

Segurança do paciente na atenção primária à saúde: estudo de métodos mistos

Patient safety in primary health care: study of mixed methods

Alessandra Suptitz Carneiro¹ • Adriana Remião Luzardo² • Ivana Loraine Lindemann³ • Rafael Kremer⁴
Paulo Roberto Barbato⁵ • Joe Suptitz Carneiro⁶

RESUMO

Objetivo: Identificar o conhecimento de profissionais de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família sobre segurança do paciente e realizar intervenção educativa acerca do tema junto à equipe. **Metodologia:** Estudo misto com estratégia de triangulação dos dados. Na etapa quantitativa aplicou-se pré e pós-teste, tendo como marco a intervenção educativa. Na etapa qualitativa utilizou-se a técnica de grupo focal. A análise dos dados utilizou a estatística descritiva e a análise de conteúdo para os dados qualitativos. **Resultados:** Participaram do estudo 17 profissionais de saúde do sexo feminino, com média de idade de 30,3 ($\pm 6,8$), em sua maioria Agentes Comunitários de Saúde (29,4%). Os achados do pré-teste apontaram que o conhecimento sobre segurança do paciente expressado pelos profissionais da ESF era incipiente. Entretanto, após a intervenção educativa observou-se o aumento de respostas corretas no pós-teste na maioria das questões. **Conclusão:** Os achados revelam a importância de ações educativas permanentes e contínuas no processo de trabalho dos profissionais de saúde, a fim de proporcionar reflexões quanto a temas emergentes e imprescindíveis para a qualificação da assistência em saúde e fortalecimento da segurança do paciente.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Segurança do Paciente; Educação Continuada.

ABSTRACT

Objective: To identify the knowledge of health professionals of a Family Health Strategy on patient safety and carry out educational intervention on the subject with the team. **Methodology:** Mixed study with data triangulation strategy. In the quantitative stage, pre and post-test was applied, taking as a reference the educational intervention. In the qualitative step, the focal group technique was used. The analysis of the quantitative data used descriptive statistics and the content analysis for qualitative data. **Results:** Participated in the study 17 female health professionals, with a mean age of 30.3 (± 6.8), mostly Community Health Agents (29.4%). Pre-test findings indicated that knowledge about patient safety expressed by FHS professionals was incipient. However, after the educational intervention, the increase of correct answers in the post-test was observed in most of the questions. **Conclusions:** The findings reveal the importance of permanent and continuous educational actions in the work process of health professionals, in order to provide reflections on emerging and essential issues for the qualification of health care and strengthening of patient safety.

Keywords: Primary Health Care; Patient Safety; Education, Continuing.

NOTA

¹Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista CAPES. E-mail: alessandracarneiro1994@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó. E-mail: luzardoar@gmail.com

³Nutricionista. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo. E-mail: ivana.lindemann@uffs.edu.br

⁴Fisioterapeuta. Doutorando em Biologia Celular e do Desenvolvimento pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professor Adjunto da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo. E-mail: rafael.kremer@uffs.edu.br

⁵Odontólogo. Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó. E-mail: prbarbato@gmail.com

⁶Acadêmico de enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: joesc1992@hotmail.com



INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde é permeado por ações complexas, desenvolvidas diante de um universo multifacetário e dinâmico que influencia nas relações e determinantes do processo de saúde e doença dos indivíduos, e, portanto, também apresenta potencial de risco e danos à saúde⁽¹⁻²⁾. Neste contexto, existem movimentos mundiais de diversas organizações a fim de debater, refletir e estimular a segurança do paciente como assunto prioritário nos serviços de saúde, com vistas a qualificar o cuidado e torna-lo mais seguro.

Dessa forma, em 2004, a *The World Alliance for Patient Safety* criada pela Organização Mundial de Saúde, passou a definir segurança do paciente como a redução a um mínimo aceitável de riscos e danos associados à atenção à saúde, considerando que o potencial para o dano é real e pode acarretar incidentes, além da complexidade de procedimentos e tratamentos⁽¹⁾. No Brasil, o debate dessa questão intensificou-se após a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, pela Portaria nº 529 do ano de 2013, visando promover e apoiar iniciativas para a segurança do paciente com a implementação da Gestão de Risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde, nos diferentes níveis de atenção⁽³⁾.

Apesar disso, a maior parte dos estudos sobre o tema tem sido desenvolvida em instituições hospitalares, mesmo diante da vultosa demanda de cuidados prestados na Atenção Primária à Saúde (APS)⁽⁴⁾. Cabe ressaltar que, enquanto os Eventos Adversos (EA) que ocorrem nos hospitais estão ligados principalmente à cirurgia e ao tratamento medicamentoso, na APS os EA mais frequentes estão associados ao tratamento medicamentoso e ao diagnóstico de doenças⁽⁵⁾. Para tanto, faz-se necessário ampliar as investigações voltadas à APS, buscando dar visibilidade à sua singularidade.

Em uma revisão sistemática publicada no ano de 2014, foram identificados como fatores contribuintes de incidentes na APS as falhas na comunicação interprofissional e com o paciente, falhas na gestão de insumos medicocirúrgicos e medicamentos, profissionais pressionados para serem mais produtivos em menos tempo, falhas em prontuários e na recepção dos pacientes, planta física da unidade de saúde inadequada, descarte inadequado de resíduos dos serviços de saúde, tarefas excessivas e erros no cuidado. Ao mesmo tempo, o estudo apontou algumas soluções para esses entraves, a exemplo da oferta de capacitação aos profissionais de saúde a fim de estimular mudanças de comportamento entre a equipe, além de necessidade de identificar as situações de riscos e agir em prol da segurança do paciente a partir de ações pautadas em indicadores institucionais⁽⁵⁾.

Tornar as ações da APS mais seguras, configura-se em um atributo de qualificação do cuidado em longo prazo.

Para tal, as atividades de educação permanente junto à equipe que atua nesse espaço, traduzem-se como oportunidade de construção de saberes com potencial de provocar modificações nas práticas e com isso minimizar as situações de risco e ampliar a segurança do paciente na APS.

Neste contexto, por meio da indagação: Qual é o conhecimento sobre segurança do paciente entre profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde em um município do Rio Grande do Sul? Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo identificar o conhecimento de profissionais de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre segurança do paciente e realizar intervenção educativa acerca do tema junto à equipe.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo misto com estratégia de triangulação concomitante dos dados⁽⁶⁻⁷⁾. Na abordagem quantitativa aplicou-se pré e pós-teste antes e após intervenção educativa, e na abordagem qualitativa foi utilizada a técnica de grupo focal. Cabe destacar que nos estudos de intervenção, o foco não trata da mudança imediata da ação instituída, pois a mesma é consequência da produção de outra relação entre teoria e prática, em que a questão se vincula à afirmação de uma micropolítica do cotidiano. Enquanto metodologia coletiva, favorece a discussão e a produção cooperativa e por sua ação crítica e implicativa, amplia as condições de um trabalho compartilhado⁽⁸⁾.

O estudo foi desenvolvido em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Marau, região noroeste do Rio Grande do Sul, Brasil. A população-alvo se tratou dos profissionais de saúde da ESF. Foram excluídos aqueles com menos de um ano de atuação junto à equipe. Os dados foram coletados no mês de agosto do ano de 2017.

Para a coleta de dados utilizaram-se dois instrumentos: Questionário I (Perfil sociodemográfico e de formação dos profissionais de saúde) e Questionário II (pré e pós-teste). Cabe ressaltar que o Questionário II foi construído e aplicado em estudo prévio com população semelhante a do presente estudo, constituído por 21 questões com respostas de múltipla escolha e com a finalidade de investigar o conhecimento teórico sobre segurança do paciente, antes e após o programa interativo⁽⁹⁾.

A coleta de dados teve início após a apresentação do estudo em reunião junto da equipe de saúde alvo desta investigação, onde os profissionais foram convidados a participar por meio do preenchimento dos questionários I e II (pré-teste). Em seguida, os participantes foram convidados a participar da intervenção educativa que ocorreu por meio de um Seminário de Campo com a temática “Segurança do Paciente na Atenção Primária à

Saúde”, a intervenção foi mediada pela pesquisadora responsável, com duração de três horas. Inicialmente foi realizada uma dinâmica de reflexão onde discutiu-se sobre os riscos da comunicação não efetiva em saúde. Após, a pesquisadora responsável realizou uma fala acerca da abordagem histórica sobre segurança do paciente, taxonomia do tema, diferenças entre incidentes ocorridos no ambiente hospitalar e na APS, estimativa de erros e criação de estratégias para enfrentamento de erros na APS.

Na semana posterior ocorreu o segundo momento, onde todos os participantes da primeira etapa foram convidados a responder novamente o Questionário II (pós-teste), tendo como marco o Seminário de Campo. Após, integraram um grupo focal que teve como abordagem a reflexão significativa por perguntas disparadoras acerca do aproveitamento e avaliação da atividade educativa realizada, através de roda de conversa com o tema Segurança do Paciente na APS. Para tanto, a pesquisadora responsável atuou como mediadora do espaço e preocupou-se em manter os participantes na discussão de forma objetiva. O encontro teve duração de duas horas e contou com o auxílio de um colaborador previamente capacitado. O mesmo foi responsável por garantir a logística adequada para o momento, bem como, realizar anotações e observações necessárias acerca da discussão em andamento e que pudessem auxiliar na análise dos dados posteriormente. Os dados oriundos do grupo focal foram gravados em áudio, com posterior transcrição e análise.

Na etapa quantitativa os dados foram digitados em planilha eletrônica, sendo transferidos posteriormente para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e as variáveis contínuas por meio de medidas de posição e dispersão conforme distribuição da normalidade dos dados (teste de Shapiro Wilk). O efeito do conteúdo abordado durante a intervenção educativa foi avaliado por meio de notas percentuais, referente ao número de acertos, calculadas antes e após a intervenção. Já na abordagem qualitativa utilizou-se o método de análise de conteúdo e categorização proposto por Bardin, o qual se caracteriza como um conjunto de técnicas de análises das comunicações, empregando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens⁽¹⁰⁾.

Haja vista que os dados qualitativos foram gerados a partir do grupo focal, onde a comunicação ocorre de forma dinâmica e interativa entre os participantes, os depoimentos foram identificados segundo a categoria profissional (medicina, enfermagem, psicologia, farmácia, agente comunitária de saúde, odontologia).

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFS) sob CAAE 68787417.5.0000.5564

e Parecer n° 2.222.279 de 16 de agosto de 2017, e obteve declaração de ciência e concordância pela Secretaria Municipal de Saúde do município em questão. A todos os participantes deste estudo foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) de forma a assegurar todos os preceitos éticos da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Participaram das duas etapas do estudo 17 profissionais de saúde, todas do sexo feminino, com média de idade de 30,3 ($\pm 6,8$), mínimo de 20 e máximo de 46 anos. Segundo a faixa etária, observou-se que 88,2% (N=15) tinham idade entre 20 e 39 anos. Desses, 41,2% (N=7) possuíam renda de 2 a 3 salários mínimos. A Tabela 1 apresenta características de atuação profissional dos participantes.

A Tabela 1 evidencia que as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) participaram em maior número 29,4% (N=5). O tempo de formado apresentou média de 4,1 anos ($\pm 5,3$), sendo que 70,5% (N=12) dos profissionais eram formados há menos de cinco anos. Dos participantes, 94,1% (N=16) afirmaram desenvolver função assistencial na ESF, e apenas 5,9% (N=1) informou desenvolver função mista, compreendendo assistência e gestão.

A jornada de trabalho da maioria era de 40 horas semanais (94,1%; N=16). Sobre o processo educativo profissional, 35,3% (N=6) possuíam formação superior e 29,4% (N=5) realizaram especialização, sendo que destes, 17,6% (N=3) na área de saúde pública. Quanto à segurança do paciente, 94,1% (N=16) dos participantes afirmaram não ter recebido treinamento na ESF, entretanto 5,9% (N=1) relatou ter participado de capacitação sobre o tema fora do ambiente de trabalho.

O Quadro 1 apresenta o conhecimento geral dos participantes sobre segurança do paciente antes e após a intervenção.

Observou-se melhora de julgamento em todas as questões do Quadro 1, com destaque para a diferença superior a 41% em relação a capacidade de identificar que já presenciou incidentes durante a assistência aos pacientes que frequentam a ESF. Da mesma forma, observou-se o aumento de 94,1% em relação a discordar com o fato de que o profissional que comete o incidente é o único responsável e deve ser punido para que outros profissionais tenham mais atenção. A seguir, o Quadro 2 revela a avaliação dos conceitos relacionados a segurança do paciente, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente.

De acordo com o Quadro 2 é possível inferir que o conhecimento acerca dos conceitos de incidente também obteve melhora satisfatória após a intervenção, na medida em que o percentual de profissionais que concordaram com as afirmações corretas aumentou em todas as questões. A exemplo da questão sobre o conceito de evento

TABELA 1 – Características de atuação profissional de uma equipe de Saúde da Família. Marau, RS, Brasil, 2017. (N=17)

Características	N	%
Categoria profissional		
Enfermeiro	2	11,8
Técnico de enfermagem	1	5,9
Farmacêutico	3	17,6
Médico	2	11,8
Odontólogo	1	5,9
Agente Comunitária de Saúde	5	29,4
Psicólogo	3	17,6
Tempo de formado (anos completos)		
0 a 5	12	70,5
6 a 10	3	17,7
11 a 20	2	11,8
Tempo de experiência na profissão (anos completos)		
0 a 5	12	70,5
6 a 10	2	11,8
11 a 20	3	17,7
Função na Estratégia de Saúde da Família		
Assistencial	16	94,1
Assistencial/Gestão	1	5,9
Total	17	100

Fonte: dados da pesquisa.

QUADRO 1 – Conhecimento geral dos participantes sobre segurança do paciente. Marau, RS, Brasil, 2017. (N=17)

CONHECIMENTO EM SEGURANÇA DO PACIENTE	PRÉ-TESTE N (%)	PÓS-TESTE N (%)
Eu sei identificar incidentes advindos do cuidado, na unidade em que trabalho.	9 (52,9)*	16 (94,1)*
Já presenciei incidentes durante a assistência aos pacientes que frequentam a unidade em que trabalho.	8 (47,1)*	15 (88,2)*
Acredito que a notificação/registro dos incidentes relacionados à segurança do paciente pode auxiliar na redução de outros incidentes semelhantes.	16 (94,1)*	17 (100)*
Quando incidentes provenientes do cuidado ocorrem com algum paciente, independente de ter causado dano ou não, o profissional que cometeu o incidente é o único responsável e deve ser punido para que outros profissionais tenham mais atenção.	0 (0,0)**	16 (94,1)**
Cultura de segurança é um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança. Nesse sistema, substitui-se a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com os erros decorrentes do cuidado e melhorar a atenção à saúde.	10 (58,8)*	17 (100)*
A segurança do paciente durante a assistência à saúde depende do conhecimento e tempo de experiência do profissional de saúde que presta o cuidado. Dessa forma, posso afirmar que a estrutura e os processos de trabalho de uma instituição de saúde não exercem influência sobre a segurança do paciente quando o quadro de pessoal é qualificado.	13 (76,5)**	17 (100)**
Profissionais que prestam assistência direta ao paciente não podem contribuir efetivamente com a segurança do paciente. Essa ação compete aos profissionais com cargos de gestão/coordenação.	15 (88,2)**	17 (100)**
Desenvolver uma cultura de segurança do paciente nas unidades de saúde depende da vontade do gestor.	13 (76,4)**	14 (82,3)**
Discutir os incidentes advindos da assistência à saúde pode ser uma estratégia para o aprendizado e prevenção de incidentes.	17 (100)*	17 (100)*
Tenho conhecimento adequado para desenvolver minhas ações assistenciais visando à segurança do paciente.	5 (29,4)*	15 (88,2)*
Possuo conhecimento adequado sobre segurança do paciente para executar minhas ações com qualidade.	3 (17,6)*	15 (88,2)*
Oriento os usuários sobre a importância de sua participação no tratamento e estratégias para garantir sua própria segurança.	13 (76,5)*	17 (100)*

*Concordaram com a afirmativa. **Discordaram da afirmativa.

Fonte: dados da pesquisa.

QUADRO 2 – Avaliação dos conceitos de incidente sem dano, evento adverso, circunstância notificável e quase-erro, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, pelos participantes. Marau, RS, Brasil, 2017. (N=17)

CONCEITO DO INCIDENTE	PRÉ-TESTE N (%)	PÓS-TESTE N (%)
Já ouvi falar sobre a Classificação Internacional para Segurança do Paciente, na unidade em que trabalho.	5 (29,4)*	17 (100)*
O evento adverso é o incidente que, obrigatoriamente, resulta em dano ao paciente, como no caso em que, após um profissional instalar uma bolsa de sangue em paciente homônimo àquele que deveria receber essa bolsa, o paciente desenvolve uma reação febril.	10 (58,8)*	16 (94,1)*
O incidente sem dano é um evento que ocorre, mas não é detectado dano ao paciente. Por exemplo, quando o profissional instala uma bolsa de sangue em paciente homônimo àquele que deveria recebê-la, mas o sangue é compatível e o paciente não desenvolve reações.	7 (41,2)*	13 (76,4)*
A circunstância notificável é uma situação em que existe potencial significativo de dano, mas o incidente não aconteceu, o que pode ser exemplificado quando existe uma escala de profissionais defasada para determinado plantão, mas nenhum incidente ocorre.	4 (23,6)*	10 (58,7)*
O quase-erro é um incidente que não atingiu o paciente, como por exemplo, uma situação em que o profissional prepara uma bolsa de sangue para um paciente homônimo àquele que deveria recebê-la, mas percebe a falha antes da instalação.	9 (53,0)*	16 (94,1)*

*Concordaram com a afirmativa.

Fonte: dados da pesquisa.

adverso, onde o aumento da concordância com a afirmativa foi de 35,3%. Na afirmativa sobre o incidente sem dano o aumento foi de 35,2%, quanto a circunstância notificável foi de 35,1%. Por conseguinte, na questão referente ao conceito de quase erro também é possível observar um aumento da concordância de 41,1%. Cabe destacar que as quatro afirmações sobre a aplicação de conceitos relacionados a segurança do paciente estavam corretas.

Adiante, o Quadro 3 aponta o julgamento de casos envolvendo os conceitos de segurança do paciente, de acordo com Classificação Internacional para a Segurança do Paciente.

A partir do Quadro 3 é possível destacar que o julgamento correto dos casos que representam os tipos de incidentes também obteve ligeira melhora no rendimento após a intervenção. Exceto na questão referente ao evento adverso, onde o percentual de participantes que optou pela resposta correta no pós-teste diminuiu em 5,9%. Nas demais questões, houve aumento de acertos em 23,5%, 17,6% e 17,8% para os casos de quase erro, incidente sem dano e circunstância notificável, respectivamente.

De forma geral, é possível observar por meio do aumento dos percentuais nas opções corretas assinaladas no pós-teste, que a intervenção com a equipe de saúde mostrou-se efetiva para a mudança no padrão das respostas, evidenciando a incorporação do conhecimento sobre segurança do paciente no processo de trabalho. Neste sentido, dados levantados por meio do grupo focal, após a intervenção, corroboram com a afirmação de que o conhecimento sobre a temática foi modificado e ampliado:

“Um evento adverso é quando acontece um dano para o paciente”. [Enfermagem]

“O que pode afetar a segurança do paciente vai desde uma estrutura, uma informação passada

errada, ou uma pessoa mal treinada”. [Agente comunitária de saúde]

Assim, há necessidade de estimular a qualificação na área da saúde pública, tendo em vista as especificidades da APS. As intervenções educativas mostraram-se como ferramenta eficaz para iniciar esse processo. Ancorada nessa discussão, a proposta de intervenção do presente estudo foi avaliada como positiva pelos participantes da pesquisa:

“Depois que ocorreu o seminário ficou muito mais fácil de responder (...) mesmo para mim que não sou da área”. [Psicologia]

“Eu acho que foi muito válido. Às vezes tem coisas que a gente não ia pensar que pudessem influenciar na segurança do paciente”. [Enfermagem]

A partir da oportunidade desse espaço de trocas foi possível discutir sobre conceitos que necessitam ser incorporados à prática profissional, abordando a segurança do paciente a partir de novas perspectivas.

“Em relação a sua fala e na construção dos conceitos foi muito legal (...) me fez repensar também algumas coisas, na questão de higienizar as mãos com mais frequência aqui na unidade e de outras coisas nesse sentido”. [Psicologia]

“Eu acho que foi um tema super bacana (...) são coisas do dia a dia que a gente acaba deixando passar. Eu acho que veio para fortalecer, reforçar e até para trazer coisas novas”. [Medicina]

A dificuldade em reconhecer-se como um profissional passível de falhas também foi notória, já que diversos participantes afirmaram que até o momento, sequer tinham refletido sobre a possibilidade de erro em seu processo de trabalho, salientando ainda, a tendência a visualizar e apontar apenas o erro alheio.

QUADRO 3 – Julgamento de casos de incidente sem dano, evento adverso, circunstância notificável e quase-erro, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, pelos participantes.

Marau, RS, Brasil, 2017. (N=17)

CASOS DE INCIDENTE	PRÉ-TESTE N (%)	PÓS-TESTE N (%)
Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral para uma criança de 15 meses. Antes de administrar percebeu que havia aspirado 1ml e descartou o 0,5ml excedente. R: Quase erro.	12 (70,6)*	16 (94,1)*
Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral em uma criança de 15 meses e percebeu o erro somente depois de administrado. A criança apresentou dor local e hematoma em região do deltoide. R: Evento adverso.	15 (88,2)*	14 (82,3)*
Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral e administrou em uma criança de 15 meses. A criança foi observada e não manifestou reações imediatas e/ou tardias. R*: Incidente sem dano.	12 (70,6)*	15 (88,2)*
Criança de 15 meses foi levada à Unidade de Saúde para receber a vacina tríplice viral. Entretanto, o profissional da sala de imunização informou aos pais que a vacina estava em falta na unidade de saúde. R*: Circunstância notificável.	7 (41,1)*	10 (58,9)*

R: resposta correta. *Optaram pela resposta correta.

Fonte: dados da pesquisa.

“Se a gente fosse conversar sobre essas questões sem ter refletido antes e sem o seminário de campo, com certeza a gente iria dizer que era só a enfermagem que tem mais chance de errar”. [Psicologia]

“É, eu acho que a gente pensa por causa da questão dos medicamentos, porque é mais invasivo. Mas uma informação passada errada pode ser tão danosa quanto”. [Medicina]

Por conseguinte, uma das discussões que ganhou espaço durante o grupo focal foi a necessidade de fortalecer a inclusão do tema segurança nas instituições de ensino:

“Na graduação eu nunca tinha ouvido falar, a gente só ouve falar no hospital, daí sim, se fala na segurança do paciente. Mas na atenção básica que é o nosso dia a dia realmente a gente não tinha parado para pensar”. [Farmácia]

É uma abordagem diferente, extremamente técnica. Eu tive segurança do paciente relacionada a contaminação, ao uso de luvas (...). Mas em nenhum momento alguém me falou de segurança e cuidado ao falar, como você vai falar com o paciente”. [Medicina]

Conforme evidencia a literatura, apesar da crescente inserção do tema segurança do paciente nas discussões dos serviços de saúde e órgãos governamentais, na APS esse ainda é um tema pouco explorado, assim como na formação dos profissionais. Essa lacuna apontada, pode ser preenchida com o auxílio da educação permanente voltada aos profissionais desse ambiente. Visto que, por meio das falas é possível inferir que a intervenção educativa apresentou aproveitamento significativo para a ampliação do conhecimento acerca da segurança do paciente na percepção dos profissionais de saúde da APS.

DISCUSSÃO

O fato dos profissionais da ESF possuírem carga horária assegurada, possibilita a permanência do trabalhador

no mesmo local de trabalho por maior tempo, o que consequentemente facilita o fortalecimento das relações entre profissionais, usuários e comunidade em geral. A partir disso, o trabalho da equipe de saúde na APS passa a considerar uma abordagem do ser social, que é possibilitada pela territorialização, pela responsabilização da equipe no atendimento às famílias de sua área de abrangência e pelo vínculo estabelecido e, como consequência, afeta, de forma positiva, as questões que envolvem a cultura de segurança do paciente⁽¹²⁾.

Para que os profissionais e instituições de saúde possam prestar o cuidado com qualidade e priorizando a segurança do paciente, faz-se necessário que nesses espaços estejam sempre presentes discussões acerca do tema, reconhecendo conceitos e incorporando-os no processo de trabalho⁽¹³⁻¹⁶⁾. Valorizar o conhecimento dos colaboradores que fazem parte de uma instituição é, sobretudo, entender que o trabalhador exerce um importante papel no sucesso organizacional, e, portanto, gestores devem preocupar-se com a formação e capacitação de recursos humanos e competências necessárias⁽¹⁷⁾.

De acordo com Freire, a produção de novos saberes exige convicção de que a mudança é possível e requer o exercício da curiosidade, da intuição, da emoção e da responsabilização, além da capacidade crítica de observar e perseguir o objeto para confrontar, questionar, conhecer, atuar e reconhecê-lo⁽¹⁸⁾. Logo, é evidente que instigar a reflexão e a construção do conhecimento acerca daquilo que se faz no dia a dia das instituições de saúde, configura-se no primeiro passo para melhorar indicadores de qualidade e avanços na prestação de cuidados.

Para estimular mudanças é importante que ocorram movimentos que afetem positivamente os profissionais para propostas transformadoras das práticas cotidianas. Nesse cenário, a Educação Permanente (EP) constitui-se como espaço potente para que ocorram trocas poten-

cializadoras da construção e do compartilhamento de saberes. Trata-se da aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano. Propõe-se que os processos formativos dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando-se a partir da problematização do processo de trabalho, ressaltando que o público-alvo dos espaços de formação não deve ser o profissional isolado, e sim as equipes^(14-15,18).

Um estudo de intervenção, realizado com 429 profissionais de saúde no Estado de Goiás, demonstrou inúmeras fragilidades no conhecimento dos profissionais de saúde sobre segurança do paciente, o que subsidiou a construção de um programa educativo que se mostrou satisfatório para a ampliação do conhecimento acerca da temática. Os relatos evidenciaram, ainda, a necessidade de trabalhar aspectos conceituais com maior aprofundamento, a fim de aumentar a acurácia desses profissionais para a identificação e monitoramento dos incidentes advindos do cuidado⁽⁴⁾. Assim, há necessidade de estimular a qualificação na área da saúde pública, tendo em vista as especificidades da APS. As intervenções educativas mostram-se como ferramenta eficaz para iniciar esse processo.

Em sua obra *To Err Is Human: Building a Safer Health System* o autor James Reason propõe duas formas de abordagem ao erro, a abordagem do sujeito e a abordagem do sistema. Enquanto a abordagem do sujeito se detém nos atos inseguros dos indivíduos que trabalham nos serviços de saúde, a abordagem do sistema tem como premissa básica a falibilidade dos seres humanos e, portanto, considera que erros são esperados mesmo nas organizações de excelência. Nesse sentido, Reason parte do pressuposto de que é possível eliminar falhas humanas e técnicas. Errar é humano, entretanto existem mecanismos para evitar o erro. Para isso, é necessário informar, organizar e articular alguns mecanismos⁽¹⁹⁾.

A abordagem do sistema considera que é necessário abordar o erro e os fatores que o impulsionaram, discutindo-os com a equipe para que a partir da abordagem reflexiva, outros profissionais não voltem a cometer o mesmo erro. Para fortalecer trocas como essa, é necessário entrosamento e vínculo entre a equipe de saúde.

Fica explícito que a abordagem do tema durante a formação profissional ainda é elementar e direcionada ao ambiente hospitalar, não contemplando outros espaços que, posteriormente, também poderão vir a se tornar locais de trabalho destes profissionais em formação. Além disso, a abordagem estritamente técnica é apontada como insuficiente para compreender o tema em toda a sua complexidade, desconsiderando outras dimensões

do ser humano e suas relações, as quais também são importantes quanto se trata de segurança.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente compreende, em um dos seus eixos, a necessidade de incluir o tema segurança do paciente no ensino técnico, na graduação, na pós-graduação em área da Saúde e na educação permanente dos profissionais, assumindo papel central na indução da produção, na sistematização e na difusão dos conhecimentos sobre segurança do paciente⁽²⁾. Ademais, considerando a atenção integral e a ênfase voltada para a APS prevista pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é importante que a segurança do paciente permeie todos os níveis de atenção, ou seja, todos os pontos da rede de saúde, não apenas o ambiente hospitalar.

Entretanto, essa inclusão vem ocorrendo de forma lenta, exigindo a reformulação dos planos de ensino das instituições, recursos humanos aptos a debater o tema e oferta de oportunidades de formação profissional em modalidades adaptadas ao cotidiano de trabalho. Além disso, existe a necessidade de que os gestores das instituições incluam o referido tópico em suas agendas de planejamento e de elaboração de ações efetivas acerca dos processos formativos permanentes.

Reitera-se a necessidade de ampliar a discussão sobre a segurança do paciente na APS, bem como, estimular o aumento da produção científica relacionada ao tema. É necessário entender que a APS também configura um nível de atenção em que podem ocorrer erros relacionados à assistência à saúde, acarretando algum dano ao paciente. Para impulsionar e fortalecer a inclusão do tema nas instituições de ensino e nos serviços de saúde, muitas lacunas precisam ser preenchidas, tais como as poucas informações acerca da cultura de segurança entre os profissionais da APS, a difícil mensuração dos tipos de incidentes ocorridos nesse nível de atenção, a escassez de estratégia para abordagem e sensibilização da temática e de instrumentos para investigações desse cunho⁽²⁰⁾.

Considerando a política pública que trata sobre a educação permanente nos serviços de saúde, o presente estudo contribuiu para produzir e estimular a busca pelo conhecimento relacionado à segurança do paciente entre os profissionais da APS, e ainda, proporcionou a avaliação da ação educativa de intervenção realizada. Entretanto, limitou-se aos profissionais de um serviço de saúde a exemplo, ocasionando um número pequeno para amostra.

CONCLUSÃO

Analisar o conhecimento relativo a segurança do paciente na instituição estudada foi importante para avaliar a ação educativa proposta enquanto intervenção naquele espaço. Essa investigação revelou que há lacuna importante no conhecimento dos profissionais quanto a temas emergentes como a segurança do paciente, mas, que a

educação permanente se mostra como uma estratégia eficaz para mudar esse panorama, considerando o aumento de respostas corretas no pós-teste apresentadas neste estudo.

A investigação permitiu avançar na produção de evidências sobre a segurança do paciente na APS, considerando que esse é um tema pouco estudado nesse nível de atenção. Evidências que, portanto, podem embasar a prática profissional e auxiliar na tomada de decisões. Além disso, cabe citar que o estudo possui algumas limitações, a exemplo do número pequeno da amostra que dificultou as análises e inferências quantitativas. Observou-se que um número menor de participantes no grupo focal seria mais adequado, a fim de melhorar o aproveitamento do encontro. Recomenda-se que pesquisadores invistam em estudos que utilizem metodologia mista

para coleta de dados, haja vista, a experiência positiva do presente estudo na utilização das metodologias qualitativa e quantitativa para entender um mesmo fenômeno.

Ofertar momentos para o aprimoramento do conhecimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde é desafiador e necessário, pois mesmo diante das políticas públicas que reconhecem a importância da educação permanente, ainda existe resistência no fortalecimento de espaços como esse. O momento no qual o profissional se afeta com as necessidades emergentes em seu cotidiano e passa a buscar estudos que expliquem tais fenômenos, a possibilidade de resolução dessas questões se amplia, o que acaba por contribuir para a oferta de ações mais qualificadas e seguras. Portanto, concluir-se que avaliar e divulgar ações educativas é tão importante quanto planejá-las e executá-las.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. January, 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. 02 abr. 2013 [acesso em 26 nov 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
3. Rebraensp. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente Estratégias para a segurança do paciente. Manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS. 2013.
4. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavao ALB. Características dos eventos adversos na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2015 [acesso em 26 nov 2018]; 31(11): 2313-2330. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n11/0102-311X-csp-31-11-2313.pdf>
5. Marchon SG, Walter VMJ. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro [Internet]. 2014 [acesso em 26 nov 2018]; 30(9):1-21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102311X00114113>
6. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MDPB. Metodologia de Pesquisa. Porto Alegre: Penso, 2013.
7. Creswell JW, Clark VLP. Pesquisa de Métodos Mistos. Porto Alegre: Penso, 2013.
8. Mendes R, Pezzato LM, Sacardo DP. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2016 [acesso em 26 nov 2018]; 21(6):1737-1745. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n6/1737-1746/pt>
9. Paranaguá TTB. Segurança do Paciente na Atenção Primária: conhecimento dos profissionais de saúde [tese]. Goiás: Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. 2015.
10. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: 1º edição. 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos segundo o Conselho Nacional de Saúde [Internet] 2012 [acesso em 22 nov 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
12. Ilha P, Radunz V, Tourinho FSV, Marinho MM. Segurança do paciente na percepção de acadêmicos de enfermagem*. Cogitare Enferm. [Internet]. 2016 [acesso em 14 dez 2018]; 21:e01-10, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.43620>
13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília (Brasil): Anvisa, 2014.
14. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Tobias GC, Ciosak SI. Suporte para aprendizagem na perspectiva da segurança do paciente na atenção primária em saúde. Rev. latinoam. enferm. [Internet]. 2016 [acesso em 14 dez 2018]; 24e2771. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0784.2771>
15. Nogueira JVS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a Segurança do paciente. Cogitare Enferm. [Internet]. 2015 [acesso em 16 dez 2018]; 20(3):636-640. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>
16. Silveira JSC. O papel da cultura e do clima organizacional em instituições públicas de saúde. [trabalho de conclusão de curso - especialização]. Restinga Seca: Universidade Federal de Santa Maria; 2018. [acesso em 16 dez 2018]. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/14749>
17. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 33 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília (Brasil), 2004.
19. Reason J. Human error: models and management. BMJ, 1990.
20. Mesquita KO, Silva LCC, Lira RCM, Freitas CASL, Lira GV. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. Cogitare Enferm. [Internet]. 2016 [acesso em 22 dez 2018]; 21(2):01-08. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483653650026>