

ENVOLVIDOS NO CUIDADO: ANÁLISE DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Karina Oliveira de Mesquita

Mestre em Saúde da Família. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil.

Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo

Mestrando em Saúde da Família. Programa de Pós-graduação em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil.

Otávia Cassimiro Aragão

Mestre em Saúde da Família. Mestrado Profissional em Saúde da Família. Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Brasil.

Letícia Costa de Araújo

Acadêmica de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, Sobral (CE), Brasil.

Maria Socorro de Araújo Dias

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), com Pós Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Brasil.

Roberta Cavalcante Muniz Lira

Doutora em Saúde Pública. Programa de Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, Brasil.

Autor correspondente:

Karina Oliveira de Mesquita
karinamesquita1991@gmail.com

Recebido em: 18/09/2019

Aceito em: 18/05/2020

RESUMO: Analisar a segurança do paciente no contexto da Atenção Primária à Saúde e o envolvimento da equipe de enfermagem, paciente e família nesse processo de cuidados. Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em seis Centros de Saúde da Família de Sobral, Ceará, envolveu 15 profissionais de distintas regiões. Os resultados mostraram o subdimensionamento da equipe em relação aos usuários, o que gera insatisfação com a carga excessiva de trabalho. Além disso, verificou-se que a comunicação entre profissionais, paciente e família foi inconsistente, o que dificulta a aquisição de autonomia e a corresponsabilização dos cuidadores e usuários no processo de tratamento, recuperação e cura. A enfermagem deve valorizar o saber dos envolvidos com o cuidado, a fim de promover novos conhecimentos, para permitir o empoderamento das pessoas sobre o seu autocuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Cuidados de enfermagem; Segurança do paciente.

INVOLVED IN CARE: PATIENT SAFETY ANALYSIS

ABSTRACT: Current paper analyzes patient safety within the context of Primary Health Care and the involvement of the nursing team, patient and family in care process through a descriptive, exploratory and qualitative study conducted in 6 Family Health Centers in Sobral, Ceará, involving 15 professionals from different regions. Results showed the issue of a small team related to patients, a fact that causes dissatisfaction due to excessive workload. In addition, communication between professionals, patient and family was inconsistent and impaired the acquisition of autonomy and the co-responsibility of caregivers and users in the process of treatment, recovery and cure. Nursing should valorize the knowledge of those involved with care to promote new knowledge and allow people to empower themselves on their self-care.

KEY WORDS: Nursing care; Patient safety; Primary health care.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde¹ (OMS) apresenta a segurança do paciente como atitudes que visam gerenciar e prevenir os riscos no cuidado ao paciente, por meio da qualidade na assistência em saúde. A OMS define segurança do paciente como a redução ao mínimo aceitável, dos riscos de danos desnecessários, conhecidos como eventos adversos, ocasionados por assistência em saúde. Isso requer a construção de uma cultura de partilha de valores, práticas,

comportamentos e atitudes entre serviços e profissionais, a fim de promover cultura de segurança.

Nesse sentido, conforme declara a Agência Nacional de Vigilância Sanitária², a cultura de segurança representa um conjunto de ações, competências e comportamentos que definem o comprometimento com a gestão da segurança, para suprir a punição pela aprendizagem dos profissionais com as falhas para a melhoria na assistência à saúde.

Embora a segurança do paciente esteja mais associada ao ambiente hospitalar, os eventos adversos também ocorrem na Atenção Primária à Saúde (APS)^{3,4}. Um estudo, desenvolvido em 2015, avaliou intercorrências no cuidado na APS brasileira e constatou a incidência de 1,11%, sendo que destas 82% ocasionaram danos aos pacientes⁵.

Atualmente, a reorganização e o fortalecimento da APS, no Brasil, ocorrem por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujo foco de atenção é a família, o que repercute em práticas focadas na integralidade do cuidado e na promoção da saúde. A enfermagem integra a equipe multiprofissional, com elevado grau de complexidade da atuação neste cenário, porém os riscos de sua atuação são pouco explorados na literatura^{6,7}.

Embora haja maior preocupação com a segurança do paciente nos últimos anos, as pesquisas na atenção primária ainda são incipientes^{3,4,5,8}, basicamente produções técnicas do Ministério da Saúde e estudos desenvolvidos nas instituições de educação superior^{9,10}.

Diante do exposto, indaga-se: Qual o envolvimento da enfermagem, do paciente e de seu familiar no processo de cuidado em saúde seguro na Atenção Primária à Saúde? Para responder tal questionamento, o estudo permitiu analisar a relação entre cuidados de enfermagem, envolvimento de paciente/familiares/cuidadores e a segurança do paciente.

METODOLOGIA

Este estudo tem natureza descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, pois permite desvelar processos sociais pouco conhecidos, referentes a grupos particulares; além de construir novas abordagens, revisão

e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação¹¹.

O estudo ocorreu em Sobral, cidade situada na região Noroeste do Estado do Ceará, distando 224 km de Fortaleza, capital do Estado; é constituída por 11 distritos, com área territorial de 1.729 km², equivalente a 1,45% do território estadual; dispõe de uma população de 199.750 habitantes, de acordo com o censo de 2010¹²; atualmente, possui 63 equipes de Saúde da Família (eSF), 40 equipes de Saúde Bucal (eSB), seis de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e três equipes de atenção domiciliar, e atua em 36 Centros de Saúde da Família (CSF) e para garantir a cobertura de 100% da ESF na sede do município e distritos.

O estudo se deu, mais especificamente, em seis CSF. Procurou-se contemplar uma amostra significativa e intencional^{13,14} de unidades de saúde, abrangendo regiões centrais do município (Junco, Tamarindo e Pedrinhas), regiões mais periféricas (Terrenos Novos I e Vila União) e área rural (Jaibaras). Neste sentido, permite-se uma variabilidade de profissionais com usuários de diferentes perfis e distintas realidades.

Pelas razões apontadas, a escolha dos participantes se distribuiu de modo que houve um enfermeiro de cada uma das seis unidades, dois técnicos de enfermagem dos CSF Junco, Terrenos Novos I e Pedrinhas; e um técnico de enfermagem do CSF Vila União, Tamarindo e Jaibaras, totalizando 15 profissionais (06 enfermeiros e 09 técnicos). Os critérios de inclusão dos sujeitos do estudo foram: ser enfermeiro assistencial ou técnico de enfermagem, pertencente à equipe da ESF do município de Sobral e estar, no mínimo, há seis meses atuando no serviço.

Trata-se de um recorte de uma dissertação de mestrado, intitulada *Análise da Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde*, realizada no período de março de 2015 a abril de 2017. A coleta de dados compreendeu uma pesquisa documental, entrevista semiestruturada e a observação não participante, configurando-se em desenho metodológico denominado triangulação¹⁵.

Acredita-se que o referido método torna as informações da coleta de dados mais ricas e valiosas, o que permite a análise e reflexão crítica do objeto de

estudo. Tais informações foram organizadas e analisadas por meio da Técnica de Análise de Conteúdo¹⁶.

Os participantes da pesquisa foram identificados de acordo com a profissão (enfermeiro 1 a 6, técnico de enfermagem 1 a 9). A pesquisa seguiu os princípios éticos preconizados pela resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) sob parecer de nº 1.484.252/2016.

A partir da análise dos dados, estruturam-se duas categorias temáticas principais: Dimensionamento da Equipe e Segurança do Paciente e Envolvimento do paciente e da família no cuidado. A primeira refere-se às concepções dos enfermeiros e a segunda da observação não participante.

RESULTADOS

DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE E SEGURANÇA DO PACIENTE

A análise desta dimensão intenta refletir a relação entre o dimensionamento da enfermagem e a segurança da assistência ao paciente sob a ótica dos profissionais.

Nas entrevistas, os enfermeiros e técnicos de enfermagem foram indagados sobre a quantidade aproximada de pessoas que prestam assistência por dia. Todos afirmaram que a quantidade é variável a depender do dia, visto que em alguns dias da semana a demanda é maior como, por exemplo, às segundas-feiras. Quanto às respostas dos enfermeiros, dois afirmaram atender em média 20 pessoas por dia, um relatou atender 30, e três afirmaram que atendem mais de 60 pacientes. Os técnicos de enfermagem responderam: dois atendem em torno de 35 pessoas, três afirmam atender, aproximadamente, 50 pacientes e quatro disseram atender mais de 60 pessoas por dia.

Foi possível investigar a percepção dos participantes quanto à relação entre a quantidade de profissionais da unidade de saúde e a demanda de trabalho.

Os profissionais assim se posicionam:

“É desumano, é um absurdo uma pessoa atender 65 pacientes em um dia [...] essa relação não é suficiente pra dar conta do trabalho. Aqui precisava de, no mínimo, mais três equipes, porque a minha área é muito grande [...] eu não estou satisfeita com essa carga de trabalho.” (Enfermeiro 1)

“[...] A gente fica muito no atendimento, mas também tem que resolver outras coisas. [...] eu vejo que há uma sobrecarga. O que a enfermagem faz na atenção primária, coordena, tem os agentes de saúde, tem que dar conta de toda a área, tem que saber de tudo que acontece, tem a questão da promoção e prevenção, a gente tem um vínculo maior com os usuários, tem visitas, e isso acaba gerando uma sobrecarga.” (Enfermeiro 2)

“[...] gente tem áreas com o número de pessoas bem considerável [...] tem de tudo um pouco [...] se a gente fizesse a ‘redivisão’ de áreas e tivesse outro profissional [...] a gente teria mais tempo pra ter uma assistência melhor.” (Enfermeiro 3)

“A relação é desigual né, por conta da gente estar mais na parte de documentos [...] não é suficiente pra dar conta do trabalho.” (Enfermeiro 4)

“[...] demanda grande e poucos profissionais, mas infelizmente a gente tem que tentar resolver. A gente acaba dando conta, às vezes a gente ultrapassa o horário de trabalho, se for preciso.” (Enfermeiro 5)

“É muita coisa ‘pra’ poucos recursos humanos. Além de toda demanda de atendimento do ‘PSF’, tem o acolhimento que a gente passa o dia atendendo, se a tarde a gente tem demanda agendada, mas a gente que é referência da unidade, da área, então caso aconteça algum problema nós é que vamos ter que atender e tentar resolver, e isso torna o trabalho mais denso, além dos atendimentos, da demanda, as outras coisas que a gente tem pra fazer.” (Enfermeiro 6)

“Eu acho que deixa a desejar [...] não somos suficientes, porque muitas vezes a gente tá ocupada e precisa atender outras

“... enquanto a gente tá fazendo a coleta, tem gente que quer tomar injeção, tem gente que quer olhar pressão, tem gente que quer se pesar, e ficam todos esperando a gente terminar, porque a gente tem tal hora pra entregar os exames. Às vezes ficam até chateados porque esperam.” (Técnico de Enfermagem 1)

“Deixa a desejar a quantidade de profissionais [...] Essa relação não é suficiente pra dar conta do trabalho. A população fica desejando mais; o sistema não dá suporte...” (Técnico de Enfermagem 2)

“[...] funcionário suficiente, suficiente, eu acho que não tem! Apesar disso em harmonia a gente faz com que as coisas aconteçam.” (Técnico de Enfermagem 3)

“Eu acho que existem poucos profissionais para a demanda. Acho que na correria a gente dá conta, tira um profissional daqui bota ali ‘pra’ ajudar, mas sempre fica o outro desfalcado e no final ninguém fica satisfeito, só faz mesmo ‘pra’ dar conta do trabalho.” (Técnico de Enfermagem 4)

“Com certeza essa relação não é suficiente. Nós temos uma sobrecarga grande de trabalho. A gente resolve isso, resolve aquilo, faz esse procedimento e aquele, e tem uma fila esperando. Chega dar um estresse na hora de trabalhar.” (Técnico de Enfermagem 6)

“[...] é pouco funcionário pra (atender) muita gente, hoje foi uma loucura aqui [...] tem horas que lota. Ali no acolhimento tenbo certeza que precisa de mais gente [...] assim, [...] reclamam porque o atendimento (individual) foi rápido [...], mas a gente não pode dar atenção a um só e deixar outros (esperando muito). O certo seria se tivesse mais gente, ‘pra’ dar atenção à pessoa por mais tempo.” (Técnico de Enfermagem 9)

ENVOLVIMENTO DO PACIENTE E DA FAMÍLIA NO CUIDADO

No contexto da análise da cultura de segurança do paciente, outra dimensão importante se refere à

implicação do paciente e de seu familiar no processo de cuidado em saúde. Por isso, realizaram-se observações não participantes e se buscou identificar a ocorrência do envolvimento do paciente/familiar/cuidador durante as etapas de acolhimento, atendimento, procedimentos ou outras atividades.

Evidenciou-se, nas observações, que os profissionais de enfermagem não explicam sobre o procedimento aos pacientes e familiares, nem antes, durante ou após sua realização, como forma de envolvê-los no cuidado. Além disso, muitas vezes, o cuidado é direcionado unicamente à queixa do paciente, excluindo o acompanhante do processo e desconsiderando a visão holística à pessoa assistida, ambos os aspectos são desfavoráveis à cultura de segurança do paciente.

DISCUSSÃO

Visto que a maioria dos profissionais afirmam atender grande quantidade de pacientes diariamente e todos relatam a sobrecarga de trabalho, a demanda assistencial notada nos achados leva à reflexão de que a carga excessiva de trabalho pode estar associada ao prejuízo no desempenho e à insatisfação profissional.

Nota-se em evidências científicas uma ligação positiva entre a satisfação no trabalho e qualidade da segurança do paciente, favorável à promoção de uma cultura de segurança¹⁷. Achados semelhantes¹⁸ afirmam que um dos fatores que dificulta a segurança do paciente é a grande demanda assistencial e a forte carga de trabalho, que foi considerada como grande pressão sofrida pelos profissionais.

Os sujeitos deste estudo relatam a necessidade da adequação do número de profissionais nas unidades de saúde, para melhor assistência à população. Achados científicos³ identificaram que 31,4% dos profissionais sugerem a adequação do número de recursos humanos para o atendimento da demanda.

O número adequado de profissionais é uma prioridade para o cuidado seguro, sendo a provisão de recursos humanos uma responsabilidade institucional, considerando que a adequação quantitativa de profissionais, segundo as necessidades dos pacientes, possibilita a redução dos riscos aos pacientes¹⁹.

Resgatando dados quantitativos da literatura, um estudo constatou que para cada paciente adicionado à carga média de trabalho do enfermeiro, cresceu 7% a taxa mortalidade dos pacientes, 23% o *burnout* dos enfermeiros e 15% a insatisfação no ambiente de trabalho²⁰.

A observação do processo de trabalho pelos profissionais foi baseada no aspecto “recompensa, reconhecimento e reforço positivo”; com os dados relatados pelos informantes, evidencia-se que enfermeiros e técnicos em enfermagem não são reconhecidos pela gerência da unidade de saúde pelo trabalho que desempenham; não são recompensados e nem reconhecidos financeiramente pelo trabalho por parte da alta gestão e, além disso, não recebem elogios feitos pela gerência no processo de atuação profissional. Neste estudo, verifica-se a fragilidade na dimensão satisfação no ambiente de trabalho para a garantia de uma cultura de segurança do paciente nos CSF.

Salienta-se a importância da comunicação com os usuários, potencializando a participação no processo de autocuidado, sendo um dos fatores contribuintes na garantia de sua segurança. Um requisito essencial para a continuidade do cuidado e a segurança do paciente é a comunicação consistente entre os profissionais, paciente e familiar²¹. A OMS recomenda, como iniciativas para garantir a segurança do paciente, o desenvolvimento da autonomia e corresponsabilidade do próprio paciente/familiar/cuidador no processo de tratamento, recuperação e cura²².

Assim, um cuidado seguro não deve ser limitado ao serviço de saúde, mas precisa ser garantido em domicílio e espaços comunitários. O modelo de gestão praticado no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido inserido com foco na oferta de serviços e não nas necessidades de saúde da população. Na gestão da oferta, a população se restringe à soma de indivíduos, sem vínculos e corresponsabilidades entre profissionais e pacientes.

Nesse sentido, torna-se necessária a inserção do modelo de gestão da saúde da população, por meio da organização de macroprocessos básicos da APS, como conhecer adequadamente os riscos sociais e sanitários, classificar em subpopulações, segundo estratos de riscos

(individuais biopsicológicos e condições crônicas), elaborando um diagnóstico fidedigno²³ e compartilhando estas informações com os envolvidos no cuidado seguro.

Vale lembrar que a APS tem como características a continuidade e integralidade da assistência²⁴. Ressalta-se como formas de garantir essa continuidade o envolvimento dos pacientes e familiares no processo de cuidado, tornando-os corresponsáveis pela segurança, fornecendo orientações e estabelecendo uma comunicação efetiva entre profissional-paciente-familiar.

A participação do paciente, que deve perpassar todas as áreas da segurança e da atenção à saúde, inclui conhecer suas preferências, promover o seu relacionamento com a equipe de saúde, elaborar materiais sobre segurança do paciente, criar comitês de aconselhamento para as famílias, formular políticas e pleitear mudanças²².

No domicílio, a família se torna essencial na garantia da segurança do paciente. As medidas de prevenção de quedas, um dos protocolos para garantir a segurança do paciente, ilustram como o apoio do familiar é fundamental para os bons resultados das ações, especialmente para pacientes acamados ou com dificuldade de deambulação. Da mesma forma, as práticas preventivas de manutenção da integridade da pele, quando compreendidas e realizadas com a participação da família, fortalecem o cuidado seguro e a redução de danos.

Vincent e Amalberti (2016)²⁵ afirmam que, cada vez mais, pacientes e famílias gerenciam o complexo trabalho de assumir o próprio cuidado. A avaliação formal desses recursos financeiros, emocionais e práticos está sendo essencial para a coordenação do cuidado, e a ideia de que o paciente integra a equipe de saúde deixará de ser uma aspiração e será uma necessidade. Isso representa benefícios em termos de envolvimento do paciente, mas também oferece riscos, pois estes assumem a responsabilidade sobre a organização e a prestação do cuidado de saúde e tornam-se o *locus* dos possíveis erros que seriam atribuídos aos profissionais.

Proporcionar e receber cuidados de saúde deve ser um ato de parceria e confiança entre os pacientes e profissionais da saúde. Assim, o envolvimento do paciente

e do seu acompanhante é uma medida para fortalecer o cuidado seguro²⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa alcançou o objetivo proposto ao conseguir relacionar cuidados de enfermagem, satisfação com o trabalho, comunicação com pacientes, familiares e cuidadores e segurança na assistência. Considerando os dados obtidos, constata-se a relação de convergência com outras pesquisas que analisaram a segurança do paciente na APS.

Enfermeiros e técnicos têm buscado absorver e contribuir com um grande leque de atribuições na ESF, no entanto, a realização dessas ações perpassa por dificuldades que precisam de enfrentamento. A falta de reconhecimento pelo trabalho prestado, de recompensa financeira e de suporte são apontados como causas de insatisfação no ambiente de trabalho com possíveis implicações na cultura de segurança do paciente nos CSF.

Várias fragilidades no processo de trabalho foram citadas, tais como choque de atividades num mesmo horário; falha de privacidade em determinados procedimentos que exigem discrição; constantes conflitos de interesses entre demanda agendada e demanda reprimida, de tempo gasto com atenção individual *versus* tempo de espera do coletivo; concomitantemente menor escuta e maior fragilização dos vínculos profissional-paciente; insatisfação da clientela, que por sua vez não reconhece o valor do trabalho da enfermagem, gerando um ciclo vicioso.

Os profissionais vivenciam situações de estresse, desgaste emocional e físico exacerbado pelas pressões sofridas, sensação de impotência, frustração, acompanhado de sentimentos de desesperança e sofrimento. O trabalho parece ser visto como um “fardo”.

Ao desenvolver suas funções, a enfermagem deve valorizar o saber dos envolvidos com o cuidado, a fim de promover novos saberes, aumentando o empoderamento das pessoas sobre seu autocuidado. Garantir um ambiente de diálogo poderá promover melhor mobilização e autonomia dos pacientes e seus cuidadores, como também a prevenção de riscos e danos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional [Internet]. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro- PUC-Rio — Rio de Janeiro: Autografia, 2016 [acesso em 02 de jun. de 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9788555268502-por.pdf;jsessionid=A0DC427E84CB3C11CF1ABE45CA7E69D-F?sequence=32>.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Portaria nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília:(DF), 2013 [acesso em 02 de junho de 2019]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e.
3. Paese F, Sasso GTMD. Patient safety culture in primary health care. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2013 [acesso em 04 de julho de 2019]; abr-jun;22(2):302-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>
4. Silva APF, Backes DS, Magnago TSBS, Colomé JS. Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. [Internet]. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019. [citado 2019 set.08]; 40(spe): e20180164. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200401&tlng=pt
5. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavao ALB. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. [Internet]. 2015. *Cad. Saúde Pública.* [acesso em 04 de julho de 2019]; 31(11):1-16. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n11/en_0102-311X-csp-31-11-2313.pdf.

6. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC. The nurse's work in primary health care. *Esc Anna Nery*. 2016. [citado 2018 fev. 25];20(1):90-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100090&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012 [citado 2018 abr. 04]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
8. Raimondi DC, Bernal SCZ, Oliveira JLC, Matsuda LM. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. [Internet]. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2019. [citado 2019 mar. 25]; 40(spe): e20180133. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200400&lng=en.
9. Ministério da Saúde (BR); Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2019 mar 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
10. Tase TH, Lourenção DCA, Bianchini SM, Tronchin DMR. Identificación del paciente en las organizaciones de salud: una reflexión emergente. *Rev. Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2013. [citado 2019 mar. 25]; 34(3): 196-200. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300025&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300025>
11. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [homepage na internet]. Censo Demográfico 2010. IBGE, 2010. [acesso em 05 de junho de 2019]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>
13. Richardson, R. J. e cols. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.
14. Marconi, MA, Lakatos, EM. Metodologia do trabalho científico. 6.ed. São Paulo: Atlas; 2001.
15. Azevedo CEF, Oliveira LGL, Gonzalez RK, Abdalla MM. A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo. In: Anais do IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e contabilidade, 2013; Brasília. Brasília: ENEPQ, 2013. p. 1-16.
16. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
17. Zakari, NMA. Attitude of academic ambulatory nurses toward Patient Safety Culture in Saudi Arabia. *Life Science J*. 2011;8(3), p. 230-7.
18. Ques AAM, Montoro CH, González MG. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2010. [acesso em: 02 jun. 2019];18(3):08 telas. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_07.pdf.
19. Inoue KC, Matsuda LM. Sizing the nursing staff in an intensive care unit for adults. *Acta Paulista de Enfermagem*.2010; 23(3), p. 379-84.
20. Wachter, RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.
21. International Council of Nurses. Patient safety: ICN position. [publicação na web]. 2012. Disponível em: <http://www.icn.ch/publications/position-statements/>

22. WHO. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. For Ward programme 2008-2009. [homepage da internet]. 2008. [acesso em: 07 de abril de 2019]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/en/
23. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Projeto QualificaAPSUS Ceará. Oficina 2. Processos Básicos da Atenção Primária à Saúde: territorialização, cadastramento e diagnóstico local. Fortaleza, 2016.
24. Andrade LMB, Quandt FL, Campos DA, Delzियो CR, Coelho EBS, Moretti-Pires RO. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Rev. Saúde e Transformação*. 2012; 3(1), p. 18-31.
25. Vincent C, Amalberti R. Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: Proqualis; 2016.
26. WHO. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Patient safety workshop: learning from error. [homepage da internet]. 2010. [acesso em: 10 abr. 2019]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/education/vincristine_download/en/