocado acrílico com impresso para notificar e um banner explicativo” (U5).

Nas atas de registros das reuniões do NSP citaram que as ações educativas foram realizadas pelo NSP e CCIRAS, principalmente no contexto da pandemia, abordou-se higienização das mãos (Doc4U1; Doc4U5), precaução e processo de reconciliação medicamentosa com intuito de fornecer medicamentos corretos ao paciente (Doc4U1); paramentação e desparamentação dos EPIs (Doc4U4; Doc4U5). A metodologia adotada para definir as ações educativas foi através da “tempestade de ideias” e os temas foram definidos mensalmente (Doc4U2).

No estudo de Cunha et al (2020), o NSP da UPA estudada possui como atividade a capacitação periódica dos profissionais, o que corrobora com a presente pesquisa. Segundo Cunha et al (2020), é importante ao NSP desenvolver, implementar e acompanhar os

programas de treinamento voltados para segurança do paciente, sugerindo capacitação por meio de práticas reflexivas, com rodas de conversas para estimular o diálogo e a interação entre os profissionais e a gestão.

Quando os profissionais se capacitam criam responsabilidade coletiva. A participação dos profissionais em ações que modificam o processo de trabalho gera percepções positivas pela oportunidade de vivenciar novas experiências e de ampliar conhecimento, além da satisfação em proporcionar segurança do paciente. A implementação do NSP no serviço não pode ser vista somente como mudança em recursos, estrutura e equipamentos, mas iniciativas humanas (CUNHA et al, 2020, p. 10).

Em uma das unidades estudadas aqui, foi realizada homenagem ao Dia Mundial da Segurança do Paciente para reforçar as metas de segurança do paciente implantadas e implementadas, como: identificação correta do paciente, comunicação efetiva entre os profissionais, segurança medicamentosa, redução do risco de IRAS, prevenção de danos decorrentes de quedas e lesões por pressão (Doc4U4).

Importante destacar que além do contexto e da situação epidemiológica que deve ser observada para o desenvolvimento de ações e práticas, há eventos e campanhas anuais previamente definidas como é o caso do dia mundial que cabem ações de mobilização e chamamento para atenção ao tema por profissionais e gestores.

Por conta da pandemia pela Covid-19, os NSP de cinco Unidades do estudo ficaram responsáveis pelos Gripários (estruturas instaladas nas UPAs para tratamento específicos para os pacientes com síndromes gripais, suspeitos de COVID-19), então foram intensificados os treinamentos sobre a higienização das mãos, EPIs, seis passos para segurança do paciente, enfatizando a redução do risco de IRAS e a importância da comunicação efetiva como também visitas nos setores com objetivo de observar o acesso dos pacientes e risco de quedas.

No contexto da pandemia tem sido um grande “desafio para prestar cuidados seguros aos pacientes, por conta do aumento do número de atendimentos além da demanda que as instituições de saúde atendem rotineiramente, como também garantir a segurança dos profissionais de saúde, não apenas em relação ao vírus, mas considerando o impacto na sua condição emocional”, de modo que foram incorporadas ações para segurança do paciente, através de notas técnicas e recomendações, para reforçar a importante e necessária prestação da assistência de qualidade” (CALDAS et al, 2020, p. 20).

Importante destacar que o Plano de Contingência para o enfrentamento da Covid-19

do município de Salvador adotou ações estratégicas nas Urgências como: "implementar e realizar capacitações no serviço do uso de protocolos, normas e rotinas, fluxos de atendimentos, monitoramento das medidas de prevenção e controle; orientação sobre os EPIs para os profissionais de saúde; capacitação dos profissionais de saúde sobre o manejo das doenças respiratórias" (SALVADOR, 2020, p. 27). As ações propostas no Plano foram incorporadas nas ações dos NSP das UPAS estudadas, conforme informado nos questionários, no intuito de assegurar assistência segura aos pacientes e ambiente seguro para os profissionais, diante das condições estruturais precárias, escassez de recursos humanos, material, equipamentos, aumento exorbitante no quantitativo de atendimentos, sobrecarga de trabalho e esgotamento físico e mental dos trabalhadores.

Em relação à notificação dos eventos adversos, em geral, foi realizada atualização da planilha de EA incluindo um campo no “*checklist* diário obrigatório” utilizado durante a visita da equipe de enfermagem ao paciente (U2); discussão dos aspectos do fluxo estabelecido para notificar na Unidade, com o objetivo de desmitificar e orientar que a notificação busca a identificação das dificuldades e falhas nos processos para alcance das melhorias (U3); elaborados formulários de notificação interna (U6); notificação realizada pela equipe e o NSP elabora o parecer (U7).

As condutas dos NSP frente aos eventos adversos foram citadas neste estudo, a maioria das Unidades identificam os eventos adversos e suas causas com o profissional e/ou a equipe envolvida nos casos e elabora o plano de ação para corrigir e prevenir as falhas durante a assistência ao paciente, sendo que uma UPA menciona que até o momento não houve ocorrência desses eventos. Além disso, os gestores da Unidade recebem as notificações para apuração e tratativa dos casos ocorridos e a equipe recebe *feedback* dos EA acometidos (U4); o dano sendo grave será investigado juntamente com a Comissão de Ética para definição da medida disciplinar a ser aplicada (U6); monitoramento *in loco* do caso ocorrido (U7).

“O NSP tem a responsabilidade de investigar o ocorrido e identificar as falhas que ocorreram; não buscar culpados, mas, levantar as causas que fizeram o evento acontecer. Diante dos achados, será realizado um plano de ação para que o evento não ocorra novamente e para melhoria do processo assistencial. Quanto ao colaborador, haverá uma escuta ativa e se ele conseguiu compreender o fluxo estabelecido, seguindo as normas e rotinas ditadas na Unidade” (U3).

“Em casos de eventos adversos com danos cometidos pelos profissionais, as lideranças responsáveis recebem as notificações para apuração e tratativa das notificações, bem como a equipe recebe *feedback* frente ao que foi notificado.” (U4).

“Alinha a quebra do fluxo, notificar sem intuito de punição” (U5).

“Notifica, conversa e avalia caso do evento adverso com o profissional envolvido, perguntando as ações realizadas imediatamente ao ocorrido e sugestões de melhora. Se for caso grave, é investigado juntamente com a comissão de ética para definir a conduta disciplinar a ser aplicada. Realiza ações educativas frente aos casos de eventos adversos” (U6).

“Realiza-se plano de ação para melhoria da assistência; monitoramento in loco do caso ocorrido; notificação” (U7).

Com relação às mudanças geradas com a implantação do NSP na gestão e na equipe das Unidades estudadas, foram sobre a cultura da segurança do paciente, entendendo a necessidade dos profissionais realizarem notificações no intuito de evitar as falhas e corrigi-las através de ações e análise de causa raiz (U1); no olhar da equipe na assistência prestada aos pacientes (U2); melhoria no envolvimento e percepção da equipe em relação aos protocolos estabelecidos pelo núcleo (U3); na equipe no sentido que os profissionais estão mais aptos para contribuir na prevenção e controle de eventos adversos (U4) e em relação à otimização como por exemplo, identificar os equipamentos danificados e falta de insumos (U6); melhora na qualidade e integração da equipe com o paciente, na técnica dos procedimentos e a adesão da higienização das mãos (U6); na identificação do paciente, comunicação efetiva e na prevenção da LPP após a colocação do relógio para a mudança de decúbito (U7).

No que se refere às ações necessárias para melhoria da capacidade do NSP em introduzir mudanças para a melhoria da segurança do paciente, este estudo apontou as seguintes intervenções: estimular o envolvimento dos profissionais, principalmente na promoção da cultura de segurança, na execução dos protocolos de forma eficaz para gerar respostas positivas na qualidade da assistência, na notificação de eventos adversos, identificando e comunicando os riscos aos núcleos (U1; U3; U4); enfatizar a importância da segurança do paciente e monitorar in loco os setores da Unidade (U7).

“Constantemente são realizadas ações para melhorar a capacidade do NSP. A equipe do NSP se engaja diariamente para introduzir mudanças positivas, ouvindo o que os colaboradores têm a dizer. Deve ser feito o engajamento da equipe, buscando orientar sobre a importância e os reflexos positivos quando os protocolos são efetivamente executados” (U3).

“O Núcleo de Segurança do Paciente precisa de cada vez mais, maior adesão e interesse dos profissionais de saúde de todas as equipes, no processo de identificação e comunicação de riscos ao Núcleo. Mesmo trabalhando a disseminação da Cultura do Paciente mensalmente na Unidade, a adesão dos colaboradores ainda pode melhorar” (U4).

No estudo sobre a cultura de segurança do paciente em sete unidades de urgência dos hospitais do Rio Grande do Sul, os resultados revelaram que os supervisores consideram de grande relevância a promoção da cultura de SP, porém existe uma pressão para os profissionais darem conta dos atendimentos no tempo hábil, o que pode comprometer a qualidade da assistência (SCHUH; KRUG; POSSUELO, 2020).

Neste estudo, foram citadas as ações que a Secretaria Municipal de Saúde poderia realizar, como: treinamentos para os membros dos núcleos das Unidades no objetivo de aprimorarem o conhecimento acerca da segurança do paciente, estimular e ensinar novos protocolos que podem ser implantados considerando a realidade local (U2) e pactuação das ações e indicadores específicos de segurança do paciente no contrato de cogestão (U6).

“Treinamentos da Secretaria junto com a Comissão de Segurança das UPAS a fim de aprimorar toda a comissão, estimular e ensinar novos protocolos que podem ser implantados frente a realidade de cada local com objetivo de agregar” (U2).

“Promover a cultura de segurança do paciente, notificação de eventos adversos e indicadores/ações específicas de segurança do paciente e educação continuada pactuadas no contrato cogestão” (U6).

Por fim, a cultura de segurança deve ser estimulada pelos gestores das unidades, o que segundo Marinho et al (2018) a adoção destas práticas nos serviços de saúde pode implicar melhorias para a segurança do paciente, pois quando fortalecida proporciona o entendimento da falha como algo que acontece por múltiplas causas, as quais devem ser identificadas para direcionar medidas preventivas a fim de evitar que a falha ocorra novamente, sem intenção de culpar, expor ou envergonhar os profissionais envolvidos no incidente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os protocolos de SP adotados na maioria das UPAs foram a higienização das mãos e identificação do paciente. Sobre as ações desenvolvidas pelos NSP, os achados evidenciaram, em sua maioria, a realização de ações educativas na área de segurança do paciente para a melhoria da qualidade da assistência com a equipe assistencial e administrativa e notificação dos eventos adversos.

Observa-se que as ações educativas realizadas pelos NSP foram mais intensificadas atualmente devido ao contexto da pandemia de Covid-19, fortalecendo a importância da adoção de intervenções para implantação dos protocolos preconizados pela Anvisa em 2013. A educação permanente é uma das ações mais importantes para segurança do paciente e passíveis de serem executadas em qualquer estabelecimento de saúde.

Os resultados evidenciaram fragilidades no processo de trabalho dos NSP, como notificação dos EA no NOTIVISA e insuficiência de tecnologias, insumos e equipamentos para implementação dos protocolos de segurança do paciente.

Este estudo permitiu analisar as ações de segurança do paciente nas UPAs, refletir a necessidade de assegurar um ambiente de qualidade para os pacientes, no entanto, encontrou dificuldades na disponibilização de alguns documentos, talvez pelo contato virtual e não presencial da coleta pela situação da pandemia, o que de algum modo pode ter limitado a análise mais detalhada sobre os NSP e as ações do PSP.

A falta de segurança do paciente é um sério problema nos serviços de saúde, apesar de ser enfatizada pelas autoridades sanitárias nos últimos anos. Assim, destaca-se a *importância de manter na agenda a prioridade sobre segurança e a qualidade do cuidado nos serviços de saúde*, e a necessidade de implantar, implementar, monitorar e avaliar as ações de SP com base no Programa e no Plano de Segurança do Paciente.

Conclui-se que há poucas publicações relacionadas à segurança do paciente, especificamente, sobre as Unidades de Pronto Atendimento. Nesse sentido, este estudo poderá contribuir para estimular gestores e profissionais de saúde a refletirem sobre o tema, trazendo para a pauta de prioridades a segurança e a qualidade do cuidado nos serviços de saúde, e a necessidade de implantar, implementar, monitorar e avaliar as ações de SP com base no Programa e no Plano de Segurança do Paciente.

Novas pesquisas na área de Segurança do Paciente precisam ser desenvolvidas,

inclusive voltadas para serviços além da área hospitalar, onde ainda se concentra a maior produção. Este estudo respondeu às questões propostas, porém sobre uma realidade de uma capital estadual, da Região Nordeste, levantando interesse sobre o conhecimento da realidade da SP em UPAs em outros municípios brasileiros.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.** Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2016.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-**RDC nº36, de 25 de julho de 2013.** Inst para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 25 de julho de 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em 15 ago. 2020.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília:Anvisa, 2017. 168p.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde:** Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2015. 86p.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 20: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2018.

ARAÚJO, L.M. **A segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem intensivistas.**2016. 76f. Dissertação. Mestrado. Departamento de Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, 2016.

ARAÚJO, M.T. Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o serviço móvel de urgência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis.v. 20.n. Esp.p.156- 63. 2011.

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: investindo em saúde.** Rio de Janeiro: FGV. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 9782, de 26 de janeiro de 1999.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 27 de janeiro de 1999. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm. Acesso em 25 fev.2020.

BRASIL.Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº529, de 01 de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 01 de abril de 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em 19 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portarianº342, de 4 de março de 2013.** Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto

Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 04 de março de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html. Acesso em 11 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas)** [Internet]. 2013b; Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/unidades-de-pronto-atendimentoupas-24horas>. Acesso em 20 de ago de 2020.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.600 de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2011c, 8 jul; Seção 1: 69.

BRASIL. Presidência da República. Ministério da Saúde. **Portaria n.1601 de 7 de julho de 2011**. Estabelece diretriz para a implantação dos componentes Unidades de Pronto Atendimento (UPA24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário oficial da União, Brasília (DF). 2011a, 8 jul; Seção 1:70-72.

BRASIL. Presidência da República. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2013a, 31 dez; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_segura_nca.pdf. Acesso em: 05 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886,18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Presidência da República. Ministério da Saúde. **Portaria n.2809 de 7 de dezembro de 2012**. Estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da União, Brasília (DF). 2012, 8 dez; Seção 1: 24.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020 de 13 de maio de 2009**. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário oficial [da] União, Brasília, DF, 15 maio 2009.

BRENNAN, T. A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. **New England journal of medicine**, v.324, n. 6, p.370-376, 1991. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604>. Acesso em: 29 jul.2020.

BUENO, A.A.B, FASSARELLA, C.S. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v.6. n.1. 2012. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/1573>. Acesso em: 05 ago2020.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.4, p.791-798, 2013. ISSN0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0791.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S. H. B. Erros na medicação: análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. **Medicina**, v.33, p.322-330, 2000. Disponível em: revista.fmrp.usp.br/2000/vol33n3/erros_medicao.pdf. Acesso em 05 ago 2020.

COUTO RC, et al. **II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil**: propondo as prioridades nacionais. Instituto de estudos de saúde suplementar. 2018. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>. Acessado em: 20 abr 2022.

COSTA, E.A.M; LOBAO, W.M; RIBAS, C.L.M; NATHALIA, M.P. Segurança do paciente em serviços de saúde: uma análise na cidade de Salvador, Bahia. **REV. SOBECC, SÃO PAULO**. JAN./MAR. 2020; 25(1): 17-24.

ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A.L.S.F.; DRAGO, L.C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 21 jan.-fev. 2013.

FRANCO, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. **COLOMB.MÉD**, p. 130-133, abr./jun. 2005.

GIOVANELLA, L, MENDONÇA, M.H.. **Atenção Primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, L.(org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 493-546.

GOMES, A.T.L. et. al. Erro humano e cultura de segurança à luz da teoria “queijo suíço”: análise reflexiva. **Revista de enfermagem UFPE online.**, Recife, v. 10. supl. 4.p.3646-52, set., 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-29977>. Acesso em: 25 ago 2020.

GOMES, A.Q.F. Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por

organizações internacionais: estudo exploratório.2008.135f. Dissertação.Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.2008.
GOMIDE, M.F.S, PINTO, I.C, FIGUEIREDO, L.A. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. **Acta Paul Enferm.** v.25.n. esp 2.p. 19-25,2012

HEALTH AND SAFETY COMMISSION (HSC). **Organizing for Safety: Third Report of the Human Factors Study Group of ACSNI.** Sudbury: HSE Books, 1993.

HINRICHSEN, S.L. **Qualidade & segurança do paciente: gestão de riscos.** Rio de Janeiro: MedBook, 2012. 352p.

JAMES, J. T. A New, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J. Patient. Saf.*, v.9, p.122-128, 2013.

KOHN, K.T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system.** Washington: National Academy Press; 2000. Disponível em: <<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>>. Acesso em: 20 junho 2019.

MACEDO, R.S., BOHOMOL, E. Análise da Estrutura Organizacional do Núcleo de Segurança do Paciente dos Hospitais da Rede Sentinela. **Revista Gaúcha de Enfermagem.**v.40. esp.p.1- 10, 2018.Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180264.pdf>. Acesso em 22 jul 2020

MAKARY, M. A.; DANIEL, M. Medical error - the third leading cause of death in the US. *BMJ*, v.353, n.2139, p.1-5, 2016.

MARINHO, M. M. et al. **Intervenções educativas e seu impacto na cultura de segurança: uma revisão integrativa.** *Enfermagem em foco*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 72-77, 2016.

MARINHO, M. M. Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica. **Tese. Doutorado. Universidade Federal Santa Catarina, Santa Catarina, 2012.**

MEDICINE, I.of. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.** Washington, DC: The National Academies Press,2001

MELO, M.R.F. **Segurança do Paciente em uma unidade de emergência: proposta de intervenção para adesão da equipe de enfermagem ao protocolo de identificação do paciente.**2018.63f. Dissertação. Mestrado. Instituto Sírio Libanês. São Paulo, São Paulo, 2018.

MELO, E, A, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate.**Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 38-51, setembro 2018.

MENDES, W. Taxonomia em segurança do Paciente. In: SOUSA, P (org). **Segurança do**

paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.2014, p.57-72.

MENDES, W. V. J. **Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil.** 112f. Dissertação. Doutorado/ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio. Rio de Janeiro, 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MILAGRES, L.M. **Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos.** 2015.100f. Dissertação. Mestrado. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2015.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.D.R.; GOMES, R. **Pesquisa Social, teoria, método e criatividade.** 25ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde. 1ª edição. Rio de Janeiro: Hucitec, 2014

NIGHTINGALE, F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez; 1989.

OLIVEIRA, S. N. Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h: Percepção da Enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm.** Florianópolis.2015, n 24, v. 1, jan-mar, p.238-244. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71438421029.pdf>. Acesso em: 11 de outubro de 2020.

ONA. Organização Nacional de Acreditação. Mapa de Acreditações. <https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes>. Acesso em 25 de julho de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente:** Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Duran. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf> Acesso em: 19 de junho de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatoria da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata.** URSS6-12 de setembro de 1978. Fundo das Nações Unidas para Infância no Brasil.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Informe sobre la salud en el mundo 2000.** Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000.

PAIXÃO, D.P.S.S, BATISTA J, MAZIERO E.C.S, ALPENDRE F.T, M.R, CRUZ, E,D,A. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. **ver Bras Enferm**[Internet]. 2018;71(Suppl 1):577-84. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0577.pdf. Acesso em: 23 de jul 2020.

PINTO, I.C.M, et al. Níveis de atenção, produção de serviços e cobertura do SUS. In: PAIM,J.(org.) SUS – **Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber**. 1ed.Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2019.

PROADESS/MS. (s.d.). Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. Disponível em: <http://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=princ>Acesso em 10 ago 2020.

RANDOW, R.M.V,et.al. Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto atendimento. Rev Rene, Fortaleza, v. 12.n.esp.p. 904-12, 2011.

REASON, J. Human error: models and management. **Brit med journal**, n. 320, p. 768-770, 2000. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/320/7237/768>. Acesso em: 25 Jun. 2020.

REASON, J. T. **Human error**. 20ª ed. New York: Cambridge University Press, 2009. 302p

REIS, C.T; MARTINS, M; LAGUARDIA, J. A segurança do Paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sob a literatura. **Ciencia e Saúde Coletiva**. v.18. n.7,2013, p.2029-2036.

ROTHER, E.T. Revisão Sistemática versus Revisão Narrativa. Editorial. Acta Paul Enferm.v.20. n. 2.2007.

SALVADOR, Plano Municipal de Saúde do Municipio de Salvador 2018-2021. V.1. p.230.

SALVADOR, Plano Municipal de Saúde do Municipio de Salvador 2015-2018.

SANTOS, P.R.A. **Ações de Gerenciamento da segurança do paciente em serviço de emergência**. Dissertação. Mestrado. Escola de Enfermagem de Riberão. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2016. 147p.

SANTOS, T.B.S, PINTO, I.C.M. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal. **Saúde Debate**.Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial 3, p. 99-113, set 2017.

SCHUH, L. X.; KRUG, S.B.F; POSSUELO, L. Cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência / Culture of patient safety in urgency/emergency units / Cultura de seguridad del paciente en unidades de urgencia / emergência. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**; 12: 616-621, jan.-dez. 2020. Tab. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/8983/pdf_1. Acesso em: 10 jan 2022.

SOLLA, J.J.S.P, CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L.,et. al.(org.). **Políticos e Sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. P.547-576.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. v. 1 e 2. ISBN 978-85-8432-013-4 e 978-85-8432-015-8.

SOUZA, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta MedPort*, p. 309-318, 2006.

SOUZA, R.F.F. **Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro.**2014. 96f. Dissertação. Mestrado. Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro.2014.

TOMAZONI, A. **Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal.** Dissertação. Mestrado. 148p. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, 2013.

TRAVASSOS, C., MARTINS, M, CALDAS, B. Qualidade e Segurança no cuidado de saúde. In: PAIM, J., S., ALMEIDA-FILHO, N (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática.** 1ed. Rio de Janeiro: Med Book, 2014. p.373-384.

WACHTER, R. **Compreendendo a Segurança do Paciente.** 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 478p

WEGNER, W et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Esc Anna Nery* 2016, Porto Alegre, v. 20, n. 3, setembro de 2016. Acesso em: 18 de junho de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated health services: whatandwhy?** Geneva, World Health Organization, Technical Brief nº 1. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/informationcentre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf>. Acesso em: 20 de junho de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual framework for the international classification for patientsafety.** Version 1.1. Final Technical Report. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 04 maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The SaferPrimaryCare Expert Working Group.** 2012.Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/0000022625bbrRT.pdf>. Acesso em: 04 maio 2020.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZAMBON, L.S. **Segurança do Paciente em terapia intensiva: caracterização de eventos adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com mortalidade e identificação de fatores de risco para sua ocorrência.**2014. 273f. Tese. Doutorado. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo.2014.

APENDICES

APENDICE A: ROTEIRO DE CHECK LIST PARAREVISÃO DOCUMENTAL

DOCUMENTOS DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP):

- a) Documento ou Portaria de criação e nomeação doNSP;
- b) O Plano de Segurança do Paciente;
- c) Regimento doNSP;
- d) Levantar as atas dos registros das reuniões doNSP dos últimos três meses;
- e) Registro das notificações dos eventos adversos com danos aos pacientes dos últimos três meses;
- f) Relatórios do NOTIVISA dos últimos três meses;
- g) Relatórios de avaliações dos protocolos implantados dos últimos três meses;
- h) Registros de tomadas de decisões quando o profissional comete um evento adverso com dano ao paciente dos últimos três meses;
- i) Registros das ações de educação permanente relacionados a segurança do paciente dos últimos três meses.

APÊNDICE B - ANÁLISE DOCUMENTAL DOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA/PA DOCUMENTOS	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7
Documento ou Portaria de criação e nomeação do NSP * documentos anexados complementarmente as informações respondidas pelo questionário	Não foi disponibilizado o documento, porém no questionário e regimento constavam os membros e suas respectivas categorias profissionais	Documento timbrado pela empresa que administra a Unidade. Não constava os cargos ocupados e a atividade desempenhada pelos membros (consultores e executores) pelos membros e a data da criação do Núcleo.	Documento timbrado pela empresa que administra a Unidade. Os membros foram nomeados pela Direção, sendo que 30% do NSP foram ocupados pela Coordenação de Enfermagem, Responsável técnico e Gestor de Unidade, e todos os membros são executores e consultores. Além dos representantes conforme art. 4 da RDC nº 36/2013, foram nomeados da	Documento timbrado pela empresa que administra a Unidade. Os membros foram nomeados em ato de designação conforme art. 4 da RDC nº 36/2013, assinado pelo Diretor Médico. Os membros são executores e consultores, com 37,5% são ocupantes de cargos como Gestor da Unidade e responsáveis técnicos.	Documento timbrado pela empresa que administra a Unidade. Foi criado um Núcleo de qualidade de segurança do paciente vinculado à Gerência da Unidade. Todos os membros foram indicados pelo Gestor da Unidade, a maioria são enfermeiros(as). Além dos representantes conforme art. 4 da RDC nº 36/2013, foi nomeada uma assistente social.	Não foi disponibilizado o documento, porém no questionário constava os membros e suas respectivas categorias profissionais	Não foi disponibilizado o documento, porém no questionário constava os membros e suas respectivas categorias profissionais

			administração, nutrição e Órgão administrador da DIVISA.				
Plano de Segurança do Paciente	<p>Descrito os objetivos e as metas de acordo com as normatizações da RDC nº 36/2013, Portarias nº 1377/2013 e nº 2095/2013, como também conceituaram o processo de gerenciamento de riscos (mapeamento e identificação; notificação e avaliação; ações para controle; comunicação dos riscos nos serviços de saúde) e implementadas ações educativas</p>	Não foi disponibilizado o documento	<p>Descrito os objetivos e as metas de acordo com as normatizações da RDC nº 36/2013, Portarias nº 1377/2013 e nº 2095/2013, como também, conceituaram o processo de gerenciamento de riscos (mapeamento e identificação; análise dos riscos; notificação e avaliação dos riscos; tratamento dos riscos; acompanhamento e revisão dos riscos; ações para controle; comunicação dos riscos nos serviços de saúde).</p>	<p>Descrito os objetivos e as metas de acordo com as normatizações da RDC nº 36/2013, Portarias nº 1377/2013 e nº 2095/2013, como também, conceituaram o processo de gerenciamento de riscos (mapeamento e identificação; análise dos riscos; notificação e avaliação dos riscos; tratamento dos riscos; acompanhamento e revisão dos riscos; ações para controle; comunicação dos riscos nos serviços de saúde). Foi descrito o processo de notificação determinando o prazo para cada tipo de notificação, com o objetivo do setor responsável realizar a tratativa das notificações, descrever a análise da causa e elaborar plano de ação. Foi descrito a</p>	Não foi disponibilizado o documento	Não foi disponibilizado o documento	Não foi disponibilizado o documento

	<p>para todo o público da Unidade. Não foi definido atividades para alcançar os objetivos e metas. Não foi estabelecido indicadores para acompanhamento e avaliação do cumprimento das metas. Não foi definido o cronograma de atividades propostas no PSP e os responsáveis pela execução.</p>		<p>Foi descrito o processo de notificação determinando o prazo para cada tipo de notificação, com o objetivo do setor responsável realizar a tratativa das notificações, descrever a análise da causa e elaborar plano de ação. Foi descrito a metodologia para promover a cultura de segurança do paciente através de treinamentos articulados entre o NSP, setor de qualidade e os gestores das áreas assistenciais e campanhas de conscientização. Não foi estabelecido indicadores para acompanhamento</p>	<p>metodologia para promover a cultura de segurança do paciente através de treinamentos articulados entre o NSP, setor de qualidade e os gestores das áreas assistenciais e campanhas de conscientização. Não foi estabelecido indicadores para acompanhamento e avaliação do cumprimento das metas. Não foi definido o cronograma de atividades propostas no PSP e os responsáveis pela execução.</p>			
--	---	--	--	--	--	--	--

			e avaliação do cumprimento das metas. Não foi definido o cronograma de atividades propostas no PSP e os responsáveis pela execução.				
Regimento do NSP	Foi descrito a finalidade, princípios, diretrizes, competências, deveres e responsabilidades do NSP, e também sua composição. Teve capítulo detalhando a periodicidade das reuniões e grupos de trabalho no NSP para tratamentos de assuntos específicos. Foi descrito os conceitos e tipos de eventos adversos.	Foi descrito a finalidade, princípios, diretrizes, competências, deveres e responsabilidades do NSP, e também sua composição. Além dos representantes conforme art. 4 da RDC nº 36/2013, foi nomeada um técnico de transporte do paciente (maqueiro). Foi descrito os conceitos e tipos de eventos adversos. Foi descrito os protocolos de	Regimento elaborado com objetividade e clareza, cumprindo a RDC nº 36/2013, baseado na tipologia da Unidade. Foi descrito a composição do NSP com representantes dos serviços médico, enfermagem, farmácia, administração como membros consultores e os executores são três enfermeiras, em contradição a Portaria de nomeação, que menciona todos	Regimento semelhante que foi elaborado pela UPA 3, por serem administradas pela mesma empresa.	Foi descrito a finalidade, princípios, diretrizes, competências, deveres e responsabilidades do NSP, e também sua composição, sendo que, os representantes da Direção e dos serviços médico, enfermagem, farmácia, administração como membros consultores. Foi detalhado sobre a definição e ações a serem executadas do PSP, diferenciando dos regimentos analisados das UPAS 1,2,3 e 4.	Não foi disponibilizado o documento pelo entrevistado.	Não foi disponibilizado o documento pelo entrevistado.

	<p>segurança que podem ser implantados na Unidade, como: higienização das mãos, prevenção de úlcera por pressão, identificação do paciente, prevenção de quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos. Teve capítulo detalhando a periodicidade das reuniões e grupos de trabalho no NSP para tratamentos de assuntos específicos. Foi descrito os conceitos, tipos e notificações dos eventos adversos. Foi descrito ações para a gestão de risco.</p>	<p>membros são consultores e executores. Teve capítulo detalhando o funcionamento do NSP com a periodicidade das reuniões, sigilo dos assuntos tratados pelos os membros e o período da divulgação das informações e indicadores operacionais, nos quais não foram descritos no PSP. Foi descrito os princípios, diretrizes e competências gerais dos membros, assim como, a metodologia e as principais ações a serem desenvolvidas no NSP.</p>				
--	---	--	--	--	--	--

		<p>Um das atividades detalhadas no regimento que estão em destaque foram: <i>“Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde, como: profissionais capacitados usam de protocolos de segurança do paciente e dose unitária de medicamentos, entre outros”</i>.</p>					
<p>Levantar as atas dos registros das reuniões do NSP dos últimos três meses</p>	<p>A ata de reunião apresentada foi referente ao mês de outubro de 2020. Discutido as ações educativas realizadas pelo NSP e CCIH, como</p>	<p>As atas apresentadas foram referentes aos meses de setembro, outubro e novembro do ano 2020. A metodologia adotada para definir as ações educativas</p>	<p>As atas apresentadas foram referentes aos meses de setembro a novembro do ano de 2020. As atas dos meses de outubro e novembro estavam com a imagem sem</p>	<p>As atas apresentadas foram referentes aos meses de setembro a novembro do ano de 2020. Nas reuniões o NSP divulgou as ocorrências de notificações na Unidade, nos meses de setembro a novembro totaliza em 22, sendo 20 classificada como</p>	<p>As atas apresentadas foram referentes aos meses de setembro a dezembro do ano de 2020. Definido treinamento com objetivo de explicar e orientar a importância das notificações dos eventos e tratativa</p>	<p>Não foi disponibilizado o documento pelo entrevistado.</p>	<p>Não foi disponibilizado o documento pelo entrevistado.</p>

<p>higienização das mãos, precaução e processo de reconciliação medicamento sa com intuito de fornecer medicamento s corretos ao paciente. Também comunicado que não houve notificação de eventos adversos, incidentes sem danos e NEVER MISS. As pautas da reunião foram para discutir as ações educativas relacionadas ao Controle de IRAS e Segurança do Paciente.</p>	<p>voltadas a segurança do paciente foi através da “tempestade de ideias” e os temas são definidos mensalmente. As ações educativas foram para toda equipe multiprofissional da Unidade e membros do NSP. As pautas da reunião foram para discutir as ações educativas relacionadas ao Controle de IRAS e Segurança do Paciente.</p>	<p>nitidez. Foram discutidas as ações definidas no PSP, como: fortalecimento dos protocolos do NSP; retomada da visita multidisciplinar na Unidade, iniciando na sala vermelha; organização do evento do NSP na Unidade; fortalecimento das sinalizações dos medicamentos do alto risco, melhorando a segurança assistencial.</p>	<p>não-conformidade, um evento adverso sem dano e um evento adverso. Discutido o uso de EPIs, principalmente no contexto da Pandemia. Os colaboradores da Unidade queixaram de desconforto ao utilizarem o avental de plástico. Foi relatado nas reuniões, os atrasos nas prescrições médicas chegarem na farmácia para dispensação, comprometendo o efeito terapêutico desejado nos pacientes internados. A ação discutida pelo NSP foi a homenagem ao Dia Mundial de Segurança do Paciente para reforçar as metas de segurança do paciente aplicadas na Unidade, como: identificação correta do paciente, comunicação efetiva entre os profissionais, segurança medicamentosa, redução do risco de</p>	<p>para a equipe. Algumas ações foram programadas como relógio para colocar a beira leito para os pacientes com risco de lesão por pressão, avaliação da flebite. Fato observado nas leituras das atas foram a rotatividade dos membros do núcleo devido ao desligamento dos profissionais. Houve fechamento do Gripário no mês de novembro, então os pacientes suspeitos e conformados de COVID-19 voltaram a serem atendidos na Unidade. Devido a Pandemia, intensificaram os treinamentos de higienização das mãos, paramentação e desparamentação dos EPIS, lesão por pressão e avaliação de flebite.</p>		
---	--	---	--	---	--	--

				infecções associadas aos Cuidados em Saúde, prevenção de danos decorrentes de quedas e lesões por pressão.			
Registro das notificações dos eventos adversos com danos aos pacientes dos últimos três meses	Não foi disponibilizado o documento	Não foi disponibilizado o documento	Não foi disponibilizado o documento	Não foi disponibilizado o documento	Não foi disponibilizado o documento	Não foi disponibilizado o documento	Não foi disponibilizado o documento
Relatórios do NOTIVISA e/ou RELATÓRIOS INTERNOS/BOLETINS dos últimos três meses	Em virtude da Pandemia a Unidade ficou responsável pelo Gripário. Foi realizado treinamentos com equipe sobre higienização das mãos, paramentação e a importância da comunicação efetiva. Realizados visitas nos	Não foi disponibilizado o documento	Não foi disponibilizado o documento	Não foi disponibilizado o documento	Os relatórios anexados no questionário referem ações de educação permanente e algumas realizadas pelo NSP, como o PDSA(Plan, Do, StudyandAct) traduzidos na literatura como ORCA (Organizar, Realizar, Clarificar e Atuar) ou PFEA (Planejar, Fazer, Estudar e Atuar), são ferramentas para testar e implementar mudanças no	Não foi disponibilizado o documento	Não foi disponibilizado o documento

<p>setores da Unidade e do Gripário com objetivo de observar o acesso dos pacientes e risco de quedas. A Unidade teve uma ocorrência de infecção relacionada a IRAs em agosto de 2020, conforme informações dos relatórios internas dos meses de agosto e setembro de 2020. Uma das ações de educação continuada realizada foi os seis passos para a segurança do paciente, enfatizando a</p>				<p>ambiente de trabalho, orientar o processo de uma mudança; e capacitação em locus sobre identificação correta do paciente envolvendo os pacientes, familiares e profissionais de todas as áreas da Unidade como também prevenção de lesão por pressão, risco de queda, enfatizando a avaliação nutricional, massagem de conforto, o novo relógio para mudança de decúbito a beira leito a cada 2h, a utilização e sinalização dos pacientes que apresentarem risco de queda.</p>		
---	--	--	--	--	--	--

	redução do risco de infecções relacionado aos cuidados de saúde.						
Relatórios de avaliações dos protocolos implantados dos últimos três meses	Não foi disponibilizado o documento	Não foi disponibilizado o documento	Não foi disponibilizado o documento	Não foi disponibilizado o documento	Não foi disponibilizado o documento	Não foi disponibilizado o documento	Não foi disponibilizado o documento
Registros das ações de educação permanente relacionados a segurança do paciente dos últimos três meses					Foram anexadas as frequências das ações educativas realizadas nos meses de setembro a novembro de 2020. As ações educativas realizadas foram: 1. Identificação o correta do paciente com objetivo de capacitar, orientar, apresentar na prática tipos de identificação ao paciente. – 20 profissionais, a maioria equipe de enfermagem 2. Lesão pressão e relógio para mudança de decúbito com		

					<p>objetivo de orientar a equipe sobre as atualizações da lesão por pressão – 15 profissionais do Gripário</p> <p>3. COVID-19 Reorientação da paramentação e desparamentação – 9 profissionais, incluindo da equipe de enfermagem e auxiliar administrativo.</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--

APENDICE C: QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO*

PARTE I: IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Identificação/INICIAIS:	
Idade:	
Sexo:	Profissão:
Atuação na equipe: () 1 ano () 2 anos () 3 anos	Escolaridade:
Tempo de Trabalho na Unidade:	
Tempo de Experiência Profissional na profissão:	
Tipo de jornada de trabalho:	
Tempo de Experiência Profissional na área de atuação:	
e-mail:	

PARTE II: IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO EM QUE TRABALHA

Nome do estabelecimento:	
Endereço:	
Bairro:	Telefone:
Distrito Sanitário:	CEP:
E-mail:	
Diretor:	Porte:
Gestor Municipal:	
Administração própria: () Sim () Não Instituição:	
Nome responsável pela informação:.	

PARTE III: PLANO E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

	Sim	Não
O serviço de saúde possui Núcleo de segurança do paciente nomeada pela direção/gerência da instituição?	()	()
Quem são os membros do NSP? Categoria profissional: Carga horária:	()	()
O serviço de saúde possui plano de segurança do paciente atualizado e implantado?	()	()
Mantém protocolos de segurança do paciente atualizados e implantados?	()	()
Analisa, avalia e monitora os dados e seus indicadores sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação de assistência à saúde?	()	()
O plano de segurança do paciente (PSP) está disponível para todos os profissionais da Instituição?	()	()
Há programa de educação permanente para os profissionais para as práticas de segurança do paciente?	()	()

* As partes I, II e III foram elaboradas a partir da adaptação dos roteiros de Inspeção da ANVISA,2017.

PARTE IV: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES E PRÁTICAS VOLTADAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

Questões abertas:

1. Como se deu a implantação do PSP e do NSP em sua Unidade de Pronto Atendimento? Qual foi sua participação nesse processo?
2. Você poderia falar sobre as ações desenvolvidas para melhoria da qualidade do cuidado, promoção da cultura de segurança do paciente e notificação de eventos adversos na Unidade de Pronto Atendimento?
3. Na sua percepção, que mudanças foram geradas com a implantação do NSP na gestão e na equipe?
4. Você percebe o envolvimento dos profissionais em relação a implantação do NSP e implementação do PSP?
5. Quais tecnologias foram implantadas para facilitar e qualificar a assistência aos pacientes?
6. Quais ações têm sido mais fáceis de desenvolver e que fatores têm contribuído mais na implementação? O que você acredita que contribuiu para essa facilidade?
7. Quais ações têm sido mais difíceis de desenvolver e que fatores têm dificultado mais na implementação? O que você acredita que contribuiu para isso?
8. O que precisaria/poderia ser feito para melhorar a capacidade do NSP de introduzir mudanças positivas para melhorar a segurança do paciente?

ANEXOS

ANEXO A:

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA								
Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO EM SALVADOR, BAHIA, BRASIL								
Pesquisador: GILVANIA LIMA NOGUEIRA								
Área Temática:								
Versão: 1								
CAAE: 39292720.0.0000.5030								
Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva								
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio								
DADOS DO PARECER								
Número do Parecer: 4.370.885								
Apresentação do Projeto:								
<p>Este estudo pode contribuir com as atividades voltadas para a Segurança do Paciente através da divulgação de informações e conhecimentos aos profissionais acerca das práticas para a redução dos riscos e danos relacionados à assistência. A Segurança do Paciente é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como "redução do risco de danos desnecessários, associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável, diante dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de tratamento ou não tratamento, garantindo os melhores resultados possíveis ao paciente"(WHO, 2009, p. 14-15. Tradução própria). A Rede Sentinela foi base para a implantação da gestão risco nas instituições de saúde, incentivando a cultura de notificação e melhoria da qualidade nos serviços de saúde (MACEDO, BOHOMOL, 2019). A Gestão de risco é compreendida como aplicação de políticas de segurança e estratégias de ações para identificar, comunicar, analisar, minimizar e controlar os riscos e eventos adversos que possam atingir o paciente, profissional, meio ambiente e a instituição (BRASIL, 2013).</p> <p>Assim, diante da necessidade de dar visibilidade ao tema de segurança e gestão de risco e contribuir para demonstrar a importância da implantação do NSP e implementação das ações do Plano de Segurança do Paciente nos níveis de Atenção à Saúde (ANVISA, 2016), este estudo possibilitará a produção de informações e divulgação de conhecimentos aos profissionais acerca das práticas de segurança do paciente para a redução dos riscos e danos relacionados à assistência.</p>								
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="font-size: small;">Endereço: Rua Basílio de Gama s/n</td> <td style="font-size: small;">CEP: 40.110-040</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Bairro: Cidade</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">UF: BA</td> <td style="font-size: small;">Município: SALVADOR</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Telefone: (71)3283-7419</td> <td style="font-size: small;">E-mail: ceplic@ufba.br</td> </tr> </table>	Endereço: Rua Basílio de Gama s/n	CEP: 40.110-040	Bairro: Cidade		UF: BA	Município: SALVADOR	Telefone: (71)3283-7419	E-mail: ceplic@ufba.br
Endereço: Rua Basílio de Gama s/n	CEP: 40.110-040							
Bairro: Cidade								
UF: BA	Município: SALVADOR							
Telefone: (71)3283-7419	E-mail: ceplic@ufba.br							
Página 01 de 05								

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 4.370.985

Declaração do Patrocinador	DECLARACAOFINANCIAMENTOPROP RIO.pdf	18/10/2020 22:35:32	GILVANIA LIMA NOGUEIRA	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	DeclaracaodopesquisadorexteriorProfessoraMarluce.pdf	18/10/2020 22:34:48	GILVANIA LIMA NOGUEIRA	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	Declaracaodopesquisadorexterior.pdf	18/10/2020 22:34:33	GILVANIA LIMA NOGUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	18/10/2020 22:34:06	GILVANIA LIMA NOGUEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodoorientador.pdf	18/10/2020 22:30:00	GILVANIA LIMA NOGUEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOGILVANIA.pdf	18/10/2020 22:29:44	GILVANIA LIMA NOGUEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoprojeto.pdf	16/10/2020 14:20:30	GILVANIA LIMA NOGUEIRA	Aceito
Declaração de concordância	anuencia.pdf	15/10/2020 13:16:25	GILVANIA LIMA NOGUEIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	curriculumarluce.pdf	15/10/2020 12:53:26	GILVANIA LIMA NOGUEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Neecessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 29 de Outubro de 2020

Assinado por:
Arlone Brasileiro Oliveira Cunha
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Basílio de Gama s/n
Bairro: Canela CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR E-mail: cepic@ufba.br
Telefone: (71)3283-7419

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo denominado “**SEGURANÇA DO PACIENTE NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO EM SALVADOR, BAHIA, BRASIL**”. O objetivo deste estudo é analisar as ações/práticas de Segurança do Paciente desenvolvidas em Unidades de Pronto Atendimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. A sua participação no referido estudo será no sentido de responder, através de um questionário online aplicado através pelo *google forms*, cujas informações servirão para analisar as ações desenvolvidas pelos Núcleos de Segurança do Paciente nas Unidades de Pronto Atendimento.

Você ao aceitar a pesquisa deverá:

1. Eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura do TCLE, o qual poderá ser impresso se assim o desejar.
2. Responder ao questionário on-line.

O questionário será on-line e, portanto, respondido no momento e local de sua preferência. Não é obrigatório responder a todas as perguntas se assim você o desejar. Você não terá despesas e nem será remunerado pela participação na pesquisa.

O benefício à sua participação relaciona-se aos achados poderem subsidiar ações para melhoria na qualidade do cuidado, promoção da cultura e das ações de segurança do paciente das UPAS. O risco da pesquisa é mínimo por envolver apenas a resposta ao questionário online, o qual foi elaborado com o intuito de que o tempo gasto para seu preenchimento será, em torno de 20 a 35 minutos. Para garantir a confidencialidade e a privacidade dos indivíduos, a caracterização dos mesmos será feita por codificação de sua identidade. Todos os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente com finalidades científicas conforme previsto no consentimento do participante. Os resultados da pesquisa não serão divulgados a terceiros. Você poderá e recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e se desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo por conta disso. Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, cópia do mesmo será automaticamente enviada para seu endereço eletrônico informado no questionário on-line. Qualquer informação sobre este estudo poderá ser solicitada através do telefone 71.992301702, contato da Mestranda. Gilvânia Lima Nogueira. O contato com o Comitê de Ética também poderá ser feito a partir do e-mail cepisc@ufba.br Enfim, tendo sido orientado (a) quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Salvador - BA, // 2020

Assinatura do (a) Entrevistado (a)

Gilvânia Lima Nogueira
Pesquisadora Responsável
(ISC/UFBA)