

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE FARMÁCIA  
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**Metas Internacionais de Segurança do Paciente na Atenção Primária a Saúde:**

**Revisão Integrativa**

Luciane Piva Klein

Porto Alegre, setembro de 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE FARMÁCIA  
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**Metas Internacionais de Segurança do Paciente na Atenção Primária a Saúde:**

**Revisão Integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção de título de farmacêutico pelo Curso de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Luciane Piva Klein

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Bueno

Co-orientadora: Ms. Stella Pegoraro Alves Zarpelon

Porto Alegre

2020

## **APRESENTAÇÃO**

Este trabalho apresenta-se sob forma de artigo original, com intuito de ser submetido à publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva. As normas técnicas de instrução aos autores estão apresentadas no anexo.

**METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO ÂMBITO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA**

**Luciane Piva Klein<sup>1</sup>, Stella Pegoraro Alves-Zarpelon <sup>2</sup>, Denise Bueno<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmica de Farmácia - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>2</sup> Mestre em Assistência Farmacêutica e aluna de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>3</sup> Professora Doutora do Departamento de Produção e Controle de Medicamentos, do Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica - Faculdade de Farmácia e do Programa de Pós-graduação Ensino em Saúde –Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço para correspondência:

Denise Bueno, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.

Departamento de Produção e Controle de Medicamentos

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Farmácia- Anexo I

Rua São Luis,150

Porto Alegre, RS – Brasil

CEP: 90.610-000

Telefone: (51) 3308-2175

e-mail: denise.bueno@ufrgs.br

## AGRADECIMENTOS

Foram cinco anos de muito aprendizado e tamanha intensidade que palavras não são capazes de expressar. Gostaria de agradecer aqueles que me possibilitaram concluir essa etapa:

Minha Mãe, Nilva, meu Pai, Roberto e minha Irmã, Juliane, por serem apoio durante cada dia! Nesses cinco anos de faculdade, todos os dias, vocês me levaram e me buscaram no trem; todos os dias, o chimarrão estava pronto para quando eu voltasse da aula. Vocês estiveram presentes em cada prova e trabalho. Vocês me ajudaram de todas as formas! Essa conquista é nossa! A vocês todo o meu amor!

Aos *Pimpetes*: Gabriel, Victoria, Bárbara, Gabriele, Rebecca, Michele, Vitória, Carolina e a Pricilla, por viverem todos esses anos de faculdade comigo! Obrigada por compartilharem os almoços no RU, as idas e vindas no trem e os dias (e as noites) de estudos. Vocês estão nas melhores lembranças que eu poderia ter da faculdade!

As minhas amigas Michele, Vitória e Carolina, por esse nosso encontro! Nossas conversas e parceria fizeram esses anos de faculdade mais leves e felizes!

A minha orientadora, Denise Bueno, e a minha co-orientadora Stella Pegoraro Alves Zarpelon pela disponibilidade e por todos os ensinamentos.

A todos os profissionais que contribuíram para a minha formação, principalmente os professores e técnicos da Faculdade de Farmácia, por todo conhecimento compartilhado.

A todos que estiveram ao meu lado pela compreensão nos momentos de ausência, pela torcida e por sempre fazerem parte da minha vida!

Por fim, agradeço a Universidade Federal do Rio Grande do Sul por oferecer um ensino público de qualidade, por permitir que eu conhecesse outras realidades e pela oportunidade que eu tive de realizar um semestre de mobilidade acadêmica em Portugal.

Muito Obrigada!

## RESUMO

**Introdução:** As pesquisas relacionadas à segurança do paciente estão direcionadas principalmente para a assistência hospitalar. Entretanto, os problemas com a segurança do paciente atingem também os usuários que recebem cuidados primários em saúde. A implementação de estratégias como as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, surge como uma alternativa que contribui para segurança do paciente. **Objetivo:** Investigar os estudos existentes relacionados as metas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura integrativa com busca nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO entre os anos de 2011 e 2019. **Resultados:** Dos 27 artigos selecionados, 40,7% apresentam como país de origem o Brasil. Há um aumento considerável de publicações em dois períodos: 2013-2014 e 2017-2018. A população/objeto de estudo mais abordada pelos artigos foram os profissionais da saúde. A Meta 3 (uso de medicamentos), foi a mais citada, correspondendo a 81% dos estudos. **Discussões:** Dentre os resultados obtidos evidencia-se a existência de uma preocupação no âmbito da APS com relação ao uso dos medicamentos vinculada a adesão ao tratamento e à prevenção de eventos adversos. O presente estudo contribui para ampliar o conhecimento sobre a segurança do paciente no âmbito da APS.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente, Atenção Primária à Saúde

## LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>SIGLA</b>	<b>Significado</b>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
EA	Eventos Adversos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
APS	Atenção Primária em Saúde
JCI	<i>Joint Commission International</i>
IPSG	<i>International Patient Safety Goals</i>
PBE	Prática Baseada em Evidências
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
MMAS-8	Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de Oito Itens
UBS	Unidade Básica de saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>37</b>



## INTRODUÇÃO

A partir da divulgação do relatório do *Institute of Medicine* (IOM), intitulado “*To err is human: building a safer health system*”<sup>1</sup>, o tema segurança do paciente ganhou relevância<sup>2</sup>. A alta frequência de eventos adversos (EA) demonstrado por esse relatório, publicado em 2000, levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a criar, em 2004, o programa *The World Alliance for Patient Safety*<sup>3</sup>. Esse programa, que posteriormente passou a chamar-se *Patient Safety*, tem como objetivo desenvolver políticas mundiais para melhorar o cuidado aos pacientes nos serviços de saúde por meio da organização de conceitos, definições sobre segurança do paciente e recomendações de medidas para reduzir os riscos e mitigar EA<sup>3,4</sup>.

Dentro desse contexto, foi criada a Classificação Internacional de Segurança do Paciente<sup>5</sup> a qual define segurança do paciente como as ações promovidas pelas instituições de saúde e ensino para reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

No Brasil, esse tema passa a ter maior visibilidade com a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)<sup>6</sup>. Esse programa, desenvolvido em 2013 pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Constituem-se objetivos do PNSP: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde. Dessa forma, o PNSP, traz a necessidade de produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente e estabelece a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde para possibilitar o monitoramento da qualidade de serviços em saúde por meio da notificação e posterior divulgação de incidentes relacionados à assistência à saúde<sup>7</sup>.

Conforme a declaração de Alma-Ata, os cuidados primários de saúde representam o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema nacional de saúde. Dessa forma, a Atenção Primária em Saúde (APS) funciona como porta de acesso dos usuários ao sistema de saúde ofertando serviços próximos ao local de moradia, favorecendo o acesso, o vínculo e a atenção continuada centrada na pessoa e não na doença<sup>8</sup>.

Considerando a magnitude desse nível de atenção, em 2012, a OMS constituiu um grupo de trabalho - *Safer Primary Care Expert Working Group*, com o objetivo de conhecer os riscos para os pacientes em cuidados de saúde primários e descrever questões relacionadas a segurança do paciente na APS<sup>9</sup>. O relatório da OMS sobre cuidados de saúde primários – *Agora Mais Que Nunca* constatou que a forma de prestação de cuidados na APS não consegue suavizar os efeitos dos incidentes no sistema de saúde e é incapaz de garantir a segurança do paciente de forma efetiva<sup>10</sup>.

A falha na segurança do paciente é um evento de caráter multifatorial. Segundo Souza<sup>11</sup>, entre as causas da falta de segurança nos serviços de saúde estão: a complexidade das organizações de saúde e as distintas situações que levam ao EA. Os serviços de saúde devem ser organizados sob a premissa de que os profissionais de saúde são passíveis de cometer erros, cabendo ao sistema, criar mecanismos que reduzem o risco de ocorrência de erros e, principalmente, evitar que esse erro atinja o paciente<sup>4</sup>.

Dessa forma, o desenvolvimento de estratégias que garantam a segurança do paciente surge como uma importante ferramenta em prol da qualidade em saúde. Um exemplo disso são as creditações realizadas por instituições, como a *Joint Commission International (JCI)*, que contribuem para segurança do paciente no âmbito hospitalar.

Com o objetivo de promover melhorias específicas na segurança do paciente, a JCI, em conformidade com a OMS, desenvolveu as “Metas Internacionais de Segurança do Paciente”

*(International Patient Safety Goals – IPSG)*. No Brasil, a utilização das metas internacionais e a implantação do PNSP, articulam-se com os objetivos da Aliança Mundial e contemplam as demais políticas de saúde.

A primeira meta avalia a identificação correta dos pacientes afim de garantir que o serviço e/ou procedimento será destinado para o paciente certo. A segunda meta está relacionada a melhoria da comunicação efetiva, enfatizando a importância do desenvolvimento de uma abordagem para melhorar a comunicação entre os prestadores de cuidado e capaz de ser compreendida pelo receptor. A terceira meta aborda o uso de medicamentos e refere-se à importância de melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância. A quarta meta é sobre cirurgia segura que tem como objetivo assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente. A quinta meta destaca a importância da prática da higiene de mãos como uma ação indispensável para reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde. E a sexta preocupa-se em assegurar o desenvolvimento de ações para reduzir os riscos de lesões ao paciente decorrentes de quedas<sup>12-15</sup>.

Apesar do crescente interesse na segurança dos pacientes, esse tema ainda é pouco explorado na APS<sup>16</sup>. As pesquisas relacionadas à segurança do paciente estão direcionadas principalmente para a assistência hospitalar<sup>9,17</sup>. Contudo, sabe-se que os problemas com a segurança do paciente atingem os usuários que recebem cuidados primários em saúde de forma igualmente impactante como ocorre nos outros níveis de atenção em saúde<sup>4</sup>. Considerando a importância da segurança do paciente como um aspecto relevante a ser considerado na APS, o objetivo desse estudo foi o de investigar os estudos existentes, nas literaturas nacional e internacional, relacionados as Metas Internacionais de Segurança do Paciente no âmbito da APS.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo integrativa. As revisões integrativas reúnem, de maneira sistemática, ordenada e abrangente, produções científicas relevantes sobre determinado assunto ou tema, oferecendo um acesso mais rápido aos resultados. Esse método é bastante utilizado na Prática Baseada em Evidências (PBE), uma vez que permite identificar e incorporar os achados à prática clínica para resolução de problemas<sup>18-20</sup>.

A busca da literatura ocorreu nas bases de dados MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), via Biblioteca Virtual em Saúde – BVS e SciELO (Scientific Electronic Library Online), utilizando-se os seguintes descritores: Segurança do Paciente/*Patient Safety/Seguridad del Paciente* e Atenção Primária à Saúde/*Primary Health Care/ Atención Primaria de Salud*.

Delimitou-se um corte temporal de artigos, com início da revisão em 2011, ano que a JCI lançou uma nova versão das IPSG. O mecanismo de busca foi o mesmo utilizado para todos os bancos de dados.

Como critérios de inclusão considerou-se artigos nacionais e internacionais nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados de 2011 a 2019, que abordassem de maneira plena e/ou parcial uma ou mais das IPSG. Foram excluídos artigos sem resumo disponível, artigos de revisão de literatura, relatos de experiência, estudo de caso, cartas ao editor, artigos duplicados nos bancos de dados, estudos realizados em ambientes fora da APS e que não abordassem nenhum dos assuntos das IPSG.

Foram coletadas as informações do autor, título, ano de publicação, idioma, país do estudo, país da revista de publicação; as características sobre o estudo como local de realização, objetivo e desenho. Caracterizou-se o estudo sobre qual IPSG abordava: 1 – Identificação do

paciente, 2 – Comunicação efetiva, 3 – Uso de medicamentos, 4 – Cirurgia segura, 5 – Higiene das mãos (Risco de infecção), 6 – Redução de quedas e de lesão por pressão.

Os dados foram coletados e organizados através de instrumento de elaboração das autoras, processados e armazenados em planilha do Excel (Office 2010). Para a análise, os dados foram agrupados e categorizados. Foram utilizados números absolutos e percentuais para distribuição das frequências, demonstrados através de tabelas e gráficos.

## RESULTADOS

A busca nas bases de dados, realizada entre os meses março a maio de 2020, identificou 253 resultados. Após o processo de seleção (Figura 1), seguindo os critérios de inclusão e exclusão, um total de 27 artigos foram selecionados, conforme a Tabela 1.

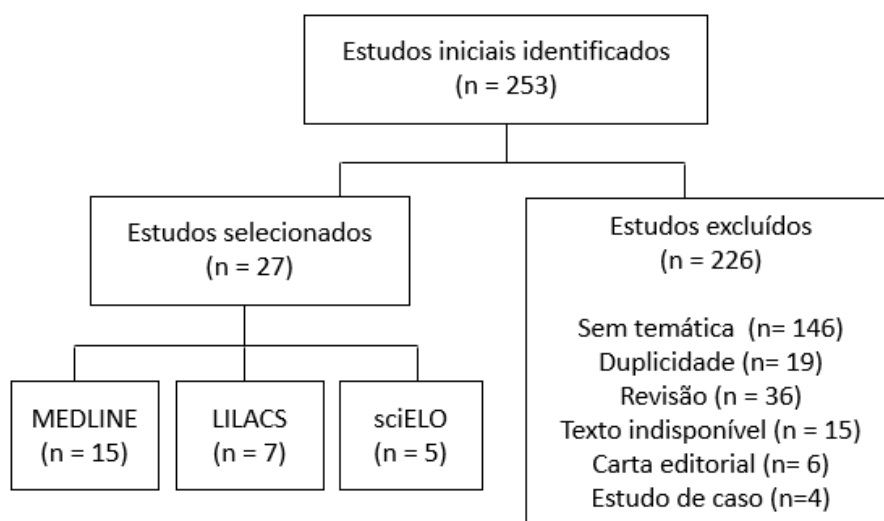


Figura 1: Processo de seleção da literatura.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Tabela 1: Estudos incluídos na revisão integrativa (n = 27)

<b>Referência (Ano)</b>	<b>Ano</b>	<b>Local Estudo</b>	<b>Tipo Estudo</b>	<b>População/ Objeto Estudo</b>
<b>Pereira et al.<sup>10</sup></b>	2018	Brasil	Qualitativo	Profissionais da Saúde
<b>Atienza-Martín et al.<sup>24</sup></b>	2019	Espanha	Qualitativo	Profissionais da Saúde
<b>Coletti et al.<sup>25</sup></b>	2015	Estados Unidos	Descritivo Estudo Transversal	Prontuários
<b>Arancon-Monge et al.<sup>26</sup></b>	2015	Espanha	Observacional Estudo de coorte	Pacientes
<b>Cañadas et al.<sup>27</sup></b>	2017	Espanha	Descritivo Estudo Transversal	Profissionais da Saúde
<b>de Wet et al.<sup>28</sup></b>	2014	Reino Unido	Qualitativo	Profissionais da Saúde
<b>Rolim et al.<sup>29</sup></b>	2018	Brasil	Qualitativo	Profissionais da Saúde e Pacientes
<b>Medeiros et al.<sup>30</sup></b>	2019	Brasil	Experimental Estudo de Intervenção	Profissionais da Saúde
<b>Souza et al.<sup>31</sup></b>	2018	Brasil	Descritivo Estudo Transversal	Pacientes
<b>Colet et al.<sup>32</sup></b>	2018	Brasil	Observacional Estudo de coorte	Pacientes
<b>Marchon et al.<sup>33</sup></b>	2015	Brasil	Qualitativo	Profissionais da Saúde
<b>Oliveira et al.<sup>34</sup></b>	2019	Brasil	Qualitativo	Profissionais da Saúde
<b>Arroyo Aniés et al.<sup>35</sup></b>	2017	Espanha	Descritivo Estudo Transversal	Pacientes
<b>Modig et al.<sup>37</sup></b>	2016	Suécia	Descritivo Estudo Transversal	Prescrições
<b>Araújo et al.<sup>38</sup></b>	2019	Brasil	Descritivo Estudo Transversal	Paciente
<b>García-Falcón et al.<sup>39</sup></b>	2018	Cuba	Descritivo Estudo Transversal	Pacientes
<b>Milos et al.<sup>40</sup></b>	2014	Suécia	Qualitativo	Profissionais da Saúde
<b>Lasser et al.<sup>41</sup></b>	2016	Estados Unidos	Experimental Estudo Clínico Randomizado	Profissionais da Saúde
<b>Spencer et al.<sup>43</sup></b>	2014	Reino Unido	Descritivo Estudo Transversal	Profissionais da Saúde
<b>Wessell et al.<sup>44</sup></b>	2013	Estados Unidos	Descritivo Estudo Transversal	Prescrições
<b>Cruz et al.<sup>45</sup></b>	2017	Brasil	Descritivo Revisão de prontuários	Prontuários
<b>Dreischulte et al.<sup>46</sup></b>	2012	Reino Unido	Descritivo Estudo Transversal	Profissionais da Saúde e Prescrições
<b>Ricci-Cabello et al.<sup>49</sup></b>	2017	Reino Unido	Descritivo Estudo Transversal	Pacientes
<b>Litchfield et al.<sup>50</sup></b>	2014	Reino Unido	Qualitativo	Profissionais da Saúde
<b>Nilsson et al.<sup>53</sup></b>	2015	Suécia	Descritivo Estudo Transversal	Banco de dados
<b>Santos Junior et al.<sup>56</sup></b>	2018	Brasil	Experimental Estudo de intervenção	Profissionais da Saúde
<b>Silva et al.<sup>58</sup></b>	2019	Brasil	Qualitativo	Profissionais da Saúde

Fonte: Elaborados pelas autoras, 2020

A população/objeto de estudo dos artigos dividiu-se em três grupos: profissionais da saúde com treze artigos, pacientes com sete artigos e banco de dados sobre prontuários e prescrições, com cinco artigos. Dois artigos abordaram mais de uma categoria.

Com relação ao ano de publicação dos artigos observa-se uma disparidade. Conforme a Figura 2, há um aumento considerável de publicações em dois períodos: entre os anos de 2013 a 2014 e entre os anos de 2017 a 2018.

Os estudos foram distribuídos por países de origem, conforme Figura 3. Dos 27 estudos, 40,7% foram realizados no Brasil, 18,5% no Reino Unido, 14,8% na Espanha, 11,1% nos Estados Unidos e Suécia, e 3,7% em Cuba. Os artigos selecionados foram publicados em revistas nos seguintes países: Brasil, Reino Unido, Espanha, Holanda, Alemanha, Estados Unidos e Colômbia.

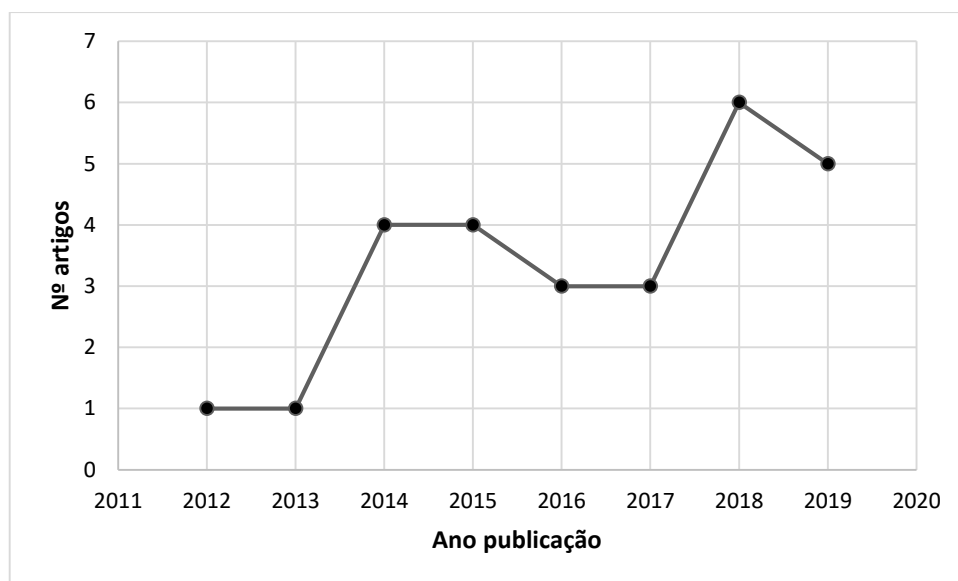


Figura 2: Distribuição dos artigos por ano de publicação

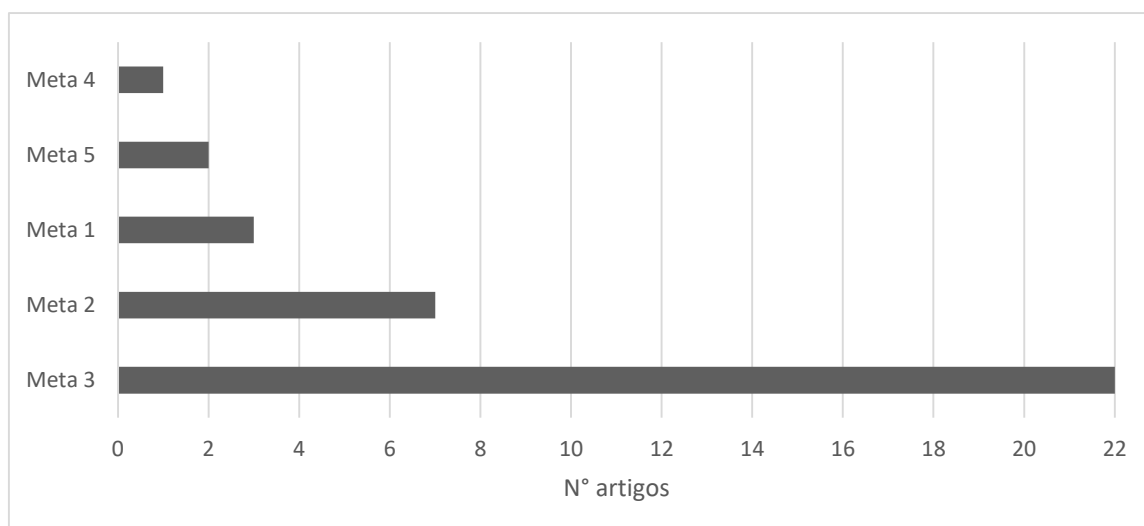


Figura 3: Distribuição dos artigos conforme país de origem.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

As metas internacionais para segurança do paciente foram relacionadas com os artigos, podendo um artigo apresentar mais de uma meta. A Meta 3, referente ao uso de medicamentos, foi a mais abordada, correspondendo a 81% dos estudos, seguida da Meta 2, relacionada a comunicação efetiva com 25%. A Meta 1 (identificação do paciente) com 11%, Meta 5 (higiene das mãos) com 7% e Meta 4 (Cirurgia segura) com 3,7% (Figura 4). Não foram encontrados estudos que tivessem como assunto total ou parcial a redução de quedas e lesões por pressão (Meta 6).





LEGENDA: Meta 1 – Identificação do paciente; Meta 2 – Comunicação Efetiva; Meta 3 – Uso de Medicamentos; Meta 4 – Cirurgia Segura; Meta 5 – Higiene de mãos; Meta 6 – Reduzir quedas e lesão por pressão

Figura 4: Distribuição das Metas Internacionais para Segurança do Paciente

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos evidenciaram a existência de uma preocupação no âmbito da APS com relação a Meta 3 que está relacionada ao uso dos medicamentos. Sabe-se que a dispensação de medicamentos faz parte do conjunto de ações da Assistência Farmacêutica sendo, por tanto, um dos serviços realizados na APS<sup>21</sup>. A possibilidade de falhas nessa etapa, ocasionada por diferentes fatores<sup>22,23</sup>, sustenta a abordagem desse tema em 81% dos artigos selecionados.

A temática abordada pelos artigos relaciona-se a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso<sup>24-26</sup> e a prevenção de EA vinculados ao uso de medicamentos<sup>27-35</sup>. Esse dado demonstra a necessidade constante de implementar na APS estratégias para garantir a correta utilização desse medicamento pelo paciente. A etapa de dispensação de medicamentos necessita do profissional farmacêutico uma mudança de atitude transpondo a simples entrega do medicamento e exercendo uma função clínica de fornecimento de informações<sup>36</sup>. O papel do profissional farmacêutico é abordado nos artigos selecionados como uma maneira de garantir a segurança do paciente na APS<sup>37-39</sup>. Nesses artigos, os cuidados farmacêuticos realizados através do monitoramento farmacoterapêutico, revisão da prescrição e fornecimento de informações

aos pacientes e aos médicos, colaboram para o aumento da adesão ao tratamento e para uma terapia medicamentosa segura.

Outro tema abordado pelos artigos ressalta a preocupação relacionada a adesão dos profissionais às diretrizes de boas práticas para a prescrição segura dos medicamentos<sup>40,41</sup>. Esse dado alerta sobre a dependência intrínseca ao uso de medicamentos e sua relação com a importância da promoção do uso racional de medicamentos<sup>42</sup>. Conforme os artigos selecionados<sup>43-46</sup>, o desenvolvimento de ferramentas com indicadores de segurança, juntamente com a permanente implementação e atualização dos prontuários, são alternativas para evitar EA relacionados ao uso de medicamentos.

A citação da Meta 2 em 25% dos artigos evidencia a complexidade desse nível de atenção. Dos sete artigos selecionados, cinco<sup>28,29,31-33</sup> citaram essa meta juntamente com a meta 3. Esse dado reforça a importância da etapa de dispensação na APS uma vez que demonstra a necessidade de se aplicar uma comunicação efetiva, entre os profissionais da saúde e os pacientes, associada ao uso de medicamentos. Levando em consideração o caráter multiprofissional da APS, lacunas com relação a compreensão das informações contidas nas prescrições podem ocorrer<sup>47</sup>.

Fatores relacionados as perspectivas individuais e socioculturais também podem influenciar na garantia de uma comunicação efetiva<sup>48</sup>. Sabe-se que uma comunicação efetiva proporciona benefícios à relação profissional de saúde-paciente, colaborando diretamente para a adesão ao tratamento<sup>4</sup>. No estudo realizado por Souza et al.<sup>31</sup>, que tinha como objetivo avaliar o nível de informação e a adesão ao tratamento com varfarina, verificou-se que 83,3% dos participantes tiveram nível de informação insuficiente prestada pela equipe de saúde e que 86,7% dos participantes foram não aderentes ao tratamento segundo a MMAS-8 (Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de Oito Itens).

Uma comunicação ineficaz também está relacionada a maior ocorrência de EA<sup>49</sup>. Conforme o estudo realizado por Marchon et al.<sup>33</sup> a falha na comunicação apresenta-se como o fator contribuinte mais comum para ocorrência de incidente na APS, correspondendo a 53% (n=65). As falhas de comunicação com pacientes apresentaram um percentual de 24% (n = 30), seguida das falhas de comunicação na rede de atenção 19% (n=23) e falhas de comunicação interprofissional 10% (n=12). Outro estudo, realizado por Colet et al.<sup>32</sup>, ressalta a alta incidência de EA em pacientes que estavam iniciando o tratamento com varfarina. Esse estudo destaca que a ocorrência desses EA, como sangramentos e tromboembolismos, poderiam ser evitados e demonstra a necessidade de maior atenção por parte da equipe de saúde durante sua comunicação com o paciente. A preocupação dos profissionais da saúde com o desenvolvimento de uma comunicação efetiva é citada no estudo realizado por de Wet et al.<sup>28</sup>, sendo apresentada como um dos itens fundamentais para garantir a segurança do paciente.

No estudo realizado por Ricci-Cabello et al.<sup>49</sup>, que buscou conhecer as percepções e experiências de segurança dos pacientes, a comunicação centrada no paciente é reconhecida como um aspecto essencial para um cuidado de saúde mais seguro. Para os participantes uma comunicação eficaz entre profissionais da saúde e os pacientes está relacionada com: escutar atentamente o paciente, permitir tempo de consulta suficiente, criar um ambiente no qual os pacientes se sintam à vontade para falar sobre suas preocupações e garantir que todas as informações relevantes (incluindo opções de tratamento e possíveis efeitos colaterais dos medicamentos) sejam fornecidas aos pacientes. Segundo Franciscato et al.<sup>15</sup> as principais trocas de informação passíveis de erro são as transmitidas verbalmente.

Litchfield et al.<sup>50</sup> aborda a comunicação entre pacientes e profissionais da saúde na divulgação dos resultados dos exames laboratoriais. Nesse artigo a divulgação de resultados incompletos, profissionais sem informação técnica e a omissão de resultados anormais são citados como barreiras. Para promover uma melhor comunicação entre pacientes e profissionais

da saúde, o artigo realizado por Rolim et al.<sup>29</sup>, propõe uma ferramenta de gestão clínica organizada em cinco partes (Receita Simples, Pasta da Saúde, Prontuário por Idade, Pré-estruturados e Planos de Cuidado). A implementação na APS de uma comunicação verbal e escrita e a atualização permanente de prontuários, por exemplo, é uma forma de garantir uma dispensação e administração correta dos medicamentos<sup>51,52</sup>.

A Meta 1, abordada em 11% dos artigos, demonstra que ainda há falhas na etapa de identificação do paciente. Nos três artigos que citaram essa meta, o erro na identificação do paciente está relacionado: à aplicação de vacinas<sup>34</sup>, à coleta de exame de sangue<sup>53</sup> e no estudo de Wes et al.<sup>28</sup> como um fator determinante para a segurança do paciente. O primeiro artigo apresenta os fatores dificultadores para uma vacinação segura de acordo com a equipe de enfermagem e aponta ações para melhorar esse cenário. O segundo artigo avalia a influência do local de trabalho na prática profissional, demonstrando que os flebotomistas costumam seguir as práticas implementadas no local de trabalho em substituição as recomendações presentes nas diretrizes de coleta de amostras de sangue venoso. O terceiro artigo propõe o desenvolvimento de uma lista preliminar de eventos que devem ser evitados no âmbito da saúde, dentre os itens citados encontra-se a identificação equivocada do paciente.

No âmbito da APS a identificação do paciente está associada a diversas atividades desempenhadas nesse nível de atenção tais como: agendamento de consultas, aplicação de vacina, visita domiciliar, procedimentos de baixa complexidade e dispensação de medicamentos<sup>54</sup>. A presença de falhas na etapa de identificação do paciente causa a ocorrência de erros no diagnóstico e no tratamento medicamentoso, sendo esses os principais incidentes na APS<sup>4</sup>. Os fatores que contribuem para o não cumprimento dessa meta estão relacionados ao registro de dados em diferentes locais para um mesmo paciente, registro do paciente imprecisos ou incompletos e arquivamento incorreto das informações ou documentos<sup>55</sup>. Conforme Nilsson et al.<sup>53</sup>, existem alternativas que colaboram para evitar esses erros, a saber: sempre pedir ao

paciente que se identifique através da apresentação de um documento de identificação, não deixar de solicitar a identificação com o motivo do paciente ser “conhecido”, comparar as informações apresentadas pelo paciente com as informações presentes na prescrição.

Com relação a Meta 5, relacionada a higiene de mãos, os dados apontam para uma possível lacuna do seu cumprimento no âmbito da APS. Segundo Santos Junior et al.<sup>56</sup> há uma vasta quantidade de publicações desse tema no contexto hospitalar; entretanto, são poucos os estudos realizados no âmbito da APS. Sabe-se da importância dessa ação para o controle de infecções relacionadas à assistência à saúde e que as medidas adequadas de higiene são essenciais para limitar o desenvolvimento e a propagação de infecções resistentes a antimicrobianos e bactérias multirresistentes<sup>55</sup>. Conforme OMS<sup>57</sup>, é indicado que a higiene de mãos seja realizada em cinco momentos: 1) antes de contato com o paciente; 2) antes da realização de procedimento asséptico; 3) após risco de exposição a fluidos corporais; 4) após contato com o paciente; e 5) após contato com as áreas próximas ao paciente. Os dois estudos que citam esse tema foram realizados em Unidades Básicas de saúde (UBS) no Brasil: um com o objetivo de compreender as concepções de enfermeiras atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) acerca da segurança do paciente na APS<sup>58</sup> e o outro com o objetivo de avaliar o efeito de intervenções educativas na limpeza e desinfecção de superfícies<sup>56</sup>.

Segundo o estudo realizado por Silva et al.<sup>58</sup>, a equipe de enfermagem demonstrou preocupação com a segurança do paciente e enxerga a higienização das mãos como um dos fatores relativos ao cuidado para se evitar danos e riscos aos pacientes. Essa preocupação, em alguns casos, não repercute na prática profissional. A sua execução depende principalmente de fatores como educação profissional<sup>59</sup> sendo que o não cumprimento dessa meta pode estar relacionada ao não entendimento de sua importância ou, até mesmo, a negligência por parte dos profissionais<sup>60</sup>.

Outro estudo, realizado por Santos Junior et al.<sup>56</sup>, verificou que a intervenção educativa junto à equipe colaborou para a redução da carga microbiana em todas as superfícies avaliadas. Segundo esse autor, diversas estratégias conhecidas e implementadas na atenção hospitalar para a segurança do paciente podem ser otimizadas na APS, desde que se considerem as particularidades e características de cada serviço. A implementação na APS de um manual para promoção da higienização das mãos, a garantia de uma infraestrutura necessária que permita a prática correta de higiene das mãos pelos profissionais de saúde e o fornecimento de capacitação regular a todos os profissionais de saúde sobre a importância da higiene das mãos surgem como alternativas para o cumprimento dessa meta<sup>60</sup>.

A citação da Meta 4, referente a cirurgia segura, apresentou-se relacionada com um artigo que tem como país de origem a Espanha<sup>27</sup>, com o objetivo identificar a adaptação de EA relacionados ao âmbito hospitalar no ambiente da APS. Com relação aos procedimentos cirúrgicos, o artigo identifica que há possibilidade de ocorrer erros nesses procedimentos também no ambiente da APS. Observa-se que o Brasil e a Espanha apresentam a implantação de sistemas nacionais de saúde com princípios organizativos semelhantes, como fonte de financiamento por impostos gerais e cobertura pública populacional universal<sup>61</sup>.

Sabe-se que no Brasil, os serviços de atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS) se responsabilizam pela realização de pequenos procedimentos clínicos e cirúrgicos, acolhendo usuários em situações agudas ou crônicas tais como, unhas encravadas, retirada de nevos, corpos estranhos, cistos e lipomas, e o tratamento de feridas, pela menor complexidade de técnica, materiais, insumos e medicamentos, também podem e devem ser realizados pelas equipes que trabalham na UBS<sup>62,63</sup>. Entende-se que essa perspectiva abordada no artigo, poderia ser aplicado no cenário brasileiro. As principais falhas observadas estão relacionadas a cirurgia realizada em local errado, realização de procedimento cirúrgico não indicado, retenção de corpo estranho e, até mesmo, cirurgia realizada no paciente errado<sup>64</sup>.

A fim de se evitar esses erros, a OMS desenvolveu o Manual para Cirurgia Segura que propõe uma lista de verificação (*checklist*) formada por um conjunto de ações que devem ser realizadas, checadas e registradas durante o processo cirúrgico<sup>65</sup>. Esse *checklist* é composto por três partes: identificação ou *sign in* (antes da indução anestésica), confirmação ou *timeout* (antes da incisão na pele) e registro ou *sign out* (antes do paciente sair da sala cirúrgica)<sup>66</sup>. Apesar dessas ações terem como foco o âmbito hospitalar, a implementação desse *checklist* no âmbito da APS, considerando as particularidades desse nível de atenção, surge como uma ferramenta que colabora na garantia da segurança do paciente.

A Meta 6, que aborda a redução de quedas e lesões por pressão, não foi relacionada a temática dos estudos selecionados nesse trabalho. Conforme o Protocolo de Prevenção de Quedas<sup>67</sup> e o Protocolo de Úlcera por Pressão<sup>68</sup>, elaborados pela ANVISA, as recomendações encontradas nesses documentos aplicam-se aos hospitais. Isso pode justificar o não surgimento da Meta 6 relacionada aos artigos na APS. Entretanto, estudo<sup>9</sup> realizado em vinte e quatro UBS de um município de Goiânia elencou os tipos de incidentes ocorridos na APS segundo os profissionais integrantes das equipes de enfermagem. Nesse estudo, foram identificados 9 (10,2%) incidentes relacionados a queda, sendo 4 (44,4%) queda da própria altura. Ainda, segundo esse estudo, as causas de queda foram relacionadas principalmente a falhas na estrutura física da unidade, como piso irregular, falta de disponibilidade de rampas e falta de grades nas macas.

Outro estudo<sup>69</sup> realizado em uma UBS de um município do estado do Paraná verificou que a qualidade e segurança do processo de assistência ao idoso com risco para lesão por pressão e ao idoso que já apresenta lesão por pressão são precárias e possuem fragilidades principalmente relacionadas: a inexistência de rastreamento do grau de fragilidade e avaliação multidimensional dos idosos; ausência de avaliação de risco para desenvolvimento de lesão por pressão e escassez de recursos materiais e humanos. Reconhecer a existência desses eventos na

APS e identificar suas principais causas, possibilita o desenvolvimento de ações que previnam sua ocorrência nesse nível de atenção em saúde<sup>70</sup>.

O presente estudo contribui para ampliar o conhecimento sobre a segurança do paciente no âmbito da APS apresentando as pesquisas realizadas nas literaturas nacional e internacional relacionadas a esse tema. O aumento no número de publicações nos últimos anos sugere que a segurança do paciente na APS vem ganhando mais importância. Esse dado demonstra uma preocupação com a assistência à saúde prestada nesse nível de atenção, evidenciando a necessidade constante de debater sobre como estabelecer uma cultura de segurança nas instituições de saúde.

## **REFERÊNCIAS**

1 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. To err is human: building a safer health. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

2 Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

3 World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety: forward programme. WHO Library Cataloguing-in-Publication, Geneva: World Health Organization; 2004

4 Marchon SG. *A segurança do paciente na atenção primária à saúde* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.



5 World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. Geneva: World Health Organization; 2009

6 Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [portaria na internet]. Diário Oficial da União 2 abr 2013 [acessado 2020 Jul 30]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html).

7 ANVISA. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº15: *Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde* - 2016 [boletim na internet]. Brasília. Agência Nacional de Vigilância Sanitária 28 dez 2017 [acessado 2020 Jul 30]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+15/bb637392-4973-4e7f-8907-a7b3af1e297b>.

8 Campos RTO, Ferrer NA, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate* 2014;38(número especial):252-64.

9 Braga QP. *Incidentes em unidades de atenção primária em saúde: percepção da equipe de enfermagem* [dissertação]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2018

10 Pereira LB, Jobim L, Bueno D. Percepção de Equipes de Saúde da Família sobre a notificação de eventos adversos a medicamentos. *Saúde em Redes* 2018;4(3):49-61.

11 Sousa P. Patient Safety: A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Med Port* 2006;19:309-18.

12 Joint Commission International [homepage na internet]. International Patient Safety Goals [acessado 2020 Jul 30]. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>.

13 Consórcio Brasileiro de Acreditação [homepage na internet]. Acreditação de serviços de saúde [acessado 2020 Jul 30]. Disponível em: <https://cbacred.org.br/site/acreditacao/acreditacao-de-servicos-de-saude/>.

14 EBSEERH. Hospitais Universitários Federais [homepage na internet]. Metas Internacionais de Segurança do Paciente [acessado 2020 Jul 30]. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente>.

15 Franciscatto L, Bessow CK, Ruzczyk JVA, de Oliveira MA, Kluck MM. Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário. *Clin Biomed Res* 2011;31(4):482-6.

16 Fernandes ALM. *Avaliação da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: identificando oportunidades de melhorias* [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019.

17 de Mesquita KO, da Silva LCC, Lira RCM, Freitas CASL, Lira GV. Segurança do paciente na atenção primária a saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enferm* 2016;21(2):01-08.

18 de Souza MT, da Silva MD, de Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* 2010;8(1 Pt 1):102-6.

19 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(4):758-64.

20 Ercole FF, de Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática [editorial]. *Rev Min Enferm.* 2014;18(1):9-11.

21 Ministério da Saúde [homepage na internet]. Sobre a Assistência Farmacêutica [acessado 2020 Jul 31]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/sobre-a-assistencia-farmaceutica>

22 da Silva AS, Maciel GA, Wanderley LSL, Wanderley AG. Indicadores do uso de medicamentos na atenção primária de saúde: uma revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* 2017;41:132:1-12.

23 Leite SN, Bernardo NLMC, Álvares J, Junior AAG, Costa EA, Acurcio FA, Guibu IA, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro OM, Soares L. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. *Rev Saude Publica* 2017;51(Suppl2):11s.

- 24 Atienza-Martín F, Barrios V, Egocheaga MI, Hidalgo R, Marín-Montañés N, Ramis C. El método AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) aplicado a la anticoagulación de pacientes con fibrilación auricular no valvular. *Semergen* 2019;45(3):169-79.
- 25 Coletti DJ, Stephanou H, Mazzola N, Conigliaro J, Gottridge J, Kane JM. Patterns and predictors of medication discrepancies in primary care. *J Eval Clin Pract* 2015;21(5):831-9.
- 26 Arancon-Monge JM, de Castro-Cuenca A, Serrano-Vázquez A, Campos-Díaz L, Díaz-Eraso M, Cura-González ID, Polentinos-Castro E, Rodríguez-Barrientos R, Grupo CAMBIMED. Study CAMBIMED: Effects of changes in medication appearance on safety of antihypertensive and hypolipidemic treatments in chronic patients older than 65 years in primary health care. *BMC public health* 2015;15(211):1-7.
- 27 Cañadas GO, Dorado AC, Canela MD, Fernández-Martínez B, León GO, Ballesteros MC. Ri. *Rev Calid Asist* 2017;32(5):269-77.
- 28 de Wet C, O'Donnell C, Bowie P. Developing a preliminary 'never event' list for general practice using consensus-building methods. *Br J Gen Pract* 2014;64(320):e159-67.
- 29 Rolim EC, Rolim CLRC, de Souza MNF, Garcia CEA, Junior AFN, da Silva DLM. Uso de ferramentas de gestão clínica e de segurança do paciente em uma unidade básica de saúde no Distrito Federal. *Com Ciências Saúde* 2018;29 Suppl1:79-83.

30 Medeiros SG, Neto AVL, Saraiva COPO, Barbosa ML, Santos VEP. Avaliação da segurança no cuidado com vacinas: construção e validação de protocolo. *Acta Paul Enferm* 2019;32(1):53-64.

31 Souza TF, Colet CF, Heineck I. Nível de informação e adesão à terapia de anticoagulação oral com varfarina em pacientes acompanhados em ambulatório de atenção primária à saúde. *J Vasc Bras* 2018;17(2):109-16.

32 Colet C, Amador TA, Heineck I. Therapeutic itinerary: trajectory for resolution of adverse events of patients using warfarin in Southern Brazil. *Braz J Pharm Sci* 2018;54(3):e17738.

33 Marchon SG, Mendes Junior WL, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2015;31(11):2313-30.

34 Oliveira VC, Tavares LOM, Maforte NTP, Silva LNLR, Renno HMS, Amaral GG, Viegas SMF. A percepção da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em sala de vacinação. *Rev Cuid* 2019;10(1):e590.

35 Arroyo Aniés MP, Simón LR, Aguinaga ML. Potenciando la seguridad clínica de nuestros mayores. *Rev Clín Med Fam* 2017;10(3):187-91.

36 Galato D, Alano GM, Trauthman SC, Vieira AC. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. *Rev Bras Cienc Farm* 2008;44(3):465-75.

37 Modig S, Holmdahl L, Bondesson A. Medication reviews in primary care in Sweden: importance of clinical pharmacists' recommendations on drug-related problems. *Int J Clin Pharm* 2016;38(1):41-5.

38 Araujo LU, Santos DF, Bodevan EC, da Cruz HL, de Souza J, Silva-Barcellos NM. Segurança do paciente e polimedicação na Atenção Primária à Saúde: pesquisa transversal em pacientes com doenças crônicas. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2019;27:e3217.

39 García-Falcón D, Lores-Delgado D, Dupotey-Varela NM, Espino-Leyva DL. Atención Farmacéutica en adultos mayores hipertensos. Una experiencia en la atención primaria de salud en Cuba. *Ars Pharm* 2018;59(2):91-8.

40 Milos V, Westerlund T, Midlöv P, Strandberg EL. Swedish general practitioners' attitudes towards treatment guidelines – a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2014;15:199.

41 Lasser KE, Shanahan C, Parker V, Beers D, Xuan Z, Heymann O, Lange A, Liebschutz JM. A Multicomponent Intervention to Improve Primary Care Provider Adherence to Chronic Opioid Therapy Guidelines and Reduce Opioid Misuse: A Cluster Randomized Controlled Trial Protocol. *J Subst Abuse Treat* 2016;60:101-109.

42 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias. [internet] Brasília. Ministério da Saúde 2019 [acessado 2020 Jul 31] Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos\\_medicalizacao\\_recomendacoes\\_estrategia\\_1ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_medicalizacao_recomendacoes_estrategia_1ed.pdf).

43 Spencer R, Bell B, Avery AJ, Gookey G, Campbell SM; Royal College of General Practitioners. Identification of an updated set of prescribing--safety indicators for GPs. *Br J Gen Pract* 2014;64(621):e181-90.

44 Wessell AM, Ornstein SM, Jenkins RG, Nemeth LS, Litvin CB, Nietert PJ. Medication Safety in Primary Care Practice: results from a PPRNet quality improvement intervention. *Am J Med Qual* 2013;28(1):16-24.

45 Cruz HL, Mota FKC, Araújo LU, Bodevan EC, Seixas SRS, Santos DF. A utilidade do registros médico: fatores associados aos erros de medicamentos em pacientes com doenças crônicas. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 2017;25:e2967.

46 Dreischulte T, Grant AM, McCowan C, McAnaw JJ, Guthrie B. Quality and safety of medication use in primary care: consensus validation of a new set of explicit medication assessment criteria and prioritisation of topics for improvement. *BMC Clin Pharmacol* 2012;12:5.

47 Cruzeta APS, Dourado ACL, Monteiro MTM, Martins RO, Calegario TA, Galato D. Fatores associados à compreensão da prescrição médica no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Brasil. *Cien Saude Colet* 2013;18(12):3731-7.

48 Pinto IVL, Reis AMM, Almeida-Brasil CC, da Silveira MR, Lima MG, Ceccato MGB. Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016;21(11):3469-81.

49 Ricci-Cabello I, Saletti-Cuesta L, Slight SP, Valderas JM. Identifying patient-centred recommendations for improving patient safety in General Practices in England: a qualitative content analysis of free-text responses using the Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care (PREOS-PC) questionnaire. *Health Expect* 2017;20(5):961-72.

50 Litchfield IJ, Bentham LM, Lilford RJ, Greenfield SM. Test result communication in primary care: clinical and office staff perspectives. *Fam Pract* 2014;31(5):592-7.

51 Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl.2):1535-47.

52 Coriolano-Marinus MWL, de Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, de Lima LS. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde Soc. São Paulo* 2014;23(4):1356-69.

53 Nilsson K, Juthberg C, Söderberg J, Bölenius K, Grankvist K, Brulin C, Lindkvist M. Associations between workplace affiliation and phlebotomy practices regarding patient identification and test request handling practices in primary healthcare centres: a multilevel model approach. *BMC Health Serv Res* 2015;15:503.



54 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) [homepage na internet]. Programa de planificação de atenção à saúde - PAS. Estratégias de Segurança do Paciente [acessado 2020 Ago 02]. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201710/31154216-apresentacao-seguranca-do-paciente-rs.pdf>.

55 Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde [homepage na internet]. Plano de Fortalecimento das Práticas de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde - 2019-2022 [acessado 2020 Ago 02]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MjEyMTE%2C>.

56 Santos Junior AG, Ferreira AM, Rigotti MA, dos Santos FR, Furlan MCR, de Andrade D. Avaliação da eficiência da limpeza e desinfecção de superfícies em uma unidade básica de saúde. *Texto contexto Enferm* 2018;27(4): e3720017

57 Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) [homepage na internet]. No Dia Mundial de Higienização das Mãos, OMS alerta para prevenção da sepse nos cuidados de saúde [acessado 2020 Ago 02]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5657:no-dia-mundial-de-higienizacao-das-maos-oms-alerta-para-prevencao-da-sepse-nos-cuidados-de-saude&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5657:no-dia-mundial-de-higienizacao-das-maos-oms-alerta-para-prevencao-da-sepse-nos-cuidados-de-saude&Itemid=812)

58 Silva APF, Backes DS, Magnago TSBS, Colomé JS. Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm* 2019;40(esp):e20180164.

59 Silva ACA, da Silva JF, Santos RO, Avelino FVSD, dos Santos AMR, Pereira AFM. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: Revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enferm* 2016;21(esp):01-09.

60 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária [internet]. Brasília: Anvisa 2009 [acessado 2020 Ago 02]. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-do-paciente-higienizacao-das-maos>>.

61 Almeida PF, Gervas J, Freire JM, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde debate* 2013;37(98):400-15.

62 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária. Procedimentos/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica [internet]. Brasília: Ministério da Saúde 2011 [acessado 2020 Ago 02]. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTlwNw>>.

63 Biblioteca Virtual de Enfermagem [homepage na internet]. Caderno de Atenção Primária n.30: Procedimentos [acessado 2020 Ago 02]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/procedimentos/>.

64 Criado JVN, Dias BF, do Carmo TG. Processo de implementação do protocolo de cirurgia segura. *Rev Cuba Enferm* 2017;33(1): 173-89.

65 Magnago TSBS, Lanes TC, Gonçalves NGC, Ongaro JD, Almeida FO, Dalmolin GL. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em um hospital universitário. *Rev Enferm UFSM* 2019;9(63):1-15.

66 Pancieri AP, de Carvalho R, Braga EM. Aplicação do checklist para cirurgia segura: Relato de experiência. *Rev SOBECC* 2014;19(1):26-33.

67 Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. [protocolo na internet]. Segurança do Paciente. Anexo 01: Protocolo Prevenção de Quedas. Brasília: Ministério da Saúde 2013 [acessado 2020 Ago 02]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>

68 Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. [protocolo na internet]. Segurança do Paciente. Anexo 02: Protocolo de Úlcera por pressão. Brasília: Ministério da Saúde 2014 [acessado 2020 Ago 02]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>.

69 Meireles VC, Baldissera VDA. Qualidade da atenção aos idosos: risco de lesão por pressão como condição marcadora. *Rev Rene* 2019;20:e40122.

70 Tier CG, Santos SSC, Poll MA, Hilgert RM. Condições de saúde dos idosos na Atenção Primária a Saúde. *Rev Rene* 2014;15(4):668-75.

## ANEXOS

### Anexo 1 - Instruções para colabores Revista Ciência & Saúde Coletiva

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos com a seguinte formatação:

#### RECOMENDAÇÕES PARA A SUBMISSÃO DE ARTIGOS

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

#### Seções da publicação

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

## **Apresentação de manuscritos**

## **Não há taxas e encargos da submissão**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/ MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/cscscielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.



## **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

## **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

## **Ilustrações e Escalas**

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada), salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex.

1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 (p.38). ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...” As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão et al.)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. Cien Saude Colet 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. Cien Saude Colet 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. Cad Saude Publica 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. Lancet 1996; 347(9011):1337.

### **Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

**Outros trabalhos publicados**

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil; 2004 Jan 31; p. 12 Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N.

Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. Arq Bras Oftalmol. No prelo 2004.

### **Material eletrônico**

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. Arq Bras Oftalmol [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2.  
Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.