

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MAICON TORELY

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA *SCOPING*
REVIEW

Porto Alegre
2020

Maicon Torely

Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: uma *Scoping Review*

Trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Carlise Rigon Dalla Nora

Porto Alegre
2020

*Dedico as minhas irmãs, Mileny, Joana e
Melissa, à minha afilhada Thuila. Vocês
são o futuro do Planeta. Que esta conquista
as inspire a nunca desistir dos seus sonhos.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à minha avó, D. Nena, que me alfabetizou antes mesmo de eu entrar para a escola e que deixou em mim a sede por conhecimento e a incessante busca pelo saber. Para quem dizia que não me veria entrar na escola, estou me formando na faculdade Vó! E na Federal, onde tu acreditavas ser um espaço para o filho do rico, hoje o neto da lavadeira e do pescador tem ensino superior! Obrigado pela vida!

À Amanda, minha companheira de vida, minha pessoa, pelo apoio, compreensão e carinho. Por ter me mantido forte, por sempre acreditar em mim, mesmo quando eu achava que não tinha mais forças, tu me mostravas que eu era capaz. Foram longos e difíceis cinco anos, mas que ao teu lado tudo ficou mais fácil e leve. Que sigamos forte lado a lado por toda a vida. Te amo. À Branca, minha fiel “cãopanheira” e parceira para todas as horas.

Agradeço a minha família, pela base forte e sólida em que meu caráter pôde ser construído e que me fez chegar até aqui. Obrigado por compreender os momentos de ausência, obrigado pelo apoio incondicional. Obrigado por verem em mim um potencial e sempre me incentivarem a crescer. Obrigado por me proporcionarem um ambiente para que isso fosse possível.

Às minhas colegas, Juliana e Franciele, obrigado pela amizade e cumplicidade que criamos, pela família que formamos. Foi uma honra poder dividir essa meia década com vocês, que a nossa relação perdure muito além da faculdade e que nossos planos de comemorar com champanhe em Paris se concretizem logo!

À Enf.^a Célia Mariana, por me oportunizar momentos tão especiais dentro da pesquisa acadêmica.

À minha equipe da Emergência do IC-FUC/RS. Vocês foram fundamentais para a minha construção profissional e pessoal. Serão sempre a minha maior referência.

Meu muito obrigado a Profa. Letícia Vieira por ter me apresentado esse projeto em que eu tive uma identificação imediata e que foi tão prazeroso trabalhar nele.

Profa. Carlise Dalla Nora, me sinto incondicionalmente grato e privilegiado pela oportunidade de ser um dos teus primeiros orientandos. Obrigado por não desistir de mim mesmo quando eu passava semanas sem dar sinal de vida ou esquecesse de atualizar o Drive. Esse trabalho não seria o mesmo sem a tua orientação. Sou eternamente grato.

Agradeço, finalmente, toda a Escola de Enfermagem da UFRGS, que ao longo da graduação foi construindo aos poucos o enfermeiro que me tornei, que acredita no SUS, na atenção primária como porta de entrada, mas também resolutiva e nada de básica.

“Pode parecer estranho que a principal exigência de um hospital, seja não causar danos ao paciente.”

Florence Nightingale

*“Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!”*

Das utopias - Mário Quintana

Trabalho de Conclusão de Curso - Segurança do Paciente na Atenção Primária: uma *Scoping Review*

Maicon Douglas Torely



RESUMO

Introdução: Ainda que o tema da segurança do paciente tenha se desenvolvido principalmente no ambiente hospitalar, a Atenção Primária à Saúde também é um espaço para refletir sobre esse tema, tendo em vista que a APS é a porta de entrada preferencial para os serviços de saúde e incidentes também podem ocorrer nesse âmbito. A magnitude do problema, pelo elevado número de incidentes relacionados à assistência à saúde, o potencial de danos transitórios e permanentes, bem como, os custos individuais e sociais envolvidos justificam os esforços empregados em pesquisas sobre a segurança do paciente na APS. **Objetivo:** Esse estudo tem como objetivo analisar na produção científica o tema da segurança do paciente na prática de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura por meio de uma *Scoping Review*, a questão de pesquisa deste estudo foi: Como se apresenta a produção científica, nacional e internacional, sobre a segurança do paciente na prática dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde? Foram verificadas as bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Cumulative Index to Nursing and Allied* (CINAHL). A biblioteca *Medical Literature Library Online* (SciELO), bem como, a lista de referências dos estudos incluídos. As buscas foram realizadas em janeiro e fevereiro de 2020. Incluíram-se artigos originais, realizados com equipe de saúde que incluía enfermeiros, sobre a segurança do paciente no contexto da atenção primária à saúde. **Resultados:** Do total de 1.404 estudos encontrados nas buscas, foram incluídos 11 estudos publicados entre 2013 e 2020. Da análise resultaram 03 categorias: Riscos associados à segurança do paciente; Dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros da APS; Estratégias para fortalecimento da segurança do paciente na APS. **Considerações Finais:** Os desafios da segurança do paciente para os enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde são múltiplos e complexos. Este estudo fornece conhecimento sobre as estratégias para melhorar a segurança do paciente para profissionais de saúde, pacientes, gestores, formuladores de políticas, educadores e pesquisadores.

DESCRITORES: Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Revisão.

ABSTRACT

Introduction: Although the subject of patient security has developed mainly in the hospital environment, Primary Health Care is also a space to reflect on this theme, considering that primary health care is the preferred gateway to health services and incidents can also occur in this context. The magnitude of the problem, due to the high number of incidents related to health care, the potential for transient and permanent damage, as well as the individual and social costs involved justify the efforts employed in research on patient safety in PHC. **Objective:** This study aims to analyze in the scientific production the subject of patient safety in the practice of nurses in Primary Health Care. This is a systematic review of the literature through a Scoping Review, the research question of this study was: How to presents the scientific production, national and international, on patient safety in the practice of nurses in Primary Health Care? The bases were verified: Latin American and Caribbean Health Literature (LILACS), Spanish Bibliographic Index of Health Sciences (IBECS), Nursing Database (BDENF), Cumulative Index to Nursing and Allied (CINAHL). The Medical Literature Library Online (SciELO) library, as well as the reference list of the included studies. The searches were carried out in January and February 2020. Original articles were included, performed out with a health team that includes nurses, on patient safety in the context of primary health care. **Results:** Of the total of 1,404 studies found in the searches, 11 studies published between 2013 and 2020 were included. The analysis resulted in 03 categories: Risks associated with patient safety; Difficulties experienced by primary health care nurses; Strategies for strengthening patient safety in PHC. **Conclusion:** The challenges of patient safety for nurses working in primary health care are multiple and complex. This study provides insight into strategies to improve patient safety for healthcare professionals, patients, managers, policy makers, educators, and researchers.

DESCRIPTORS: Patient Safety; Primary Health Care; Nursing; Review.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Caracterização dos artigos segundo autor, ano de publicação, local de realização do estudo, periódico, objetivo, participantes, abordagem e tipo de coleta de dados.....	23
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 Geral.....	12
2.2 Específicos.....	12
3. MÉTODO.....	13
3.1 Tipo de Estudo.....	13
3.2 <i>Scoping Review</i>	13
3.2.1. Identificação da questão de pesquisa.....	13
3.2.2. Identificação dos estudos relevantes.....	13
3.2.3. Seleção dos estudos a incluir na revisão.....	14
3.2.4. Mapeamento dos dados dos estudos clínicos incluídos na revisão.....	14
3.2.5. Resumir e reportar os resultados da revisão.....	14
3.2.6. Consulta com especialista (opcional).....	15
3.3 Aspectos Éticos.....	15
REFERÊNCIAS.....	16
ARTIGO.....	18
ANEXO A - Normas da Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – REUFMS.....	36
APÊNDICE A- Estratégia de associação dos descritores.....	47
APÊNDICE B- Instrumento de Extração de dados.....	49

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como segurança do paciente a ausência e/ou redução dos riscos de danos potenciais desnecessários ao indivíduo durante a prestação de cuidados, sendo considerada um indicador para a qualidade em saúde também pela *Joint Commission International* (WHO, 2008; JCI, 2017; GALHARDI et al, 2018).

Tal tema, dado a magnitude do problema, é emergente em todo o mundo, uma vez que os números de incidentes relacionados à assistência à saúde vem crescendo, mas ainda com lacunas de conhecimento pela dificuldade de mensuração dos tipos de incidentes ocorridos e uma, já estabelecida cultura de culpa, onde erros são encarados muitas vezes como pessoais além de profissionais. Uma forma de preencher tais lacunas, seria a instituição de uma cultura onde erros sejam encarados como oportunidades para melhoria dos sistemas e cuidados em saúde (PAESE, 2013; GALHARDI et al, 2018; REIS et al., 2013).

Em 2004, a OMS criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente para então estabelecer conceitos e diretrizes de boas práticas e saberes ao tema. Definiu-se então que a segurança ao paciente é a diminuição ao menor risco de dano cabível a pessoa no cuidado a saúde. Neste momento, são ainda definidos incidente sendo caracterizado por evento ou circunstância que poderia ter resultado ou não em dano e evento adverso como incidente que resulta em dano ao paciente assim como cultura de segurança e conceituando dano como a ocorrência de um agravo envolvendo estrutura ou desenvolvimento no organismo referente a ações efetivada no cuidado (WHO, 2004).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) criado em 2013 no Brasil, surge para estabelecer e atingir os objetivos propostos pela OMS na Aliança (BRASIL, 2013). O PNSP que tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde promovendo, apoiando e ampliando as iniciativas voltadas a segurança do paciente em todos os âmbitos de cuidado a saúde em território nacional (BRASIL, 2013). O PNSP deu mais visibilidade para o tema na atenção primária, enfatizando esse cenário a partir de um estudo onde foi avaliado a ocorrência de incidentes, o tipo e fatores contribuintes para tais ocorrências onde os resultados mostram que, apesar de a atenção primária atender pacientes de menor complexidade, os incidentes que ocasionaram danos foram de 82%, com danos permanentes em 25% e óbitos em 7% dos casos (GALHARDI et al, 2018; MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015; RAIMONDI et al, 2019).

Apesar de o PNSP ter surgido em 2013, somente em 2017 que a cultura de segurança do paciente na APS foi mencionada, na Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, destacando

a necessidade de ações de segurança do paciente na atenção primária, promovendo cuidado seguro e incentivo da cultura de segurança entre os profissionais, bem como novos estudos e pesquisas (BRASIL, 2017). Seguindo no âmbito de incentivos as práticas seguras na APS, a Fundação de Saúde de Londres fez uma análise sobre incidentes e danos ocorridos na assistência da APS e chegou aos 24% de danos relacionados com incidentes e eventos adversos em consultas na atenção primária além de destacar a escassez de estudos sobre o tema (UK, 2011).

Tais ações, medidas e diretrizes foram inicialmente relacionadas aos cuidados hospitalares, mas, a atenção primária sendo ela a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para um cuidado terciário em saúde, quando necessário, compreende-se como uma coordenadora do cuidado, salientando pesquisas na APS sobre segurança do paciente. Dentre as medidas direcionadas para a APS, está o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que visa, através da promoção, proteção e reabilitação levar a um potencial resolutivo para grande parte das necessidades de saúde da população objetivando uma atenção integral ao indivíduo e a coletividade. (BRASIL, 2012; PNAB, 2018; GALAVOTE et al, 2016; SILVA et al, 2019).

É inquestionável a importância e a relevância do debate sobre a segurança do paciente e da instituição de um cuidado mais seguro, com a intenção de não causar danos, estabelecer e fortalecer uma cultura de segurança nas instituições de saúde, sendo ela hospitalar ou na atenção primária, sendo a primeira, a área onde há um maior direcionamento de pesquisas e ações do que na segunda, mesmo que já tenha sido destacado que muitos incidentes identificados em hospitais tenha sua origem fora deles e que tais eventos são comuns na atenção primária . (PAESE, 2013; TIMM; RODRIGUES, 2016).

Com uma discussão cada vez mais frequente a nível mundial e nacional, a segurança do paciente vem emergindo em instituições de saúde, tanto em âmbito hospitalar quanto na APS vem trazendo à tona a importância da discussão do tema, com isso acarretando a criação de leis, portarias e estudos para um maior entendimento e aplicação de ações de segurança na atenção à saúde (SILVA et al, 2019). Redução dos custos nos sistemas de saúde, melhoria dos resultados sanitários, atenção à saúde com uma melhor qualidade clínica podem ser repercussão de uma melhor e mais efetiva segurança do paciente. Quando os sistemas de saúde são orientados para um fortalecimento da atenção primária, há uma organização partindo das necessidades de saúde da população, agindo de forma mais resolutiva e impactando na saúde coletiva (SILVA et al, 2019).

O estudo de Raimondi et al. (2019) teve como objetivo comparar a cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde e concluiu que a cultura de segurança do paciente apresenta-se positiva na maioria dos profissionais e apresenta os enfermeiros com a maior média geral de respostas positivas, sendo considerado com uma cultura positiva de segurança do paciente.

A importância da atuação do enfermeiro na segurança do paciente é notória, tendo ainda em 2008, sido criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) que surge com o propósito de difundir conhecimentos e conectar profissionais, estabelecimentos e empresas para pesquisa, ensino, cooperação técnica e práticas seguras de cuidado. Estruturada em polos e núcleos, com o propósito de disseminar a implementação da cultura de segurança em instituições (CALDANA, 2015).

Marchon e Mendes Junior (2014) em sua revisão sistemática da literatura foi constatado os tipos mais comuns de erros na atenção primária, sendo eles associados a erros de medicamento e diagnóstico, falta de comunicação interprofissional, cultura punitiva como barreira de implementação de práticas seguras, barreiras na gestão e espaço físico também interferem como um todo na segurança do paciente na atenção primária a saúde. Neste contexto, destaca-se a importância da cultura de segurança do paciente, através de conjuntos de ações, competências e comportamentos que definem o comprometimento com a gestão da segurança, com ações não punitivas e cultuando ações de melhoria e aprendizagem do profissional e equipe, aprendendo e aperfeiçoando o cuidado através do entendimento das falhas, erros e incidentes ocorridos (BRASIL, 2013; RAIMONDI et al, 2019).

Assim, conclui-se a necessidade de promover a cultura de segurança na atenção primária à saúde a fim de habilitar e habituar profissionais para reconhecerem e gerenciar eventos adversos, reduzindo erros e tensões entre profissionais da saúde e a população. Com isso, se apresenta a questão norteadora da pesquisa: *Como se apresenta a produção científica, nacional e internacional, sobre a segurança do paciente na prática dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde.*

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Analisar na produção científica o tema da segurança do paciente na prática de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde.

2.2. Específicos

Identificar instrumentos para avaliação da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde e outros domínios relevantes da temática como os principais erros, frequência de incidentes, práticas seguras e as variáveis que contribuem para uma prática insegura.

3. MÉTODO

3.1. Tipo de Estudo

Revisão da literatura seguindo o método de *Scoping Review* descrita por Arksey e O'Malley (2005) e sistematizada por Levac et al. (2010), visando a obtenção de resultados amplos e abrangentes, compartilhando de diversas características da revisão sistemática, bem como ser metódica, transparente e replicável (GRANTT; BOOTH, 2019; JBI, 2015).

3.2. *Scoping Review*

A metodologia da *Scoping Review* consiste em seis passos que serão seguidos ao longo do projeto, que são: identificação da questão de pesquisa; identificação de estudos relevantes; seleção dos estudos; coleta, resumo e relato dos resultados e consulta com especialista (opcional).

3.2.1. Identificação da questão de investigação

A questão de pesquisa deve ser ampla, a fim de alcançar as evidências que se pretende associando a um claro propósito de investigação com uma questão de pesquisa bem definida, gerando um forte fundamento para o estudo facilitando a tomada de decisão sobre a seleção da literatura.

Dada as lacunas no conhecimento do referido tema deste projeto, a questão de pesquisa identificada foi: *Como se apresenta a produção científica, nacional e internacional, sobre a segurança do paciente na prática dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde.*

3.2.2. Identificação dos estudos relevantes

Desenvolvimento da estratégia de busca, definindo termos, fontes, janela de tempo e idioma assim como a fonte de dados a serem usadas para a busca da literatura. A revisão pode incluir estudos primários, teóricos, teses, dissertações, publicações em congressos e literatura cinzenta.

Os dados serão coletados em bases de dados e/ou biblioteca virtual previamente escolhidas por sua criticidade científica para a indexação de periódicos e relevância para a

Enfermagem: Literatura Latino-Americana e do Caribe da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Cumulative Index to Nursing and Allied* (CINAHL), *Medical Literature Library Online* (SciELO). Também poderão ser usadas lista de referências, redes existentes e organizações relevantes.

3.2.3. Seleção dos estudos a incluir na revisão

Estabelece critérios de inclusão e exclusão, onde publicações serão selecionadas seguindo critérios de inclusão: artigos originais realizados com equipe de saúde que incluam enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde, abordando o tema da segurança do paciente, estudos publicados em português, inglês e espanhol. Serão excluídos artigos teóricos, estudo de revisão, relato de experiências ou resumo de eventos científicos, dissertações e teses, população e amostra de hospitais e ambulatorios. A busca não terá limite temporal.

3.2.4. Mapeamento dos dados dos estudos incluídos na revisão

As buscas serão executadas por um revisor, cruzando os seguintes descritores: Enfermagem (*Enfermería/Nursing*), Enfermeiros e Enfermeiras (*Enfermeras y Enfermeros/Nurses*), Segurança do Paciente (*Seguridad del Paciente/Patient Safety*), Imperícia (*Mala Praxis/Malpractice*), Imprudência (*Imprudencia/Imprudence*), Atenção Primária à Saúde (*Atención Primaria de Salud/Primary Health Care*), Saúde da Família (*Salud de la Familia/Family Health*), Saúde Pública (*Salud Pública/Public Health*), Sistema Único de Saúde (*Sistema Único de Salud/Unified Health System*). O termo MeSh: *Safety Management* também será utilizado. Palavras chaves serão seguidas como cultura de segurança, incidente, eventos adversos, indicadores de segurança, danos ao paciente, atenção básica em saúde.

A seleção se dará em etapas consecutivas: pelo título, pelo resumo, pela leitura do artigo na íntegra. Os dados serão analisados utilizando-se um instrumento estruturado permitindo sintetizar os principais achados das buscas, destacando autor, título, ano, periódico, região, cenário, participantes, delineamento, método utilizado para coleta, análise e principais resultados (Apêndice B).

3.2.5. Resumir e reportar os resultados da revisão

Por fim, será realizada a etapa de compilação e comunicação dos resultados, com a intenção de apresentar a visão geral de todo o material. Esses resultados serão apresentados por meio de uma síntese numérica e temática (JBI, 2015), além da elaboração de um mapa visual de síntese dos dados. Na síntese numérica será descrito as características dos estudos incluídos, tais como número total de estudos, tipos de método, ano de publicação, características da população em estudo e países onde os estudos foram desenvolvidos (Apêndice B). Já a síntese temática será organizada de acordo com a natureza dos aspectos que envolvem a segurança do paciente na prática de enfermeiros da atenção primária à saúde, gerando uma visão ampla da literatura através da síntese dos achados.

3.2.6. Consulta com especialistas (opcional)

Considerado um passo opcional, a consulta com especialistas oferece um mecanismo ideal para aumentar a validade dos resultados através da partilha do saber com outros membros da comunidade científica oferece oportunidade de participação de outras partes interessadas para sugerir referências adicionais e fornecer informações para além das já encontradas. A consulta com especialista não será realizada.

3.3. Aspectos Éticos

O presente estudo respeita a Lei nº 9.610/98 - Lei dos Direitos Autorais (BRASIL, 1998), mencionando os devidos autores e suas autenticidades de pensamentos, ideias, definições e conceitos conforme a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2014). As diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) também são respeitadas. Este trabalho está atrelado a um projeto maior intitulado Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde onde foi submetido aos comitês éticos do Grupo Hospitalar Conceição, Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

REFERÊNCIAS

ARKSEY H, O'MALLEY L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria n. 529, de 1º de Abril de 2013: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Portaria n. 2.436, de 21 de Setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.

CALDANA G, GUIRADELLO, EB, URBANETTO, JS et al. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: Desafios e Perspectivas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015 Jul-Set; 24(3): 906-11.

GALAVOTE H.S.; ZANDONADE E.; GARCIA A.C.P.; FREITAS P.S.S.; SEIDL H.; CONTARATO P.C.; ANDRADE M.A.C.; LIMA R.C.D. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde *Esc Anna Nery* 2016;20(1):90-98.

GALHARDI, N.M.; ROSEIRA, C.E.; ORLANDI, F.S.; FIGUEIREDO, R.M. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(4):409-16.

GRANT MJ, BOOTH A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*. 2009;26(2):91-108.

JBI. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews. Published by the Joanna Briggs Institute, 2015.

JCI. Joint Commission International. Accreditation Standards for Hospitals: Including Standards for Academic Medical Center Hospitals, 6th edition. 2017.

LEVAC D, COLQUHOUN H, O'BRIEN KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010; 5:69.

MARCHON SG, MENDES JUNIOR WVM, WALTER V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014; 30(9), 1815-1835.

MARCHON SG, MENDES JUNIOR WV, PAVÃO ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(11): 2313-2330.

PAESE, F.; DAL SASSO, G.T.M; Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 302-10.

RAIMONDI D.C.; BERNAL S.C.Z.; OLIVEIRA J.L.C.; MATSUDA L.S. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp)

REIS C.T.; MARTINS M.; LAGUARDIA J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 2013. 18(7), 2029-36.

SILVA A.P.F.; BACKES D.S.; MAGNAGO T.S.B.S.; COLOMÉ J.S. Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180164

TIMM M.; RODRIGUES M.C. Adaptação transcultural de instrumentos de cultura de segurança para a Atenção Primária Acta Paul Enferm. 2016; 29(1):26-37.

UNITED KINDON (UK). Evidence scan levels of harm in primary care. London: The Health Foudation; 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: World Health Organization; 2008.

ARTIGO

Segurança do paciente na atenção primária à saúde: uma *scoping review*

(Artigo preliminar)

Seguindo as normas da Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – REUFMS (ANEXO B)

Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: uma *scoping review*

Resumo: Objetivo: analisar na produção científica o tema da segurança do paciente na prática de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **Método:** realizou-se uma *scoping review* nas bases LILACS, IBECs, BDENF e CINAHL, SciELO em janeiro e fevereiro de 2020. Incluíram-se artigos originais, realizados com equipe de saúde que incluía enfermeiros, sobre a segurança do paciente no contexto da atenção primária à saúde. **Resultados:** a revisão abrangeu 11 estudos publicados entre 2013 e 2020. Da análise resultaram três categorias: 1) riscos associados à segurança do paciente; 2) dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros da APS e 3) estratégias para fortalecimento da segurança do paciente na APS. **Conclusão:** os desafios da segurança do paciente para os profissionais da atenção primária são múltiplos e complexos. Este estudo fornece conhecimento sobre recursos para melhorar a segurança do paciente para enfermeiros, pacientes, gestores, formuladores de políticas, educadores e pesquisadores.

Descritores: Segurança do paciente; Atenção primária à saúde; Enfermagem; Revisão

Descriptors: Patient safety; Primary health care; Nursing; Review

Descriptores: Seguridad del paciente; Atención primaria de salud; Enfermería; Revisión

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como segurança do paciente a ausência e/ou redução dos riscos de danos potenciais desnecessários ao indivíduo durante a prestação de cuidados, sendo considerada um indicador para a qualidade em saúde também pela *Joint Commission International*.^{1,2,3} Os números de incidentes relacionados à assistência à saúde vem crescendo, mas ainda com lacunas de conhecimento pela dificuldade de mensuração dos tipos de incidentes ocorridos e uma já estabelecida cultura de culpa. Uma forma de preencher tais lacunas, seria a implementação de uma cultura onde erros sejam encarados como oportunidades para melhoria dos sistemas e cuidados em saúde.^{1,4,5}

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) criado em 2013 no Brasil,⁶ surge para estabelecer e atingir os objetivos propostos pela Aliança Mundial pela Segurança do Paciente¹ e traz algumas definições como a de incidente que é caracterizado por evento ou circunstância que poderia ter resultado ou não em dano, já o evento adverso é definido como incidente que resulta em dano ao paciente.^{6,7} Apesar disso, somente em 2017 a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) foi mencionada, na Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, destacando a necessidade de ter ações de segurança do paciente na atenção primária, promovendo cuidado seguro e incentivo da cultura de segurança entre os profissionais, bem como novos estudos e pesquisas nessa área.⁸

A APS é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), compreende-se como a coordenadora do cuidado. Dentre as medidas direcionadas para manter a segurança do paciente na APS, está o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que visa, através da promoção, proteção e reabilitação levar a um potencial resolutivo para grande parte das necessidades de saúde da população objetivando uma atenção integral ao indivíduo e a coletividade.^{7,9,10} Entende-se que a segurança do paciente é um dos atributos da qualidade do cuidado, e tem adquirido cada vez mais importância para usuários, famílias, gestores e profissionais da saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura.⁶

Nesse contexto, torna-se relevante o desenvolvimento de estudos relacionados a essa temática, como forma de enriquecer e divulgar a literatura na área, reduzir as lacunas de conhecimentos existentes e sensibilizar os enfermeiros sobre a importância da prática segura também no âmbito da APS, colaborando para à redução dos riscos e danos relacionados à assistência. Dessa forma, o presente estudo tem o objetivo de analisar na produção científica o tema da segurança do paciente na prática de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde.

Método

Trata-se de uma revisão da literatura que seguiu o método de *Scoping Review* descrito por Arksey e O'Malley¹¹ e sistematizada por Levac.¹² Foram seguidas os cinco passos da *Scoping Review*: identificação da questão de pesquisa; identificação de estudos relevantes; seleção dos estudos; coleta, resumo e relato dos resultados.¹¹ O sexto passo da consulta, considerado opcional, não foi utilizado.

A questão de pesquisa foi: Como se apresenta a produção científica, nacional e internacional, sobre a segurança do paciente na prática dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde? Uma das fontes de dados verificadas foi a Biblioteca Virtual em Saúde, que incluiu as bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Cumulative Index to Nursing and Allied* (CINAHL). A biblioteca *Medical Literature Library Online* (SciELO) também foi revisada. Foram verificadas a lista de referências dos estudos incluídos.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais realizados com equipe de saúde que incluíssem enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde e que abordassem o tema da segurança do paciente, além de ser estudos publicados em português, inglês e espanhol. Não

foi definido limite temporal. Foram excluídos estudos teóricos, revisão, relato de experiências, dissertações e teses.

Foram utilizados os seguintes descritores controlados de terminologia preconizada pelo Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Enfermagem, Enfermeiros, Segurança do Paciente, Imperícia, Imprudência, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Saúde Pública, Sistema Único de Saúde. Todos esses termos foram buscados em sua equivalência em espanhol e inglês. A estratégia de busca utilizada seguiu a definição de cada base de dados. Utilizou-se o operador booleano *AND* com as seguintes combinações: “Primary Health Care” *AND* “Family Health” *AND* “Nursing”; “Patient Safety” *AND* “Primary Health Care” *AND* Nursing; Nurses *AND* Malpractice *AND* Imprudence; “Primary Health Care” *AND* “Patient Safety” *AND* “Public Health”; “Patient Safety” *AND* Nursing *AND* “Public Health” (Apêndice A). Essas estratégias de buscas foram adotadas em sua equivalência em espanhol e português e executadas em janeiro e fevereiro de 2020.

Os estudos foram pré-selecionados a partir da leitura dos títulos e resumos, e a amostra final foi alcançada com base na leitura dos artigos na íntegra, conforme fluxograma apresentado na Figura 1.

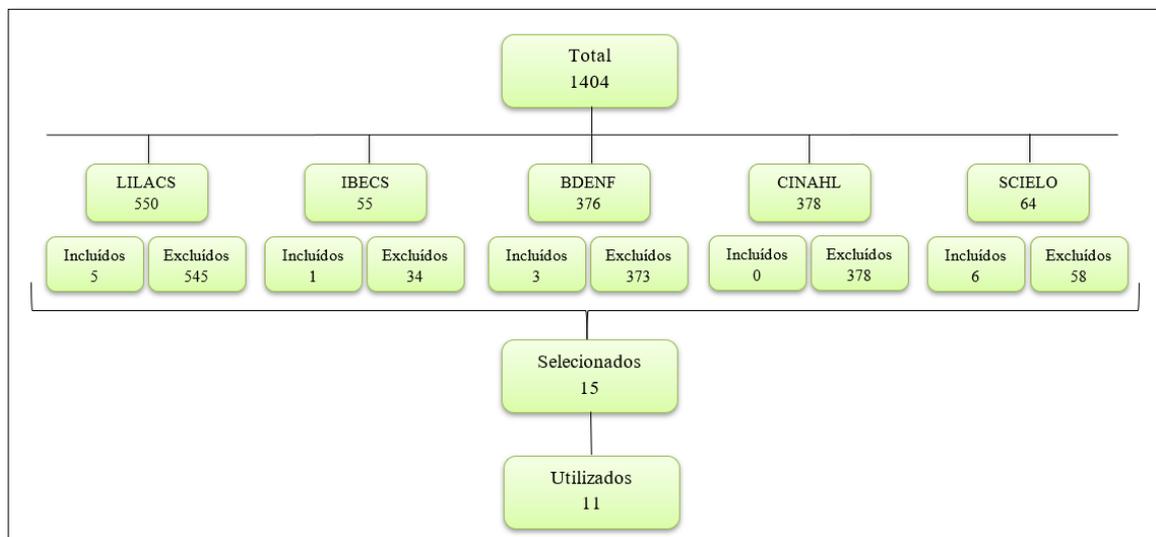


Figura 1 Fluxograma da seleção dos estudos que compõem a pesquisa, Porto Alegre, 2020.

Para a etapa da extração dos dados, utilizou-se um instrumento estruturado no Word, que propiciou a identificação dos elementos essenciais dos estudos, como autor, título, ano, periódico, região, cenário, participantes, delineamento, método utilizado para coleta, análise e principais resultados (Apêndice B).

O resumo e relato dos resultados foram apresentados por meio de uma síntese numérica e temática. Na síntese numérica foi descrito as características dos estudos incluídos, tais como número total de estudos, tipos de método, ano de publicação, características da população em estudo e países onde os estudos foram desenvolvidos. Já a síntese temática foi organizada de acordo com a natureza dos aspectos que envolvem a segurança do paciente na prática de enfermeiros da atenção primária à saúde, gerando uma visão ampla da literatura através da síntese dos achados.

Resultados

Do total de 1.404 artigos encontrados nas buscas nas bases de dados, foram incluídos 11 estudos na revisão.^{3,4,7,13,14,15,16,17,18,19,20} Os resultados serão apresentados por meio de uma descrição das características dos estudos e, na sequência, apresentam-se as três categorias evidenciadas a partir dos estudos selecionados: 1) riscos associados à segurança do paciente (encontram-se as principais falhas na APS que podem, ou não, causar danos aos usuários); 2) dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros da APS (abordam-se os possíveis motivos para que os erros aconteçam) e 3) estratégias para fortalecimento da segurança do paciente na APS (descrevem-se os meios para que se evitem os erros, como também se criem maneiras de melhorar a segurança do paciente e a atuação do profissional de saúde da APS).

Descrição dos estudos

O maior número de publicações (n=4) foi em 2019¹⁰⁻¹³, seguido por (n=3) em 2018 e (n=1) do ano de 2013. Quanto à procedência editorial, os estudos foram publicados em 10 diferentes periódicos científicos da área da saúde, sendo (n=2) estudos na revista Acta Paulista de Enfermagem (Quadro 1).

Quanto ao local onde os estudos foram desenvolvidos, a maioria (n = 5) foi no Rio Grande do Sul, seguido por (n=2) em Curitiba. Outros estados como: Minas Gerais, São Paulo, Santa Catarina, Rio de Janeiro apresentaram apenas um estudo. Dos 11 estudos incluídos (n=6) foram quantitativos e (n=5) qualitativos (Quadro 1).

Por ser um critério de inclusão, todos os estudos foram realizados com profissionais da APS. Os resultados deste estudo abordam a síntese de aproximadamente 124 enfermeiros e 1.102 profissionais da saúde (que incluem Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem, Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e Auxiliar de Enfermagem) (Quadro 1).

Os instrumentos mais utilizados pelos estudos foram o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture – MOSPSC*^{3,20,19} seguido pelo *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version – SAQ-AV*^{4,7} e o *Primary Care International Study of Medical Errors – PCISME*.¹⁸ Tais instrumentos foram escolhidos baseado no que a literatura trouxe de mais adaptado para a realidade da Atenção Primária à Saúde.

Quadro 1- Caracterização dos artigos segundo autor, ano de publicação, local de realização do estudo, periódico, objetivo, participantes, abordagem e tipo de coleta de dados. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.

Autor/ Ano	Local	Periódico	Objetivo	Participantes	Abordagem	Coleta de dados
Silva APF et al. 2019	RS	Rev Gaúcha de Enf.	Compreender as concepções de enfermeiras atuantes na ESF acerca da segurança do paciente na APS e de que forma estas repercutem nas ações cotidianas	10 enfermeiros de ESF	Estudo qualitativo	Observação e entrevista
Souza MM et al. 2019	RS	REBEn	Avaliar a cultura de segurança do paciente na APS	349 profissionais da APS	Estudo transversal	Questionário semiestruturado SAQ-AV
Souza LM et al. 2018	RS	<i>Journal of Nursing and Health</i>	Conhecer a percepção de enfermeiros da ESF sobre segurança do paciente	10 enfermeiros de ESF	Estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa	Entrevista semiestruturada
Macedo SMK et al. 2019	PR	Enfermería Global	Avaliar a cultura de SP sob a perspectiva dos enfermeiros na APS	43 enfermeiros da APS	Estudo descritivo de abordagem qualitativa	Instrumento MOSPSC
Oliveira VCO et al. 2018	MG	Revista Cuidarte	Conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em sala de vacinação	11 enfermeiros e 6 técnicos de enfermagem	Estudo descritivo, qualitativo	Entrevista aberta com questões norteadoras

Galhardi NM. 2018	SP	ACTA	Avaliar a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente na APS	240 profissionais da APS	Estudo qualitativa, transversal, descritiva, do tipo <i>survey</i>	Aplicação do questionário “Pesquisa sobre a Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”
PAESE F. 2013	SC	Texto Contexto Enferm	Analisar as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais das equipes da ESF	52 ACS, 30 téc. Enf., 14 enfermeiros da ESF	Estudo transversal prospectivo, quantitativo	Usado o instrumento SAQ
ARAÚJO GN et al. 2017	RS	REUOL UFPE	Conhecer como profissionais da saúde procedem no cuidado com artigos críticos na atenção básica com vistas à segurança do paciente	42 profissionais da APS, 14 enf, 14 téc. enf, 14 ASB	Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa	entrevista semiestruturada, com questões abertas e fechadas
MARCHON SG et al. 2015	RJ	Cad. Saúde Pública	Avaliar a ocorrência de incidentes no cuidado à saúde ao paciente na APS	10 enfermeiros e 10 médicos	Estudo observacional descritivo, prospectivo	Questionário PCISME
MACEDO LL et al. 2020	PR	Trabalho, Educação e Saúde	Analisar a cultura de segurança do paciente na APS segundo a categoria profissional	513 profissionais (enfermeiro, ACS, dentista, téc. enf., ASB, médico)	Delineamento transversal	Instrumento MOSPSC
MEDEIROS SG et al. 2019	RN	ACTA	Construir e validar um protocolo para avaliação do cuidado seguro de enfermagem com vacinas na APS	12 enfermeiros	Abordagem quantitativa	técnica Delphi

Riscos associados à segurança do paciente

Nessa categoria descrevem-se os riscos relacionados as práticas dos enfermeiros da APS que envolvem a segurança do paciente. São percebidas situações que ocorrem por falhas na medicação, na prescrição, riscos no domicílio e riscos que envolvem a sala de vacinação.

Das necessidades de internação no SUS, cerca de 20% são por condições sensíveis à APS e provenientes de erros ocorridos na assistência como eventos adversos com vacinas, troca de vacinas, reações alérgicas e erros de medicamentos.¹⁸ Por ser procedimentos ditos mais simples, os erros que causam danos ao paciente não ultrapassam 1%, como é levantado no estudo de Marchon¹⁸ que tabelou as características dos eventos adversos na atenção básica no Brasil trazendo entre eles reações alérgicas, erros de medicamentos, troca nas prescrições, o não entendimento das prescrições médicas por parte do usuário, o que remete na falta de comunicação entre profissional e usuário.

Silva,⁷ apontou que enfermeiros destacaram como complexo o sistema de medicação por envolver diversos processos que vai desde a prescrição ao armazenamento, dispensação e administração e se os passos não forem seguidos adequadamente, podem gerar consequências graves para os usuários. O risco de queda foi considerado um risco iminente tanto dentro da unidade de saúde como quando observado nas visitas domiciliares, por falta de estrutura e preparo dos ambientes como não oferecer barras de apoio, rampas de acesso e itens dentro das casas que ocasionam quedas como é o caso dos tapetes.

Oliveira e Medeiros^{16,20} trazem como carro chefe da atenção primária à saúde a vacinação, sendo a sala de vacinas um ambiente movimentado, frequentado por diversos usuários de profissionais, envolvendo diversos tipos de imunobiológicos. Equipamentos como geladeiras, refrigerador, caixa térmica e insumos para a vacinação compõem esse espaço que está exposto a diversos agentes que podem gerar erros e ameaças a segurança do paciente. Nos estudos foi relatado a troca de vacinas como um problema grave na segurança em sala de vacinas e referem como principal causa a similaridade dos frascos e dificuldade da leitura dos mesmos.^{16,20} A técnica incorrera, material inadequado e a troca de vacinas também podem acarretar Eventos Adversos Pós Vacinação (EAPV) gerando lesões pós aplicação e inconveniências que reduzem a confiança do usuário nos programas de imunizações.¹⁶

Dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde

Nessa categoria são descritas algumas dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros que atuam na APS. São evidenciados na literatura situações como a comunicação ineficaz, estrutura

física da unidade inadequada, limitações na gestão dos serviços de APS, sobrecarga de trabalho, falta de supervisão e cultura punitiva.

A comunicação eficaz é a segunda meta internacional de segurança do paciente, definida pela OMS e estabelecido no Brasil através do PNSP. Uma comunicação não efetiva pode ser um fator contribuinte para a ocorrência de erros e eventos adversos e interferir gravemente na segurança do usuário na APS. Macedo e Galhardi^{3,15} apontam que mais de 70% das causas dos erros em cuidado em saúde são advindas da comunicação ineficaz e que tais erros se mostram evidentes na APS principalmente entre outros serviços de saúde como farmácias, hospitais e centros de imagens e laboratório sendo a troca de informações uma característica importante para um cuidado seguro e, portanto, necessita ser completa, precisa e pontual.

Outra direção de comunicação que tem potencial gerador de danos ao paciente é a entre profissional-usuário, onde uma orientação dada pelo interlocutor que não é bem recebida pelo seu receptor, podem gerar eventos adversos como dosagem errada de medicamento, uso indevido da prescrição, descontinuidade do tratamento. Marchon¹⁸ mostrou que falhas na comunicação são 53% dos incidentes no cuidado e que 24% eram falhas de comunicação com o paciente.

Diversas unidades de saúde são locadas em casas que não oferecem a estrutura adequada para o funcionamento ideal dos serviços de saúde, desafiando o cuidado seguro e qualificado. Dentre as dificuldades estruturais apresentadas nos estudos de Silva, Medeiros, Araújo e Oliveira^{7,17,16,20} destacamos que casas construídas para serem residenciais são usadas para serviços de saúde, logo não oferecem acessibilidade como rampas de acesso, barras de seguranças, portas que comportem a entrada de macas e cadeiras de rodas que necessitam transitar pela a unidade. Salas de vacinas dividem o mesmo espaço físico da sala de curativos expondo o usuário de forma constrangedora e expurgos se misturam com áreas limpas no descarte de materiais. Vacina são comprometidas por não ter na unidade câmaras refrigeradas nos padrões da Rede de Frio, usando refrigeradores domésticos não recomendados para a manutenção de imunobiológicos.

Quanto ao processamento de materiais, unidades não comportam centro de matérias e esterilização (CME) constituindo um risco eminente para a segurança do paciente uma vez que o CME é uma área primordial para o cuidado seguro. A atenção básica realiza cada vez mais procedimentos médicos, odontológicos e de enfermagem que necessitam de materiais estéreis e a qualidade do processamento desses impacta diretamente no risco de infecções colocando em xeque a segurança do usuário e do profissional que manuseia tais artigos.¹⁷

Macedo, Paese, Araujo e Marchon^{4,17,18,19} evidenciaram em seus trabalhos a importância e os efeitos da gestão na segurança do paciente na atenção primária à saúde sendo imprescindível o apoio do gestor, administradores e líderes para que se construa um cuidado seguro e uma saúde de qualidade. Insatisfação com a gestão gera desconforto na equipe o que torna o trabalho desmotivado logo, suscetível a falhas e possíveis erros.¹⁹ A gestão pode favorecer o conhecimento dos profissionais da saúde, inserir elementos para a construção do cuidado seguro, bem como, promover o comprometimento do serviço com o usuário.^{4,17} A gestão precisa participar ativamente da assistência, garantindo um cuidado seguro através de educação continuada, fornecendo subsídios para o conhecimento prático, gerando condições de trabalho adequada para a equipe e permanecer em contato com os riscos oferecidos para vivenciar a realidade em que sua equipe atua.^{18,19}

Enfermeiros vem desenvolvendo diversas atividades nos setores de saúde, sendo responsáveis pela gestão, supervisão, ensino e prática assistencial. Isso contribui para uma sobrecarga de trabalho e acúmulo de funções onde a quantidade é mais importante do que a qualidade, prejudicando assim o cuidado prestado. Com a alta demanda e áreas muito abrangentes chegando até 8 mil usuários para dois enfermeiros, seguidas de equipe de trabalho reduzidas, a enfermagem acaba suprindo a necessidades de mais recursos humanos, mas não sem ter prejuízos no trabalho realizado.^{4,7,14}

Macedo¹⁵ destaca a importância de atentar à saúde física e emocional do trabalhador, pois o esgotamento leva ao comprometimento da competência e habilidades prejudicando a assistência em saúde. Isso fortalece a importância de uma boa gestão que faça o correto planejamento em saúde, aliviando a sobrecarga de trabalho. Outro ponto importante referente a demanda do enfermeiro, é que em muitas unidades, ele não consegue estar presente em atividades de supervisão, o que acarreta a precariedade da assistência, a falta de capacitação da equipe técnica e a falta de disseminação do conhecimento.¹⁶ Oliveira e Araujo^{16,17} trazem a falta de supervisão para sala de vacinas e CMEs, deixando toda a assistência a cargo de profissionais de ensino técnico que muitas vezes não obtiveram a formação adequada e necessária para a realização das atividades sem a orientação e supervisão do enfermeiro.

Macedo, Galhardi e Paese^{3,4,15} apontaram a constante presença da cultura punitiva e do medo entre as equipes que demonstraram expressar suas opiniões quanto ao tema da segurança do paciente. Estes acreditam que os erros podem ser usados contra o próprio profissional atrelando o erro a culpa e concluindo que erros são somente causados pelo indivíduo e pondo a culpa unidirecional ao profissional.^{3,4,15} Essa cultura torna a comunicação sobre o erro enfraquecida, gera um distanciando ao estabelecer uma cultura não punitiva, onde o erro

poderia ser discutido e refletido gerando um aprendizado que é estabelecido a partir de um incidente. Erro é humano, é oportunidade de aprendizado, de discutir melhorias na assistência e conseqüentemente aperfeiçoar o cuidado, gerando segurança ao usuário e transformando um ambiente de trabalho punitivo em um ambiente acolhedor e seguro. Portanto, é preciso discutir e aprender com os erros, sabendo-se que eles podem ocorrer e usar da identificação precoce das causas para eliminá-las ou diminuí-las.¹⁴

Estratégias para fortalecimento da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde

Nessa categoria apresentam-se as estratégias evidenciadas para o fortalecimento da segurança do paciente na APS. A educação para o profissional da saúde foi a mais evidenciada, seguida da educação do usuário, implementação de protocolos de rotinas e estabelecer uma cultura não punitiva.

Ao todo, sete autores identificaram a educação como a principal estratégia para o fortalecimento da segurança do paciente na APS^{4,7,13,14,16,17,19} e trazem o enfermeiro como o profissional capacitado e responsável para que a educação permanente e continuada seja o diferencial entre uma cultura de segurança para uma cultura do erro e punitiva. A capacitação das equipes nas diversas áreas de atuação da APS fortalece uma atitude segura e estabelece uma relação de confiança entre o profissional e o usuário.

Na sala de vacinas, o uso dos doze certos em vacinação minimiza erros como troca de imunobiológicos¹⁶ e no momento do processamento de materiais é essencial a presença do enfermeiro capacitando e supervisionando a equipe.¹⁷ Os profissionais acreditam que a educação permanente é indispensável para o cuidado seguro, usando de metodologias ativas e conseqüentemente discutindo e aprendendo com o erro. Também foi destacado a educação do usuário e a inclusão do mesmo para fortalecer e disseminar o cuidado seguro, pondo a par de atitudes que possam minimizar erros aumentar o grau de segurança.¹⁷

A implementação de protocolos, indicadores assistenciais, procedimentos operacionais padrão (POP) que sejam específicos para a APS.¹⁴ Estes podem contribuir com a sistematização da assistência de enfermagem, visando a melhoria do cuidado e a segurança do paciente, também podem ser vistas como componente fundamental para qualidade do atendimento em unidades de saúde. Esses instrumentos são essenciais para evidenciar a necessidade de aperfeiçoamento constante do cuidado, entretanto, Souza e colaboradores¹⁴ evidenciaram que alguns dos enfermeiros entrevistados desconhecem o uso de protocolos com indicadores de segurança do paciente e que os protocolos usados acabam sendo os do Ministério da Saúde, mas de uma maneira geral, esses não são específicos para a atenção primária e reforçam que

seria ideal elaborar protocolos específicos para a APS. Macedo et al.¹⁹ também destacou que o desenvolvimento de protocolos específicos para a segurança do paciente na APS podem contribuir para um cuidado seguro. Araujo et al.¹⁷ considera que os POPs, por sua vez adequam e padronizam os processos de cuidado, minimizando áreas de conhecimento fragilizadas agindo como meio de educação permanente. Participantes do estudo de Marchon et al.¹⁸, também relatam como alternativa a implementação de protocolos e instrumentos específicos para a APS como parte de um cuidado seguro.

Foi verificado que é preciso excluir a cultura punitiva do ambiente de trabalho e deve-se adotar a cultura de segurança não punitiva, onde erros são usados como aprendizado e o profissional se sinta acolhido para discutir sobre o ocorrido.^{18,19} A comunicação precisa ser eficaz e aprimorada entre as áreas da assistência, a qual pode evitar inúmeros eventos adversos, bem como, a sobrecarga de trabalho e o trabalho em equipe poderão ser considerados itens para uma construção de uma cultura de segurança.^{4,7,13,18,19}

Discussão

Desde 2017, a Política Nacional de Atenção Básica⁸ prevê implantar estratégias de segurança do paciente na APS, além de estimular a prática assistencial segura, envolver os pacientes na segurança, criar mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa e realizar planos locais de segurança do paciente. Nesse sentido, é fundamental fornecer a melhoria contínua proporcionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos nos serviços na APS.⁸

Embora exista o estímulo das organizações nacionais e internacionais para a promoção do cuidado seguro, observa-se que ainda existem fatores estruturais que dificultam a garantia de segurança do paciente.²¹ Estudo²² corrobora com os achados sobre os riscos relacionados a segurança do paciente na APS destacando que entre os incidentes e fatores contribuintes para a ocorrência de falhas não intencionais durante a assistência do paciente constam: falhas no tratamento medicamentoso, no diagnóstico, na organização dos serviços de saúde, nos registros clínicos inadequados, na falta de capacitação do profissional e na inadequada comunicação entre os profissionais e o paciente.²²

Os incidentes na Atenção Primária à Saúde, variam de 0.004 a 240.0 por 1.000 consultas na APS e 45% a 76% de todos os “erros” eram evitáveis.²³ No Brasil, estudo realizado na APS¹⁸ concluiu que, embora a APS atenda usuários com menor complexidade tecnológica, 82% dos incidentes ocasionaram dano ao paciente, sendo muitos deles com gravidade muito alta, como dano permanente (25%) ou óbito (7%). Makeham e colaboradores²³ demonstraram, que os

incidentes mais comumente encontrados na APS foram devido: aos “erros” de diagnóstico (26%-57%), aos “erros” no tratamento (7%-52%), ao “erros” de investigação (13%-47%), “erros” decorrentes da forma da organização do serviço (9%-56%), e “erros” de comunicação entre os profissionais e os pacientes (5%-72%).²³

Nesse sentido, nesta revisão algumas dificuldades foram percebidas pelos enfermeiros, sendo a principal delas a comunicação não assertiva. Estudo²⁴ corrobora com esse resultado ao referir que a comunicação deficiente é prevalente na APS, onde existe a incapacidade da equipe participar na tomada de decisão de maneira compartilhada. A existência de erros de comunicação entre os profissionais, pois algumas vezes, a comunicação não é fluida e isenta de más interpretações.^{4,18,25}

A sobrecarga de trabalho também foi verificada em grande quantidade nos estudos avaliados. Um dos principais fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes/eventos adversos reside na falta de tempo do enfermeiro para preparar as atividades clínicas e para realizar os registros adequados de suas atividades (consultas, grupos, reuniões, acolhimentos, visitas domiciliares, imunizações, dentre outros) pode levá-lo a cometer falhas.²⁶ O mesmo estudo,²⁶ refere que entre os desafios para a segurança do paciente está a grande pressão assistencial que os profissionais sofrem, a intensa demanda, a forte carga de trabalho que pode gerar falta de atenção. Estudo²⁷ aponta que entre as principais causas dos eventos adversos na assistência de enfermagem encontram-se o déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho, falta de liderança e de supervisão de enfermagem adequadas, todos aspectos relacionados a gestão dos serviços.

A falta de estrutura física adequada também foi identificada em nosso estudo. Estudo⁷ refere que entre as dificuldades encontradas encontra-se a falta de rampa de acesso, rampas mal construídas para deficientes físicos, para pessoas com dificuldades de locomoção, a presença de pisos irregulares, paredes sem acabamento e falta de manutenção da estrutura física. Da mesma forma, estudo¹⁸ refere que a planta física da unidade de saúde, muitas vezes, é inadequada. Nesse sentido, a acessibilidade, com enfoque no acesso físico, a triagem dos pacientes nos serviços e o sistema de acesso foram considerados em um estudo²⁸ como um componente da estrutura de segurança dos serviços.

Estudo¹⁸ indica que dentre os principais fatores contribuintes para a ocorrência de incidente na APS está a falta de insumos, medicamentos, de leitos de referência ou de suporte para acompanhamento do paciente de saúde mental. Nesse sentido, estudo refere que recursos inadequados, muitas vezes, forçam os profissionais a comprometer os padrões de atendimento.²⁴

Outra dificuldade evidenciada nos estudos analisados foi a dificuldade de formação e/ou atualização dos profissionais da APS. Estudo.²⁸ corrobora com esses resultados ao identificar que somente 14% dos profissionais afirmaram ter recebido treinamento sobre segurança do paciente no seu trabalho. Estudos^{4,18,29} referem existir erros de conhecimento, competências e habilidades dos profissionais. São exemplo desses erros quando ocorre alguma falha no cuidado, seja por erros na execução de uma tarefa clínica, ou falhas em reconhecer a urgência da doença ou de suas complicações.³² Da mesma forma, também pode ocorrer uma tomada de decisão errada de tratamento para um paciente que possuía o diagnóstico correto.²⁹

Como estratégias potencializadoras da segurança do paciente nos serviços de saúde encontram-se à necessidade de manter uma comunicação aberta sobre o erro e desenvolver uma cultura não punitiva. Estudo³⁰ corrobora com esse resultado ao identificar a necessidade de desenvolver um ambiente de trabalho onde os profissionais possam relatar os erros presentes ou possíveis sem medo de punição. Autores⁵ referem a necessidade de uma cultura de segurança justa nas organizações, onde não haja punição pelo erro, mas sim que haja espaço para o relato dos erros em um ambiente que estimule os profissionais a conversar sobre as falhas ocorridas, visando prevenir que novos eventos relacionados a mesma causa aconteçam.

A educação foi o tema mais identificado nos estudos. Autores,²⁸ referem que a equipe de saúde na APS precisa desenvolver habilidades, treinamento, comunicação, qualificação e responsabilidade, além de conhecer as necessidades de saúde da população. Um estudo cita que o reforço do trabalho em equipe, as reuniões regulares para discutir casos clínicos e a divulgação das práticas seguras são soluções para a melhor a comunicação interprofissional e a segurança.²⁶

Estudo³¹ corrobora esse achado ao referir que algumas estratégias de ensino como a educação permanente em saúde e a inserção da temática na formação dos profissionais podem prevenir o erro na saúde. Da mesma forma, a educação para a segurança do paciente é uma recomendação da OMS, a qual propôs um guia curricular com orientações e recomendações que contemplam questões relacionadas à comunicação da equipe multiprofissional, às práticas baseadas em evidências, ao trabalho em equipe e a assistência segura.³²

Nesse sentido, os estudos indicaram que a necessidade de implementar os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e/ou os protocolos específicos para a atuação do enfermeiro na APS. Estudo⁴ também refere a necessidade envolver a equipe nas estratégias de implementação de protocolos de práticas seguras. A presença de um farmacêutico clínico no serviço de APS também foi descrita em nesse mesmo estudo.⁴

O usuário também foi considerado um promotor da segurança do paciente, ou seja, ele pode atuar no sentido de evitar que eventos adversos ocorram no cuidado prestado na APS. O

paciente tem o potencial de desempenhar um papel importante na prevenção de erros, no entanto, pouco é explorado para efetivamente envolvê-lo nesse papel de vigilante nos cuidados.³³ A OMS recomenda que os profissionais de saúde e o sistema de saúde precisam apoiar e fomentar abertamente a participação do paciente e sua família na construção de um sistema de saúde mais seguro.³⁴

Estudo refere que a baixa adesão ao tratamento pelos pacientes é devido a dificuldade dos profissionais em estabelecer vínculos pessoais, de promover uma escuta qualificada com os pacientes e não realizar o devido compartilhamento de informações adequadamente.²²

Vale destacar ainda, que promoção de uma cultura de segurança do paciente não pode ser uma atividade paralela, as políticas ministeriais, as instituições de saúde, aos gestores, aos profissionais e aos pacientes, mas sim deve ser base de trabalho para toda a prática de cuidado.³⁵ O desenvolvimento de uma cultura de segurança na APS é um desafio que se coloca aos enfermeiros da APS na atualidade.

Portanto, este estudo colabora com essa temática ao explorar as experiências de enfermeiros que atuam no contexto da APS, os quais podem contribuir para a aquisição de conhecimentos que permitam propor melhorias na formação de recursos humanos para atuação no âmbito do Sistema de Saúde brasileiro, bem como, subsidiar práticas a serem implementadas no cotidiano da assistência no campo da atenção primária à saúde.

O estudo procurou avaliar a maior parte da literatura existente, no entanto, algumas limitações nesse processo podem ocorrer, já que provavelmente existam pesquisas publicadas em outros idiomas e em bases de indexação não incluídos neste estudo. Da mesma forma, os autores reconhecem que importantes pesquisas publicadas podem ter sido omitidas usando a nossa estratégia de busca.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo pôde-se concluir que o tema da segurança do paciente se relacionou em maior medida com as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, seguido dos riscos associados à segurança do paciente. Como estratégias para fortalecimento da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde este estudo aponta para a importância de se manter processos educativos permanentes nos serviços, a educação do usuário, a implementação de protocolos de rotinas e a estabelecer uma cultura não punitiva.

Um dos pontos mais abordados nas publicações é a necessidade de uma comunicação aberta sobre os incidentes, pois os estudos revisados consideram que é importante conhecer os erros para que possam ser implementadas medidas para prevenir os incidentes. Nesse sentido,

a enfermagem tem protagonismo no cuidado prestado aos usuários, sendo importante a consolidação de estratégias que garantam a segurança do paciente no contexto da APS.

Portanto, apesar dos múltiplos riscos e dificuldades que precisam ser enfrentados para a melhoria da segurança do paciente nos serviços de saúde, permanece a necessidade do fortalecimento e divulgação de iniciativas que promovam um cuidado seguro. É fundamental que novos estudos sobre a segurança do paciente na APS entrem na agenda de prioridade da política de saúde brasileira.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. JCI. Joint Commission International. Accreditation Standards for Hospitals: Including Standards for Academic Medical Center Hospitals, 6th edition. 2017.
3. Galhardi NM, Roseira CE, Orlandi FS, Figueiredo RM. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(4):409-16.
4. Paese F, Dal Sasso GTM. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2013 Abr-Jun; 22(2): 302-10.
5. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013. 18(7), 2029-36.
6. BRASIL. Portaria n. 529, de 1º de Abril de 2013: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
7. 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
8. BRASIL. Portaria n. 2.436, de 21 de Setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
10. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC, Andrade MAC, Lima RCD. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde *Esc Anna Nery* 2016;20(1):90-98.

11. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32.
12. Levac D, Colquhoun H, O'Brien Kk. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010;5:69.
13. Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC, Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnago TSBS. Patient Safety culture in the Primary Health Care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019;72(1):27-34. DOI 10.1590/0034-7167-2017-0647
14. Souza LM, da Silva MCS, Zavalhia SR, Coppola IS, da Rocha BP. Percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre segurança do paciente. *J. nurs. health*. 2018;8(2):e188205
15. de Macedo SMK, Barboza ARCA, Borges F, Figueiredo KC, Peres AM, Assis F. Cultura de segurança do paciente: avaliação dos enfermeiros na atenção primária à saúde. *Enfermería Global* [Internet] 2019;56:376-386 DOI 18.4.352261
16. Oliveira VC, Tavares LOM, Maforte NTP, Silva LNL, Rennó HMS, Amaral GG, et al. A percepção da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em sala de vacinação. *Rev Cuid*. 2019; 10(1): e590. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.590>
17. Araujo GM de, Reisdorfer N, Silva LAA da et al. Segurança do usuário: cuidados com o processamento de artigos críticos na atenção básica. *Rev enferm UFPE online*. 2017; 11(10):4096-102. DOI: 10.5205/relou.10712-95194-3-SM.1110sup201712
18. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(11): 2313-2330 DOI: 10.1590/0102-311x00194214
19. Macedo LL, Silva AMR, da Silva JFM, Haddad MCFL, Giroto E. A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. *Trab. Educ. Saúde*. Rio de Janeiro, 2020; 18(1): e0023368 DOI: 10.1590/1981-7746-sol00233
20. Medeiros SG, Lima Neto AV, Saraiva CO, Barbosa ML, Santos VE. Avaliação da segurança do paciente no cuidado com vacinas: construção e validação de protocolo. *Acta Paul Enferm*. 2019; 32(1):53-64. DOI: 10.1590/1982-0194201900008
21. Reis GAX, Hayakawa LY, Murassaki ACY, Matsuda LM, Gabriel CS, Oliveira MLF. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(2):e00340016.
22. Sousa P, Walter M (Org.) *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro, EaD/ENSP, 2014.
23. Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. *Methods and measures used in primary care patient safety research*. Geneva: World Health Organization; 2008.

24. Manwell LB, Williams ES, Babbott S, Rabatin JS, Linzer M. Physician Perspectives on Quality and Error in the Outpatient Setting. *Wis Med J.* [Internet] 2009 [cited 2019 Feb 6];108(3):139–44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19552351>
25. Timm M, Soares Rodrigues MC. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. *Acta Paul Enferm.* [Internet] 2016 [cited 2019 Feb 6]; 26–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600005>
26. Marchon SG, Mendes Junior WVM, Walter V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014; 30(9), 1815-1835.
27. Duarte S da CM, Stipp MAC, Silva MM da, Oliveira FT de, Duarte S da CM, Stipp MAC, et al. Adverse events and safety in nursing care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 Feb [cited 2019 Feb 6];68(1):144–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>.
28. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Tobias GC, Ciosak SI. Support for learning in the perspective of patient safety in primary health care. *Rev Latino-Americana Enferm.* [Internet] 2016 [cited 2019 Feb 6]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0784.2771>
29. Makeham MAB, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *GP Res.* [Internet] 2002 [cited 2019 Feb 6]; 177:68–72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12098341>
30. Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Heal Care.* [Internet] 2009 [cited 2019 Feb 6]; 21 (5): 348-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19700779>
31. Wegner W, Silva SC da, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR, et al. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. *Rev Enferm* [Internet] 2016 [cited 2019 Feb 6];20(3). Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160068>
32. World Health Organization. Patient safety: safer primary care. WHO. Geneva; 2018.
33. Hibbard JH, Peters E, Slovic P, Tusler M. Can patients be part of the solution? Views on their role in preventing medical errors. *Med Care Res Rev.* [Internet] 2005 [cited 2019 Feb 6];62(5):601–16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16177460>
34. World Health Organization W. Patient safety workshop: learning from error. WHO, editor. Geneva; 2010.
35. Mendes CMFGS, Barroso FFM. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Rev Port Saúde Pública.* 2014;32(2):197-205.

ANEXO A – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – REUFMSM

INFORMAÇÕES GERAIS

- Os artigos para publicação devem ser enviados exclusivamente à Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-REUFMSM, não sendo permitida a apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente.
- Os manuscritos poderão ser encaminhados nos idiomas: português, espanhol ou inglês.
- Na REUFMSM podem ser publicados artigos escritos por especialistas de outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área de saúde.
- A submissão dos artigos é on-line no site: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/index>
- Todos os autores deverão ser cadastrados na página da REUFMSM, com o preenchimento completo dos seus metadados: nome completo, e-mail, ORCID, currículo lattes (somente para autores brasileiros), instituição/afiliação, país e resumo da biografia. Uma vez submetido o manuscrito, a autoria não poderá ser modificada.
- No momento da submissão do artigo será cobrada uma taxa no valor de R\$100,00 (cem reais). Em caso de arquivamento do manuscrito, essa taxa não será ressarcida aos autores . Posteriormente, caso o artigo seja aceito para publicação os autores deveram pagar a taxa de publicação no valor de R\$350,00 (trezentos e cinquenta reais) por artigo. Dados da conta para a realização dos pagamentos: Banco do Brasil; variação 001; Agência: 1484-2; Conta corrente: 35344-2; Beneficiário: Fundação de Apoio a Ciência e Tecnologia – FATEC; CNPJ: 89.252.431/0001-59.
- O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade dos autores.
- As opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos; bem como, a exatidão e procedência das citações são de inteira responsabilidade dos autores. Portanto, não refletem a posição/opinião do Conselho Diretor e Conselho Editorial da REUFMSM.
- A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais. Portanto, dá-se ao direito de solicitar a revisão do idioma de submissão aos autores, no ato da submissão.

METADADOS

É obrigatório que os metadados de TODOS os autores do manuscrito (no máximo 6 autores; exceto, devidamente justificado em projetos multicêntricos) estejam corretamente preenchidos: nome completo, por extenso com os demais dados: URL Lattes (autores nacionais), Orcid, Resumo da biografia (categoria profissional, maior titulação), nome da instituição de origem/Afiliação, cidade, estado e país, endereço eletrônico. Esses dados devem ser completados no momento da submissão e informados nos metadados e na Title page (download).

Portanto, no manuscrito submetido em ".doc" não deve conter os nomes dos autores ou qualquer outra forma que os identifique.

AGRADECIMENTOS

- Os agradecimentos por ajuda financeira/fomento(s), assistência técnica e outros auxílios deverão ser mencionados somente na *Title page*.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

- Manuscrito em formato .doc, elaborado no Template *download* (clique aqui), o qual deverá ser anexado como documento principal;

- ***Title page***, anexada como documento suplementar em formato .doc, *download* (clique aqui);

- Declaração de Autoria, Responsabilidade, Contribuição dos autores e Transferência de Direitos Autorais, disponível para *download* (clique aqui) no site da REUFSM, a qual deve ser devidamente preenchida (título do manuscrito, marcadores de concordância, local e data da assinatura, nomes dos autores digitados, contribuição de autoria* e assinatura), assinada pelos autores e anexada como documento suplementar em formato PDF. Obs.: Quando os autores estiverem em locais diferentes, que impossibilite a assinatura em um mesmo documento, é possível anexar mais de uma declaração na plataforma. No entanto, faz-se necessário que todas as declarações devem ser preenchidas da mesma forma, contendo: Título, acordo, transferência de direitos, nomes de todos os autores e contribuições.

***Contribuição de autoria:** cada autor deve indicar o número correspondente à sua forma de contribuição intelectual e substancial no manuscrito - (1) concepção ou desenho do estudo/pesquisa; (2) análise e/ou interpretação dos dados (3) revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

- Cópia do comprovante de pagamento referente à taxa de submissão do manuscrito (contendo tipo de transação bancária, valor, data e nome do autor), anexado no momento da submissão como documento suplementar;

- Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (digitalizada e em pdf), anexada no momento da submissão como documento suplementar;

- Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos que possam influenciar na avaliação do mesmo. A não declaração de possíveis conflitos de interesse irá pressupor a inexistência dos mesmos.

- Sugere-se que o manuscrito passe por revisão do idioma. Caso seja feita, anexar a Declaração de revisão fornecida por especialista da área.

PROCESSO DE JULGAMENTO E EDITORAÇÃO DOS MANUSCRITOS

- Para publicação, além do atendimento às normas, serão considerados: atualidade, originalidade, relevância do tema, consistência científica e respeito às normas éticas. O processo de julgamento e editoração dos manuscritos está descrito, a seguir:

1. Pré-análise

- O manuscrito, inicialmente, passará para avaliação em relação à adequação às normas editoriais da REUFSM. Para isso, é utilizado um instrumento de *checklist*, que está disponível para download (Clique aqui). No caso de haver pendências, quer seja na formatação do texto,

no preenchimento dos metadados ou na apresentação dos documentos suplementares, os autores serão contatados por e-mail (conforme cadastro no metadados do manuscrito) para realizarem a retificação em até sete dias. Os autores serão contatados, no máximo, três vezes para ajustes do checklist. Após a 3ª solicitação, permanecendo pendências no texto, o manuscrito será arquivado automaticamente.

- Finalizado o processo de verificação do checklist, os manuscritos serão submetidos à pré-análise. Nesse momento, será avaliada a adequação à linha editorial (relevância, originalidade, atualidade e coerência teórico-metodológica). Os manuscritos poderão ser recusados nesta etapa, sem obrigatoriedade de passar pela avaliação por pares.

2. Encaminhamento do manuscrito para avaliação

- Concluídas as etapas de *checklist* e pré-análise, o manuscrito será designado conforme a temática do estudo. O Editor de Seção é responsável por acompanhar todo o processo de avaliação do manuscrito (indicação de consultores *ad hoc*; avaliação dos pareceres e, em caso de divergência nas avaliações, solicitar outro parecer).

- O Conselho Diretor assegura o anonimato dos autores no processo de avaliação por pares; bem como, o anonimato e sigilo dos consultores *ad hoc* quanto às suas participações. Com isso, objetiva-se garantir liberdade para julgamento.

3. Comunicação da decisão editorial aos autores

- O Editor de Seção, com base nos pareceres dos consultores *ad hoc*, avaliará o manuscrito e fará a comunicação da decisão editorial aos autores: aceitar a publicação, solicitar correções obrigatórias ou rejeitar a publicação. Em qualquer uma das possibilidades, o autor será comunicado por e-mail.

4. Reformulação do manuscrito pelos autores

- A decisão editorial, os pareceres dos consultores e os prazos para os ajustes serão disponibilizados *on-line* para o autor responsável pela submissão.

- O manuscrito será arquivado caso haja descumprimento do prazo ou não adequação do mesmo pelos autores. Será entendido que não houve interesse em atender às solicitações de ajustes. Os autores serão comunicados por e-mail sobre essa decisão. Em sendo arquivado e os autores ainda tiverem interesse em publicá-lo, poderão submetê-lo novamente. Será iniciado novo processo de julgamento por pares.

- Os autores deverão manter seus e-mails atualizados para receber todas as comunicações.

5. Tradução e editoração do artigo

- Após a aprovação do manuscrito em todas as etapas, a prova de prelo será enviada por email ao autor de correspondência. O autor deverá responder, no prazo de 72 horas, concordando ou sugerindo correções de erros de digitação ou de diagramação contidas na versão.

- Juntamente com a carta de aceite da publicação, solicitar-se-á aos autores a tradução para o inglês do manuscrito na íntegra submetido em português ou espanhol. Os manuscritos submetidos em espanhol ou inglês deverão passar por uma revisão profissional do idioma. Nesse momento, todos os manuscritos deverão apresentar o resumo nos três idiomas (português, inglês e espanhol).

Cabe exclusivamente aos autores a escolha e o contato com os tradutores. Os autores deverão encaminhar a Declaração de tradução (ou de revisão, no caso dos artigos submetidos em inglês ou espanhol) fornecida e assinada pelos profissionais específicos. O custo das traduções é de responsabilidades dos autores.

- Após este processo, o manuscrito será encaminhado para editoração (diagramação e publicação).

- O autor, identificando a necessidade de solicitar uma *errata*, deverá enviá-la à REUFMS no prazo máximo de 15 dias após a publicação do artigo. Ficará a critério da revista, a decisão sobre sua relevância e possível divulgação.

CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

Editorial: de responsabilidade do Conselho Diretor da Revista, que convidará autoridades para escrevê-lo. Limite máximo de duas páginas e com até cinco referências.

Artigos originais: contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica, original e concluída. O corpo do texto do manuscrito deverá conter itens distintos, estruturados em: introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências. O limite máximo é de 20 páginas, com no mínimo 10 e no máximo 30 referências.

Artigos de revisão: compreende avaliação crítica, sistematizada da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e conclusões. Não serão aceitos estudos de revisão narrativa. Limite máximo de 20 páginas. Sem limite de referências.

Relato de experiência: compreende experiências acadêmica, profissional, assistencial, de extensão, de pesquisa, entre outras, relevantes para a área da saúde. Deve incluir uma seção que descreva: local, período, participantes ou fontes de informação, com descrição pormenorizada das ações realizadas e vivenciadas. Deve incluir também, algum tipo, mesmo que informal, de avaliação final da experiência, possíveis facilidades e dificuldades encontradas no processo, impactos na prática e mudanças a serem efetivadas. Limite máximo de 15 páginas. No mínimo 10 e no máximo 25 referências.

Artigos de reflexão: formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação, sobre a situação global em que se encontra determinado assunto. Matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de Enfermagem. Limite máximo de 15 páginas. No mínimo 10 e no máximo 25 referências.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser encaminhados em documento Microsoft Word 97-2003 ou superior, fonte Times New Roman 12 (exceto Título -14 e Referências – 11), espaçamento 1,5 em todo o texto (exceto resumo, ilustrações, tabelas e referências – espaçamento simples), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 (210 x 297 mm) e com 2,5 cm nas quatro margens. Palavras em idioma diferente do manuscrito devem estar em itálico. Texto redigido de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>).

QUANTO À REDAÇÃO

Redação objetiva, linguagem adequada ao estudo e terminologia científica condizente. O(s) autor(es) deve(m) buscar assessoria linguística profissional (revisores e tradutores certificados nos idiomas português, inglês e espanhol) antes de submeter(em) os manuscritos. Tal medida evita incorreções ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo.

- Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração ou marcador de texto.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

TÍTULOS

Título - inédito, que identifique o conteúdo do manuscrito, conciso em até 15 palavras; porém, informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações. Ser escrito em negrito, tamanho da fonte 14, espaçamento 1,5 entre as linhas, com apenas a primeira letra em maiúsculo e somente no idioma do manuscrito. Em caso de o manuscrito ter origem em tese, dissertação ou disciplina de programa de pós-graduação, deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé somente na Title Page.

Título de seção primária e resumo - Primeira letra maiúscula e demais minúsculas e negrito. Ex.: **Título; Resumo; Resultados**. Sem numeração ou uso de marcadores.

Título de seção secundária - Primeira letra maiúscula e demais minúsculas e negrito. Ex.: **Princípios do cuidado de enfermagem**. Sem numeração ou uso de marcadores.

RESUMO

Abaixo da apresentação do título e apenas no idioma do manuscrito. Conciso, limite máximo de 150 palavras, elaborado em parágrafo único, com espaçamento simples entre as linhas.

Evitar a utilização de sigla. No entanto, quando necessário, apresentar primeiro a nomenclatura por extenso, seguida da sigla entre parênteses. O resumo deve ser estruturado e separado nos itens - **Objetivo, Método, Resultados e Conclusão** (todos em negrito, somente a primeira letra em maiúsculo) e cada item deve ser seguido por dois pontos(:). Após os dois pontos, iniciar o texto com letra minúscula (ex.: **Objetivo:** analisar ...). Deverão ser considerados os novos e mais importantes aspectos do estudo que destaquem o avanço do conhecimento na Enfermagem ou na área da saúde.

DESCRITORES

Abaixo do resumo no idioma do manuscrito, **mas citados nos três idiomas** (português, inglês e espanhol).

- Incluir **cinco descritores**, segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt>) ou no Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus.

- Cada descritor utilizado será apresentado com a primeira letra maiúscula, separados por ponto e vírgula(;) e sem ponto final após o último descritor. Ex.: Descritores: Saúde mental; Transtornos mentais; Família; Enfermagem; Enfermagem psiquiátrica

- Usar os termos "Descritores", "Descriptors" e "Descriptores" com a primeira letra maiúscula e negrito.

INTRODUÇÃO

Deve ser breve. Apresentar a revisão da literatura (pertinente e relevante), incluindo referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional. Definir claramente o problema de pesquisa e as lacunas do conhecimento.

O(s) objetivo(s) deve(m) ser coerente(s) com a proposta do estudo e ser idêntico(s) ao(s) apresentado(s) no resumo. Deve(m) estar alocado(s) no último parágrafo da introdução e iniciado(s) por verbo no infinitivo.

MÉTODO

Indicar o delineamento, o cenário estudado, a população, os critérios de seleção (inclusão/exclusão), a fonte de dados, o período de coleta dos dados e o tipo de análise realizada. As informações devem ser descritas de forma objetiva e completa.

Os manuscritos originais resultantes de estudos que envolvem seres humanos deverão indicar, no último parágrafo do método:

- os procedimentos adotados para atender o constante da Resoluções 466/2012

(http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html), 510/2016

(http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html) e a 580/2018

(<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>) do Conselho Nacional de Saúde;

- o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa e a data da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

- os preceitos éticos que envolvem pesquisas com animais também deverão ser respeitados.

Para os manuscritos oriundos de outros países, os procedimentos adotados serão os constantes na Declaração de Helsink (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008).

Deverá ser observado o atendimento à legislação específica do país em que a pesquisa foi realizada.

Para assegurar a qualidade e a transparência da pesquisa/investigação em saúde, sugere-se acessar: <http://www.equator-network.org/resource-centre/authors-of-research-reports/authors-of-research-reports/#auwrit>.

Para todos os tipos de estudos usar o guia Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0 – checklist).

Para ensaio clínico randomizado usar o seguir CONSORT (checklist e fluxograma).

Para revisões sistemáticas e metanálises seguir o guia PRISMA (checklist e fluxograma).

Para estudos observacionais em epidemiologia seguir o guia STROBE (checklist).

Para estudos qualitativos seguir o guia COREQ (checklist).

RESULTADOS

Os resultados devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve ser complementar a essas.

DISCUSSÃO

A discussão deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores.

Sugere-se a utilização de referências de artigos publicados nos últimos cinco anos (80%), com abrangência nacional e internacional.

Ao final da discussão, referir as limitações do estudo.

CONCLUSÃO

As conclusões devem responder ao(s) objetivo(s) da pesquisa, destacar os achados mais importantes e apontar as contribuições para a área..

CITAÇÕES

Utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las, no texto, com os números correspondentes sem parênteses e sobrescritos, após o ponto, sem espaço e sem mencionar o nome dos autores.

Citação sequencial - separar os números por hífen. Ex.: Pesquisas evidenciam que...¹⁻⁴

Citações intercaladas - devem ser separadas por vírgula. Ex.: Autores referem que...^{1,4-5}

Transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta):

Até três linhas: devem ser utilizadas aspas na sequência do texto, sem itálico, letra tamanho 12, espaçamento 1,5 e referência correspondente (autor e página). Ex.: “A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a base do sistema, viabilizando acesso aos usuários e sendo diretamente relacionada ao êxito desses sistemas”.^{13:4}

Com mais de três linhas: usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço simples entre linhas (sem aspas e sem itálico), e referência correspondente (autor e página). Ex.:

A APS, ou Atenção Básica (AB), é considerada um desses pontos e a ordenadora da rede e, para cumprir essas funções, deve concretizar atributos essenciais: ser porta de entrada e primeiro contato, prover atuação integral, longitudinal e coordenar a ação dos demais serviços.^{13:6}

Supressões: devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes "[...]" Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso. Ex.: "[...] quando impossibilitado de se autocuidar".^{5:27}

Depoimentos: na transcrição de comentários/falas/depoimentos dos participantes da pesquisa, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço simples entre linhas e em *itálico*.

A Identificação do participante deve estar codificada, entre parênteses, sem itálico, separada do depoimento por ponto. Ex.: *Educação permanente a gente faz, geralmente, em reunião de equipe.* (E1)

As intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo, devem ser apresentadas entre colchetes, sem itálico. Ex.: *Lá [unidade de trabalho] somos um grupo coeso.* (E1)

ILUSTRAÇÕES (gráficos, figuras e quadros) e TABELAS

Devem ser indicadas no corpo do texto, poderão ser incluídas até cinco, em preto e branco ou colorido;

Conteúdo em fonte 10, em espaçamento simples, com a primeira letra em maiúscula e centralizada.

Tabelas - devem ser elaboradas para reprodução direta pelo editor de *layout*.

- Podem ser elaboradas no programa Word ou Excel

Inseridas no texto, logo após a primeira menção, com a primeira letra da legenda em maiúscula e descrita na parte superior da tabela. Numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e na ordem em que foram citadas no texto.

Ex: Tabela 1 - Título....., Tabela 2 - Título.....

Apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista). O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título.

Não usar linhas internas. Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela.

Dados separados por linhas e colunas invisíveis, de forma que cada dado esteja em uma célula.

Empregar em cada coluna Títulos curtos (se abreviados, constando na legenda imediatamente abaixo do quadro ou tabela).

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos e quadros) – podem ser elaboradas no programa Word ou Excel ou serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF etc. Em alta resolução (mínimo de 900 dpi).

Apresentá-las com a primeira letra da legenda em maiúscula, descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Para os Quadros, conteúdo em fonte 10, em espaçamento simples, com a primeira letra em maiúscula e centralizada.

SÍMBOLOS, ABREVIATURAS E SIGLAS

Usar somente abreviaturas padronizadas. A não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informado no resumo.

- Deve ser **evitada a apresentação** de apêndices elaborados pelos autores.

- Utilizar itálico para **palavras estrangeiras**.

NOTAS DE RODAPÉ

No texto: indicadas por asterisco (*), iniciadas a cada página, restritas ao mínimo necessário.

Nas tabelas e figuras: indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, apresentadas tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé correspondente.

Nas ilustrações (imagem), deverão estar em formato de texto, logo abaixo da ilustração, e não no interior da imagem.

Em caso de usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo.

REFERÊNCIAS

Lista de referências:

Devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto.

A fonte utilizada deve ter tamanho 11, espaçamento simples, espaçamento de parágrafo antes/depois 12 pt e alinhamento justificado.

As referências não devem ser repetidas na lista de referências mesmo que sejam citadas novamente no texto. Neste caso, usa-se a numeração da referência da primeira citação que já consta na lista.

Autoria:

Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida das iniciais dos prenomes e sem ponto, conforme o estilo Vancouver. O artigo apresentado pode possuir de um até seis autores. Assim, deve-se citar todos os autores, separados por vírgula. Para mais de 6 autores, utiliza-se a expressão latina “et al”, antecedida de vírgula.

Ex: Calman JW, Josh MKH, Gehardt JE, Irving TL, Kann HNM, Brendon HJ, et al.

No caso de necessidade de identificação de autoria institucional, indicar o nome do país entre parênteses conforme Appendix D: ISO Country Codes for Selected Countries disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7249>

Ex: Ministério da Saúde (BR).

Center of Disease Control (US).

Quando a autoria for de duas ou mais organizações, usa-se ponto-e-vírgula. Para identificar a hierarquização dentro da organização, usa-se vírgula.

Títulos de periódicos:

Devem ser referidos abreviados, de acordo com o *Index*

Medicus: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde, da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://portal.revistas.bvs.br>), eliminando os pontos da abreviatura e iniciais de título em maiúsculas.

No caso de Periódicos Nacionais que não se encontram no Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde (como o caso de periódicos de outras áreas de conhecimento), poderá ser utilizado como referência as informações indexadas no Latindex

(<http://www.latindex.org/latindex/inicio>). Os títulos abreviados dos periódicos serão apresentados conforme o Estilo Vancouver, sempre considerando a primeira letra de cada palavra em maiúscula, desconsiderando os artigos, preposições e outros caracteres entre as palavras.

As datas são sempre no formato: ano, mês e dia, conforme o Estilo Vancouver.

Abreviatura dos meses dos periódicos em inglês e alemão, iniciam por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o *Estilo Vancouver*. Tabela de abreviaturas da Metodologia

LILACS: <http://metodologia.lilacs.bvsalud.org/docs/pt/tabela-abreviatura-meses.htm>

EXEMPLOS POR TIPO DE MATERIAL:

1. Artigos

- Publicação com DOI:

Autor. Título. Título do periódico. Data;volume(fascículo):página inicial-final. doi: ...

Freire ILS, Vasconcelos QLDAQ, Araújo RQ, Melo GSM, Costa IKF, Torres GV. Perfil de potenciais doadores segundo a efetividade da doação. Rev Enferm UFSM. 2013;3(N Esp):709-18. doi: 10.5902/2179769210998.

OBS: O artigo que possui DOI dispensa as informações de dados de acesso ("Disponível em"/"acesso em" ou seus equivalentes em outras línguas), devendo constar somente o endereço do identificador.

- Publicação sem DOI:

a) Publicado somente na língua original:

Autor. Título. Título do periódico [Internet]. Data [acesso em ...];volume(fascículo):página inicial-final. Disponível em: ...

Exemplo de artigo publicado somente em português:

Matos DON, Souza RS, Alves SM. Inclusão da disciplina de primeiros socorros para alunos do ensino básico. Rev Interdiscip [Internet]. 2016 [acesso em 2019 fev 16];9(3):168-78.

Disponível em:

<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/923>

Exemplo de artigo publicado somente em espanhol:

Gonzales-Zamora JA. Interacciones medicamentosas en antivirales para tratamiento de la coinfección VIH/VHC en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2018 [acesso 2019 ago 01];36(3):537-9. Disponible en:

<https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n3/537-539/>

b) Publicado também em inglês:

Observar que artigos em língua portuguesa e que possuam publicação em inglês devem ter seus dados de acesso em inglês.

Autor. Título. Título do periódico [Internet]. Data [cited ...];Volume(fascículo):página inicial-final. Available from: ...

Alencar RA, Ciosak SI. Late diagnosis and vulnerabilities of the elderly living with HIV/AIDS. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015 Mar-Apr [cited 2019 Jun 08];49(2):229-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200229&lng=en&tlng=en

- Artigo de volume com suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20 Supl 2:190-8. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800014.

- Artigo de fascículo com suplemento

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12. doi: 10.1212/wnl.58.12_suppl_7.s6.

- Artigo de volume em parte

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, et al. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. J Exp Biol. 2008;211(Pt 23):3764.

- Artigo de fascículo em parte

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. J Vasc Interv Radiol. 2002;13(9 Pt 2):S259-63. doi: 10.1242/jeb.026229.

- Artigo de fascículo sem volume

Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes no sistema público de saúde. Rev USP. 1999;(43):55-9.

2. Livros e outras monografias:

Normas Gerais para determinar a edição de um documento

A edição de um documento pode ser identificada na folha de rosto ou na ficha catalográfica do documento. Quando for a primeira edição de um documento não há necessidade de realizar a identificação. Utilizar a abreviatura dos números ordinais, da palavra edição e palavras do tipo de material na língua do documento original (2ª ed., 2nd ed., [dissertation], [review])

Normas gerais para determinar local, editora e data de um documento

Indicar o primeiro local de publicação que aparece no documento. Na identificação da cidade da publicação, pode ser utilizado um indicador geográfico. A sigla do estado ou província como por exemplo: Berkeley (CA); ou o nome do país por extenso como por exemplo: Adelaide (Austrália). Quando o local de publicação for conhecido, mas não disponível no documento utilizar colchetes [].

- Livro com indivíduo como autor

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 17ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.

- Livro com organizador, editor, coordenador como autor

Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2005.

- Livro de Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. O manuscrito deve ser original e inédito, e não estar sendo avaliado para publicação em outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão devem estar em formato Microsoft Word (desde que não ultrapassem 2MB).
3. Nas referências, o número do DOI ou o link de acesso (quando não tiver DOI) deve ser informado e estar ativo.
4. O texto:
 - deve estar em espaço 1,5, em todo o manuscrito, exceto: resumo, ilustrações, tabelas e referências. Nas referências, além do espaço simples, elas devem ter espaçamento de parágrafo antes/depois de 12pt;
 - usar a fonte Times New Roman, tamanho 12 (exceto no Título e nas Referências, que deve ser tamanho 14 e 11, respectivamente);
 - para palavras estrangeiras empregar fonte em itálico;
 - as ilustrações e tabelas devem estar inseridas no texto, e não no final do documento.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.
6. O manuscrito deve ser composto por, no máximo, 6 autores (exceto em estudos multicêntricos).

APÊNDICE A – ESTRATÉGIA DE ASSOCIAÇÃO DOS DESCRITORES

Base de Dados	Descritores	Incluídos	Excluídos	TOTAL
LILACS	Primary Health Care; Family Health; Nursing	2	507	509
	<i>Patient Safety; Primary Health Care; Nursing</i>	3	11(1 repetido)	14
	<i>Nurses; Malpractice; Imprudence</i>	0	0	0
	Primary Health Care; Patient Safety; Public Health	0	5(1 repetido1 indisponível)	5
	Patient Safety; Nursing; Public Health	0	22(1 repetido)	22
TOTAL		5	545	550
IBECS	Primary Health Care; Family Health; Nursing	1	11	12
	<i>Patient Safety; Primary Health Care; Nursing</i>	0	10 (1 repetido)	10
	<i>Nurses; Malpractice; Imprudence</i>	0	0	0
	Primary Health Care; Patient Safety; Public Health	0	0	6
	Patient Safety; Nursing; Public Health	0	0	7
TOTAL		1	34	35
BDENF	Primary Health Care; Family Health; Nursing	0	0	355
	<i>Patient Safety; Primary Health Care; Nursing</i>	2	7	9
	<i>Nurses; Malpractice; Imprudence</i>	0	0	0
	Primary Health Care; Patient Safety; Public Health	0	2 (1 repetido)	2
	Patient Safety; Nursing; Public Health	1	9 (1 repetido)	10

TOTAL		3	373	376
CINAHL	Primary Health Care; Family Health; Nursing	0	0	378
TOTAL				
SCIELO	Primary Health Care; Family Health; Nursing	0	45	45
	<i>Patient Safety; Primary Health Care; Nursing</i>	0	3	3
	<i>Nurses; Malpractice; Imprudence</i>	0	0	0
	Primary Health Care; Patient Safety; Public Health	0	0	0
	Patient Safety; Nursing; Public Health	0	0	0
TOTAL		0	0	64

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nº: 1	TÍTULO: Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família
AUTORES: Silva APF, Backes DS, Magnago TSBS, Colomé JS	
PERIÓDICO: Revista Gaúcha de Enfermagem	ANO: 2019
DESCRITORES: Segurança do paciente. Atenção primária à saúde. Enfermagem	
OBJETIVOS	
Compreender as concepções de enfermeiras atuantes na ESF acerca da segurança do paciente na APS e de que forma estas repercutem nas ações cotidianas	
METODOLOGIA	
TIPO DE PESQUISA: Estudo descritivo-exploratório, qualitativo	
POPULAÇÃO: 10 enfermeiras de ESF	
LOCAL DO ESTUDO: Rio Grande do Sul	
TÉCNICA DA COLETA DE DADOS: Observação sistemática não participante e entrevista semiestruturada	
RESULTADOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Significados de segurança do paciente para as enfermeiras da ESF; - Dificuldade relacionadas ao cuidado seguro na prática das enfermeiras; - Estratégias para o cuidado seguro na atuação das enfermeiras da ESF. 	
DIFICULDADES	
<ul style="list-style-type: none"> - Não lavagem das mãos; - Estrutura precária; - Recursos humanos; - Demanda. 	
ESTRATÉGIAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Distribuição dos saberes; - Gerenciamento do cuidado; - Aprendizado intersetores; - Garantia da continuidade do cuidado; - Vínculo entre profissional e usuário; - Quadro funcional adequado; <ul style="list-style-type: none"> - Ética profissional; - Acolhimento; - Demanda espontânea mais abrangente. 	

CONCLUSÕES	
<ul style="list-style-type: none"> - Relacionam SP a atitudes que não provocam mais danos; - Técnicas adequadas para realizar o cuidado seguro; - Estrutura física adequada, gestão, sobrecarga de trabalho. 	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nº: 2	TÍTULO: Cultura de segurança do paciente na APS
AUTORES: Souza MM, Ongaro JD, Lanes JC et al	
PERIÓDICO: REBEn	ANO: 2019
DESCRITORES: Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Cultura Organizacional; Qualidade da Assistência à Saúde	
OBJETIVOS	
Avaliar a cultura de segurança do paciente na APS	
METODOLOGIA	
TIPO DE PESQUISA: Estudo transversal	
POPULAÇÃO: 349 profissionais (ACS, Enfermeiros, Téc. Enf., Médico, Dentista, ASB, Aux. Enf.	
LOCAL DO ESTUDO: Rio Grande do Sul	
TÉCNICA DA COLETA DE DADOS: SAQ-AV	
RESULTADOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação positiva no domínio “Segurança do Paciente”; - Tempo de trabalho foi significativo para cultura positiva. 	
DIFICULDADES	
-	
ESTRATÉGIAS	
Implantação de protocolos, capacitação, melhoria da comunicação e resolutividade.	
CONCLUSÕES	
Prevaleceu avaliação negativa da cultura de segurança do paciente.	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	

Nº: 3	TÍTULO: Percepção de enfermeiros da estratégia de saúde da família sobre segurança do paciente
AUTORES: Souza LM, da Silva MCS, Zavalha SR. Et al	
PERIÓDICO: Journal of Nursing and Health	ANO: 2018
DESCRITORES: Enfermagem; Atenção primária à saúde; Saúde pública; Segurança do paciente; Erros médicos	
OBJETIVOS	
Conhecer a percepção de enfermeiros da ESF sobre segurança do paciente	
METODOLOGIA	
TIPO DE PESQUISA: Exploratório-descritivo, abordagem qualitativa	
POPULAÇÃO: 10 enfermeiros	
LOCAL DO ESTUDO: Região metropolitana de POA-RS	
TÉCNICA DA COLETA DE DADOS: Técnica entrevista semiestruturada	
RESULTADOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de familiarização dos enfermeiros com o assunto; - Erros de medicação, quedas e comunicação efetiva; - APS/ESF relativamente nova portanto, não integrada no assunto; - Falta da cultura de segurança – afastamento do profissional após erro; - Cultura punitiva. 	
DIFICULDADES	
<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga de trabalho; - Falta de conhecimento sobre o tema; - Protocolo específico de SP na APS. 	
ESTRATÉGIAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação das equipes; - Instrumentos próprios para SP na APS; - Diminuição da sobrecarga de trabalho. 	
CONCLUSÕES	
<ul style="list-style-type: none"> - Tema não pertence a rotina dos enfermeiros; - Reconhecimento da importância; - Necessidade de implementação/capacitação de cultura de segurança do paciente. 	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nº: 4	TÍTULO: Cultura de segurança do paciente: avaliação dos enfermeiros na atenção primária à saúde

AUTORES: Macedo SMK, Barboza ARCA, Borges F et al.	
PERIÓDICO: Enfermería Global	ANO: 2019
DESCRITORES: Atenção primária à saúde; Enfermagem; Segurança do paciente	
OBJETIVOS	
Avaliar a cultura de SP sob a perspectiva dos enfermeiros na APS	
METODOLOGIA	
TIPO DE PESQUISA: Descritiva, abordagem qualitativa	
POPULAÇÃO: 43 enfermeiros	
LOCAL DO ESTUDO: Curitiba, 7 UBS	
TÉCNICA DA COLETA DE DADOS: Instrumento MOSPSC	
RESULTADOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Alta preocupação para SP na APS; <ul style="list-style-type: none"> - Cultura punitiva; - Qualidade negativa para o cuidado; <ul style="list-style-type: none"> - Insatisfação com a gestão; - “Enfermeiros concordam que o processo de trabalho é efetivo para a prevenção de erro”; - Consideram a quantidade de atividades mais importante do que a qualidade (corrobora achado de sobrecarga de trabalho). 	
DIFICULDADES	
<ul style="list-style-type: none"> - Problemas com troca de informações com outras instituições <ul style="list-style-type: none"> - Demanda de trabalho; - Sobrecarga de trabalho; - Falta de planejamento em saúde - Cultura punitiva (medo de o erro ser usado contra o profissional); <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação ineficaz. 	
ESTRATÉGIAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Aprimorar comunicação; - Ambiente de trabalho acolhedor; - Protocolos específicos para APS; - Excluir cultura punitiva. 	
CONCLUSÕES	
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da SP multifatorial; - Cultura punitiva – focaliza os erros; - Fortalecer discussões sobre SP na APS; - Conscientização dos profissionais sobre seu compromisso ético; - Fortalecer cultura não punitiva; 	

- Necessidade de aprimoramento de habilidades e conhecimento, elaborações e estratégias que promovam segurança do paciente.	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nº: 5	TÍTULO: A percepção da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em sala de vacinação
AUTORES: Oliveira VCO, Tavares LOM, Maforde NTP et al.	
PERIÓDICO: Revista Cuidarte	ANO: 2018
DESCRITORES: Enfermagem; Imunização; Segurança do paciente; Atenção primária à saúde	
OBJETIVOS	
Conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em sala de vacinação	
METODOLOGIA	
TIPO DE PESQUISA: Estudo descritivo, qualitativo, fenomenológico Alfred Schutz	
POPULAÇÃO: 17 profissionais, 11 enfermeiros e 6 técnicos de enfermagem	
LOCAL DO ESTUDO: 8 salas de vacinação de um município de MG	
TÉCNICA DA COLETA DE DADOS: Entrevista aberta, orientada por questões norteadoras	
RESULTADOS	
<ul style="list-style-type: none"> - “O olhar para a sala de vacinação e a (in) segurança do paciente”; - “O fazer em sala de vacinação: a busca da vacinação segura”; <ul style="list-style-type: none"> - Troca de vacinas; - Intenção de realizar ações para melhorar a SP em sala de vacinação; <ul style="list-style-type: none"> - Importância da supervisão do enfermeiro em sala de vacinação; - Erros e eventos adversos podem causar insegurança e diminuição da procura pelo usuário. 	
DIFICULDADES	
<ul style="list-style-type: none"> - Profissionais desatualizados (“achismo”); - Profissionais experientes que não se atualizam; <ul style="list-style-type: none"> - Frascos semelhantes; - Espaço físico inadequado; - Frequente mudança no calendário vacinal; - Enfermeiro não consegue supervisionar a sala de vacinas; <ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga de trabalho; - Estrutura física, insumos e equipamentos. 	
ESTRATÉGIAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Uso de tecnologias; - Educação permanente (orientações, acertos em vacinação, metodologias ativas); <ul style="list-style-type: none"> - 12 certezas; 	

<ul style="list-style-type: none"> - Educação para o usuário; - Prática segura; - Supervisão do enfermeiro; - Uso do SIPNI. 	
CONCLUSÕES	
<ul style="list-style-type: none"> - Profissionais compreendem a importância da assistência com qualidade e segura, mas reconhecem os fatores que interferem e dificultam a mesma; - A prática segura em imunização pode proteger essa forma preventiva em saúde. - Indicações para a equipe de enfermagem: educação permanente, supervisão do enfermeiro em sala de vacina, 10 certos em vacinação, SIPNI. 	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nº: 6	TÍTULO: Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde
AUTORES: Galhardi NM, Roseira CE, Orlandi FS, Figueiredo RM	
PERIÓDICO: ACTA	ANO: 2018
DESCRITORES: Segurança do paciente; Cultura organizacional; Qualidade da assistência à saúde; Atenção primária à saúde	
OBJETIVOS	
Avaliar a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente na APS	
METODOLOGIA	
TIPO DE PESQUISA: Qualitativa, transversal, descritiva, do tipo survey	
POPULAÇÃO: 240 profissionais. Enfermeiros, médico, dentistas, assistente social, psicólogo, farmacêutico.	
LOCAL DO ESTUDO: Interior do estado de SP	
TÉCNICA DA COLETA DE DADOS: Aplicação do questionário “Pesquisa sobre a Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”	
RESULTADOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em equipe; - Acompanhamento do cuidado; - Trabalho em equipe avaliado como forte para SP; - Cultura do medo presente. 	
DIFICULDADES	
<ul style="list-style-type: none"> - Liderança; - Cultura punitiva; - Troca de informações entre instituições; 	
ESTRATÉGIAS	

<ul style="list-style-type: none"> - Modo de aprendizagem com o erro precisa ser aplicada; - Acompanhamento do cuidado; - Comunicação; - Prática educativa. 	
CONCLUSÕES	
<ul style="list-style-type: none"> - Percepções positivas quanto às dimensões da cultura de segurança do paciente e qualidade do serviço; - Melhoria da liderança necessária. 	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nº: 7	TÍTULO: Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde
AUTORES: Paese F, Sasso GTMD	
PERIÓDICO: Texto Contexto Enferm	ANO: 2013
DESCRITORES: Cultura; Segurança; Atenção primária à saúde; Equipe de enfermagem	
OBJETIVOS	
Analisar as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais das equipes da ESF	
METODOLOGIA	
TIPO DE PESQUISA: Estudo transversal prospectivo, quantitativo	
POPULAÇÃO: 52 ACS, 30 téc. Enf., 14 enfermeiros	
LOCAL DO ESTUDO: ESF e PACS em Florianópolis	
TÉCNICA DA COLETA DE DADOS: Usado o instrumento SAQ	
RESULTADOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Erro menos relevante; - Erro – atitude menos relevante; - Grupo identifica o erro como uma atitude menos relevante para a segurança do paciente; - Trabalho em equipe; - Não houve diferença entre as três categorias profissionais; - Cultura punitiva; - Gestão – fundamental para organização do cuidado; - Segurança do Paciente – atitude mais importante; - Comunicação – recurso para impedir as ameaças à segurança do paciente; - Condições de trabalho. 	
DIFICULDADES	
<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga de trabalho; - Erro não identificado como SP; - Evitar a culpa – assunto complexo para ser trabalhado no campo da segurança; 	

<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga de trabalho, número subdimensionado de pessoas; - Falta de recursos de matérias, insumos e suprimentos; - Enfermeiro – alta demanda – diversas funções. 	
ESTRATÉGIAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação sobre o erro; - Trabalhar em equipe sobre o erro e culpa – modificar e transformar o erro em oportunidade de aprendizado; - Trabalho em equipe. 	
CONCLUSÕES	
<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer cultura de segurança – qualidade da assistência; - Necessidade de trabalho em equipe; <ul style="list-style-type: none"> - Adequada comunicação; - Educação permanente; <ul style="list-style-type: none"> - Discussão do erro; - Aprender e não punir. 	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nº: 8	TÍTULO: Segurança do usuário: cuidados com o processamento de artigos críticos na atenção básica
AUTORES: Araujo GN, Reisdorfer N, Silva LAA et al.	
PERIÓDICO: REUOL UFPE	ANO: 2017
DESCRITORES: Segurança do paciente; Enfermagem; Esterilização; Atenção primária à saúde	
OBJETIVOS	
Conhecer como profissionais da saúde procedem no cuidado com artigos críticos na atenção básica com vistas à segurança do paciente	
METODOLOGIA	
TIPO DE PESQUISA: Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa	
POPULAÇÃO: 42 profissionais da APS, 14 enf, 14 téc. enf, 14 ASB	
LOCAL DO ESTUDO: 14 serviços de APS, em três municípios do RS	
TÉCNICA DA COLETA DE DADOS: Entrevista semiestruturada, com questões abertas e fechadas	
RESULTADOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Duas categorias: Responsabilidades pelo processo de esterilização; Cuidados no preparo dos materiais para a esterilização; <ul style="list-style-type: none"> - Atuação do enfermeiro; - Segurança do paciente à utilização desses materiais: espaço físico, organização das ações, ações educativas, normas de esterilização, armazenamento e distribuição; <ul style="list-style-type: none"> - A esterilização realizada em condições adversas oferece risco aos usuários; - O processo de esterilização pode interferir diretamente na SP e no processo saúde-doença; <ul style="list-style-type: none"> - Qualidade do processamento assegura redução no risco de infecções. 	

DIFICULDADES	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausência/presença ocasional do enfermeiro no processamento de materiais; - Processo a cargo de profissionais de ensino médio, onde na formação, a carga horária é reduzida no aprendizado do processo de esterilização; <ul style="list-style-type: none"> - Não existência de CME nas unidades; <ul style="list-style-type: none"> - Falta de insumos; - Estrutura física. 	
ESTRATÉGIAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Educação continuada; <ul style="list-style-type: none"> - Gestão; - Presença do enfermeiro, capacitando e supervisionando o processamento de materiais; <ul style="list-style-type: none"> - Educação continuada; <ul style="list-style-type: none"> - Apoio da gestão; - Adequação as normas; - Implementação de POP. 	
CONCLUSÕES	
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de supervisão. 	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nº: 9	TÍTULO: Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil
AUTORES: Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão ALB	
PERIÓDICO: Cad. Saúde Pública	ANO: 2015
DESCRITORES: Segurança do paciente; Avaliação em saúde; Atenção primária à saúde	
OBJETIVOS	
Avaliar a ocorrência de incidentes no cuidado à saúde ao paciente na APS	
METODOLOGIA	
TIPO DE PESQUISA: Estudo observacional, descritivo, prospectivo	
POPULAÇÃO: 10 enfermeiros e 10 médicos	
LOCAL DO ESTUDO: 13 unidades de ESF	
TÉCNICA DA COLETA DE DADOS: Questionário PCISME	
RESULTADOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Razão de incidente de 1,11% (EA: 53,6%; sem danos: 29,6%); <ul style="list-style-type: none"> - Não atingiram o paciente: 0,11%; 	

<ul style="list-style-type: none"> - Atingiram o paciente, mas não causou danos: 0,09%; - Atingiram o paciente e causou danos: 0,91%; - 20% das internações no SUS são por condições sensíveis à APS; - Metade dos pacientes apresentavam vulnerabilidade social. 	
DIFICULDADES	
<ul style="list-style-type: none"> - Falhas no cuidado; - Comunicação paciente/profissional/RAS; <ul style="list-style-type: none"> - Gestão; - Cuidado. 	
ESTRATÉGIAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação aberta; - Informação adaptada ao usuário; - Estabelecer relação de confiança com o paciente – vínculo; - Soluções propostas pelos participantes: prontuário eletrônico, presença do farmacêutico clínico, educação permanente, cultura não punitiva, protocolos clínicos, protocolos de práticas seguras. 	
CONCLUSÕES	
<ul style="list-style-type: none"> - Faz-se necessário conhecer e entender como as cascatas de erros levam ao incidente. 	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nº: 10	TÍTULO: A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais
AUTORES: Macedo LL, Silva AMR, Silva JFM et al.	
PERIÓDICO: Trabalho, Educação e Saúde	ANO: 2020
DESCRITORES: Segurança do paciente; Atenção primária à saúde; Trabalhadores da saúde	
OBJETIVOS	
Analisar a cultura de segurança do paciente na APS segundo a categoria profissional	
METODOLOGIA	
TIPO DE PESQUISA: Delineamento transversal	
POPULAÇÃO: 513 profissionais (enfermeiro, ACS, dentista, téc. enf., ASB, médico)	
LOCAL DO ESTUDO: Londrina, Paraná	
TÉCNICA DA COLETA DE DADOS: Instrumento MOSPSC	
RESULTADOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Importante dar atenção a saúde física e emocional do trabalhador, podendo levar a diminuição das habilidades técnicas; 	

<ul style="list-style-type: none"> - Menor prevalência de cultura de segurança fragilizada em enfermeiros; - Enfermeiros da APS se percebem como apoiadores e coordenares do serviço; - Enfermeiros – responsáveis peça garantia da assistência segura no serviço de saúde. 	
DIFICULDADES	
<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga de trabalho; - Segurança do paciente são abordados de forma fragmentada na formação desses profissionais. 	
ESTRATÉGIAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de refazer práticas, percepções e valores profissionais prevalentes nos serviços de APS 	
CONCLUSÕES	
<ul style="list-style-type: none"> - Baixa avaliação positiva da segurança do paciente; - Avaliação fragilizada no processo de trabalho e apoio dos gestores. 	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nº: 11	TÍTULO: Avaliação da segurança no cuidado com vacinas: construção de um protocolo
AUTORES: Medeiros SG, Lima Neto AV, Saraiva COPO et al.	
PERIÓDICO: ACTA	ANO: 2019
DESCRITORES: Cuidados de enfermagem; Segurança do paciente; Estudos de validação; Protocolos	
OBJETIVOS	
Construir e validar um protocolo para avaliação do cuidado seguro de enfermagem com vacinas na APS	
METODOLOGIA	
TIPO DE PESQUISA: Abordagem quantitativa	
POPULAÇÃO: 12 enfermeiros	
LOCAL DO ESTUDO: -	
TÉCNICA DA COLETA DE DADOS: Profissionais da APS	
RESULTADOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Sala de vacinas; controle e registro da temperatura do refrigerado; cuidados com o refrigerador; condutas de enfermagem na sala de vacinas; disposição das vacinas no refrigerador; condutas com caixas térmicas; medidas adotadas com vacinas sob suspeita; - Espaços refrigerados com ar condicionado; <ul style="list-style-type: none"> - Verificar validade das vacinas; - Aparência da solução, estado da embalagem e número do lote; - Competência da enfermagem: realizar procedimentos adequados no preparo de imunobiológico. 	

DIFICULDADES
<ul style="list-style-type: none">- Uso de refrigeradores domésticos não é indicado para o armazenamento e conservação, pois não atendem aos critérios de segurança;- Inadequação na organização interna dos refrigeradores podem comprometer a qualidade das vacinas;<ul style="list-style-type: none">- Estrutura física.
ESTRATÉGIAS
<ul style="list-style-type: none">- A fim de favorecer a segurança do paciente com vacinas, as orientações devem ser direcionadas ao responsável/vacinado quando ao imunobiológico e agendamento;<ul style="list-style-type: none">- Conferência dos 9 certos.
CONCLUSÕES
<ul style="list-style-type: none">- Adoção de protocolos de segurança pode contribuir para a qualidade da assistência de enfermagem com vacinas e melhora nas condutas profissionais.