

UNIVERSIDADE DO CONTESTADO – UnC  
PROGRAMA DE MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

FERNANDA VANDRESEN

ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PLANALTO  
NORTE-CATARINENSE COM FOCO NA SEGURANÇA NO CUIDADO

CANOINHAS

2019

FERNANDA VANDRESEN

ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PLANALTO  
NORTE-CATARINENSE COM FOCO NA SEGURANÇA NO CUIDADO

Dissertação apresentada como exigência para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional no Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado, campus Canoinhas, sob orientação da Dra. Maria Luiza Milani.

Linha de pesquisa Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional.

CANOINHAS

2019

Catálogo na fonte – Biblioteca Universitária Universidade do Contestado (UnC)

V246e  
2019

Vandresen, Fernanda  
Estratégias de educação permanente em saúde no planalto norte catarinense com foco na segurança no cuidado / Fernanda Vandresen ; orientadora: Maria Luiza Milani. – 2019.  
100 f. il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade do Contestado, Canoinhas, 2019.  
Bibliografia: f. 89-98

1. Políticas públicas. 2. Saúde. 3. Desenvolvimento regional. 4. Segurança do paciente. I. Milani, Maria Luiza. II. Universidade do Contestado. Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional. III. Título.

CDD 21. ed. 338.9

Elaboração: Josiane Liebl Miranda (CRB-14: 1023)

ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PLANALTO  
NORTE-CATARINENSE COM FOCO NA SEGURANÇA NO CUIDADO

**FERNANDA VANDRESEN**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

**Mestre em Desenvolvimento Regional**

E aprovada na versão final em 28 de Fevereiro de 2019, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade do Contestado e Coordenação do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional.

---

Professor Doutor Argos Gumbowsky  
Coordenador do Curso de Mestrado em Desenvolvimento Regional

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Professora Doutora Maria Luiza Milani  
(Orientadora)

---

Professor Doutor Sandro Luiz Bazzanella  
(Avaliador)

---

Professor Doutor Alexandre Assis Tomporoski  
(Avaliador)

---

Professora Doutora Luizita Henckemaier  
(Avaliadora externa- UFSC)

Aos meus alunos, que são a razão de ser e fazer este Mestrado, e que impulsionam a busca para ser uma pessoa cada dia melhor.

## AGRADECIMENTOS

Sei que o caminho que trilhei foi percorrido com meus próprios pés, mas meu coração aponta algumas pessoas que tornaram minha estrada mais prazerosa, mais colorida, menos árdua e mais abençoada. Assim, agradeço a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, ajudaram-me a percorrer este caminho e a chegar onde cheguei.

A **Deus**, por ter lançado sobre mim muitas bênçãos, dando-me persistência e sensibilidade, agradeço por ser quem sou e pelo maravilhoso presente que é a vida.

À **minha mãe, Janete Ap<sup>a</sup> Machado**, por me proporcionar uma família maravilhosa, por seu amor incondicional, pelo incentivo na profissão que escolhi, e que apesar da distância geográfica sempre se faz presente. Por me ensinar a ter força e suportar a saudade e, principalmente, pelos seus ensinamentos que hoje representam a pessoa que sou.

Meu **esposo, Luiz Eduardo**, companheiro e amigo, com quem compartilho os momentos de alegria e divido os de angústia. Agradeço pelo incentivo nas constantes viagens, pelo zelo e amor, sempre compreensivo e carinhoso, aguardando meu retorno... Meu muito obrigada, pela paciência diante dos finais de semana, feriados, datas festivas e inúmeras madrugadas em que me dediquei a leituras e escrita para a concretização deste objetivo.

Agradeço aos animais de estimação que alegam minha vida. **Athos, Lua, Mimosa, Pipi e Pelé**, meus companheiros fiéis nas noites de estudo. Gratidão pelas despedidas das viagens, e pela recepção calorosa a cada chegada indo ao meu encontro. Infelizmente recentemente a Lua e Athos partiram... jamais esquecerei o olhar sincero e sem julgamentos, e os gestos de carinho imensuráveis... Admiro os cachorros, vivem menos porque já nascem sabendo amar de um jeito que levamos a vida inteira para aprender.

Minha **família**, que sempre compreende minhas escolhas de compromissos e trabalho, principalmente, quando estou ausente nos momentos tristes e de comemoração, agradeço especialmente à Vó Lina.

Minha **Tia Liris**, sempre incentivadora para novos projetos e oportunidades, juntamente com o **Tio Hamilton**, que são presença constante em minha vida, agradeço por me acompanharem e incentivarem, desde os primeiros passos, quando escolhi a enfermagem.

Agradeço à **Tia Angelita e Marga**, pelo carinho, cuidado e alegria, me apoiando nos estudos e zelando pelas minhas viagens.

À amiga e companheira de trajetória, **Vanessa**, que ousou sonhar comigo e viver esse sonho. No convívio quase que diário em que acompanhou as aflições, sorriu com alegria, e me incentivou diante do sono pós noite de estudos. Sabe que abdiqueei de muitas coisas, e me privei de outras, mas você sempre encontrava uma forma de cuidar de minha alimentação e lembrar que precisava de uma pausa para um chá e descontração.

Agradeço à **Anny**, os momentos compartilhados, o incentivo diante de minhas escolhas, e por vibrar comigo desde a inscrição no programa de mestrado. E que hoje, mesmo distante, torce por minhas conquistas.

Gratidão à amiga **Thaís**, por participar nas minhas loucuras de viagens e mais cursos para seguir meu objeto de estudo; sua companhia e suas palavras de incentivo foram essenciais. Compreensiva com minha ausência nos momentos de encontros e comemorações... e aquele café que ficou para depois. Obrigada, por cada abraço, cada desabafo e cada sorriso!

Ao professor **Victor Grabois**, o responsável pela paixão ao tema Segurança do Paciente há alguns anos, agradeço pelos momentos construtivos de sabedoria; graças ao teu incentivo fiz muitas escolhas.

À amiga **Salette Regina Daronco Benetti**, que irradia satisfação e gentileza nos seus atos. Nesta hora de alegria, não poderia deixar de expressar minha gratidão e satisfação em poder dividir esses momentos de reflexão e correções com você. Agradeço imensamente por me reaproximar de você e receber um pouco das suas energias positivas, e me deixar contagiar por tanto amor e dedicação à enfermagem.

Aos colegas da **Turma XII**, uma turma multiprofissional que se complementou! **Argeu** com suas reflexões e mensagens sempre pontuais; **Camila** com sua doçura e sabedoria, foi companheira ativa nos estudos e nos eventos do programa; **Cinthia**, nos descontraí com seu bom humor e leveza para enfrentar os desafios; **Edson**, sempre atento e disposto a ajudar os colegas, uniu a turma ao utilizar ferramentas de informática para dar suporte na organização dos materiais de estudo; **Giselle**, nos forneceu apoio psicológico e descontração nas adversidades encontradas; **Luiz**, nos proporcionou grandes reflexões acerca da vida, intercalando momentos de razão e emoção; **Rafaela**, nos prestigiou no início da jornada, foi uma grande incentivadora da turma. Agradeço pelo maravilhoso convívio, companheirismo e ajuda mútua! Vocês, com certeza, contribuíram muito para meu aprendizado, e souberam conviver com meu entusiasmo e vibração constante. Desejo sucesso na caminhada!

A colega **Camila** foi um presente que o mestrado trouxe. Obrigada, por ter feito parte de tantos capítulos em minha trajetória de estudo, desde os seminários até a dissertação. Minha gratidão por ajudar a compreender Foucault e mesmo com a distância geográfica continuar sempre tão presente em minha vida.

A colega **Giselle**, dividindo momentos de estudo, companheira de viagem, sempre com um sorriso doce e um abraço caloroso; compartilhamos muitas reflexões, angústias, orientações, enfim, amadurecemos juntas.

Ao coordenador do curso de enfermagem, **Esvaldo Antunes**, por acreditar em minha capacidade, e sempre me impulsionar para contribuir nos aspectos necessários em nossa profissão.

Ao gerente de enfermagem da maternidade, **Jeferson dos Santos**, pela confiança depositada e por oportunizar a aplicação de conhecimento em áreas novas para nossa instituição.

A minha orientadora, **Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Luiza Milani**, que fez importantes apontamentos e conduziu minhas descobertas de forma alegre e descontraída, fazendo de sua paixão pela pesquisa algo contagiante.

Aos avaliadores, **Dr Alexandre Assis Tomporoski, Dr<sup>a</sup> Luizita Henckemaier e Dr Sandro Luiz Bazzanella**, minha gratidão pela generosidade e respeito com que direcionaram as correções e sugestões. Vocês foram fundamentais!

Aos **professores do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional**, vocês marcam um capítulo importante em minha vida, sou grata pelos ensinamentos, pelas oportunidades criadas, pelo direcionamento correto, pelos momentos de descontração, por sempre estarem disponíveis a participar da construção do saber, partilhar seus conhecimentos e experiências e por incentivar a autonomia intelectual.

A **Andressa Metzger**, pela recepção calorosa, seja com um Bom Dia sorridente ou um direcionamento para ajudar nas atividades e burocracias; agradeço a disposição e dedicação, você foi essencial.

Ao professor **Ederson Luiz Matos Mota**, por mais um reencontro que a vida nos proporcionou, me inspirando com seus ensinamentos no ensino fundamental e agora na revisão e correções de português. Minha gratidão e admiração.

A **Universidade do Contestado Campus Marcílio Dias**, pela oportunidade de participação no curso, pela qualidade e seriedade na organização de cada encontro; vocês oportunizaram a janela onde hoje vislumbro um horizonte transformador.

Ao apoio financeiro para a realização desta pesquisa, como Bolsista do Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina, Fundo de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior - UNIEDU/FUMDES da Secretaria de Educação do Estado de Santa Catarina.

E finalmente, agradeço a todos aqueles que, com paciência e generosidade, compreenderam que cursar um Programa de Mestrado requer dedicação e que nem sempre pude me fazer presente da forma que gostaria.

*“Trabalhar não é somente dedicar-se a uma atividade. É também estabelecer relações com os outros, é engajar-se em formas de cooperação e de mudança, é se inscrever em uma repartição de lugares e de tarefas, confrontar os pontos de vista e as práticas, experimentar e dar visibilidade às capacidades e recursos de cada um, transmitir saberes e saber-fazer, validar as contribuições singulares. É, enfim, estar em condições de marcar com sua influência, seu ambiente e o curso das coisas” (Dominique Lhuillier).*

## RESUMO

A temática da pesquisa refere-se às estratégias da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) com foco na segurança do cuidado ao paciente. O objeto de estudo é delineado em torno do cenário da saúde do Planalto Norte-Catarinense. Uma reflexão acerca da caracterização das ações de educação permanente em saúde, que favoreçam as ações em prol da segurança do paciente, na perspectiva do estudo, que se vinculam à linha de pesquisa 1 do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional: “Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional”. Destaco que uma importante estratégia para a gestão de risco nos serviços de saúde é a adoção de políticas públicas como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Conhecer a cultura de segurança nos serviços de saúde da região é de extrema importância, pois poderá guiar o planejamento das ações preventivas e corretivas, visando um ambiente para os profissionais e população vinculados ao cuidado seguro. Trata-se de uma pesquisa de natureza básica, tendo forma de abordagem qualitativa, com objetivo exploratório e descritivo, de caráter documental, sob o pressuposto filosófico teórico-metodológico do Materialismo Histórico Dialético. Na coleta de dados, explorou-se o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde do Planalto Norte-Catarinense, publicações da Comissão de Integração Ensino-Serviço, documentos da Secretaria Estadual de Saúde de SC, relatórios da Vigilância Sanitária Estadual e Nacional, dentre outros indicadores públicos referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Foram averiguadas e estabeleceram-se as seguintes categorias para apresentação e discussão dos resultados: A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no Planalto Norte-Catarinense; O Programa Nacional de Segurança do Paciente no Planalto Norte-Catarinense (PNC); Ações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e sua relação com a Segurança do Paciente no PNC; Reflexões acerca da Saúde e sua relação com o Desenvolvimento Regional no PNC. Foi possível identificar que a PNEPS tem reconhecida importância na região, pois por meio da implementação de uma política pública idealizada em nível nacional, considera as especificidades e necessidades regionais para traçar objetivos com foco nos profissionais e indicadores de saúde. São descritas diferentes estratégias adotadas pelos serviços de saúde dos municípios da região do PNC, como por exemplo os seminários regionais que, por intermédio da PNEPS, contribuem para a implantação das ações do PNSP. Os dados evidenciaram as iniciativas que se concretizaram ou estão em consolidação sob influência de aspectos históricos, políticos e culturais de cada município, e a existência ou não de um NSP atuante.

**Palavras chave:** Políticas Públicas. Saúde. Desenvolvimento Regional. Segurança do Paciente.

## ABSTRACT

The research theme refers to the strategies of the National Policy of Permanent Education in Health (PNEPS) focused on the safety of patient care. The object of study is delineated around the health scene of the North-Santa Catarina Plateau. A reflection on the characterization of the actions of permanent education in health, which favor the actions for patient safety, from the perspective of the study, which are linked to the research line 1 of the Master Program in Regional Development: "Public Policies and Development Regional". I emphasize that an important strategy for risk management in health services is the adoption of public policies such as the National Policy on Continuing Education in Health. Knowing the safety culture in health services in the region is extremely important, as it can guide the planning of preventive and corrective actions, aiming at an environment for professionals and population linked to safe care. It is a research of a basic nature, having a qualitative approach, with an exploratory and descriptive objective, of a documentary nature, under the philosophical theoretical-methodological assumption of Historical Dialectical Materialism. In the data collection, we explored the Regional Plan of Permanent Education in Health of the Planalto Norte-Catarinense, publications of the Commission of Integration Teaching-Service, documents of the State Secretariat of Health of SC, reports of the State and National Sanitary Surveillance, among others public indicators related to the National Policy on Continuing Education in Health and the National Patient Safety Program. The following categories were established for the presentation and discussion of the results: The National Policy of Permanent Education in Health, in the North-Santa Catarina Plateau; The National Program of Patient Safety in the North-Catarina Plateau (PNC); Actions of the National Policy of Permanent Education in Health and its relationship with Patient Safety in the PNC; Reflections on Health and its relationship with Regional Development in the PNC. It was possible to identify that the PNEPS has recognized importance in the region, because through the implementation of an idealized public policy at the national level, it considers the specifics and regional needs to draw objectives with focus on professionals and health indicators. Different strategies adopted by the health services of the municipalities of the PNC region are described, such as the regional seminars that, through PNEPS, contribute to the implementation of the PNPP actions. The data evidenced the initiatives that have materialized or are under consolidation under the influence of historical, political and cultural aspects of each municipality, and the existence or not of an active NSP.

**Keywords:** Public policy. Cheers. Regional development. Safety in Patient Care.

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1: Configuração das Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina .....	41
Figura 2: Composição do Planalto Norte-Catarinense .....	54
Quadro 1: Educação Continuada e Educação Permanente .....	34
Quadro 2: Potencialidades e fragilidades da PNEPS .....	38
Quadro 3: Núcleos de Segurança do Paciente cadastrados na ANVISA .....	62
Quadro 4: Núcleos de Segurança do Paciente do PNC Cadastrados na ANVISA ....	63
Quadro 5: Eventos adversos por tipo notificados no Brasil pelo cidadão em 2016 ...	73
Quadro 6: Propostas do PAREPS 2018/2021 .....	77
Quadro 7: Ações no PNC em parceria entre CIES e UnC envolvendo o tema SP ....	79

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de NSP no Brasil com ao menos uma notificação de 03/2014 a 09/2018 .....	65
Gráfico 2: Número de EA mensalmente notificados no Brasil de 03/2014 a 09/2018 .....	66
Gráfico 3: Número de EA mensalmente notificados em SC de 03/2014 a 09/2018 ..	66
Gráfico 4: Proporção de EA notificados no Brasil de 03/2014 a 09/2018 por macrorregião .....	67
Gráfico 5: Tipo de EA notificados em SC de 03/2014 a 09/2018.....	68
Gráfico 6: Número de EA no Brasil de 03/2014 a 09/2018 por grau de dano.....	70
Gráfico 7: Número de EA em SC de 03/2014 a 09/2018 por grau de dano.....	70
Gráfico 8: Número de notificações recebidas dos cidadãos no ano de 2016 .....	72
Gráfico 9: Comunicação dos profissionais de saúde em relação aos eventos adversos.....	74

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APPMS – Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CES – Conselho Estadual de Saúde  
CIES – Comissões de Integração Ensino-Serviço  
CIR – Comissões Intergestoras Regionais  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde  
DEP – Divisão de Educação Permanente  
DEPS – Departamento de Educação Permanente em Saúde  
EA – Eventos Adversos  
EFOS – Escola de Formação em Saúde  
EP – Educação Permanente  
EPS – Educação Permanente em Saúde  
ESB – Equipe de Saúde Bucal  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
EUA – Estados Unidos da América  
FELUMA – Fundação Educacional Lucas Machado  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FUMDES – Fundação de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior  
GM – Gabinete do Ministro  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar  
MERCOSUL – Mercado Comum do Cone Sul  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família  
NMEPSH – Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde e Humanização  
NOTIVISA - Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária  
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente  
OCDE – Organização para a Cooperação no Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAREPS – Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PEEPS – Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde

PEPESC – Política de Educação Permanente do Estado de Santa Catarina

PEPS – Polos de Educação Permanente

PET SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PMAQ – Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade

PNC – Planalto Norte Catarinense

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

PP – Políticas Públicas

PRO EPS-SUS - Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS

PRÓ SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

SC - Santa Catarina

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SGTES - Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde

SP – Segurança do Paciente

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UMA – SUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

UnC – Universidade do Contestado

UNIEDU – Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

VISA – Vigilância Sanitária

WHO - World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>21</b>
2.1 O ESTADO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS .....	21
2.2 EDUCAÇÃO E TRABALHO .....	25
2.3 DEBATE ENTRE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO .....	28
2.4 ANTECEDENTES E CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA SAÚDE .....	32
2.5 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	35
2.5.1 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em Santa Catarina ..	40
2.6 ASPECTOS HISTÓRICOS E ATUAIS DA SEGURANÇA DO CUIDADO AO PACIENTE .....	42
2.6.1 Cultura de Segurança .....	46
2.5 Iniciativas no Brasil acerca da Segurança do Cuidado ao Paciente .....	48
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>53</b>
<b>4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>56</b>
4.1 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PLANALTO NORTE CATARINENSE .....	56
4.2 O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO PLANALTO NORTE-CATARINENSE .....	60
4.3 AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A SEGURANÇA DO PACIENTE NO PLANALTO NORTE- CATARINENSE .....	75
4.3.1 Contribuições da universidade para o Programa Nacional de Segurança do Paciente .....	79
4.4 REFLEXÕES ACERCA DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O DESENVOLVIMENTO REGIONAL .....	81
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>85</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>90</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>100</b>
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS DOCUMENTAL .....	100
<b>ANEXOS</b> .....	<b>101</b>

ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE EPS DO ESTADO DE SC .....	101
--	-----

## 1 INTRODUÇÃO<sup>1</sup>

A temática da pesquisa refere-se às estratégias da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) com foco na segurança<sup>2</sup> do cuidado ao paciente. O objeto de estudo é delineado em torno do cenário da saúde que vem sendo operacionalizado para os enfrentamentos dos agravos e da promoção da saúde, necessários ao desenvolvimento do Planalto Norte-Catarinense. A reflexão acerca da caracterização das ações de educação permanente em saúde que favoreçam as ações em prol da segurança do paciente, na perspectiva do estudo, se vincula à linha de pesquisa 1 do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado campus Canoinhas: “Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional”.

No Brasil, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2004, pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria Ministerial nº198, tendo como proposta a transformação das práticas de saúde, visando à melhoria da formação, bem como a qualificação, mediante uma reflexão e possibilidade de transformação da prática dos profissionais (BRASIL, 2004a).

Paralelamente, o tema segurança no cuidado está obtendo cada vez mais visibilidade, tendo recebido crescente atenção no campo das organizações de saúde. Apesar da melhoria contínua no desenvolvimento de novas técnicas, procedimentos e processos de trabalho, ainda há ocorrência de danos ao paciente, comprometendo a sua saúde. Receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito das pessoas que necessitam de cuidados (BRASIL, 2013).

Dentro dessa ótica, considera-se que, na atuação profissional, é necessária uma contínua busca por conhecimentos técnico e científico, e as práticas não devem ter embasamento empírico, mas, naturalmente, acompanhar a evolução técnico-científica e avanços da ciência (KALSING, 2012). Conferir credibilidade e confiabilidade no processo de trabalho dos profissionais da saúde é um desafio premente, para o qual se deve considerar a composição dos pressupostos da educação permanente com intervenções qualificadas.

---

<sup>1</sup> Financiamento pelo Programa de Bolsas Universitárias do Estado de Santa Catarina – UNIEDU.

<sup>2</sup> Segurança: Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajuda-los (BRASIL, 2013b, p.06).

O interesse pessoal da pesquisadora em estudar dados acerca do cenário de educação permanente em saúde com o foco na segurança e no cuidado no planalto norte-catarinense, foi motivado pelas vivências em sua trajetória profissional nos últimos anos na área hospitalar e docência. Neste sentido, percebe-se que, no cenário atual, a mídia divulga diversos eventos negativos envolvendo as pessoas que fazem parte dos serviços de saúde, tanto profissionais quanto pacientes e famílias, retratando as interfaces dos riscos encontrados no dia a dia da assistência à saúde, quando a cultura da culpa ainda é focada nos indivíduos e pouco nos processos mal desenhados e desempenhados.

Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), os eventos adversos (EA) relacionados à assistência à saúde são a décima quarta maior causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo (WHO, 2018). No Brasil, os dados ainda são subnotificados, com a recente legislação e obrigatoriedade dos serviços em notificar os eventos adversos<sup>3</sup>. Um estudo retrospectivo aponta a incidência de eventos adversos em pacientes hospitalizados, sendo que 66,7% das ocorrências eram por causas evitáveis. Cerca de 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de EA, que se refere ao aparecimento de uma lesão ou dano não intencional, um problema de saúde causado pelo cuidado e não pela doença de base, podendo resultar em incapacidade temporária ou permanente, no prolongamento do tempo de internação na instituição, na necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas, lesões incapacitantes e até mesmo a morte (MENDES et al, 2009).

Dados do II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil, produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) e pelo Instituto de Pesquisa Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA), apontam que morrem por dia 148 pessoas decorrentes de erros assistenciais. Também no ano de 2017, há registros de 54.076 óbitos por falhas nos hospitais brasileiros; esse indicador está relacionado a eventos adversos graves resultantes de infecções, complicações com acessos vasculares, erros no uso de medicações, complicações cirúrgicas e hemorragias (COUTO et al., 2018).

---

<sup>3</sup>Evento adverso: é uma complicação não esperada. Define-se como qualquer lesão provocada, ocorrida durante o cuidado de saúde (BRASIL, 2013, p.116). Os eventos adversos, com ou sem danos, podem ser devido a fatores humanos, fatores organizacionais ou a fatores técnicos (ONA, 2018).

Os impactos das ocorrências vão além do sentimento de insegurança do paciente, pois os prejuízos causados a este influenciam no meio familiar, causando sofrimento psíquico e a quebra da confiança do mesmo com os profissionais e os serviços de saúde (SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2017).

Diante do exposto, uma importante estratégia para a gestão de risco nos serviços de saúde é a adoção de políticas públicas como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Conhecer a cultura de segurança<sup>4</sup> nos serviços de saúde da região é de extrema importância, pois poderá guiar o planejamento das ações preventivas e corretivas, visando um ambiente para os profissionais e população vinculados no cuidado seguro<sup>5</sup>.

É de conhecimento que profissionais mais capacitados produzem melhores resultados no cuidado ao paciente, o que aumenta a satisfação em trabalhar e a confiança das pessoas no sistema. Diante disso, urge a necessidade de realizar estudos, com a finalidade de conhecer os serviços, sensibilizar as equipes com os dados encontrados, visando minimizar os eventos adversos e contribuindo para a melhoria do cuidado ao mesmo.

Uma assistência segura é responsabilidade de cada profissional de saúde e as instituições de saúde, o que, atualmente, está sendo impulsionada também pela mídia e exigida pela sociedade. A perspectiva de que o paciente é colocado em risco, quando está sob cuidados relacionados à sua saúde não é recente, por isso estudos têm sido realizados acerca da temática (BRASIL, 2015a).

A saúde é um dos aspectos fundamentais ao desenvolvimento de uma região. Com essa posição, considera-se como base que o Brasil é um dos países que compõem a Aliança Mundial de Segurança do Paciente e que o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Por outro lado, o fortalecimento dessa estratégia da melhoria e qualidade dos serviços, a relação educação permanente, segurança no cuidado e processo de trabalho devem compor a tríade

---

<sup>4</sup>Cultura de segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2016, p.55).

<sup>5</sup>Cuidado seguro: Cuidado seguro implica a tomada de decisões clínicas baseadas em evidências para maximizar os resultados de saúde do indivíduo e minimizar o potencial para o dano (WHO, 2011, p.109).

que fundamentará os estudos e análises acerca de suas repercussões no cenário da saúde pública (BRASIL, 2015a).

Ainda, considerando que a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional deve interferir em outros desdobramentos tais como planejamento, operacionalização dos serviços, gestão e investimentos, por si só justifica a importância de se argumentar sobre proposições recentes da saúde brasileira.

O maior desafio em um movimento para um sistema de saúde seguro é, muitas vezes, cultural. Uma cultura punitiva, em que os erros<sup>6</sup> são vistos apenas como fracassos pessoais, deve ser substituída por uma cultura em que os erros sejam encarados como oportunidades de melhorar o cuidado, resultando em mudanças de processos assistenciais (VINCENT, 2009).

Por isso, para além de receber assistência à saúde de qualidade como um direito inegável das pessoas, urge a necessidade de realizar estudos, pesquisas, análises e constituir argumentos com a finalidade de conhecer os serviços para subsidiar a sensibilização dos profissionais, dos gestores e, em especial, da sociedade, com os dados encontrados visando minimizar os erros e, por sua vez, os eventos adversos relacionados à assistência à saúde.

Os profissionais atuantes na área de ensino, pesquisa e assistência devem dedicar esforços ao demonstrar que, na área da saúde, a qualificação profissional somada a recursos necessários favorecem uma assistência à saúde mais eficaz e segura. O profissional deve traçar estratégias educativas que promovam a relação da teoria e da prática, visando manter e proteger os valores essenciais da profissão, centrados nas ações, de forma integral e individual, ao paciente e sua família (KALSING, 2012).

Levando em consideração o reconhecimento do impacto desses eventos, em pesquisas realizadas em outros serviços, o presente estudo busca caracterizar a seguinte problemática: Quais as ações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que estão direcionadas à segurança do cuidado ao paciente no cenário do Planalto Norte Catarinense de forma a contribuir no desenvolvimento regional?

---

<sup>6</sup>Erro: um ato de imprudência (fazer algo errado) ou negligência (deixar de fazer a coisa certa), levando a um resultado indesejável ou a um potencial significativo para a ocorrência de tal resultado. (AHRQ, 2006).

O direito à saúde está garantido pela Constituição Federal que, em 1988, no artigo 196, definiu que a saúde é direito de todos e dever do Estado. As preocupações com a formação e atualização dos profissionais de saúde são constantes na realidade brasileira, e a Constituição estabelece, em seu artigo 200, que ao Sistema Único de Saúde compete ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988).

Nesse contexto, Bobbio (2004) aponta que os direitos fundamentais precisam de instrumentos e estratégias que possam assegurá-los, para que assim, estes possam ser protegidos e efetivamente garantidos.

Diante do exposto, o presente estudo vai ao encontro com as propostas do Ministério da Saúde (MS) quanto à criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em que as ações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) possam contornar as dificuldades e resistências tanto da prevenção dos agravos como da promoção da saúde.

Portanto, caracterizar as intervenções que envolvam uma tripla relação entre educação permanente em saúde, processo de trabalho e segurança do paciente, diretriz da segurança do paciente, na saúde da região do Planalto Norte-Catarinense, se configura em relevância inegável para justificar a proposta da pesquisa a ser desenvolvida.

Deste modo, estudar aspectos do desenvolvimento regional é uma tarefa necessária nas diferentes interfaces disciplinares, contribuindo para planejamentos e discussões nos diferentes arranjos políticos e culturais, que busquem a qualidade de vida com o objetivo de melhorar o atendimento de saúde à população.

Diante destas questões, definiu-se como objetivo geral: Refletir sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde aplicadas no cenário do Planalto Norte-Catarinense com foco na segurança do cuidado ao paciente como contributo por meio da saúde pública ao desenvolvimento regional.

E como objetivos específicos: Analisar as ações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde sob os pressupostos da Segurança do Paciente; Pesquisar as estratégias previstas e desenvolvidas pela educação permanente em saúde no Planalto Norte-Catarinense; Descrever as ações voltadas ao Programa Nacional de Segurança do Paciente e as implicações nos serviços na saúde pública em andamento como aspecto relevante ao desenvolvimento regional.

A primeira parte desta dissertação apresenta o referencial teórico, que reflete sobre o Estado e as Políticas Públicas, seguido da relação entre Saúde e Desenvolvimento Regional, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e traz os desdobramentos da Política Pública relacionados ao Programa Nacional de Segurança do Paciente.

A segunda parte detalha a metodologia utilizada na pesquisa, seguida dos resultados e análise dos dados encontrados, estes sendo confrontados com o referencial teórico prévio.

Na terceira parte, são apresentadas as considerações finais, limitações do estudo, bem como sugestões de pesquisas futuras na temática.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para embasar o presente estudo, torna-se necessária a apresentação de conceitos, análises de dados históricos e demais reflexões sobre o assunto, sendo assim, a seguir, serão abordados: o Estado e as Políticas Públicas; educação e trabalho; debate entre saúde e desenvolvimento; desenvolvimento; antecedentes e considerações iniciais sobre a educação do profissional; a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em Santa Catarina; aspectos históricos e atuais da segurança do cuidado ao paciente; cultura de segurança; iniciativas, no Brasil, acerca da segurança do cuidado ao paciente.

### 2.1 O ESTADO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Falar de Políticas Públicas (PP) pressupõe falar sobre o Estado; a seguir, alguns apontamentos que fazem refletir diante das relações entre o Estado e sociedade, considerando que esta envolve diversas abordagens, e o presente estudo foi direcionado com base nas contribuições de Foucault e demais autores que seguem similar linha de pensamento.

Michel Foucault (2008a) demonstra as alterações e inovações no modo de governar que se constituíram entre a passagem do poder pastoral do período judaico-cristão medieval e a lógica dos estados-nações na modernidade sob pressupostos políticos, jurídicos e econômicos sobre indivíduos, populações e territórios. Tal condição trouxe alterações consideráveis para o âmbito familiar e na elaboração e execução das PP.

No que se refere ao Estado, Foucault (2008a, p. 369) afirma que: “O Estado é uma prática. O Estado não pode ser dissociado do conjunto das práticas que fizeram efetivamente que ele se tornasse uma maneira de governar, uma maneira de agir”.

O Estado é uma forma de organização encontrada nos mais diversos povos, e sempre haverá estrutura política, porque isso tem relação com as disputas de poder das pessoas. O governo não é o Estado, ele operacionaliza a razão de Estado sobre a sua lógica.

No fundo, em qualquer sociedade, existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e que estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso (FOUCAULT, 1979, p. 179).

Foucault (1994) explica essa relação apontando a influência que o Estado tem na vida das pessoas, desde o nascimento até a morte. Um poder que se estabelece sobre a população e sobre as pessoas. Sob as prerrogativas do Estado absolutista, a lógica do poder soberano se apresentava como decisão determinante na vida e na morte das pessoas. Em meados do século XVII, ocorreram mudanças nas relações de poder, assim o Estado passou a se preocupar com a manutenção da vida, tornando a população sua maior riqueza, conforme descreve:

Este biopoder foi, e não se pode duvidar disso, um elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo; este só foi garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e através de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos. Mas exigiu mais; precisou de métodos de poder suscetíveis de fazer crescer as forças, as aptidões, a vida em geral, sem que isso as tornassem mais difíceis de sujeitar. [...] O ajustamento da acumulação dos homens à do capital, a articulação do crescimento dos grupos humanos com a expansão das forças produtivas e a repartição diferencial do lucro, tornaram-se, em parte, possíveis, graças ao exercício do biopoder sobre as suas formas e com os seus processos múltiplos. O investimento do corpo vivo, a sua valorização e a gestão distributiva das suas forças foram, neste momento, indispensáveis (FOUCAULT, 1994, p. 143).

Reconhecendo que a população é o objetivo final do governo, Foucault (2008a, p.139-140) descreve essa relação:

A população vai aparecer por excelência como a meta final do governo, porque, no fundo, qual pode ser a finalidade deste último? Não é certamente governar, mas melhorar a sorte das populações, aumentar suas riquezas, sua duração de vida, sua saúde.

Desta forma, o poder se mantém no Estado, com suas ações centradas na população como um todo, utilizando o biopoder na proteção e regulação da vida. O Estado percebeu que esta população apresentava fenômenos como incidência de doenças, estado de saúde, formas variadas de alimentação, morbidade e esperança de vida (FOUCAULT, 2008b).

Até o final do século XVII, as ações coletivas para os problemas de saúde eram dedicadas aos pobres, com exceção das epidemias em que havia ações de medicalização autoritária, para manter a normalização dos demais integrantes da sociedade (FOUCAULT, 1979).

Quando uma PP é criada e implementada, é a própria razão de Estado que identificou que determinada parcela da população precisaria sofrer sua intervenção para enfrentar os problemas sociais, intervenções estas que visam potencializar a vida biológica (ACURCIO; SANTOS; FERREIRA, 1998). “Ou seja, a população vai ser o objeto que o governo deverá levar em conta nas suas observações, em seu saber, para chegar efetivamente a governar de maneira racional e refletida” (FOUCAULT, 2008a, p.140).

Diante disso, pode-se afirmar que as Políticas Públicas são mecanismos de poder, pois através delas o Estado busca controlar a população, investindo na vida, ou seja, na bio-regulação da população.

A verdade é centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem; está submetida a uma constante incitação econômica e política; é objeto, de várias formas, de uma imensa difusão e de um imenso consumo; é produzida e transmitida sob o controle, não exclusivo, mas dominante, de alguns grandes aparelhos políticos ou econômicos (FOUCAULT, 2001, p.13).

A partir destas estratégias políticas de poder, de caráter científico, estimula-se na população uma sensação de que se seguir as normas e recomendações, uma epidemia poderá ser evitada ou suas consequências minimizadas. Tais argumentos impulsionam a população a cumprir o que foi estabelecido, aceitando este como verdade (FOUCAULT, 2001).

Para Foucault (2008a), há diferença entre Biopolítica e Biopoder. Biopolítica refere-se ao fato do corpo biológico do cidadão ter se tornado, na modernidade, objeto da política estatal e tem como alvo a população. Ou seja, o conjunto de pessoas; enquanto o biopoder é o conjunto de técnicas de controle e vigilância e administrabilidade dos corpos; nele, a população em uma relação de poder pode ser tanto instrumento quanto alvo.

As práticas biopolíticas na modernidade passaram a se dar tanto pelo Estado, como foi o caso de diversas políticas sociais, econômicas e urbanísticas normalizadoras postas em prática junto a um discurso de “preservação e melhoria da qualidade de vida da população” quanto por instituições não estatais, como as instituições médicas, educacionais, seguradoras e de planejamento urbano e econômico (GUIZZO; LIMA, 2014, p.99).

A estratégia de controle do Estado sobre a população para “fazer viver e deixar morrer”, é uma forma do Estado oferecer segurança, porém não busca aprisionar, mas sim, com uma liberdade controlada, proporcionar a normalização das

peças e os deixar livres e controlados em espaços permitidos (FOUCAULT, 2008a).

Em *Microfísica do poder*, Foucault (1979) descreve o ambiente hospitalar da época, e o quanto a medicina não era resolutiva, apenas separava os doentes para proteger a sociedade:

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se devem dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres (FOUCAULT, 1979, p.59).

Já no século XVIII, “o surgimento da saúde e do bem-estar físico da população em geral como um dos objetivos essenciais do poder político”, origina uma nova assistência: a medicina ganha poder de polícia. Suas ações dizem respeito não apenas aos pobres e doentes, mas a toda a sociedade em busca “da preservação, manutenção e conservação da força de trabalho” (FOUCAULT, 1979, p.113). Como decorrência de tal condição inúmeras ações contribuem para a origem à projetos e programas de saúde.

A sociedade está organizada de forma hierarquizada, com múltiplas formas de poder, e o Estado detém um dos poderes existentes. Na análise de Foucault, esse poder político ocorre porque as pessoas necessitam de segurança em todas as esferas do corpo social. Por meio das Políticas Públicas, o Estado exerce a biopolítica e assume a condição de provedor da vida. Com um caráter disciplinar, as normas, regras e metas são estabelecidas, para que haja mudança de conduta da população, e por parte do Estado a sua vigilância, para de modo disciplinar manter o controle (FOUCAULT, 2008b).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 no título VII, que trata da ordem social, precisamente do artigo 196 ao 200, trazem uma intensa proteção ao direito fundamental à saúde:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Porém, mesmo a saúde sendo reconhecida como direito de todos, ao se dedicar a promoção da saúde na coletividade e saúde da economia, o Estado usualmente privilegia a segunda (BRASIL, 1987).

No Brasil, as PP no setor da saúde contemplam a maior política brasileira de inclusão social. Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), várias mudanças ocorreram, e as demais PP fazem parte de profundas transformações na vida das pessoas. Com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), essas transformações são direcionadas aos profissionais de saúde, objetivando mudar a forma de cuidar (BRASIL, 2005).

Por isso, contextualizar as relações entre educação e trabalho é imprescindível à compreensão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil.

## 2.2 EDUCAÇÃO E TRABALHO

As abordagens sobre a relação entre a educação e o trabalhador foram introduzidas desde a administração taylorista, no século XX, na época, objetivando intensificar o ritmo de trabalho com conseqüente aumento de produção (KURCGANT, 2016). No âmbito da saúde, as práticas educativas iniciaram como tentativa de mudanças no trabalho. Porém, as mesmas se restringiam a treinamentos e reciclagens técnicas, sem preocupação com os impactos e avaliação de resultados (BRASIL, 2005).

Em 1919, o Ministério da Reconstrução (Inglaterra) publicou um relatório sobre educação, falando de “uma educação que devia corresponder às necessidades das pessoas durante toda a vida” (GADOTTI, 2003, p. 92).

Dentro desta ótica, há registros na Dinamarca sobre ações educativas na década de 1950, visando à capacitação dos trabalhadores diante das mudanças da época (BARROSO; VARELA, 1979). Também na década de 1950, na França, o ministro da educação oficializou o termo educação permanente em um documento que promoveu a reforma do ensino público e determinou o prolongamento da escolaridade obrigatória (GADOTTI, 2003).

No Brasil, na década de 1960, houve incentivo na educação de adultos por multinacionais que estimulavam a capacitação técnica (BARROSO; VARELA, 1979). Nesse âmbito, Gadotti (2003, p. 92-93) assinala sobre a Educação Permanente:

Como uma necessidade de continuar constantemente a formação e distingo um *fenômeno* Educação Permanente que é o aparecimento dessa necessidade numa determinada época, provocada por uma sociedade que exige constante renovação dos conhecimentos e um *discurso* sobre a Educação Permanente que é todo um trabalho teórico em torno desse fenômeno e que foi particularmente desenvolvido pela UNESCO, pelo Conselho da Europa e pela OCDE (Organização para a Cooperação no Desenvolvimento Econômico) e, mais recentemente pelo Banco Mundial. Mas foi a UNESCO que levou mais à frente o combate pela ideia de uma Educação Permanente.

A Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), difunde a ideia da Educação Permanente (EP) no final da década de 1960, fundamentando-se na teoria do capital humano<sup>7</sup>. Nesse sentido, valorizava a qualificação do fator humano, pois este está diretamente relacionado com a produtividade econômica, conseqüentemente, poderia favorecer o desenvolvimento do país (LEMOS, 2010). Em 1970, houve preocupação com a interação do homem com sua realidade, percebendo este como transformador (BARROSO; VARELA, 1979).

Na América Latina, as discussões sobre a educação, envolvendo os profissionais de saúde, foram impulsionadas na década de 1970 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A iniciativa buscou a valorização da prática profissional com foco na aprendizagem no trabalho (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI 1990).

---

<sup>7</sup> A Teoria do Capital Humano surgiu na década de 1950 com estudos de Theodore W. Schultz, e foi desenvolvida e popularizada por Gary S. Becker. Para os autores, não é possível separar o indivíduo de seu conhecimento, saúde ou habilidades. Deste modo, a educação passou a ser vista como um pressuposto do desenvolvimento econômico (ANDRADE, 2010, p. 07).

No Brasil, como forma de consolidação da Reforma Sanitária, foram assumidos novos compromissos com a qualidade e formação dos profissionais da área da saúde. Na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o artigo 200 estabelece que: “ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988).

Na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, o direito à educação ao trabalhador de saúde também é contemplado no Título IV, dos Recursos Humanos, em seu artigo 27:

A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; II - (vetado); III - (vetado); IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1990).

Também em 1990, no Brasil, a ideologia neoliberal<sup>8</sup> gerou profundas mudanças na economia, discutindo e orientando políticas governamentais, mas que dificultaram a condução das Políticas Públicas por não haver articulação organizada entre sociedade e governo local e outros fatores financeiros e administrativos (LEMOS, 2010). Com isso, a educação permanente em saúde pouco avançou na prática.

No livro *Educação e Poder*, Gadotti (2003) considera três fases na evolução da Educação Permanente: na primeira fase, foi considerada apenas como uma expressão nova que se relacionava à educação de adultos; a segunda fase considerou-se utópica, pois prometia uma transformação radical do sistema educativo; e como terceira fase, recebeu um rótulo de educação permanente, por proporcionar novas experiências e novos projetos.

Neste contexto, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), no ano de 2003, para a formulação de políticas orientadoras “da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil” (LEMOS, 2010).

---

<sup>8</sup> Neoliberalismo: é um conjunto de ideias políticas e econômicas capitalistas que defende a não participação do estado na economia, onde deve haver total liberdade de comércio, para garantir o crescimento econômico e o desenvolvimento social de um país.

O processo de trabalho pode ser entendido como a forma de agir sobre a natureza, e deste modo transformá-la de acordo com as próprias necessidades; é o que conhecemos com o nome de trabalho (SAVIANI, 2005).

Acerca da relação entre trabalho e educação, Marx compreende como uma reação dialética<sup>9</sup>, pois constitui em elemento de transformação humana, que pode ser positivo ou negativo, dependendo do contexto histórico-social em que se desenvolve (MARX, 2004).

Lemos (2010), ao abordar a educação e o trabalho na teoria marxista, complementa os argumentos de Marx:

Assim, a origem de todo o processo de alienação está no modo de organização da produção capitalista, que tem a propriedade privada como a gênese de todo o processo. “Ser” e “ter” passam a ser quase sinônimos, ou seja, no capitalismo quanto mais se tem mais reconhecimento social. Ter, ao contrário de ser, converte-se no fundamento teleológico humano, produzindo um processo de estranhamento ou alienação humana (LEMOS, 2010, p. 106).

Ao contrário do que Marx aponta sobre a alienação do homem no trabalho, para Lemos (2010), o trabalho em instituições de saúde pode harmonizar uma interação positiva entre educação e trabalho, por meio da relação entre o profissional e o paciente.

Com isso, o profissional de saúde pode adotar uma postura de comprometimento no atendimento, pelo reconhecimento de suas ações pelo usuário e por ele mesmo. No que se refere à saúde, cabe ressaltar que a mesma é parte da dimensão do desenvolvimento, pois apresenta variáveis econômicas e sociais, e isso pressupõe tanto a participação social quanto o fortalecimento do papel do Estado.

### 2.3 DEBATE ENTRE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

A definição de saúde se dá a partir de uma ampla gama de saberes. Não se restringem à medicina, pois alcançam outras áreas do conhecimento como a

---

<sup>9</sup> Em seu sentido mais geral, dialética passou a significar qualquer processo mais ou menos intrincado de conflito, interconexão e transformação conceitual ou social, no qual a geração, interpenetração e conflito de oposições, levando à sua transcendência em um modo mais pleno ou mais adequado de pensamento ou forma de vida, desempenha um papel crucial. Mas a dialética é um dos conceitos mais antigos, complexos e contestados em todo o pensamento filosófico e social (OUTHWAITE; BOTTOMORE, 1996, p. 204).

filosofia, a sociologia, a antropologia, o direito, enfim, toda a equipe multidisciplinar. A Carta de Ottawa afirma que várias condições são fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (OTTAWA, 1986).

Considerando esta definição, a Carta de Ottawa fala sobre a responsabilidade pela promoção da saúde:

Deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde (OTTAWA, 1986).

Tal consideração aproxima-se do conceito ampliado de saúde ou do real conceito de saúde proposto e aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil de 17 a 21 de março de 1986. Assim, a saúde passou a ser considerada não apenas como ausência de doença, mas como resultado das formas de organização social, das condições gerais de alimentação, das condições de moradia, do acesso à educação, da relação com o meio ambiente, do emprego e renda, das oportunidades de lazer, da posse de terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1987).

Conforme Dallari (1988, p. 57), “A sociedade brasileira, especialmente durante a década originada em 1980, tem adquirido a consciência de seu direito à saúde”. Apesar da ampliação de serviços na área da saúde e nítidas melhorias reconhecidas no sistema, no período posterior à Constituição Federal de 1988, ainda assim pode-se afirmar que existem algumas lacunas, principalmente no que diz respeito aos modelos de atenção, na melhoria da qualidade e na gestão dos serviços (DAGNINO, 2009).

De certo modo, as leis explicitam um consenso do movimento sanitário sobre a importância de o setor saúde atuar na definição do conteúdo da formação profissional, refletindo o interesse pela definição e ampliação das consciências individuais dos profissionais e futuros profissionais da rede pública de saúde, quanto à concretização dos princípios do SUS (LEMOS, 2010, p. 11).

Até o início do século XX não se falava em saúde como um direito fundamental. Mas, foi na passagem do estado liberal para o estado de bem-estar social, em meados do século XX, pós segunda-guerra mundial, começou a se falar sobre a saúde sob a perspectiva de ser um direito fundamental. A moderna

concepção de saúde pública remonta ao surgimento do Estado moderno. No século XX, consolidou-se a ideia de que saúde é responsabilidade estatal, ao considerar indispensável atuação do estado para defender a saúde pública (DALLARI, 1988).

O Ministério da Saúde traz a seguinte afirmação ao contemplar a saúde como direito de todos e sua relação com o desenvolvimento:

A Saúde constitui um direito social básico para as condições de cidadania da população brasileira. Um país somente pode ser denominado 'desenvolvido' se seus cidadãos forem saudáveis, o que depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida associadas ao modelo de desenvolvimento vigente (BRASIL, 2008, p. 5).

A constitucionalização dos direitos não é o suficiente para sua garantia, e a sua operacionalização é um desafio na concretização dos direitos fundamentais e sociais. Assim, a descentralização das responsabilidades entre as esferas federal, estadual e municipal são uma das alternativas adotadas no modelo de saúde vigente no Brasil, buscando, deste modo, o planejamento das ações que priorizam a especificidade de cada população (BRASIL, 2008).

Gadelha e Costa (2007) promovem uma reflexão acerca da saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento, e apontam que a saúde tem sua importância reconhecida mundialmente como indutor de desenvolvimento. Os autores consideram que as condições de saúde da população impactam nos problemas e na superação dos desafios rumo ao desenvolvimento desejável de determinados territórios. Ressaltam ainda que, delimitações políticas e institucionais não são suficientes para delimitar problemas epidemiológicos e no sistema de saúde.

Essa situação reflete a mesma encontrada por Nuske et al. (2017, p. 2):

A saúde tem um papel de propulsora de desenvolvimento na sua dimensão regional com a missão pautada pelo marcante corte territorial das iniquidades socioeconômicas nacionais e assim constituindo-se como um campo de particular relevância para coesão social e econômica no território nacional.

Ao se considerar o desenvolvimento<sup>10</sup> de uma região, vários elementos devem ser contemplados, e entre eles está o bem-estar populacional. Sendo assim, concentram-se neste momento os argumentos contribuintes à saúde, considerando

---

<sup>10</sup> Desenvolvimento: quando há satisfação das necessidades básicas como: nutrição, saúde, habitação, acesso à educação, liberdade civis e participação política (OUTHWAITE, BOTTOMORE, 1996, p. 197).

que falar sobre desenvolvimento envolve reconhecer este como um agente de mudança, que irá refletir em melhorias políticas, econômicas, culturais e humanas. Esta mudança ocorrerá de forma singular em cada região, sendo dependente de ações que favoreçam a qualidade de vida das pessoas (OLIVEIRA, 2002).

Para Barquero (1988), uma sociedade é capaz de favorecer o processo de desenvolvimento regional, fazendo uso dos fatores produtivos disponíveis e por meio da utilização de seu potencial endógeno. Sendo assim, afirma que o processo de desenvolvimento endógeno se dá de forma econômica e sociocultural. As formas econômicas são quando a sociedade se organiza e utiliza os fatores produtivos locais. As socioculturais acontecem mediante o bom uso dos valores e aspectos culturais; com essa combinação têm-se, como base para o desenvolvimento regional, as instituições regionais e a própria sociedade.

Sobre o desenvolvimento, Utria (1969, p. 16) afirma que “se trata de um intenso e articulado processo de sequência de fatos sociais, intimamente ligados, inter-relacionados, no qual, cada um é, ao mesmo tempo efeito e causa e todos exercem ação mútua recíproca”.

Para os economistas, o conceito de desenvolvimento está associado a aspectos econômicos, pois são mensuráveis e podem apresentar indicadores quantitativos de crescimento. Porém, Celso Furtado, além de reconhecer sua importância, ressalta o aperfeiçoamento qualitativo: "o desenvolvimento não é simples questão de aumento de oferta de bens ou de acumulação de capital; possui ele um sentido, é um conjunto de respostas a um projeto de autotransformação de uma coletividade humana" (FURTADO, 1973, p. 130).

Em conformidade com as premissas sobre o aspecto econômico e o desenvolvimento, Gadelha e Costa (2007) defendem a relação direta entre a saúde e desenvolvimento econômico. Consideram que condições adequadas de atendimento à saúde beneficiam o capital humano, constituindo um valor intrínseco favorável ao desenvolvimento econômico.

Levando em consideração o caráter polissêmico do conceito acerca do desenvolvimento, Bazzanella (2015, p. 5) aponta que:

Talvez se possa afirmar que é inerente ao conceito de desenvolvimento a ideia de mudança, de crescimento, de superação, de melhoria, de aumento, de geração, de produção, de um princípio vital presente no mundo, na existência em suas múltiplas formas, nos seres humanos, que os impulsiona constantemente para o aprimoramento de suas condições existenciais.

As teorias do desenvolvimento regional que contemplam o entendimento da evolução do desenvolvimento corroboram, sobretudo quando se considera a saúde como parte deste processo (DALLABRIDA, 2017).

Knopp (2008, p. 13), ao falar sobre desenvolvimento regional expressa a necessidade de:

Esse processo se realizar de forma mais “amigável”, sendo geográfica, social e culturalmente referenciado, e promovendo uma transformação social profunda, considerando como aspectos fundamentais a inclusão social, a cidadania e a realização das potencialidades humanas. Para tanto, reconhece-se que é essencial que sejam desenvolvidos projetos e políticas públicas interdependentes, multirrelacionais, integradas, que englobem todos os aspectos da vida de uma coletividade, ou seja, articulando e promovendo educação, cultura, saúde, esporte, qualificação urbana entre outros, para que se alcance o desenvolvimento almejado.

As PP, quando consideradas como objeto de estudo, podem mostrar sua relação com o desenvolvimento regional. Sendo assim, é necessário compreender como a efetivação de ações por intervenção de políticas públicas pode ter impacto e modificar determinada região, contribuindo assim, para o desenvolvimento da mesma (SILVA; JÚNIOR, 2015).

Estudos demonstram a relação entre saúde e desenvolvimento e seus impactos na qualidade de vida da população, abrangendo fatores contemplados no conceito ampliado de saúde como moradia, lazer, segurança, saneamento, educação e acesso a serviços de saúde (RATOCHINSKI, 2015; PAWLOWYTSCH, 2014). O desenvolvimento pode interferir em diversos aspectos das condições de vida de uma população, e dentre esses aspectos, a saúde deve estar incluída (CAIDEN; CARAVANTES, 1988).

## 2.4 ANTECEDENTES E CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA SAÚDE

No que se refere ao conceito das atividades educativas, várias denominações podem ser encontradas. Ressalta-se que cada uma delas tem um significado. Porém, isto não representa que tratem de temas distintos ou antagônicos, pois o que as caracteriza são os objetivos e estratégias da proposta adotada. Assim, as

atividades educativas podem ser representadas por educação continuada, capacitação, educação permanente, entre outros.

Educação continuada pode ser representada pela definição da OPAS, que, em 1978, a descreveu como um processo permanente, pois, após o profissional alcançar a formação básica, deverá se atualizar frente às evoluções e mudanças em sua área específica, recebendo orientações e preparo para determinada função para que tenha melhor desempenho (DILLY; JESUS, 1995).

O conceito de treinamento, segundo Kurcgant (2016), refere-se a uma ação que visa capacitar o profissional à determinada situação, objetivando a transmissão de conhecimento teórico e prático. Ou seja, é o repasse de informações sistematizadas sobre certa atividade.

Tanto a educação continuada como os treinamentos, são frequentes nas instituições de saúde baseados no modelo tradicional, com transmissão de informações em momentos isolados.

Já a EP é uma estratégia de ensino-aprendizagem, que visa transformar e qualificar a prática, ao mesmo tempo em que estimula o desenvolvimento da consciência dos profissionais sobre o contexto. É um processo importante por ter como cenário o próprio espaço de trabalho, utilizando estratégias pedagógicas que favorecem a aprendizagem significativa, como elementos fundamentais do pensar e do fazer, o aprender e o trabalhar, alcançando a transformação das práticas profissionais (BRASIL, 2009; BRASIL, 2018a).

Nesse sentido, considerando os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde ressalta a educação permanente como parte do processo de trabalho para melhorar a qualidade da assistência. Considera a necessidade de planejamento adequado, liberação do profissional para participação nos eventos e a avaliação do impacto destas ações por meio de indicadores (BRASIL, 2003a).

A EP é uma das estratégias utilizadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento nos serviços de saúde. Enquanto a capacitação, habitualmente utilizada, consiste apenas na transmissão de conhecimento, dentro da lógica do modelo escolar, a educação permanente representa uma importante mudança na concepção das práticas e capacitação dos profissionais de saúde, pois incorpora o ensino e aprendizado à vida cotidiana das organizações, colocando as pessoas como atores reflexivos (BRASIL, 2009).

O quadro, a seguir (Quadro 1), representa a proposta do Ministério da Saúde da Educação Permanente em Saúde (EPS) como noção estratégica na formação e desenvolvimento dos profissionais.

**Quadro 1: Educação Continuada e Educação Permanente**

	<b>Educação Continuada</b>	<b>Educação Permanente</b>
Pressuposto Pedagógico	O “conhecimento” preside/define as práticas	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa).
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos	Transformação das práticas.
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema.
<i>Modus operandi</i>	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identifica-se os nós-críticos ( de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão; possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.
Atividades educativas	Cursos padronizados – carga horária, conteúdo e dinâmica definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.	Muitos problemas são resolvidos/equacionados em situação. Quando necessárias, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção-gestão-educação-controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico. Exemplos: constituição de equipes de especialistas para apoio técnico às equipes da atenção básica em temáticas específicas prioritárias; instituição de processos de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas.

FONTE: BRASIL, 2004b. p. 14-15.

“A articulação entre educação e saúde sob o ponto de vista da relação interpessoal, cuidado e respeito, se constitui como uma das mais ricas fontes de interdisciplinaridade” (FERNANDES; BACKES, 2010, p. 568).

A Educação Permanente em Saúde “vincula o aprendizado a elementos que façam sentido para as pessoas envolvidas, de modo que os processos de capacitação sejam estruturados, a partir da problematização dos processos de trabalho” (CAMPOS et al., 2006, p. 43).

Herdeiro et al. (2006) afirmam que há necessidade de conscientização dos profissionais da saúde sobre a necessidade da educação permanente para favorecer a qualidade da sua atuação. Deve-se, portanto, utilizar estratégias de conscientização que modifiquem as atitudes e melhorem a adesão às práticas seguras.

## 2.5 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O interesse pela educação permanente, na abrangência das Políticas Públicas, teve destaque em 2003, quando o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução nº335, de 27 de novembro de 2003, aprovou a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, juntamente com os “Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde” como instâncias de gestão da Educação Permanente, no âmbito dos profissionais de saúde (BRASIL, 2003b).

Ao considerar imprescindível a educação dos trabalhadores para a reflexão sobre sua prática, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída pelo Ministério da Saúde, em 13 de fevereiro de 2004, pela Portaria 198/2004, tendo como proposta estratégica a transformação das práticas de saúde, visando à organização dos serviços, mediante a articulação entre as esferas de gestão, as instituições formadoras, o sistema de saúde e representantes sociais (BRASIL, 2004b).

Em âmbito nacional, inicialmente, os chamados “Polos de Educação Permanente” (PEPS) foram criados objetivando a gestão da política, atuando como um dispositivo do Sistema Único de Saúde (SUS) para promover mudanças. Estes polos contribuíram de forma significativa para a disseminação da proposta nas

diferentes regiões do Brasil, nos “espaços locais, microrregionais regionais, estaduais e interestaduais” (BRASIL, 2004b).

Em 2006, por meio da Portaria 399/2006, foi instituído o Pacto pela Saúde, que apresentou mudanças na gestão da Educação Permanente em Saúde (EPS), e, em 2007, com a nova Portaria MS 1.996/07, a mesma foi reestruturada (BRASIL, 2007).

Após essa nova reestruturação, os Polos de Educação Permanente foram substituídos pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES):

As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, previstas no art.14, da lei 8080/1990 (BRASIL, 2007, p. 03).

A portaria MS 1.996/07 indica a condução da PNEPS em nível regional, que se dá a partir das Comissões Intergestores Regionais (CIR) juntamente com as CIES. A composição da CIES deverá ser:

I - gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes; II - trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas; III - instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e IV - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007, p. 04).

Essa composição foi chamada por Ceccim e Feuerwerker (2004) de o quadrilátero:

Formação se constitui de elementos que interagem e se articulam na produção de novos saberes e práticas. Dentre eles, a *formação* se apresenta como produtora de subjetividade, de habilidades técnicas e de pensamento para o adequado conhecimento do SUS; as práticas de *atenção* à saúde como construtoras de novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade, da humanização e da inclusão dos usuários no planejamento terapêutico; a *gestão* no desafio da busca de assegurar redes de atenção às necessidades em saúde da população e considerar a satisfação dos usuários; e o *controle social* com a presença dos movimentos sociais no apoio às lutas pela saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

O formato de quadrilátero da formação para a área da saúde une: ensino, gestão setorial, práticas de atenção e o controle social. Nessa proposta, os atores se mantêm próximos e não em posição de verticalidade, e a mudança ocorrerá desde que todos estejam centralmente comprometidos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a responsabilidade do planejamento das ações, bem como a execução das mesmas é dividida nas esferas

federais, estaduais e municipais. Cabe a esfera Federal o repasse dos recursos financeiros para os Fundos Estaduais e Municipais, com o custeio das diferentes estratégias de acordo com as necessidades identificadas em cada realidade. Assim, deve haver a elaboração do Plano Estadual e do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), para nortear as ações e intervenções na área de educação na saúde.

Para a elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, os seguintes aspectos devem ser considerados: caracterização da região de saúde, identificação dos problemas de saúde, caracterização das necessidades de formação em saúde, atores envolvidos, relação entre problemas e as necessidades de educação permanente em saúde, produtos e resultados esperados, processo de avaliação do plano, recursos envolvidos para a execução do plano (BRASIL, 2009).

O Colegiado de Gestão Regional faz a condução da PNEPS com participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). As CIES participam no desenvolvimento, condução e aplicação da Política Nacional reestruturada (BRASIL, 2007).

Com essas definições, a EPS torna-se uma estratégia essencial para a dinâmica dos serviços de saúde, com foco no cenário do processo de trabalho coletivo, oportunizando práticas reflexivas, visando à ética e humanização. Seu planejamento consiste em atender às necessidades da equipe de saúde e pacientes, valorizando os diferentes saberes com maior resolutividade e integralidade nas ações. Com essas estratégias de formação, as práticas de saúde são transformadas com base nas necessidades reais, não apenas visando à qualificação do serviço, mas sim tornando o profissional mais seguro de si (FORTUNA et al., 2013).

Lemos (2010) faz uma reflexão sobre a reestruturação do trabalho na lógica da PNEPS, que traz a proposta de novos modelos assistenciais e de aprendizagem significativa, com uma política pública que estimula a gestão dos processos de trabalho e potencializa as relações nas práticas de saúde (LEMOS, 2010).

Para Paulo Freire (1980, p. 66), “a educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados”.

A educação permanente é uma estratégia para a construção de novas práticas em saúde. Mesmo com a Política Nacional de Educação Permanente, é necessário

que haja conscientização dos profissionais quanto à sua relevância e direcionalidade, para possibilitar a transformação das práticas em saúde.

Henckemaier (2016), ao considerar o cotidiano familiar diante da hospitalização, aponta a necessidade do preparo dos profissionais de saúde para a interação e comunicação no momento vivenciado, e aponta para o fato de que estes aspectos podem contribuir positivamente para o cuidado seguro.

Lima et al. (2016) reconhecem a importância da PNEPS e que a mesma sensibiliza os atores envolvidos. Porém, fazem uma análise crítica sobre as dificuldades na sua implementação, conforme quadro abaixo:

**Quadro 2: Potencialidades e fragilidades da PNEPS**

<b>Estratégias da PNEPS</b>	<b>Potencialidades</b>	<b>Fragilidades</b>
Desenvolvimento Profissional	Estratégia utilizada para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos profissionais de saúde, por meio de capacitação, ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas.  Educação permanente dos trabalhadores em saúde.	A simplificação da capacitação, influenciada por condições institucionais, políticas ideológicas e culturais, que determinam o espaço dentro do qual a capacitação pode ou não operar seus limites e possibilidades  No campo da formação permanente dos profissionais da saúde, as mudanças de concepções não conseguiram superar o enfoque centrado na transmissão de conhecimentos de maneira mecanizada e bancária. Sua manutenção pode ser explicada pela persistência do modelo escolar nas formas de pensar a educação por uma visão simplificada das pessoas e da prática no campo das organizações
Capacidade Resolutiva dos Serviços de Saúde	Estratégia para melhorar os níveis de atenção e funções, bem como, contribuir para o desenvolvimento de novas competências práticas (gerência descentralizada, autogestão, gestão de qualidade).	Nem toda ação é resolutiva. Embora toda ação de capacitação vise à melhoria do desempenho dos serviços de saúde, nem todas representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional.
Monitoramento e Avaliação	A avaliação acompanha cada fase do desempenho pedagógico, o monitoramento do processo (implica na identificação dos problemas, das características, dos obstáculos e os recursos disponíveis), a análise dos resultados e as formulações de um juízo de valor acerca do alcance dos profissionais formulados.	Somente a partir das discussões coletivas sobre a aplicação da política, é que será possível reconhecer as boas práticas e identificar os impactos das mesmas sobre os indicadores de saúde.

**FONTE: LIMA et al. 2016, p. 1412-1413.**

Merhy (2005) reflete sobre a visão dos gestores referente à ineficácia das ações de saúde, estes a relacionam com falta de competência da equipe, e também fazem uma crítica aos métodos tradicionais de ensino aos profissionais de saúde, que contemplam cursos exaustivos, que consomem recursos e não repercutem em mudanças práticas à realidade vivenciada.

Vários estudos apontam para os atos inseguros, e os relacionam ao fator humano em decorrência de fatos como: esquecimento, negligência, falta de atenção, motivação, e outras características pessoais, tais como: a personalidade, idade, humor, experiência profissional e o conhecimento científico. Esses fatores devem ser identificados precocemente, visando evitar a ocorrência de erros e favorecer a segurança na assistência (TONDO, 2015).

A segurança do paciente, por se tratar de um aspecto que reflete diretamente na qualidade do cuidado prestado, deveria ser considerada como pré-requisito, pois as instituições desenvolvem atividades assistenciais que são complexas, e isso exige uma atualização constante dos conhecimentos e procedimentos técnicos (TONDO, 2015).

A proposta do Ministério da Saúde é que a problematização faça parte do contexto dos trabalhadores, para um aprendizado significativo e define que: “Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos, ideias, compreendendo os processos e propondo soluções” (BRASIL, 2005, p.8). Assim, esse aprendizado pode se transformar em ações concretas de melhoria do cuidado.

Em 28 de novembro de 2017, por meio da Portaria MS nº3.194, foi instituído o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS). O PRO EPS-SUS tem como principal objetivo “estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas” (BRASIL, 2018a, p.10).

Para que a PNEPS seja efetivamente implementada, o desafio da pedagogia da implicação está em inseri-la no cotidiano dos serviços de saúde, para estar articulada no novo agir, gerando transformações na prática da atenção à saúde (MERHY, 2005).

Com essas definições, a EPS torna-se uma estratégia essencial para a dinâmica dos serviços de saúde, com foco no cenário do processo de trabalho coletivo, oportunizando práticas reflexivas, visando à ética e humanização. Seu

planejamento consiste em atender às necessidades da equipe de saúde e usuários, valorizando os diferentes saberes com maior resolutividade e integralidade nas ações. Com essas estratégias de formação, as práticas de saúde são transformadas com base nas necessidades cotidianas, não apenas visando à qualificação do serviço, mas sim, tornando o profissional mais seguro de si (FORTUNA et al., 2013).

### 2.5.1 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em Santa Catarina

No Estado de Santa Catarina, a PNEPS inicialmente foi conduzida pela denominada Divisão de Educação e Promoção da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. Esta mediou, junto aos representantes do Ministério da Saúde, encontros coletivos entre os atores sociais envolvidos no processo. Como resultado desses encontros, inicialmente, ficaram definidos os polos loco regionais de EPS pela Resolução CES/SC nº 009/2003. Por meio desta resolução, doze (12) polos foram estabelecidos, contemplando uma cobertura de 100% dos municípios do estado; nesta publicação também foi instituído o Colegiado Transitório de EP para o SUS (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Em 2004, o colegiado transitório de EP determinou a criação de um fórum, constituído pelos seguintes atores: representantes de cada polo; representantes da Secretaria de Estado da Saúde (SES), Conselho Estadual de Saúde (CES), Conselho Estadual de Educação e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Este Fórum foi criado com os seguintes objetivos:

Articular os Polos de EP; fomentar a discussão docente assistencial na rede do SUS; articular pesquisas para avaliação do processo de EP; disseminar propostas de educação permanente recomendando experiências exitosas; acompanhar e avaliar a implantação e implementação das políticas de EP no Estado; promover a discussão conceitual sobre a EP no SUS (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004, p. 609).

Em 2004, houve uma reestruturação da divisão, e a mesma foi substituída pela Divisão de Educação Permanente (DEP), pela portaria nº198/2004, sendo esta responsável, até o momento, pela articulação da política no estado de Santa Catarina (MENDONÇA, et al. 2010).

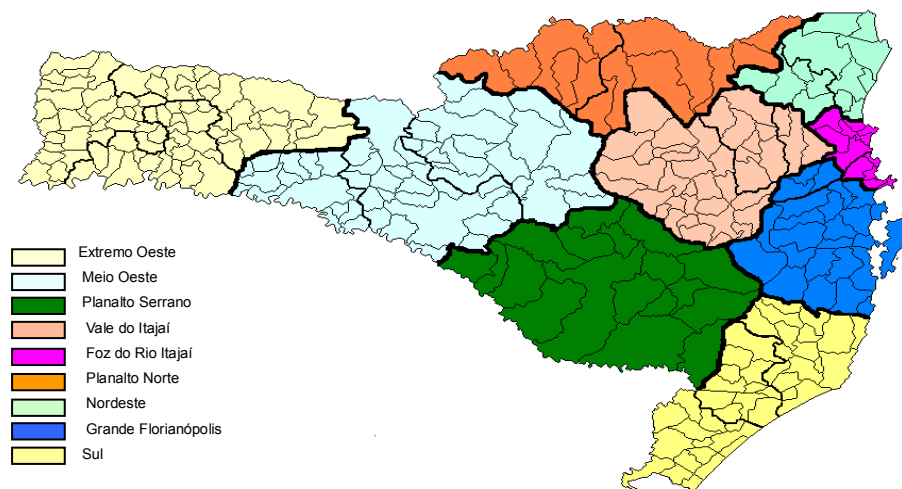
Em seguida, foi instituída uma comissão de avaliação das atividades dos Polos Locorregionais, para que os mesmos pudessem tomar conhecimento da PNEPS, bem como do repasse de recursos (SANTA CATARINA, 2017).

Cabe ressaltar a necessidade dos municípios que compõe a região de fortalecer a Política de Educação Permanente em Saúde a qual permeia as demais políticas: atenção básica e o PMAQ- Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade, Redes de atenção à saúde, educação popular, controle social, dentre outras as quais sinalizam a EPS como estratégia de implementação. O grupo de trabalho ainda identificou a importância da criação e fortalecimento dos Núcleos Municipais de Educação Permanente em saúde e Humanização – NMEPSH, tendo em vista que os municípios possuem recursos do co-financiamento da Atenção Básica, os quais prioritariamente devem ser utilizados para educação permanente em saúde e enfrentam dificuldades na gestão e efetiva aplicação deste recurso (SANTA CATARINA, 2017).

Nesta direção, a Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS) coordena a Política de Educação Permanente no Estado de Santa Catarina (PEPESC), juntamente com um Fórum Estadual das Comissões de Integração Ensino/Serviço, “configurado como um espaço de troca de experiências e decisões relativas às ações de Educação Permanente em Saúde entre as 15 CIES em nível estadual” (SANTA CATARINA, 2009, p.13).

O território catarinense é dividido em 09 Macrorregiões de Saúde, conforme aponta o Plano Diretor de Regionalização - PDR/2008. Essa distribuição visa à organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (SANTA CATARINA, 2008). A Figura 1 demonstra as 9 divisões:

**Figura 1: Configuração das Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina**



Fonte: PDR/2008 (SANTA CATARINA, 2008).

Com a atuação conjunta da DEPS e os polos regionais atuantes, iniciam-se as discussões periódicas, baseadas em indicadores e necessidades loco regionais. Cada um desses doze (12) polos elaborou, em conjunto, o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), e também em nível regional a elaboração do Plano Regional para Educação Permanente em Saúde (PAREPS), juntamente com a CIES e CIR (SANTA CATARINA, 2008).

## 2.6 ASPECTOS HISTÓRICOS E ATUAIS DA SEGURANÇA DO CUIDADO AO PACIENTE

A melhoria na qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde atualmente tem recebido atenção especial, não só no Brasil como no âmbito global. “A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que todos os anos dezenas de milhares de pessoas sofrem danos desnecessários causados por serviços de saúde inseguros” (BRASIL, 2015a).

Hipócrates (460 a 370 a.C.) cunhou o postulado *Primum non nocere*, que significa – em primeiro lugar, não fazer mal. O pai da Medicina tinha a noção, desde aquela época, que o cuidado poderia evitar algum tipo de dano (LOEFLER, 2002).

Florence Nightingale, um dos marcos da enfermagem moderna, sustentava que o primeiro dever de um hospital deveria ser o de não causar mal ao paciente. Em seu trabalho na Guerra da Criméia (1853 a 1856), observou que as condições de atendimento aos soldados eram muito precárias, com isso, juntamente com outras voluntárias, priorizou a segurança dos feridos para proporcionar qualidade nos cuidados prestados (NIGHTINGALE, 1863).

Antigamente não se possuía uma assistência especializada e mesmo assim não era permissivo errar. À medida que ocorreram novos avanços no conhecimento e conseqüentemente a tecnologia foi progredindo, o nível de complexidade assistencial aumentou e a probabilidade de sobrevir erros também. Contrariamente a esse contexto, cada vez mais era adotada a conduta punitiva, de modo a identificar e apontar sempre o indivíduo responsável pelo engano (BUENO; FASSARELLA, 2012, p. 2-3).

Com o passar do tempo, o cuidado à saúde também avançou, partindo de uma assistência simples, com menos recursos, pouco efetiva, porém relativamente

segura, para uma assistência com maior complexidade e mais efetiva, mas conseqüentemente considerada potencialmente perigosa (SOUSA, 2006).

O relatório publicado por James Reason, psicólogo britânico, em 1999, nos Estados Unidos intitulado: “Errar é humano: construindo um Sistema de Saúde mais Seguro”, foi um marco acerca do tema, pois relatou a frequência de erros na assistência à saúde nos hospitais, e que as falhas devem ser abordadas de forma holística, pois resultam de falhas no sistema de saúde e não com foco nos profissionais envolvidos no evento (WACHTER, 2010). Ganhou notoriedade global, pois ao realizar revisões de prontuários apontou que cerca de 100.000 pessoas morrem por ano, vítimas de eventos adversos. Essa publicação contribuiu para mudanças nas práticas de saúde (BRASIL, 2013).

Segundo Corbellini et al (2011), “quando uma pessoa procura um serviço de saúde, pressupõe-se que o profissional esteja habilitado, capacitado e qualificado para atendê-la com segurança.”

Para Kalsing (2012), “nas instituições de saúde, busca-se a excelência no cuidado e foco na qualidade do atendimento”. Considera também que o ser humano está sujeito a realizar tarefas que apresentem não conformidades, que são denominadas de evento adverso.

Os erros e danos causados aos pacientes durante o atendimento médico-hospitalar têm sido descritos e estudados cada vez mais, mostrando, em evidências, que, embora o cuidado humano traga inúmeros benefícios, os erros estão sendo mais frequentes aos pacientes. Sendo este um dos motivos que direcionam para a necessidade de compreender o andamento histórico dos principais acontecimentos e modificações inerentes à segurança do paciente até os dias atuais (SILVA, 2012).

Deve-se considerar que boa parte dos cuidados em saúde é realizada fora dos hospitais, pois estudos apontam que, na atenção primária à saúde, os incidentes acontecem em proporção de 5 a 80 vezes a cada 100.000 atendimentos (SANDARS; ESMAIL, 2003), sendo a administração de medicamentos em domicílio contribuinte com as intercorrências, e 50% das hospitalizações por causas agudas potencialmente evitáveis (LEENDERTSE et al., 2008).

Assim, entende-se neste estudo, que a segurança do paciente é relevante em todos os níveis de atenção à saúde, uma vez que o cuidado não se restringe somente à prescrição e administração de medicamentos de forma correta e a prevenção de processos infecciosos durante a realização de procedimentos, mas envolve também a prevenção dos erros e eventos

adversos, bem como, a análise de suas ocorrências, a gestão dos recursos humanos, a efetiva liderança organizacional e o fortalecimento da cultura de segurança (PAESE, 2010, p.32).

A OMS publicou estratégias para prevenção de evento adverso no cuidado à saúde. Os desafios globais incluem “Cuidado Limpo é Cuidado Seguro” visando garantir a melhoria da higienização das mãos dos profissionais que atuam no cuidado, “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, visando melhorar a segurança do tratamento cirúrgico em todos os contextos de cuidados de saúde e “Enfrentar a Resistência Antimicrobiana” como uma prioridade e o foco do Dia Mundial da Saúde de 2011 (BRASIL, 2015a).

O avanço nas pesquisas de cuidado à saúde contribui para a melhoria do cuidado prestado. Mesmo com o progresso no sistema de saúde, o paciente ainda está exposto a diversos riscos, quando submetido a cuidados.

O paciente está sob risco, quando recebe os cuidados relacionados à sua saúde e, a segurança do paciente tem sido reconhecida como um componente extremamente importante da qualidade em saúde (BRASIL, 2014a).

Para Padilha (2006), os eventos adversos são “ocorrências indesejáveis, porém preveníveis, de natureza danosa ou prejudicial que comprometem a segurança do paciente”; considera-se o fato quando se refere a alguém que está sob os cuidados de profissionais da área da saúde.

A Teoria do Queijo Suíço explica que os eventos adversos ocorrem por uma junção de eventos e barreiras que não foram adotadas, e isso faz com que a associação dos fatores predisponentes resulte no evento adverso. Por isso, é necessário analisar e conhecer os aspectos relacionados ao fato, criando assim, diferentes possibilidades de gerenciar os riscos. Como se houvesse a possibilidade de criar barreiras que pudessem, de certa forma, obstruir esses buracos impedindo o realinhamento, assim esses erros latentes não estariam mais alinhados e não atingiriam o paciente (WACHTER, 2010).

Em concordância com a Teoria do Queijo Suíço, a OMS acrescenta que “erros têm diversas causas, que podem estar ligadas ao indivíduo, às tarefas que devem ser executadas, à conjuntura ou à própria organização” (WHO, 2016, p.100).

A redução dos eventos adversos ainda é um desafio a ser superado em relação à segurança do paciente. A causa dos erros é multifatorial, e os profissionais estão suscetíveis principalmente quando os processos são complexos e mal

planejados. Em uma assistência prestada por seres humanos sempre há possibilidade de riscos e danos ao paciente e esta realidade não pode mais ser ignorada (BRASIL, 2015a).

Frente à necessidade de garantir a qualidade do cuidado, com menores riscos ao paciente, torna-se urgente articular as práticas seguras a uma discussão do conceito de evento adverso, que se trata de um evento que ocorre durante a assistência à saúde e que pode causar uma injúria, dano físico ou psicológico ao paciente ou à organização (BERQUÓ, 2007).

Os eventos adversos relacionados à assistência, ainda são abordados de forma punitiva. Porém, os erros acontecem, na maioria das vezes, com profissionais treinados e que são comprometidos. O presente conceito parece ser mais bem compreendido nos países desenvolvidos, que já possuem uma trajetória de reflexão, se comparados aos países em desenvolvimento como o Brasil (BRASIL, 2014a).

Silva (2003) cita alguns sinônimos de eventos adversos: “ocorrências de eventos iatrogênicos; erros de enfermagem; ocorrências, reações; complicações iatrogênicas; iatrogenias; doença iatrogênica e falhas”. O autor considera que todos os termos supracitados não são intencionais.

Esses danos desnecessários são conhecidos como eventos iatrogênicos, que significa uma “ação prejudicial dos profissionais de saúde durante a prestação da assistência” e entendida também, como o “resultado indesejável relacionado à observação, monitorização ou intervenção terapêutica” (BOHOMOL, 2006, p. 33).

Esses eventos podem estar relacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos (ANACLETO et al., 2010).

O crescente número de ocorrência desses eventos adversos vem preocupando pesquisadores, profissionais e gestores de saúde, gerando cada vez mais discussões sobre a qualidade do cuidado em serviços de saúde (MENDES et al., 2008).

A OMS define erro como não intencional, embora possa ocasionar um evento adverso. Os profissionais deixam evidente que o fato não é esperado no trabalho da enfermagem, principalmente por considerarem ser prejudicial ao paciente (KALSING, 2012).

### 2.6.1 Cultura de Segurança

Sobre o conceito de cultura de segurança, Vincent (2009) diz que a definição da Comissão de Saúde e Segurança do Reino Unido é a que melhor capta as características essenciais. Esse comitê concebe cultura de segurança de uma organização como o produto de valores, atitudes e padrões de comportamento, tanto individuais quanto coletivos, que determinam o comprometimento, o estilo e a facilidade de execução de programas de saúde e segurança organizacionais.

O mesmo autor afirma que as organizações que possuem uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por apresentarem processos comunicacionais baseados na confiança mútua, por compartilharem percepções da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas.

Desse modo, cultura pode ser definida como o somatório de valores, experiências, atitudes e práticas, que orientam o comportamento de um grupo. As características de uma cultura de segurança sólida incluem o compromisso para discutir e aprender com os erros, o reconhecimento da inevitabilidade do erro, identificação proativa das ameaças latentes e incorporação de um sistema não-punitivo para o relato e análise dos eventos adversos (TONDO, 2015).

Na busca do estabelecimento da cultura de segurança, é necessário que os profissionais substituam o sentimento de culpa e vergonha por uma nova abordagem, e com ela repensar os processos assistenciais (BRASIL, 2011). Outro fator que pode influenciar positivamente para o desenvolvimento da cultura de segurança é o uso da notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde (HENCKEMAIER, 2016).

Uma cultura de culpa ou punitiva, em que os erros são vistos apenas como fracassos pessoais, deveria ser substituída por uma cultura em que os erros sejam encarados como oportunidades de melhorar o sistema (PAESE; SASSO, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), quando ocorre um erro na assistência à saúde a tendência é haver uma abordagem pessoal, que aponta primeiramente para os profissionais de saúde envolvidos diretamente no cuidado, no momento da ocorrência do incidente, e estes são responsabilizados pelo ocorrido. Culpar alguém é a forma mais prática para resolver o problema, ou seja, o senso comum é a cultura de culpa (WHO, 2016).

A condução das investigações dos eventos adversos não é tarefa fácil, mas a cobrança para que respostas sejam encontradas é presença constante, pois os impactos de sequelas graves, irreversíveis e até mesmo a morte são considerados inaceitáveis aos prestadores de serviços na área da saúde. Com isso, “querer culpar alguém é humano. Essa teoria se baseia na premissa de que as pessoas naturalmente querem atribuir sentido ao mundo” (WHO, 2016, p. 99).

Para Singer et al (2013), a cultura de segurança precisa ter os seguintes componentes: compromisso com a segurança; recursos necessários; segurança valorizada como a primeira prioridade; comunicação frequente e franca entre os trabalhadores de todos os níveis da organização; espaço para o diálogo diante da existência de erros; valorização da aprendizagem organizacional e, por fim, a resposta a um problema se concentra em melhorar o serviço de saúde, ao invés de culpar o indivíduo.

Conforme Schwonke (2012), os conceitos expostos afirmam que o termo cultura de segurança não deve ser um elemento externo ao indivíduo, mas uma norma ou rotina à qual ele necessita adaptar-se, mas é algo que ele constrói em seu cotidiano, juntamente com dispositivos administrativos, nos mais diversos níveis da organização. Ela representa a transição de uma cultura de silêncio, de punição, que foca o indivíduo e suas falhas, para uma cultura de mudanças, que busca tornar o sistema mais seguro. Assim, a cultura de segurança estabelece a forma como os indivíduos trabalham juntos, como se comunicam, como se adaptam aos desafios e como reagem aos erros.

Segundo Singer et al (2013), é necessário um envolvimento profundo para se estabelecer a cultura de segurança, pois a vida dos pacientes depende da capacidade efetiva no cuidado prestado.

Um dos maiores desafios na segurança do paciente é conscientizar os gestores de que os eventos nas instituições de saúde são multifatoriais, e que os profissionais estão suscetíveis a errar, quando os processos organizacionais são complexos ou mal planejados (SILVA, 2012).

Oferecer condições adequadas de trabalho é um aspecto necessário para que os profissionais possam aplicar as boas práticas<sup>11</sup> na assistência, porém nem

---

<sup>11</sup> Boas práticas: Práticas clínicas, científicas ou profissionais que são reconhecidas pela maioria dos profissionais de uma determinada área. São tipicamente baseadas na evidência e regidas por consenso (WHO, 2011, p.104).

sempre essa realidade é proporcionada, o que pode interferir na qualidade e segurança das pessoas envolvidas no processo do cuidado (HENCKEMAIER, 2016).

Outro aspecto relevante é o envolvimento do paciente e/ou familiares na sua segurança:

A maior parte dos pacientes não conhece seus direitos e os que conhecem muitas vezes não são compreendidos pelos profissionais da Saúde. Parte dos profissionais da Saúde reage mal, quando pacientes indagam sobre qual o tipo de medicamento está sendo administrado, ou quando solicitam uma segunda opinião sobre seu diagnóstico (BRASIL, 2013, p. 26).

Por isso, assumir uma relação com formação de vínculo e corresponsabilidade com o cidadão, pode fortalecer as ações em prol do cuidado seguro. Esse pode ser um dos eixos mais complexos a ser estabelecido, devido à necessidade de mudança de aspectos culturais por parte dos serviços de saúde e dos profissionais, para ampliar o acesso da comunidade às informações necessárias (BRASIL, 2013).

## 2.6.2 Iniciativas no Brasil acerca da Segurança do Cuidado ao Paciente

As iniciativas relacionadas à segurança do cuidado ao paciente no Brasil surgiram a partir de 1990, visando adotar programas de garantia da qualidade, tanto em instituições privadas quanto públicas, tendo como principais propósitos uma assistência isenta de danos e a satisfação do cliente (DONABEDIAN, 1994).

As primeiras pesquisas no Brasil foram influenciadas pelo panorama global no início da década de 2000, estes “demonstraram que os processos hospitalares não se encontravam organizados e adequados para garantir uma assistência segura e associado a essa complexidade, a limitação humana que, inevitavelmente, tem como efeito os erros” (BUENO; FASSARELLA, 2012, p. 5).

Em 2001, outra iniciativa brasileira, na área de segurança da assistência, foi a criação de um projeto chamado de “Hospitais Sentinela”. Esse projeto objetivava ampliar a vigilância de produtos utilizados na assistência à saúde. Em 2002, a iniciativa passou a ser chamada de Rede Sentinela, pois além do acompanhamento das tecnologias e produtos anteriormente monitorados, contemplou a busca ativa de eventos adversos e a notificação destes (BRASIL, 2003c).

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), surgiu, pela primeira vez, em São Paulo, em maio de 2007, com apoio da OPAS “como meio de potencializar o conhecimento e esforços da enfermagem comprometida com o desenvolvimento permanente desta área no Brasil” (REBRAENSP, 2015).

Também em 2007, na XXII Reunião de Ministros da Saúde do Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul) o Brasil, juntamente com Argentina, Paraguai, Uruguai, Bolívia, Chile e Equador assumiram o compromisso não somente para reduzir os riscos a que são submetidos os pacientes que recebem assistência nos serviços de saúde, mas se comprometeram a garantir o direito à saúde. Na reunião, os países do Mercosul apoiaram o primeiro desafio global da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente: Cuidado Limpo é Cuidado Seguro (BRASIL, 2013).

Nessa ótica, o Brasil é um dos países que compõem a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2011).

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), Segurança do Paciente significa “reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”. Sendo assim, em consonância com o panorama mundial, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Ministério da Saúde (MS) programam ações e estratégias visando à Segurança do Paciente (SP) por intervenção de legislações e projetos (BRASIL, 2014a, p.07).

Segundo Anvisa (BRASIL, 2011, p. 01) “errar é humano, mas é possível construir um sistema mais seguro”. Partindo deste princípio, o tema deve ser abordado nos serviços de saúde objetivando a sensibilização dos profissionais para uma prática mais segura e consciente.

Sherwood e Zomorodi (2014) dizem que, além dos custos financeiros, tais erros podem causar um impacto emocional nos pacientes e familiares, como também a perda da confiança nos profissionais e na instituição.

Está previsto na Portaria nº529, de 01 de abril de 2013, e na RDC nº 36 de 26 de julho de 2013, que a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em todos os serviços de assistência à saúde é obrigatória para “promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente” (BRASIL, 2014a, p.

22). Nesta direção, cada hospital deve implantar um núcleo específico para sua realidade e as unidades de Atenção Básica podem possuir um único a nível local (BRASIL, 2014a).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) traz a implantação de seis protocolos básicos de segurança do paciente, com objetivo principal de promover a segurança no atendimento com a criação de barreiras preventivas e mudanças nos processos de trabalho em todos os serviços de saúde, sendo público ou privados do território nacional. Esses protocolos foram elaborados por profissionais da área e publicados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Ministério da Saúde (MS) e Fiocruz. Estes protocolos deverão ser adaptados à realidade de cada instituição de saúde, e monitorados após implantação (BRASIL, 2014a).

Os protocolos tratam das seis metas internacionais de segurança do paciente: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (BRASIL, 2014a).

Além da implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e dos protocolos supracitados, os serviços de saúde devem realizar as notificações dos eventos adversos (EA), tanto para a instituição de saúde quanto para a ANVISA por meio do Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA). A ausência de um sistema de monitoramento e avaliação é considerada um ponto crítico para a segurança do paciente (BRASIL, 2014a).

Um dos objetivos das notificações é para que os serviços de saúde possam conhecer os fatores contribuintes “que são circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de incidente” (BRASIL, 2013, p.21). As investigações devem considerar as seguintes possibilidades de fatores: humanos, que envolvem o(s) profissional(is) de saúde; sistêmico, pode envolver o ambiente de saúde; relacionados ao paciente; e fatores externos (BRASIL, 2013).

Segundo a OMS, serviços de saúde que têm implantado a notificação e investigação de EA “são mais capazes de aprender com os erros porque os funcionários sentem-se à vontade para relatar problemas reais ou potenciais sem

medo de serem ridicularizados ou repreendidos” (WHO, 2016, p. 156). A adesão a essa estratégia permite que as lideranças identifiquem ou eliminem os fatores relacionados aos EA.

A Nota Técnica 01/2015 que fornece orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde, além de instruções para os serviços de saúde e profissionais de saúde, fornece detalhes do passo a passo para o cidadão ou familiar realizar a notificação dos eventos adversos (BRASIL, 2015b).

Deste modo, e sob tal complexidade, Foucault reflete sobre a vigilância e controle, e traz a noção de panoptismo, que vai além do modelo arquitetônico que este representa. O panóptico “deve ser compreendido como um modelo generalizável de funcionamento; uma maneira de definir as relações de poder com a vida cotidiana dos homens” (FOUCAULT, 1996, p.185).

Neste modelo, a vigilância se torna constante, a tal ponto que, cada pessoa passa a se vigiar, indiferente de outra pessoa o fazer. O autor considera este comportamento como o nível mais alto da vigilância, pois a pessoa não admite cometer infrações, ou quebrar regras, pois:

Seu funcionamento é de uma rede de relações de alto a baixo, mas também até um certo ponto de baixo para cima e lateralmente; essa rede “sustenta” o conjunto, e o perpassa de efeitos de poder que se apoiam uns sobre os outros: fiscais perpetuamente fiscalizados (FOUCAULT, 1996, p. 158).

Salienta-se que o Brasil é um dos países que considera a notificação de eventos adversos como critério obrigatório, assim a vigilância se dá pela conscientização, porém é uma forma de tentar controlar as pessoas envolvidas, o que aos poucos permite ampliar as relações de poder. “E isto de várias maneiras: porque pode reduzir o número dos que o exercem, ao mesmo tempo em que multiplica o número daqueles sobre os quais é exercido” (FOUCAULT, 1996, p. 186).

O panóptico é aplicável, quando o objetivo é manter sob vigilância um número considerável de pessoas, podendo este ser considerado em qualquer estabelecimento, quando a intenção é determinar um comportamento ou estabelecer regras para a realização de tarefas (FOUCAULT, 1996).

Regras estas, que são estabelecidas conforme o Documento de Referência para o PNSP (BRASIL, 2014a): há quatro eixos em sua composição: “O estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema” (BRASIL,

2014a, p. 16). A cultura de segurança do paciente é elemento presente em todos esses eixos. “A portaria destacou a necessidade de incluir o tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação, na pós-graduação na área da Saúde e na educação permanente dos profissionais da Saúde” (BRASIL, 2014a, p. 27).

Quando o evento adverso é notificado, posteriormente é realizada a investigação. Uma das ferramentas sugeridas é a análise de causa-raiz, que traz detalhes do ocorrido, com uma investigação minuciosa e extensa, procurando identificar as causas (raízes). Após, os possíveis fatores contribuintes são listados, e estratégias devem ser adotadas para que eventos similares sejam prevenidos (BRASIL, 2015a). Por isso, a PNEPS se torna uma ferramenta indispensável na temática.

### 3 METODOLOGIA

Esta pesquisa é de natureza aplicada e tem, como forma de abordagem, a qualitativa, com objetivo exploratório e descritivo, de caráter documental.

No intuito de refletir acerca das ações da PNEPS no PNC com foco na segurança no cuidado ao paciente, optou-se por uma pesquisa aplicada com abordagem qualitativa, para obter uma visão mais ampla do cenário da Educação Permanente em Saúde na região.

Optou-se por esse tipo de pesquisa, para interpretação dos fatos por meio da coleta de dados, no cenário do Planalto Norte-Catarinense, ou seja, enfoca o estudo da realidade, propondo interpretações e soluções para problemas existentes (POLIT; BECK, 2011). Por isso, pretendeu conhecer de que forma os serviços estão desenvolvendo a educação permanente em saúde como facilitadores do processo de implantação de estratégias para a segurança do paciente.

Por sua vez, ao caracterizar a pesquisa de acordo com os objetivos, destaca-se a descritiva e exploratória. Nos estudos descritivos, são feitas observações da realidade, objetivando o estudo das características. Já a exploratória tem o propósito de familiarizar-se mais com a realidade estudada, estando em consonância com o tema em questão (GIL, 2010).

A pesquisa documental, em dados secundários, exigiu, quando realizada, uma exploração comparativa de registros, e partiu da hipótese que permite o contato do pesquisador com a realidade presente nos documentos pesquisados, aproximando-o do problema e proporcionando maior familiaridade com o mesmo.

O universo de pesquisa foi a região do Planalto-Norte Catarinense. A região é formada por 13 municípios: Bela Vista do Toldo, Campo Alegre, Canoinhas, Irineópolis, Itaiópolis, Mafra, Major Vieira, Monte Castelo, Papanduva, Três Barras, Porto União, Rio Negrinho e São Bento do Sul. A população é formada por aproximadamente 366.928 habitantes (IBGE, 2013). A pesquisa contemplou os 13 municípios, representados na figura 2, a seguir.

**Figura 2: Composição do Planalto Norte=Catarinense**



FONTE: IBGE, 2013.

Na figura 2, os municípios são representados de acordo com a divisão das duas regionais de saúde. A Regional de Saúde de Mafra é composta por 07 municípios: Campo Alegre, Itaiópolis, Mafra, Monte Castelo, Papanduva, Rio Negrinho e São Bento do Sul. A Regional de Saúde de Canoinhas é formada por 06 municípios: Bela Vista do Toldo, Canoinhas, Irineópolis, Major Vieira, Porto União e Três Barras (SANTA CATARINA, 2017).

Na região, a saúde pública é composta por: 115 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 84 Estratégias de Saúde da Família (ESF), 42 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e 6 Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF). Na atenção hospitalar, é composta por 14 instituições de baixa, média e alta complexidade, com um total de 532 leitos (SANTA CATARINA, 2017).

A coleta de dados foi realizada mediante consulta nos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde – PAREPS 2014/2017 e 2018-2021, para verificar o planejamento pactuado das ações e as ações realizadas e planejadas; publicações do CIES de processos avaliativos de Educação Permanente em Saúde em Santa Catarina; documentos da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina; relatórios da Vigilância Sanitária Estadual e Nacional; e publicações de duas pesquisas regionais recentes voltadas ao Programa Nacional de Segurança do Paciente que retratam a implantação nos hospitais públicos e atividades realizadas a partir de 2013.

O roteiro de coleta de dados (APÊNDICE A) foi elaborado pela pesquisadora com objetivo de detalhar e caracterizar as ações implementadas pelos serviços que fazem parte do Planalto Norte-Catarinense, conforme comprovação documental

consultada, quando foi verificado se as mesmas atendem às seis metas da Organização Mundial da Saúde para a Segurança do Paciente.

A pesquisa, por sua vez, foi dividida em três etapas distintas:

- A Primeira Etapa, estudo para embasamento, com delineamento dos assuntos, fichamento das leituras;
- A Segunda Etapa, a pesquisa com estudo documental;
- A Terceira Etapa diz respeito aos resultados da pesquisa, categorizando e descrevendo a realidade regional no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, de forma que possibilite o fornecimento de respostas ao problema que é objeto de estudo, ou mesmo de novos questionamentos.

Após a coleta de dados, estes foram lidos, organizados e posteriormente analisados com apoio nas literaturas que embasam esta pesquisa, e estão apresentados em números absolutos e percentuais, demonstrados em tabelas, quadros e gráficos.

O estudo é de caráter documental, sendo assim, não ocorreu pesquisa direta com pessoas, por isso não houve obrigatoriedade de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos. Não foi necessária a utilização de laboratório, e as despesas da pesquisa foram custeadas pela bolsa do UNIEDU, concedida desde junho/2017.

## 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da pesquisa são apresentados a seguir de acordo com a similaridade. Estes foram agrupados por categorias e discutidos de modo a responder aos objetivos propostos.

O Plano Regional de Educação Permanente em Saúde do Planalto Norte-Catarinense, publicações do CIES, documentos da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, relatórios da Vigilância Sanitária Estadual e Nacional, dentre outros indicadores públicos referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e do Programa Nacional de Segurança do Paciente foram averiguados e estabeleceram-se as seguintes categorias para apresentação e discussão dos resultados: A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Planalto Norte-Catarinense; O Programa Nacional de Segurança do Paciente no Planalto Norte-Catarinense; Ações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e sua relação com a Segurança do Paciente no Planalto Norte-Catarinense; Reflexões acerca da Saúde e sua relação com o Desenvolvimento Regional no Planalto Norte-Catarinense.

### 4.1 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PLANALTO NORTE-CATARINENSE

Os resultados da pesquisa confirmam que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi implantada no Estado de Santa Catarina desde 2007, e no Planalto Norte-Catarinense (PNC), em 22 de abril de 2008. A implementação desta política no PNC oportunizou a criação de espaços de discussão, por meio do CIES, e conta com a construção da Política Pública por meio dos atores sociais envolvidos na gestão, ensino, assistência e controle social. Os 13 (treze) municípios do PNC estão representados no CIES, e possuem regimento interno que designa as finalidades para efetivação da PNEPS. “Estes segmentos integram a base para a efetividade na Educação Permanente em Saúde (EPS) dentro dos municípios” (VENDRUSCOLO et al., 2018, p. 128).

As reuniões do CIES, para elaboração das propostas de trabalho e planejamento das ações, no PNC foram pactuadas para realizarem-se na última segunda-feira de cada mês. Anualmente, a agenda de trabalho é definida e pactuada pelos integrantes (SANTA CATARINA, 2014).

As discussões iniciais resultaram na aprovação do Plano de Trabalho 2008/2012, elencando as prioridades regionais. O primeiro PAREPS foi aprovado em 2012, porém, algumas dificuldades foram encontradas, principalmente devido à mudança da representante do CIES, que era articuladora em 2013, o que ocasionou a desestruturação do grupo momentaneamente. No mesmo ano, os atores envolvidos se reuniram e optaram por retomar o planejamento e fortalecer as ações (VENDRUSCOLO et al., 2018).

As dificuldades encontradas diante da mudança de atores envolvidos fazem refletir sobre o compromisso individual de cada pessoa envolvida. Pois os processos de construção e discussão mostram um personalismo e uma imaturidade política na sociedade, resultando em planejamentos e projetos centrados em indivíduos, e não na coletividade.

Outras dificuldades foram apontadas no planejamento, como “investimentos restritos em qualificação profissional, educação e saúde; a região sempre foi muito desassistida de serviços que o Estado oferece” (SANTA CATARINA, 2017, p.48).

Reconhecendo as limitações, o grupo de trabalho sugeriu a criação dos Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde (NMEPS), cuja intervenção destes é organizar os planos municipais de EPS que, posteriormente, seriam compartilhados em nível regional. “Atualmente, a CIES conta com nove municípios com os NMEPS atuantes e em processo de fortalecimento e quatro municípios em fase de implantação” (VENDRUSCOLO et al., 2018, p. 132).

A implantação no Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde pode proporcionar discussões enriquecedoras entre os diferentes atores envolvidos na gestão e processo de cuidado, contando também com a participação da sociedade. Se conduzido de forma atuante, reflexões de questões cotidianas conseguem reconduzir a transformações positivas nos serviços de saúde e nas condições de trabalho dos profissionais.

Os integrantes do CIES reconhecem o PAREPS como instrumento importante na orientação da política pública de saúde, pois após sua construção, este

documento está em permanente revisão, visando garantir o alcance dos objetivos estabelecidos.

O PAREPS do Planalto Norte-Catarinense é baseado nas necessidades regionais, e sua construção se dá por meio de oficinas com a participação dos membros do CIES dos 13 municípios, levando em consideração os indicadores de saúde. Após sua aprovação, as ações são executadas em cooperação com os atores do quadrilátero da formação (gestores, profissionais, ensino e usuários), e possíveis adequações, durante a execução do plano, podem ser “realizados pelos órgãos de controle social e as demais esferas de governo, de forma a criar e consolidar uma política de saúde legítima e participativa” (SANTA CATARINA, 2017, p.09).

O objetivo geral do PAREPS do PNC é:

Desenvolver estratégias de diagnóstico, implantação e implementação de ações de Educação Permanente em Saúde a curto, médio e longo prazo, que promovam mudanças no processo de trabalho, com momentos de monitoramento e avaliação de processos e resultados, em âmbito regional (SANTA CATARINA, 2017, p.10).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem reconhecida importância na região do Planalto Norte-Catarinense, pois com a implementação de uma política pública idealizada no Brasil, com ferramentas para sua descentralização e regionalização, considera as especificidades e necessidades regionais, para, por intermédio do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde, traçar objetivos com foco nos profissionais e indicadores de saúde.

Nesse âmbito, Gadelha e Costa (2011) concordam que as ações planejadas em nível regional contribuem para minimizar as diferenças no país, e isso pode potencializar o desenvolvimento. Porém, sobre este aspecto, Nuske et al. (2017) listam alguns elementos que dificultam os resultados no âmbito da saúde regional, como: capacidade limitada dos gestores para planejar, número insuficiente de profissionais de saúde, dificuldade dos serviços em trabalhar de forma integrada, fragilidade nas relações interestaduais, entre outros.

A possibilidade de avaliação dos impactos e resultados das ações de Educação Permanente em Saúde em Santa Catarina (SC) iniciou mediante a criação de um instrumento (ANEXO A), que foi elaborado após realização de oficinas de construção com participação dos integrantes do CIES do estado de SC, iniciadas

em 2014. De setembro a dezembro de 2017, duas regiões de saúde aplicaram o instrumento avaliativo para analisar a viabilidade e, em oficinas estaduais realizadas em 2018, foram feitos os ajustes necessários. A matriz avaliativa será aplicada por um articulador municipal, e posteriormente os resultados serão socializados. O relato de experiência, sobre a elaboração do instrumento avaliativo, recebeu o reconhecimento da OPAS e do MS como inovação no campo da EPS no Brasil, em julho de 2018 (SANTA CATARINA, 2018).

Considerando a tríade planejamento-metodologia-avaliação, prática indispensável na PNEPS, a aplicação deste instrumento avaliativo se tornou uma forma de acompanhamento e avaliação da Política Pública, tanto em nível regional quanto municipal. Reconhecendo estes dados, indicadores de desempenho poderão ser definidos e acompanhados, para corrigir as fragilidades e fortalecer as potencialidades. Assim, ao obter um diagnóstico situacional, os atores envolvidos podem sentir-se provocados a refletir a respeito dessa autoavaliação e promover mudanças significativas.

Em pesquisa que avaliou a EP nos serviços públicos, os autores apontam uma autocrítica ao processo, devido à ausência de estudo sobre as metodologias utilizadas, tampouco das avaliações realizadas após as atividades desenvolvidas. Relatam que existe implantado um instrumento de avaliação simples, com a possibilidade de o participante sugerir os próximos cursos, porém não há tabulação e divulgação de dados para possíveis melhorias (LINO et al., 2009).

Voltando ao PNC, são apontadas como limitações para a consolidação efetiva da PNEPS no PNC: pouca participação dos gestores, resistência por parte de alguns profissionais quanto às diretrizes da PP, a identificação de parâmetros para os projetos e ações, a burocracia para aprovação dos projetos, necessidade de aprimorar a organização dos cursos de educação à distância (VENDRUSCOLO et al., 2018).

Dessa forma, e sob tal complexidade, é imprescindível que os profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidar, reconheçam a necessidade de melhoria nos processos do seu trabalho, pois não basta ter domínio técnico, é preciso domínio político e estratégico, para que todos os envolvidos, desde os gestores aos serviços de apoio, despertem interesse em consolidar a PNEPS.

Frisa-se que, não apenas os integrantes do CIES têm responsabilidades sobre os objetivos traçados no PAREPS, mas todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde devem reconhecer a sua importância, pois ao serem colocados em prática resultam em mudança na formação e na prática profissional, que refletem em benefícios para a população.

Para contribuir com a efetivação dos direitos fundamentais, como a saúde, há a necessidade, por parte do Estado, de recursos apropriados para a sua operacionalização. Os recursos humanos fazem parte desses requisitos para a efetivação de políticas públicas que visem à qualidade da assistência e o bem-estar da população.

Com o envolvimento de gestores e profissionais de saúde, atuando de forma interdisciplinar, sustentada em princípios teóricos e conceituais, que sejam convergentes com as necessidades regionais, os serviços públicos podem maximizar a garantia do direito à saúde.

Cabe salientar que as práticas de educação permanente em saúde devem ser apropriadas aos aspectos culturais e regionais, de modo a contribuir para melhoria no atendimento de saúde. Por isso, a necessidade de considerar a relevância do Programa Nacional de Segurança do Paciente, bem como as diretrizes de sua implantação, que visam proporcionar um sistema de saúde mais seguro.

#### 4.2 O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO PLANALTO NORTE-CATARINENSE

A região do Planalto Norte-Catarinense (PNC) apresenta indicadores sociais, em especial da saúde, que apontam para quadros preocupantes. Por isso, vale ressaltar que, para a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), diversas iniciativas estaduais contribuíram para cientificar os profissionais e gestores quanto à importância da temática.

Estudo realizado por Albuquerque e Vandresen (2017) retrata a implantação do PNSP na região do PNC, e descreve as ações desenvolvidas após a publicação da Portaria MS 529, de 1º de abril de 2013. As seguintes ações são descritas:

Oficina Estadual sobre Segurança do Paciente, realizada em Florianópolis, em 2013. Em 2014, dando continuidade às discussões, realizou-se a II Oficina Estadual sobre Segurança do Paciente; e em 2015, o Seminário de Segurança do Paciente e as Redes de Atenção à Saúde. Todas essas atividades foram concretizadas por meio de parcerias entre a SES, VISA Estadual e serviços de apoio, visando à reflexão sobre a temática e a sensibilização sobre a implantação do PNSP nos serviços de saúde do estado de SC.

Na região do PNC, em maio de 2013, por iniciativa do articulador do CIES do PNC, um grupo de profissionais presentes na Semana Acadêmica de Enfermagem, na Universidade do Contestado, Campus Mafra, iniciou discussões sobre o tema. Posteriormente, “foram mobilizados então os hospitais da região do Planalto Norte-Catarinense para a criação e implantação do Núcleo de Segurança do Paciente Regional do Planalto Norte” (ZANLUCA, 2016, p. 13).

Em estudo regional realizado em 2016, a autora desta pesquisa teve acesso ao Regimento Interno do NSP do PNC, no qual consta como objetivo:

Ampliar a segurança dos pacientes hospitalizados nas instituições da referida região; promover a disseminação sistemática da cultura de segurança; fortalecer o vínculo entre as instituições através de discussões e compartilhamento de experiências; atender as exigências da RDC 36/2013 (ZANLUCA, 2016, p. 14).

A iniciativa proporcionou a aproximação de profissionais de saúde dos hospitais públicos do PNC, criando espaços de discussão e construção, formando um elo com a Educação Permanente em Saúde, por meio do articulador do CIES, que foi o fundador do NSP regional.

“As reuniões de grupo vão em busca das principais dificuldades e a procura para a melhor implantação das ações e dos protocolos de segurança do paciente com o foco nos problemas de maior incidência” (ZANLUCA, 2016, p. 13). Sobre a implantação dos seis protocolos básicos do PNSP, Zanluca (2016) diz que os profissionais dos hospitais do PNC afirmam que uma das maiores dificuldades enfrentadas é a rotatividade de profissionais, o que impede a continuidade do processo.

Além das reuniões periódicas, o NSP do PNC realizou três Seminários de Segurança do Paciente regionais, nos anos de 2014, 2015 e 2016 (ALBUQUERQUE; VANDRESEN, 2017).

Os serviços de saúde públicos e privados, além da implantação do NSP, precisam que esta comissão seja cadastrada na ANVISA, para que indicadores nacionais e estaduais possam ser gerados, visando acompanhar o cumprimento da legislação específica do PNSP.

Em consulta à plataforma da ANVISA, em relatório atualizado em 18 de janeiro/2019, em Santa Catarina estão cadastrados 202 Núcleos de Segurança do Paciente, que estão em hospitais, clínicas privadas e atenção básica à saúde. Considerando os 295 municípios no estado, percebe-se que com 5 (cinco) anos de implantação do PNSP ainda falta adesão dos serviços e sensibilização a respeito da temática.

Quanto à implantação do Núcleo de Segurança do Paciente no PNC, conforme dados obtidos no cadastro da Vigilância Sanitária dos 13 municípios, não há cadastro de NSP em Secretarias Municipais de Saúde, e os núcleos cadastrados em Hospitais e clínicas estão representados no quadro a seguir (QUADRO 3):

Quadro 3: Núcleos de Segurança do Paciente cadastrados na Anvisa

<b>Delimitação</b>	<b>Janeiro/2017</b>	<b>Julho/2018</b>	<b>Janeiro/2019</b>
<b>Estado de SC</b>	141	185	202
<b>PNC</b>	08	12	13

FONTE: Dados da pesquisa, 2019.

Pelo constante no quadro 3, pode-se fazer uma comparação dos últimos 02 (dois) anos; é notável o avanço no cadastramento junto à ANVISA das instituições que têm os serviços implantados. Em janeiro/2017, 08 (oito) NSP estavam cadastrados no PNC, destes 02 (dois) são em clínicas e 06 (seis) em hospitais. Em julho/2018, houve um aumento para 12 (doze) NSP, sendo 04 (quatro) em clínicas e 08 (oito) em hospitais. Em janeiro/2019, um total de 13 (treze) NSP formalmente cadastrados na ANVISA, sendo 04 (quatro) em clínicas privadas e 09 (nove) em hospitais.

Mesmo havendo aumento no número de NSP cadastrados, ao considerar que o PNSP foi implantado no Brasil, em abril de 2013, pode-se afirmar que ainda há muito a avançar para a efetiva conscientização sobre as ações que visam à segurança no cuidado ao paciente. Pois dos 14 (quatorze) hospitais que fazem parte da região do PNC, 05 (cinco) ainda não possuem NSP formalmente cadastrados em conformidade com as determinações da ANVISA.

A distribuição dos Núcleos de Segurança do Paciente cadastrados na região do PNC, conforme municípios e perfil institucional de clínicas privadas e hospitais públicos são demonstrados no quadro a seguir (QUADRO 4):

Quadro 4: Núcleos de Segurança do Paciente do PNC Cadastrados na ANVISA

MUNICÍPIO	Janeiro/2017		Julho/2018		Janeiro/2019	
	Clinica	Hospital	Clinica	Hospital	Clinica	Hospital
<b>Campo Alegre</b>		01		01		01
<b>Canoinhas</b>		01		01		01
<b>Mafra</b>	02	01	03	02	03	02
<b>Porto União</b>		01	01	01	01	01
<b>Rio Negrinho</b>			01		01	01
<b>São Bento do Sul</b>		02		02		02
<b>TOTAL</b>	<b>08</b>		<b>12</b>		<b>13</b>	

FONTE: Dados da pesquisa, 2019.

Os demais municípios, que fazem parte da região e não constam no quadro 4, são porque, nos períodos monitorados, ainda não havia NSP cadastrado, porém, a última atualização consultada no site da ANVISA, foi em 18 de janeiro de 2019. Isso retrata uma realidade que mostra a necessidade de adesão dos serviços e comprometimento dos profissionais para as determinações do PNSP. Vale destacar que a adesão não é voluntária, mas sim, determinada pelo PNSP, e sua efetivação é acompanhada pela vigilância sanitária.

Uma das atribuições do Núcleo de Segurança do Paciente é conscientizar os profissionais de saúde para que a ocorrência de Eventos Adversos, relacionados à assistência à saúde sejam notificados ao NSP, e este deve realizar a notificação no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (NOTIVISA) (BRASIL, 2014a), com vistas a promover estratégias de educação permanente em saúde para a minimização destes eventos ou de seus danos e a intensificação da prática da cultura de segurança.

O processo de notificação e investigação do evento adverso, apesar de sua obrigatoriedade, vem ao encontro de uma cultura não punitiva. Os profissionais de saúde, apesar da vigilância constante, precisam se sentir seguros para que possam admitir as falhas, para, em seguida, se manifestar a respeito realizando o registro, em formulário próprio para este fim, na busca em criar uma abordagem sistêmica do ocorrido.

As notificações são sigilosas, preservando a identidade do notificador, assim, ao preencher o formulário, não há obrigatoriedade de identificar o notificante, pois a

abordagem da investigação e condução pós-evento é generalista, buscando não o profissional diretamente envolvido no evento, mas sim, todos os fatores contribuintes para o desfecho desfavorável. Deste modo, os indicadores públicos, divulgados no site da ANVISA não identificam o paciente, o profissional de saúde, nem a instituição de ocorrência.

Por isso, os dados a seguir, representados no Gráfico 1, retratam os indicadores nacionais e estaduais de hospitais que realizaram ao menos uma notificação, não havendo detalhamento específico de dados apenas da região do PNC, porque ainda não são publicados por macrorregiões estaduais. Porém, são relevantes ao estudo, devido ao fato de o PNSP ser recente no Brasil, e também pela representatividade que o estado de SC tem na adesão às boas práticas e fornecimento de informações.

Gradativamente, os serviços cadastrados estão realizando as notificações de EA. Em SC apenas 24 (vinte e quatro) hospitais com NSP são notificantes, dos 13 (treze) NSP do PNC cadastrados na ANVISA, apenas 02 (dois) são notificantes (BRASIL, 2017).

Em estudo prévio, realizado com integrantes do grupo regional de SP no PNC, 05 (cinco) hospitais responderam que realizam a notificação de EA, sendo 02 (dois) hospitais de Mafra, 01 (um) de São Bento do Sul, 01 (um) de Canoinhas e 01 (um) de Três Barras (ZANLUCA, 2016).

Houve divergência de informações no estudo realizado por Zanluca (2016) e nos dados oficiais da ANVISA. O que se supõe que pode ter acontecido que os hospitais até fazem a notificação, porém os indicadores são acompanhados de forma interna, e não informados ao NOTIVISA. A situação reflete o que a OMS aponta sobre o medo de punição pela ocorrência de erros assistenciais, e a necessidade de se estabelecer uma cultura de segurança.

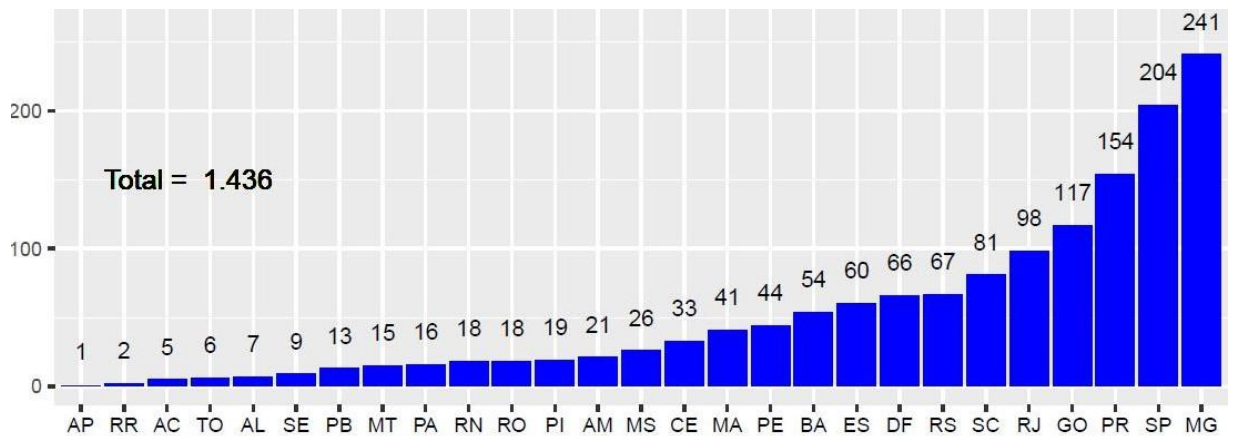
O número de serviços de saúde que cumprem a determinação de notificar os EA à ANVISA precisa avançar, pois os indicadores e as investigações são ferramentas mensuráveis para avaliar as práticas de trabalho. Sem acompanhar os números não há como identificar se as ações de sensibilização e educação permanente resultaram em mudança concreta na segurança da assistência.

As notificações de EA fazem parte do processo de vigilância e monitoramento em saúde. O objetivo principal é que cada serviço reconheça os aspectos a serem melhorados, e que possam estabelecer uma cultura de segurança ao identificar,

investigar, analisar e corrigir inadequações. Assim, contribuem para minimizar ou eliminar riscos a pessoas, ao ambiente e patrimônio da instituição.

Segue o Gráfico 1, que demonstra, em nível nacional, o número de NSP cadastrados, e que, no período de março de 2014 a setembro de 2018, realizaram ao menos uma notificação no sistema NOTIVISA.

Gráfico 1: Número de NSP no Brasil com ao menos uma notificação de 03/2014 a 09/2018

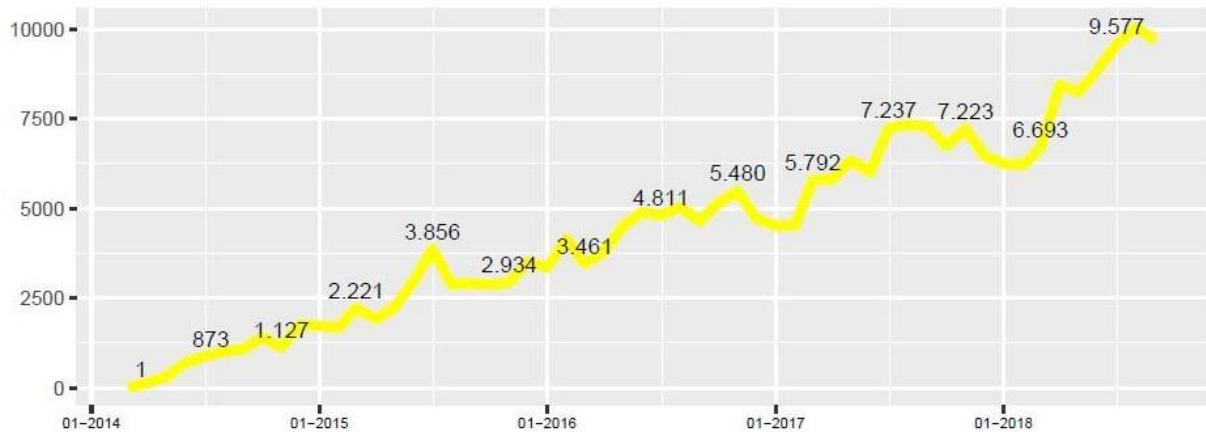


FORNTE: BRASIL, 2018b.

Santa Catarina é o sexto estado no Brasil em número de hospitais que realizaram notificações de EA, com 81 instituições. É importante analisar que, no período final considerado na avaliação, havia, aproximadamente, 185 NSP cadastrados no estado, porém, o que fica nítido no gráfico 1 é que nem todos estavam com o processo de vigilância e notificações de eventos implantados ou efetivamente sendo realizado.

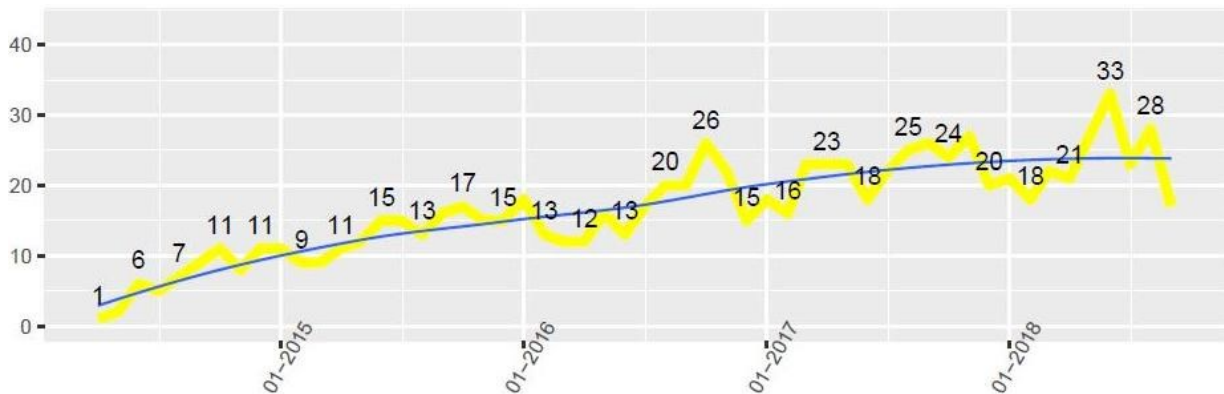
Nos Gráficos 2 e 3, há uma linha que retrata as notificações de EA no Brasil e em Santa Catarina, mostrando que, com o passar dos meses, houve um crescente aumento nos indicadores.

Gráfico 2: Número de EA mensalmente notificados no Brasil de 03/2014 a 09/2018



FONTE: BRASIL, 2018b.

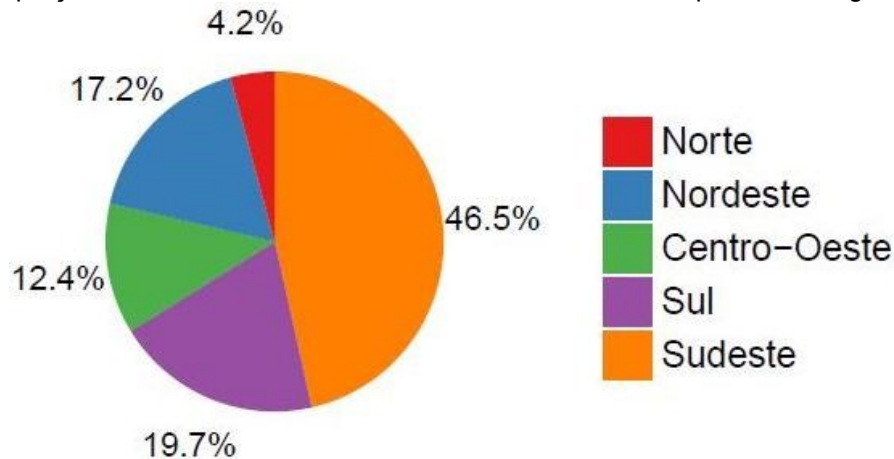
Gráfico 3: Número de EA mensalmente notificados em SC de 03/2014 a 09/2018



FONTE: BRASIL, 2018b.

O aumento gradativo das notificações pode sugerir que o PNSP, aos poucos, vai sendo fortalecido nos serviços de saúde no Brasil, e que os profissionais estão dispostos a reconhecer possíveis falhas.

Gráfico 4: Proporção de EA notificados no Brasil de 03/2014 a 09/2018 por macrorregião



FONTE: BRASIL, 2018b.

O Gráfico 4 demonstra a proporção de eventos adversos notificados no Brasil por macrorregião, no período de março de 2014 a setembro de 2018. Em primeiro lugar, a região Sudeste com 46,5%, em segundo lugar, a região Sul com 19,7%, em terceiro lugar, a região Nordeste com 17,2%, em quarto lugar, a região Centro-Oeste com 12,4% seguida da região Norte com 4,2%.

Diante desses dados, considerando que a região Sul contribuiu com 19,7% das notificações, associada às informações do Gráfico 1, que demonstra os NSP que no mesmo período realizaram ao menos uma notificação de EA, pode-se inferir que se tem, na região Sul, cerca de 302 hospitais (Paraná 154, Santa Catarina 81, Rio Grande do Sul 154) que estabeleceram ou estão em situação de consolidação de uma cultura de segurança. Essa realidade favorece a prevenção de incidentes, pois os profissionais envolvidos no processo do cuidado deveriam identificar os pontos críticos para a elaboração de estratégias e criação de barreiras suficientes a emergência de eventos adversos.

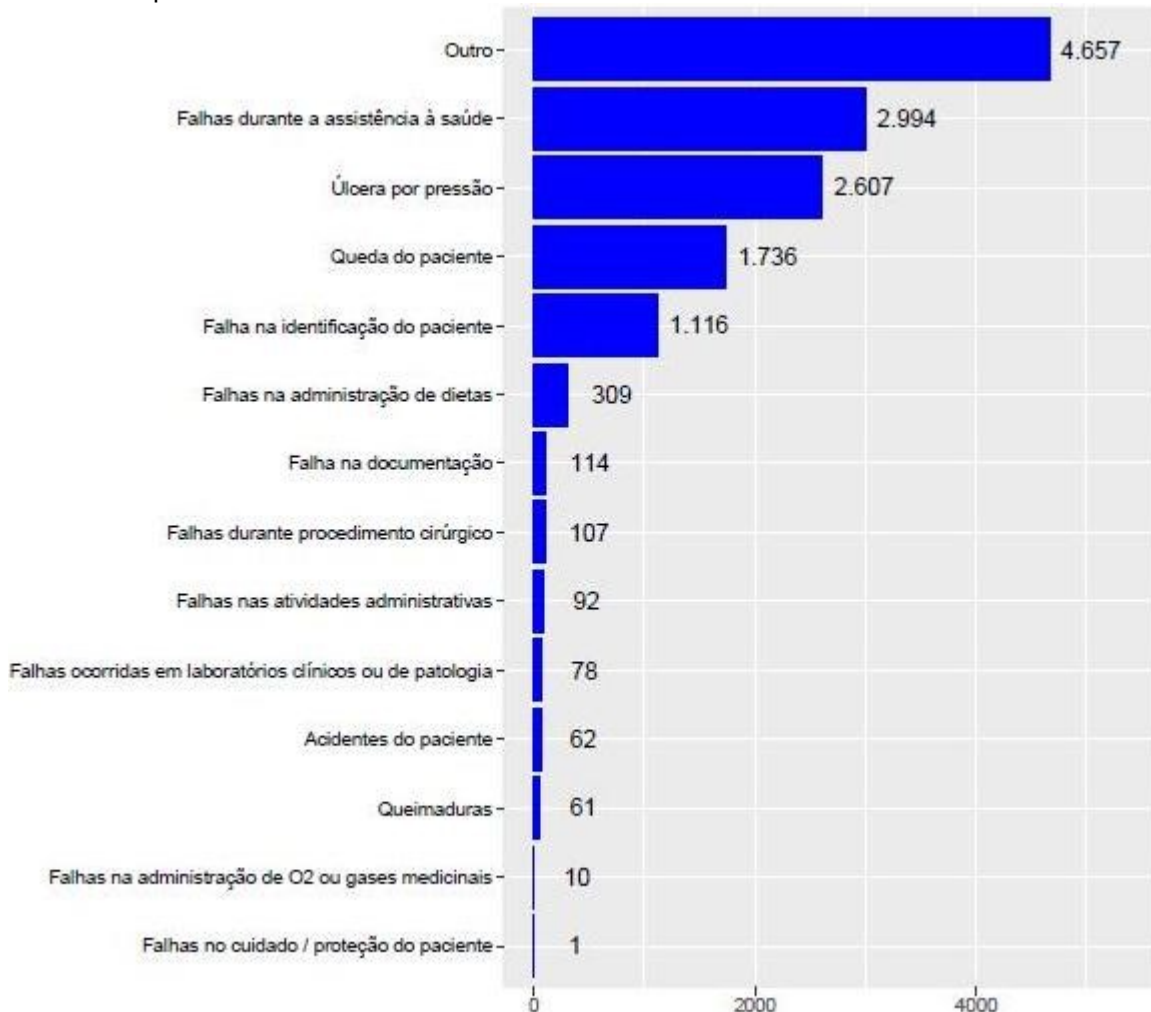
Todos os envolvidos no processo devem ser sensibilizados para que possam detectar os eventos adversos, que se constituem em complicações indesejadas decorrentes de assistência à saúde, pois “reconhecendo-os como um instrumento de melhoria contínua para segurança do paciente, e não como um mecanismo de punição” (BRASIL, 2017, p.86). As informações contidas na notificação devem ser descritas de forma detalhada, permitindo que o monitoramento possa ocorrer.

Nos indicadores nacionais, até o momento os eventos são classificados considerando a sua importância e similaridade, porém as situações não estão

listadas, apenas de acordo com os protocolos básicos, e outras possibilidades também são consideradas. Pode ser que, futuramente, novas categorias sejam criadas no NOTIVISA, conforme demanda e tipo de eventos.

O Gráfico 5 representa os tipos de eventos notificados em Santa Catarina, de março de 2014 a setembro de 2018, conforme detalhamento:

Gráfico 5: Tipo de EA notificados em SC de 03/2014 a 09/2018



FONTE: BRASIL, 2018b.

No gráfico 5, os EAs com maior frequência nas notificações são classificados como outros, com uma totalidade de 4.657 incidentes. Posteriormente, a categoria “outros” será detalhada, conforme dados nacionais.

Em SC, parte significativa dos eventos notificados se concentra em falhas durante a assistência à saúde (2.994), lesão por pressão (2.607), queda do paciente (1.736) e falha na identificação do paciente (1.116). As demais situações são falhas na administração de dietas (309), falha na documentação (114), falhas durante

procedimentos cirúrgicos (107), falhas nas atividades administrativas (92), falhas ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia (78), acidentes do paciente (62), queimaduras (61), falhas na administração de oxigênio ou gases medicinais (10) e falhas no cuidado/proteção do paciente (01).

Os serviços de saúde no PNC possuem características específicas, resultantes do contexto político, social e cultural regionais. A rotatividade profissional, limitação de recursos humanos e tecnológicos, descontinuidade da assistência, carência de especialidades, entre outros problemas no sistema de saúde, são agravantes que refletem na ocorrência de eventos adversos preveníveis.

Ao considerar o conhecimento do perfil de EA no estado, e que o PNC é representado por dois hospitais notificantes, planejar ações que envolvam a PNEPS, voltadas ao contexto regional podem contribuir na reflexão e ação sobre as falhas e suas consequências, oportunizando a criação de protocolos e barreiras preventivas.

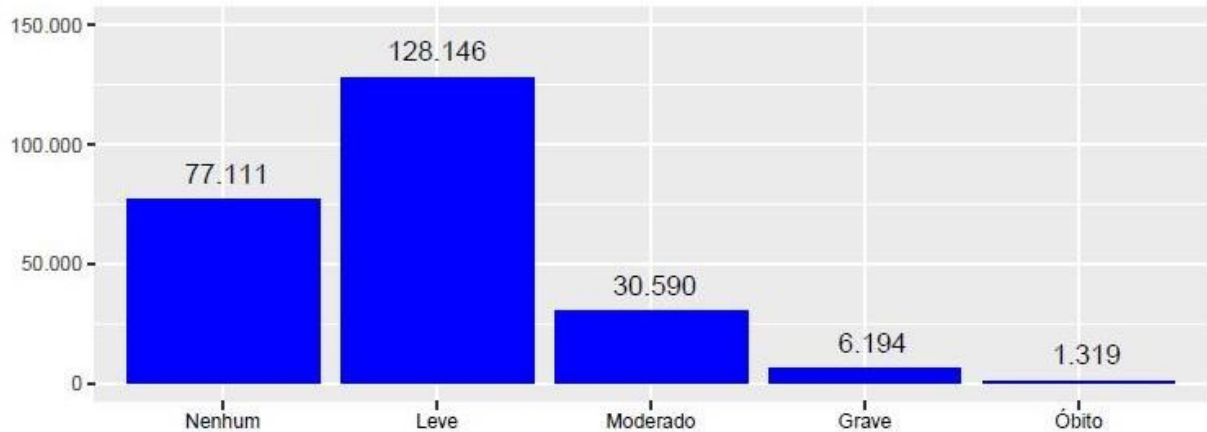
Em comparação com os indicadores nacionais, no mesmo período foram notificados 243.360 EA relacionados à assistência à saúde. A maior ocorrência também são os eventos classificados como “outros”, com 73.411 notificações. Nesse grupo, as situações mais frequentes são: perda ou obstrução de sondas (16.777), flebites (12.768), notificação envolvendo cateter venoso (10.693), notificações envolvendo medicamentos (6.382), lesões ao paciente e hematomas (4.374), entre outras.

Esse é um retrato de alguns eventos que ocorrem, porém muitos ainda são subnotificados, e por isso desconhecidos. Uma falha que aparentemente é apenas um detalhe pode fazer a diferença entre a vida e a morte de quem é cuidado. O desejado é que se entenda o erro como consequência de uma série de problemas do sistema, e que a busca por implementar medidas de correção e prevenção sejam prioridade, e não apenas a punição de quem comete o erro.

Além de reconhecer os EAs, durante a etapa de investigação, os danos causados ao paciente são avaliados, e posteriormente são classificados por nível de gravidade em: nenhum, quando não há dano ao paciente; leve, quando há dano ao paciente, mas com duração rápida e com pequena intervenção; moderado, quando o dano ou perda de função é permanente ou a recuperação se dá a longo prazo, com necessidade de intervenção; grave, quando necessita de intervenção de grande porte ou para suporte de vida, com grande perda de função; e óbito, o evento causou ou acelerou a morte, em curto prazo (PRATES; STADŇIK, 2017).

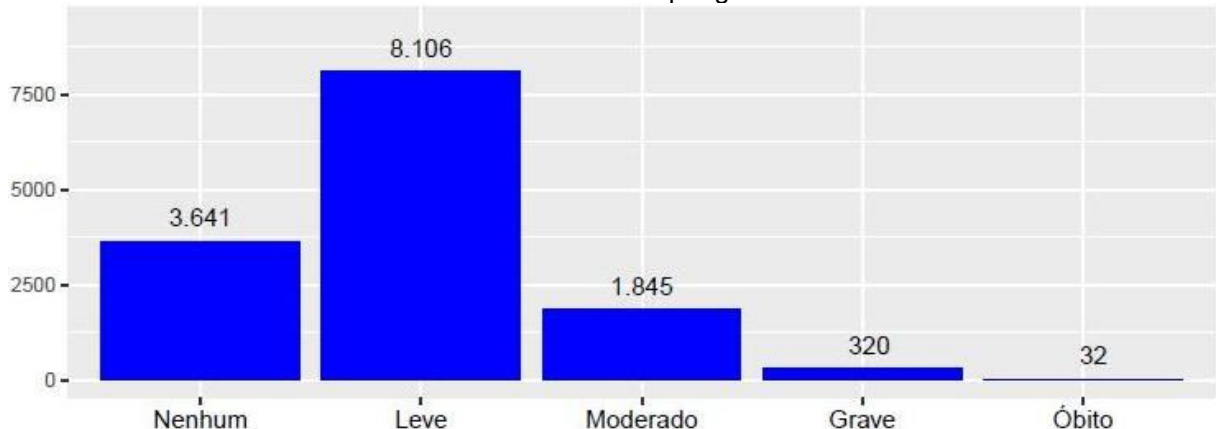
Os indicadores nacionais estão apresentados no Gráfico 6, e os indicadores de SC no Gráfico 7, a seguir:

Gráfico 6: Número de EA no Brasil de 03/2014 a 09/2018 por grau de dano



FONTE: BRASIL, 2018b.

Gráfico 7: Número de EA em SC de 03/2014 a 09/2018 por grau de dano



FONTE: BRASIL, 2018b.

A classificação dos eventos, por grau de dano, deve ser realizada, considerando critérios específicos que definem a gravidade do acontecido. Os dados dos gráficos demonstram os impactos negativos que a insegurança no atendimento pode repercutir na vida tanto do paciente, familiares como dos profissionais de saúde.

Considerando apenas os eventos, no Brasil são 164.930 eventos com danos; destes, 10.271 eventos com danos são em Santa Catarina e considerados leve, moderado e grave. Os dados de Santa Catarina representam 6,3% do total nacional, e comparado com a população do estado representa 1,46%, e comparando com a

população nacional 0,005%. E as situações de óbito são 1.319, no Brasil, sendo 32 em SC, que representa 2,42%.

Informações publicadas no II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil apontam que morrem mais pessoas no Brasil por consequência de eventos adversos relacionados à assistência à saúde do que relacionados ao câncer. As principais causas são infecções, lesões por pressão, trombose e infecção cirúrgica. Por isso, conhecer os fatores contribuintes para os EAs são a principal forma de melhorar a assistência à saúde, e minimizar essas estatísticas que apontam os eventos adversos como a segunda maior causa de óbito nos hospitais do Brasil (COUTO, 2018).

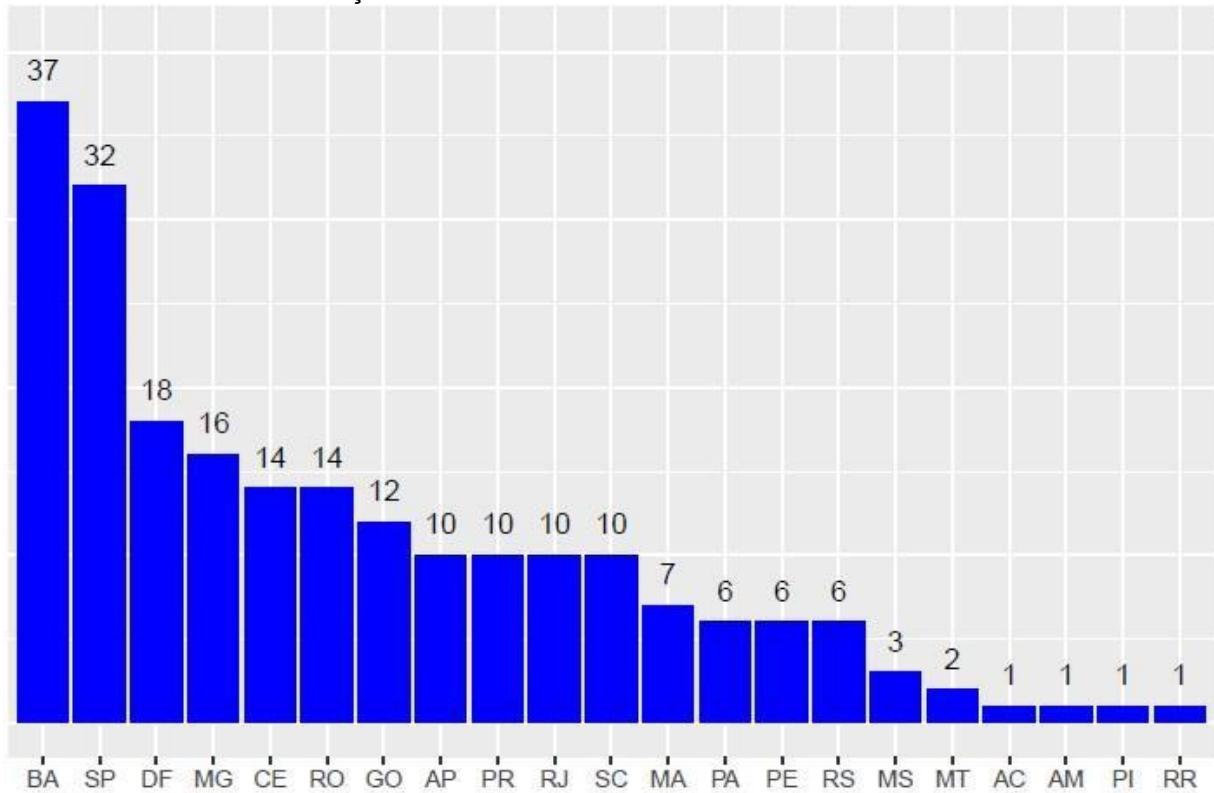
A partir dos dados apresentados evidenciam-se as reflexões de Foucault (2008) sobre o biopoder, que se refere a caracterizar a população, conhecendo o perfil das estatísticas. Assim, o Estado se posiciona como controlador nos processos de saúde e doença da população. Neste sentido, o Estado reconhece a importância dos indicadores e estatísticas para analisar a situação dos serviços de saúde e controlar as situações negativas. Manifesta-se aqui também o exercício do poder soberano do Estado em fazer viver ou deixar morrer.

Vale ressaltar que a ANVISA criou o Módulo Cidadão, que permite a notificação dos incidentes pela população, seja um familiar, amigo, conhecido ou até mesmo o próprio paciente (BRASIL, 2016).

A participação do paciente é reconhecida como essencial para a qualidade e segurança assistencial. Nesse sentido, o Módulo Cidadão se torna uma estratégia para que a população possa se tornar protagonista no processo, e não se calar diante dos eventos adversos ou situações de não conformidade relacionada à assistência à saúde recebida. Por isso, o conhecimento acerca desta ferramenta deve ser difundido e divulgado, para que mais pessoas possam aderir e contribuir para que prioridades sejam estabelecidas e melhorias se concretizem.

A seguir, o Gráfico 8 representa as notificações recebidas pelo Módulo Cidadão, no ano de 2016, em nível Nacional:

Gráfico 8: Número de notificações recebidas dos cidadãos no ano de 2016



FONTES: BRASIL, 2016.

O número de notificações, por parte da população, ainda é de 217 incidentes no Brasil e 10 em Santa Catarina. Pode-se considerar que talvez a população desconheça esses mecanismos de notificação e, por isso, cada vez mais deve ser incentivada a inclusão do paciente e familiar em sugestões que contribuam para a sua própria segurança. Essa recomendação foi estabelecida pela OMS na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, entre 2008 e 2009 (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Quadro 5: Eventos adversos por tipo notificados no Brasil pelo cidadão em 2016

<b>Tipo de incidente</b>	<b>Quantidade</b>
Problema / evento adverso relacionado ao uso de medicamentos	92
Outros	38
Incidente / evento adverso nas atividades administrativas (admissão no serviço de saúde, marcação de consultas ou exames, transferência para outros serviços de saúde, etc.)	23
Infecções relacionadas à assistência à saúde (Infecções hospitalares: pneumonia, infecção urinária, infecção no local da cirurgia, infecção causada pelo cateter colocado na veia, etc.)	20
Queda do paciente	13
Problema / evento adverso relacionado ao uso de sangue	12
Problemas /eventos adversos associados a produtos para a saúde (artigo / material médico-hospitalar, equipamento médico-hospitalar, produto para diagnóstico de uso in vitro)	05
Úlcera por pressão (feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado sentado ou deitado)	04
Incidente / evento adverso durante procedimento cirúrgico	03
Falhas no cuidado / proteção do paciente	02
Incidente / evento adverso na identificação do paciente (troca de nome dos pacientes, falta de pulseiras de identificação, falta de identificação no leito do paciente)	02
Problema / evento adverso relacionado ao transplante (córnea, rim, coração, fígado, medula óssea ou outros), enxerto (osso, pele ou outros) ou fertilização (inseminação artificial)	02
Problema / evento adverso durante ou após doação de sangue/hemocomponente	01
<b>TOTAL</b>	<b>217</b>

FONTE: BRASIL, 2016.

O quadro 5, no relatório do Módulo Cidadão, detalha os eventos adversos classificados por tipo, e o que chama a atenção nas notificações é o número elevado de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos, pois foram notificadas 92 ocorrências, sendo que as notificações envolvendo medicamentos realizadas pelos prestadores de serviços totalizaram 6.382 eventos.

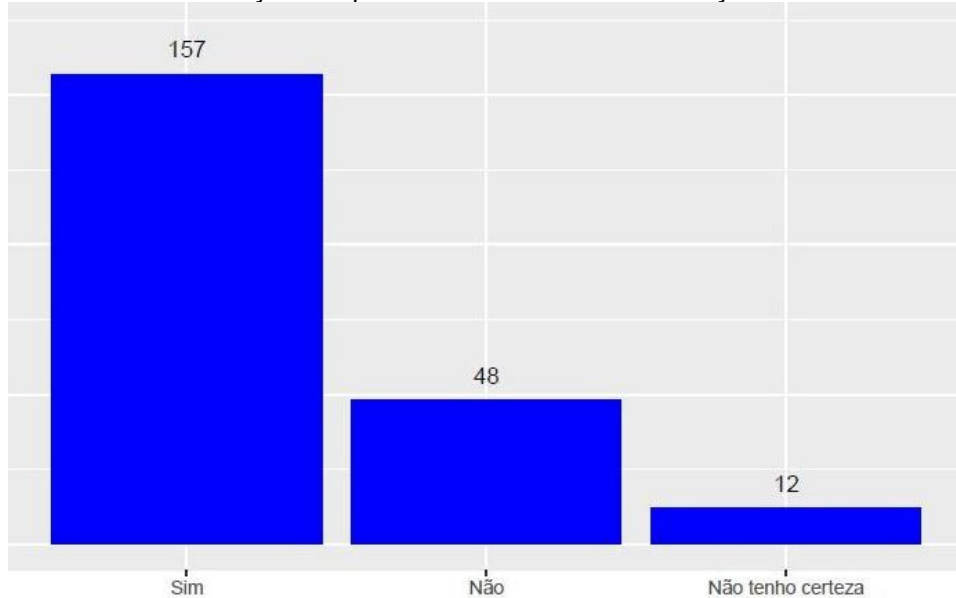
Situações que envolveram administração de medicamentos associadas a óbito, como a administração endovenosa de vaselina, prescrição de superdosagem de adrenalina, tiveram, no Brasil, repercussão na mídia, e realçam a dimensão do problema, e a necessidade da melhoria nos processos de gestão em saúde (BRASIL, 2014a).

Diversas barreiras devem ser adotadas para proteger os processos na cadeia medicamentosa, e Pancieri et al. (2013) afirmam que essas medidas já são conhecidas há muito tempo pelos profissionais de saúde, desde 1960, quando nos EUA foi instituída a verificação dos 5 certos (paciente certo, medicamento certo, hora

certa, dose certa, via certa). A lista de verificação aumentou, atualmente, no protocolo instituído no Brasil em 2013, para a administração medicamentosa os profissionais devem realizar a conferência de 9 certos (paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa).

No Gráfico 9, as situações notificadas pelo cidadão estão representadas em relação à comunicação ou não ao paciente/familiares sobre o EA ocorrido por parte dos profissionais de saúde.

Gráfico 9: Comunicação dos profissionais de saúde em relação aos eventos adversos



FONTE: BRASIL, 2016.

Os dados demonstram que 157 (72,4%) pacientes/familiares receberam alguma comunicação sobre o ocorrido; 48 (22,1%) afirmam que não receberam orientações, e 12 (5,5%) tiveram dúvida ao responder.

Diante de aspectos culturais que preconizam que o profissional de saúde não pode errar, e um dos principais desafios para uma cultura de segurança é a comunicação do evento adverso ao paciente e/ou familiares. Por isso, a equipe multidisciplinar de saúde deve criar laços de confiança, estabelecendo uma comunicação efetiva e, de forma transparente, reconhecer as falhas.

Segundo Zanluca (2016, p. 26), um dos desafios enfrentados pelos coordenadores dos NSP nos hospitais do PNC em três anos do PNSP é “buscar o comprometimento dos profissionais de saúde, implantação da cultura de segurança de forma educativa e não punitiva”.

O PNSP não prevê uma cultura punitiva, porém considera que os profissionais precisam assumir as responsabilidades de suas ações. Sendo assim, a cultura de segurança conscientiza sobre os riscos potenciais, e faz com que os erros sejam reconhecidos como oportunidade de aprendizado.

Desse modo, deve haver uma reflexão constante sobre suas ações, e uma vigilância para que erros possam ser evitados. Sobre este assunto, vale resgatar a noção de panoptismo, modelo contextualizado por Foucault (1996), que trata das relações de poder sobre as pessoas, sendo este o nível mais alto da vigilância, capaz de treinar e retreinar os profissionais, modificando o seu comportamento.

Comportamento este que, caso contrário, não havendo as notificações e vigilância sobre a prevenção de erros, a assistência à saúde pode resultar em danos e consequências graves ou até mesmo na morte do paciente. Por isso, a necessidade do estímulo ao autocontrole e reflexão sobre o cotidiano.

Após apresentar e discutir os indicadores nacionais e estaduais do PNSP, ainda não há como mensurar os impactos que os erros assistenciais têm causado a todos os envolvidos. Por isso é imprescindível que ao reconhecer as fragilidades nos serviços de saúde, os profissionais busquem refletir sobre a segurança no cuidado prestado, e isso implica no que Foucault aborda das relações de poder.

Assim, deve haver o questionamento dos processos de trabalho e vigilância constantes. Mas não esquecer a importância dos investimentos efetivos do Estado em saúde pública, caso contrário, particulariza-se o problema atribuindo excessiva responsabilidade aos profissionais de saúde.

#### 4.3 AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A SEGURANÇA DO PACIENTE NO PNC

Incluir o tema segurança do paciente nas ações de Educação Permanente em Saúde faz parte do eixo 3 do PNSP, pois os avanços na saúde ocorrem de forma muito rápida, por isso os serviços ao incorporar novas tecnologias ou acompanhar avanços nas pesquisas, deve-se incluir no seu planejamento ações de EPS para fornecer subsídios aos profissionais para um cuidado mais seguro.

A OMS reconhece que, além das falhas relacionadas aos processos de trabalho, as pessoas submetidas a cuidados de saúde estão sujeitas às violações das condutas de segurança. “Em todas as culturas, exige-se que todo profissional de saúde seja competente, ético e responsável por suas ações” (WHO, 2016, p. 100). Porém, ainda hoje se observa profissionais que não utilizam a técnica adequada para realizar a higienização das mãos, por exemplo. Erro causado pelo sistema é diferente de violação, pois neste caso, o erro acontece quando a pessoa está tentando fazer a coisa certa. Já a violação, é um erro que acontece, quando o profissional descumpre alguma norma ou protocolo (WHO, 2016).

Nestes casos, uma cultura sistêmica de segurança não exime os profissionais de suas responsabilidades. Por conseguinte, são necessárias ferramentas capazes de conduzir situações com profissionais que assumem comportamentos clínicos não seguros (WHO, 2016, p.100). Nesse âmbito, ressalta-se que ações da PNEPS voltadas à segurança no cuidado ao paciente podem contribuir significativamente para a redução da ocorrência de violações.

Conforme indicadores do PAREPS 2014/2017, a proporção de execução das ações de Educação Permanente em Saúde planejadas e executadas no Planalto Norte-Catarinense é de 83,33% (SANTA CATARINA, 2014).

O PAREPS também menciona oportunidades de uso de ferramentas gratuitas como a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e o TeleSaúde que, por meio da educação permanente à distância, oportunizam o aprimoramento profissional (SANTA CATARINA, 2017). Porém, não foi possível mensurar os dados nesta modalidade, devido à ausência de registros e divulgação do alcance dos cursos oferecidos. Aqui estamos diante do problema do limite das informações precarizando a democratização do conhecimento e, por extensão, a qualificação dos processos.

Ao considerar os fundamentos do Programa Nacional de Segurança do Paciente, no PAREPS 2018/2021 algumas ações contemplam as metas de segurança do paciente, conforme quadro 6:

Quadro 6: Propostas do PAREPS 2018/2021

<b>METAS INTERNACIONAIS</b>	<b>TEMAS DE CAPACITAÇÃO</b>
1- Identificar corretamente o paciente	-
2- Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde	Oficinas de Acolhimento – da teoria à prática A interação no Processo de Trabalho em Saúde Capacitação sobre saúde vocal e comunicação
3- Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos	Uso correto de Medicamentos
4- Assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos	-
5- Higienizar as mãos para evitar infecções	-
6- Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão	Capacitação dos profissionais sobre manejo do paciente domiciliar

Dados da Pesquisa, 2019.

Conforme descrito no PAREPS, as ações de educação permanente foram planejadas pelos representantes do quadrilátero, levando em consideração indicadores de saúde regionais.

No quadro 6, a Meta 2 - para melhorar a comunicação entre profissionais de saúde foi trabalhada com oficinas de acolhimento, abordagem sobre a interação no processo de trabalho em saúde e capacitação sobre saúde vocal e comunicação. A Meta 3 - que visa melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, foi contemplada com atividade educativa sobre o uso correto de medicamentos. E a Meta 6 - que objetiva reduzir o risco de quedas e úlceras (lesão) por pressão, foi contemplada com capacitação dos profissionais sobre manejo do paciente domiciliar. Ainda existe uma lacuna no trabalho da SP, pela ausência de propostas que abordem a Meta 1 - para identificar corretamente o paciente, a Meta 4 - para assegurar procedimentos cirúrgicos seguros e a Meta 5 - que objetiva evitar infecções.

No PAREPS 2018/2021, as propostas de capacitação também contemplam outras temáticas relacionadas à segurança no cuidado ao paciente: Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente, NOTIVISA e apoio e cuidado à gestante (SANTA CATARINA, 2017).

O apoio e cuidado à gestante faz parte de recentes abordagens nacionais de SP, considerando a complexidade envolvida na assistência materna e neonatal e o potencial de EAs a que estão sujeitos, afinal há no Brasil cerca de 3 milhões de

nascimentos ao ano, ou seja cerca de 6 milhões de pacientes envolvidos no processo de nascimento (BRASIL, 2014b).

O PNSP foi instituído em 2013, e cerca de quatro anos após a determinação da obrigatoriedade da implantação do NSP, sua importância foi reconhecida e a temática incluída como proposta de estratégia da PNEPS no PNC. Até o momento, não houve divulgação de sua efetivação.

Mesmo reconhecendo que alguns aspectos do PNSP estão incluídos no PAREPS 2018/2021, a realidade reflete que o planejamento deve contemplar ações articuladas, que possam, de forma integrada, atender as 6 Metas Internacionais de segurança do paciente, bem como, a sensibilização para uma cultura de segurança.

Com a implantação dos protocolos e manutenção das metas internacionais em prol da Segurança do Paciente, as ações contribuem para um modelo de assistência bem-sucedido, o que implica em promoção da saúde e prevenção de eventos adversos preveníveis.

Salienta-se que mesmo o PNSP considerando obrigatória a implantação de estratégias como os protocolos de segurança do paciente, ainda há uma lacuna entre teoria e prática. Por isso, estratégias devem ser associadas ao programa, para que suas ações sejam concretizadas e, neste caso, uma vigilância mais rigorosa pode impactar significativamente no cumprimento da legislação.

Neste caso, a PNEPS se torna uma estratégia que proporciona reflexão do cenário vivenciado pelo profissional de saúde e, deste modo, a aprendizagem significativa ajuda o mesmo a reconhecer a importância do cuidado seguro e passa a ver mais sentido no que faz.

Nos hospitais, a implantação das metas está ocorrendo gradativamente, sendo que 80% já têm implantada a Meta 1 de Identificação do Paciente; 60% implantaram a Meta 3 para Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; 54% têm implantada a Meta 6 que visa à redução de risco de quedas e úlceras por pressão; 47% afirmam que a Meta 4 para Cirurgia Segura está implantada; 47% aderiram à Meta 2 para uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde e 40% apenas com a Meta 5 que mobiliza para a adequada higienização das mãos para prevenir infecções (ZANLUCA, 2016).

#### 4.3.1 Contribuições da universidade para o Programa Nacional de Segurança do Paciente

No quadrilátero, a universidade tem papel contributivo na formação de profissionais de saúde envolvidos no processo saúde/doença, conforme a realidade regional em que estão inseridos, por isso segue, no quadro 7, algumas ações realizadas em parceria com o CIES e a Universidade do Contestado (UnC), que contemplam a Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Quadro 7: Ações no PNC em parceria entre CIES e UnC envolvendo o tema SP

<b>ANO</b>	<b>EVENTO/AÇÃO</b>
2013	PNSP na Semana Acadêmica de Enfermagem
2014	I Seminário de Segurança do Paciente
2015	II Seminário de Segurança do Paciente Semana Acadêmica de Enfermagem com palestra: A importância de se pensar a Segurança no Cuidado
2016	III Seminário de Segurança do Paciente

Dados da Pesquisa, 2019.

Essas ações, em 2013, 2014, 2015 e 2016, mostram o interesse da universidade em proporcionar momentos de discussão sobre o PNSP, bem como, atuar de forma a articular espaços de reflexão sobre as práticas de saúde, e aproximando os futuros profissionais à realidade que os aguarda.

Essas ações educativas objetivaram a criação de espaços de discussão do tema, como uma provocação para profissionais atuantes na área, e estudantes de cursos da área da saúde. Pois conforme Merhy (2005, p. 173) afirma, “aí está o cerne de um grande novo desafio: produzir auto interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho”.

Programas do Ministério da Saúde que visam fortalecer o ensino no campo acadêmico e a aprendizagem sobre o processo saúde-doença, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ SAÚDE) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET SAÚDE) foram desenvolvidos na Universidade do Contestado, campus Mafrá. As ações foram desenvolvidas por 12 acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Educação Física, Ciências Biológicas, Fisioterapia e Psicologia, em cooperação com gestores e

profissionais da região por intermédio do projeto intitulado Fortalecimento da rede de atenção à saúde do trabalhador como modelo de atenção à saúde (SANTA CATARINA, 2014).

Sobre a influência da educação na sociedade, para atenuar problemas pontuais, Lino et al. (2009, p. 134) afirmam que “somente a educação pode transformar o pensamento individual e coletivo, despertar a revisitação interna de valores e gerar dispositivos de mudança no processo de trabalho e na qualidade dos serviços de saúde”.

Deve haver interação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, para permitir ao estudante reconhecer as características locais, identificar as necessidades de saúde da população, desenvolver as competências e habilidades para cada realidade, vivenciar uma aprendizagem que seja significativa, que estimule a criatividade e o pensamento reflexivo, e que possa oferecer à sociedade um profissional de saúde melhor preparado para o futuro profissional que o aguarda.

A UnC, ao reformular a matriz curricular do Curso de Enfermagem, incluiu Segurança do Paciente como disciplina optativa para ingressantes no curso, a partir de 2016. Desde 2011, esta é uma das recomendações da Organização Mundial da Saúde e também faz parte do eixo 3 do PNSP. “Essa medida pode ser capaz de mudar o meio ao seu redor para impulsionar a qualidade de cuidados, tornando-a cada vez mais segura” (BRASIL, 2014a, p.28).

A Escola de Formação em Saúde (EFOS), mediante projetos, em cooperação com as regionais de saúde, realizou a capacitação de profissionais de saúde (SANTA CATARINA, 2017). Este dado é citado nos relatórios do CIES e nos planos regionais, porém não há registros de temas abordados, carga horária nem público-alvo.

A Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS), publicada em 2018, é uma agenda de caráter consultivo, que visa incentivar pesquisas em áreas consideradas essenciais, “ratifica o compromisso do Ministério da Saúde com o desenvolvimento de pesquisas em saúde com a finalidade de integrar a ciência, a tecnologia e a inovação aos serviços prestados à população brasileira” (BRASIL, 2018a, p.09). No Eixo 9, são listados temas relacionados à programas e políticas em saúde como: avaliação dos eventos adversos, relacionados à Segurança do Paciente; avaliação do Programa Nacional de Segurança do Paciente no SUS; análise da relação entre o desempenho da gestão

hospitalar e a segurança do paciente; avaliação do impacto da Política Nacional de Educação Permanente no trabalho em saúde, entre outros.

Pode-se analisar as instituições, leis e Políticas Públicas como modelos do aparelho disciplinar, pois o objetivo principal do Estado é proteger a sociedade. Desta forma, o controle das atividades visa organizar a vida em sociedade, estabelecendo limites à população. Esta forma de vigilância e controle, por meio da disciplina dos corpos, é uma forma de fiscalizar, ao mesmo tempo em que estabelece direitos e deveres; esse conjunto de ações manifesta-se como estratégias de poder.

#### 4.4 REFLEXÕES ACERCA DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Ao refletir sobre a relação entre saúde e desenvolvimento regional, cabe considerar que há duas formas a serem analisadas: refletindo sobre os aspectos sociais e os aspectos econômicos. Ao considerar os aspectos sociais e o conceito ampliado de saúde, a saúde é reconhecida como parte dos direitos fundamentais, e deve ser garantida, atendendo a concretização de políticas públicas sociais que visem à promoção da saúde e prevenção de doenças. Sobre os aspectos econômicos, se relaciona à capacidade de produtividade da população, que, quando em condições adequadas de saúde, produzem bens e serviços, contribuindo para o desenvolvimento.

Há contradições quanto ao significado do processo saúde-doença, pois, historicamente, são pensadas enquanto fatores de produção, com isso a rede do sistema de saúde é organizada de modo que o indivíduo se mantenha ativo e produtivo em sociedade.

A relação entre saúde e desenvolvimento, conforme a Declaração de Jacarta<sup>12</sup> sobre Promoção da Saúde, no século XXI, aponta para os determinantes da saúde, ressaltando a necessidade de acesso à informação, o encorajamento e a participação popular. “A saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico” (WHO, 1997, p. 03).

Para Furtado (1973), o processo de desenvolvimento proporciona a satisfação de um crescente número de necessidades humanas, sendo a saúde uma das envolvidas.

Gadelha (2012) considera necessária uma abordagem ampliada sobre a saúde como direito, pois esta constitui uma premissa ética e condição inerente do próprio conceito de desenvolvimento. Logo, segundo o autor, não há como considerar desenvolvido um país com saúde precária.

Ao ponderar a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento, deve-se considerar que as condições de saúde de determinada população impactam positivamente ou negativamente na busca pelo desenvolvimento desejável. As ações de educação permanente em saúde e a representação destas ações sobre o desenvolvimento regional estão atreladas a determinantes históricos, políticos e sociais, e estes influenciam de forma direta na atuação profissional e a assistência à saúde.

A partir da análise deste núcleo de pensamento, constata-se que “a saúde como qualidade de vida implica pensar em sua conexão estrutural com o desenvolvimento econômico, a equidade, a sustentabilidade ambiental e a mobilização política da sociedade” (GADELHA, 2012, p.07). Deste modo, a saúde deve ser discutida associada às necessidades locais, apoiada em políticas públicas que gerem um efeito direto não apenas sobre a população de trabalhadores, mas sobre a comunidade local e regional.

---

<sup>12</sup> Declaração de Jacarta: nome dado ao acordo internacional pactuado na Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada de 21-25 de julho de 1997, em Jacarta, República da Indonésia. Oferece uma oportunidade para refletir sobre o que se aprendeu sobre promoção da saúde, para reexaminar os determinantes da saúde e para identificar as direções e as estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no Século XXI. Aponta como pré-requisitos para a saúde: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade (WHO, 1997, p. 3-4).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em suas diretrizes, define que sua implantação resultará em fortalecimento do controle social, protagonismo dos profissionais de saúde e usuários dos serviços, e também contribuirá para uma gestão participativa.

Cabe apontar ainda, que o planejamento adequado dos processos de trabalho nos serviços de saúde tem repercussão sobre a qualidade de vida da população, considerando que a mesma está inserida no conceito mais amplo do desenvolvimento. Sendo assim, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) em Saúde não contribui apenas para o conhecimento do profissional, mas tem impacto significativo nas ações promovidas pelos mesmos no sistema de saúde em nível regional.

Foucault (2001) analisa as relações de poder e verdade entre os sujeitos, e afirma que estas relações produzem marcas devido a fenômenos micro políticos, e estas marcas dizem quem e como somos. Aponta que estes acontecimentos sociais, econômicos e culturais não são estáticos, eles provocam mudanças nas formas de saber e, após estes acontecimentos, os sujeitos já não são os mesmos.

Tal constatação pode ser comparada aos impactos que as ações da PNEPS trazem à população, pois os profissionais de saúde, ao vivenciar aprendizados significativos, serão agentes de mudança. E quando o foco das ações envolve a segurança no cuidado ao paciente, o reflexo de uma assistência adequada irá repercutir em benefícios para a população assistida na região.

A Política Pública não prevê as características e demandas regionais, por isso ela é descentralizada para que possa ser implantada. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde evidencia a importância do protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo.

Nesta ótica, pensar em um modelo nacional regionalmente descentralizado de desenvolvimento requer considerar não apenas a visão tradicional da saúde como contributo no bem-estar da população, conforme conceito ampliado de saúde, mas reconhecer a necessidade de debate político, de modo endógeno, sobre o padrão de desenvolvimento desejado.

No contexto, é válido ressaltar que se trata de uma região em desenvolvimento, com cenário positivo e negativo, com questão social e suas expressões agravadas pelos indicadores, pelo aspecto sociocultural apegado aos

valores da doença e pelos desafios produtivos. A esse respeito, pode-se afirmar que a atuação conjunta de gestores, profissionais de saúde e o controle social, é uma ferramenta potente de transformação para impulsionar o desenvolvimento regional, considerando as especificidades do PNC.

Os espaços coletivos são ferramentas importantes para valorizar o protagonismo dos sujeitos, dessa forma, esses espaços precisam ser criados e/ou fortalecidos, para que, de forma contínua, possam contribuir no sentido de impulsionar uma política nacional descentralizada regionalmente de desenvolvimento.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre o impacto negativo da ocorrência dos eventos adversos, o presente estudo buscou caracterizar as ações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que estão direcionadas à segurança do cuidado ao paciente no cenário do Planalto Norte-Catarinense, de forma a contribuir no desenvolvimento regional.

O enfrentamento desses eventos adversos deve considerar a magnitude de sua ocorrência. É substancial que os serviços de saúde busquem estratégias para que as notificações não sejam silenciadas, e que estas não fiquem apenas representadas como números e estatísticas. O avanço da preocupação humana com a dignidade do outro pode contribuir para a adoção de estratégias preventivas, visando à segurança no cuidado ao paciente.

Acompanhar a implementação de Políticas Públicas como a PNEPS requer o estabelecimento de critérios, que a publicação desta, em nível federal, não é garantia de aplicação de suas diretrizes, pois os atores envolvidos influenciam diretamente de acordo com o grau de prioridade que estabelecem para o assunto.

Mas, para que as Políticas Públicas possam ser efetivadas, devem ser mediadas por profissionais comprometidos com seus princípios e diretrizes, e assim, não apenas pelo governo, que é o principal responsável, os profissionais são executores que contribuem para a melhoria da assistência à saúde da população assistida. Para isto, há de se considerar a interdisciplinaridade, para que, tanto profissionais de saúde como gestores, atuem de forma integrada, guiados por princípios convergentes, reconhecendo a saúde como direito fundamental, e por intervenção das normas regulamentadoras e os princípios do Sistema Único de Saúde, contribuam para o cuidado seguro.

Há que se considerar, portanto, que mudanças centradas apenas nos profissionais como a identificação das situações de risco, a participação nas ações de educação permanente em saúde, o conhecimento técnico e o comprometimento individual com o cuidado não são suficientes para garantir uma assistência à saúde segura. Mudanças centradas nos serviços de saúde devem ocorrer simultaneamente ao apoio dos gestores, proporcionando aos profissionais melhores condições de trabalho, disponibilidade de materiais de qualidade, oferecer recursos tecnológicos necessários, organizar os processos de trabalho em rede com pactuação de

serviços de referência e contra referência, entre outros considerados essenciais, de acordo com as necessidades regionais e população atendida.

Foi possível identificar que a PNEPS tem reconhecida importância na região, pois, por meio da implementação de uma política pública idealizada em nível nacional, é imprescindível considerar as especificidades e necessidades regionais para traçar objetivos com foco nos profissionais e indicadores de saúde. São descritas diferentes estratégias adotadas pelos serviços de saúde dos municípios da região do PNC que, por meio da PNEPS, contribuem para a implantação das ações do PNSP. Os dados evidenciaram as iniciativas que se concretizaram ou estão em consolidação sob influência de aspectos históricos, políticos e culturais de cada município e a existência ou não de um NSP atuante.

Ações concretas que possam proteger o paciente quanto aos riscos relacionados à assistência à saúde precisam ser efetivadas, e por intervenção das políticas públicas, como a PNEPS contribuir para que, na ocorrência dos eventos adversos, o foco não seja o profissional de saúde, mas sim, os fatores contribuintes para o desfecho indesejável. Ao incorporar uma cultura institucional de educação permanente em saúde, os profissionais envolvidos podem contribuir para uma significativa mudança no modelo assistencial para o modelo ideal.

Diante do contexto, é necessário levar em consideração que as consequências desses erros afetam não só o paciente, mas também sua família, os profissionais de saúde e a instituição, e a sociedade local e regional, em sua totalidade. Torna-se primordial prestar um cuidado livre de riscos e falhas, tendo em mente que, em primeiro lugar, está a segurança do paciente e a busca por promover a saúde sem gerar danos.

Assim, os profissionais de saúde devem considerar a dimensão do cuidado como algo complexo, e que o significado dessa experiência, vivenciada tanto pelo paciente quanto por seus familiares, poderá resultar em mudanças transformadoras nas condições de saúde de quem é cuidado.

A realização de pesquisas que envolvam o tema segurança do paciente fazem parte do eixo 4 do PNSP, juntamente com o incentivo à inclusão do tema nas ações de EP, e sua abordagem na graduação e pós-graduação na área da saúde. Boa parte dos estudos em SP é direcionada à compreensão dos danos resultantes da assistência à saúde, porém poucas iniciativas contemplam a inclusão do tema

segurança do paciente na educação permanente. Por esse motivo, foi um desafio relacionar a PNEP com o PNSP.

Este estudo verificou que a PNEPS se consolida como uma estratégia que, diante da vivência da aprendizagem significativa, pode contribuir para a melhoria dos processos de trabalho dos profissionais de saúde e, por decorrência, contribui para o desenvolvimento regional. Porém, ao refletir sobre o PNP e as estratégias que vão ao encontro dos eixos e protocolos, pode-se considerar que ainda há muito que avançar para incorporar as recomendações, normas, portarias e leis nos serviços de saúde no Brasil.

Na visão dos cursos tradicionais, focados em educação continuada, os profissionais retornam ao seu local de trabalho “capacitados”, porém encontram dificuldade em colocar em prática o conteúdo apresentado. E, na educação permanente, o aprendizado será significativo e fornecerá subsídios para que haja planejamento de ações para os problemas/necessidades específicas daqueles profissionais, assim como da realidade vivenciada cotidianamente.

Futuramente, após a publicação dos resultados das avaliações utilizando o instrumento reconhecido pela OPAS e pelo MS como inovação no campo da EPS no Brasil, implantado em julho de 2018, uma análise das estratégias adotadas poderá ser realizada, de forma a reconhecer se as mesmas se caracterizam como ações de educação permanente em saúde.

Como critérios de EP, as instituições devem utilizar metodologias ativas, ou seja, aprendizagem significativa, de forma contínua, o que permite refletir sobre as diversas realidades e os modelos de atenção em saúde em que estão inseridos, buscando identificar problemas, proporcionando uma vivência para refletir a realidade, caso contrário, a EP com abordagens utilizando o método tradicional de exposição de conteúdo, com ações isoladas, será considerada como ações de educação continuada.

Percebe-se a relevância deste estudo em descrever a realidade dos serviços de saúde da região do Planalto Norte Catarinense, mas, em especial, no que tange a confirmar avanços da ciência, tecnologia, da efetivação de políticas públicas, da melhoria dos cenários e quadros do que afeta o povo; implica em se analisar se há ou não desenvolvimento.

Isto posto, ressalta-se que, na busca por pesquisas semelhantes para uma possível comparação em base de dados, percebeu-se uma lacuna de conhecimento

acerca da relação entre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e sua contribuição com as propostas do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Também se constata a ausência de informações e dados estatísticos que permitam um diagnóstico atualizado e preciso da situação para que haja um avanço, pois as informações são retratadas em períodos de tempo distintos, variando conforme a fonte das informações e disponibilidade das mesmas.

Mensurar os impactos e melhorias dos processos de trabalho nos serviços de saúde do PNC, por meio de ações da PNEPS, é um desafio considerável. Nesta direção, é preciso considerar que, recentemente, um instrumento foi elaborado para avaliar as ações de EPS, porém este ainda está em fase de implantação.

Oferecer segurança no cuidado para a população, que se submete à assistência à saúde, é uma instigação que os gestores em saúde enfrentam mundialmente. É possível tornar os serviços de saúde mais seguros, tendo como princípio o conceito ampliado de saúde, se sustentando em políticas públicas, programas e estratégias capazes de contribuir para a criação de barreiras e mecanismos que possam reconhecer situações de risco, antes mesmo de elas se tornarem potencialmente danosas ao paciente.

A participação da população para a construção de um sistema de saúde mais seguro, pode se dar por intermédio de ações que permitam o reconhecimento dos mesmos sobre o seu papel de protagonismo nas questões sociais e políticas que envolvem a sua saúde.

Uma das diretrizes do PNSP é envolver pacientes e familiares na sua segurança, fato esse que foi representado pelas notificações de eventos adversos realizadas no Módulo Cidadão no site da ANVISA, e que apesar desta ter uma pequena representatividade no momento, já tem impacto positivo para que os serviços possam repensar seus processos assistenciais, e apoiados nas estratégias de EPS repercutir em mudanças significativas, em busca de melhoria contínua.

Dessa forma, e reconhecendo tal complexidade, uma questão que não foi contemplada no presente estudo, foi avaliar a participação dos profissionais nas ações de educação permanente em saúde, para estudar as transformações que houve tanto no caráter profissional quanto no pessoal. Do presente estudo surge o convite a continuar no caminho do descobrimento de outros cenários que podem ser geradores de questões para outros estudos.

Por isso, o presente estudo não pode ser considerado conclusivo, pois, ao levantar informações que relacionam a PNEP com o PNSP, novas reflexões surgiram, e esses questionamentos podem impulsionar novas descobertas que possibilitem o estabelecimento de estratégias que contribuam para o desenvolvimento da região do PNC.

Uma vez que as metodologias utilizadas nas estratégias da PNEPS visam abordar temas do cotidiano em que os profissionais estão inseridos, acredita-se que estas oportunizem a reflexão crítica de suas ações no cuidado, de acordo com as necessidades reais dos serviços, das famílias e da comunidade.

Portanto, são indispensáveis a criação e a adoção de políticas públicas educativas que contribuam positivamente para a promoção da saúde e colaborem para o trabalho em equipe entre profissionais, estudantes, gestores, instituições de saúde e comunidade, objetivando a segurança no cuidado ao paciente para o desenvolvimento regional.

## REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A.; SANTOS, M. A.; FERREIRA, S. M. G. **O planejamento local de serviços de saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. **Glossaries**. 2006. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/glossary>, acesso 25 out. 2018.

ALBUQUERQUE, C. L. N. de; VANDRESEN, F. **Iniciativas acerca do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Território do Contestado**. Trabalho apresentado no IV Simpósio Nacional Centenário do Contestado: Tempos de muito pasto e pouco rastro, Canoinhas, 2017.

ANACLETO, T. A. et al. Erros de medicação. **Pharmacia Brasileira**. São Paulo, janeiro/fevereiro, 2010.

ANDRADE, R. **Teoria do capital humano e a qualidade da educação nos estados brasileiros**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Econômicas). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BARQUERO, A. V. **Desarrollo local. Una estrategia de creación de empleo**. Madrid: Ed. Pirámide. 1988.

BARROSO, M. G. T.; VARELA, Z. M. V. Educação Continuada - requisito básico para o crescimento profissional. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 31. Fortaleza, 5 a 11 de agosto de 1979. Anais. Fortaleza, ABEn, 1979.

BAZZANELLA, S. L. Saúde, desenvolvimento humano e regional. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v. 3, n. 2, p. 3-18, 2015.

BERQUÓ, L. **Serviço de epidemiologia e gestão de risco**. Porto Alegre: Hospital Mãe de Deus; 2007.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Tradução Carlos Nelson Coutinho. Nova ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOHOMOL, E. **Erro de medicação: um indicador de qualidade**. Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em Saúde. São Paulo: Martinari, 2006.

BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Anais**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1987. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf\\_nac\\_anais.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf)>. Acesso em: 16 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde.** Brasília, 2003a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS Nº. 335,** que aprova “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2003b.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Acreditação e Vigilância: mais uma qualidade para a saúde. **Boletim Informativo.** 2003c. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/boletim/29\\_03.pdf](http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/boletim/29_03.pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.198.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF. 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde.** Brasília, DF. 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** 2ª ed. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.1.996.** Substitui a Portaria n. 198/04. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Mais saúde: direito de todos.** 2 ed. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Série B – Textos básicos de saúde. Brasília, 2009

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.** v.1, n1. , Brasília, Jan-Jul de 2011.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2014a.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília, 2014b.

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

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica 01/2015 – Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasília, 2015b.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de notificações realizadas por cidadãos**. Brasília, 2016. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS – PRO EPS SUS**. Manual Técnico. Brasília, 2018a.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatórios de Eventos Adversos**. Brasília, 2018b. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

BUENO, A. A. B.; FASSARELLA, C. S. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Acadêmica Rede de Cuidados em Saúde**. Universidade Unigranrio. v. 6, n. 1, 2012.

CAIDEN, G.; CARAVANTES, G. T. **Reconsideração do conceito de desenvolvimento**. Caxias do Sul: EDUCS, 1988.

CAMPOS, F. E. et al. **Os desafios atuais para a Educação Permanente no SUS**. Cadernos RH Saúde, Brasília: DF, v. 3, n. 1, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2004.

CORBELLINI, V. L. et al. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, 2011 mar/abr.

COUTO, R. C. et al. **II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil**. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

DAGNINO, R. P. **Planejamento estratégico governamental**. Departamento de Ciências da Administração. Florianópolis, CAPES/UAB, 2009.

DALLABRIDA, V. R. **Teorias do desenvolvimento**: aproximações teóricas que tentam explicar as possibilidades e desafios quanto ao desenvolvimento de lugares, regiões, territórios ou países. 1.ed. Curitiba: CRV, 2017.

DALLARI, S. G. O direito à saúde. **Rev. Saúde públ. S. Paulo**. 1988. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n1/08.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

DILLY, C. M. L.; JESUS, M. C. P. **Processo educativo em enfermagem**. São Paulo: Robe; 1995.

DONABEDIAN, A. A. **A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**. jul/ago, Brasília, 2010

FORTUNA, C. M. et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. jul/ago, 2013.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade**. Tradução Pedro Tamen. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 1994.

\_\_\_\_\_. FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 16ed. São Paulo: Graal. 2001.

\_\_\_\_\_. **Segurança, Território, População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da Biopolítica**. Trad. Eduardo Brandão. SP: Martins Fontes, 2008b.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

FURTADO, C. **A Hegemonia dos Estados Unidos e o sub-desenvolvimento da América Latina**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1973.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, Rio de Janeiro, 2007.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. A Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2011.

GADELHA, C. A. G. Saúde e desenvolvimento: uma nova abordagem para uma nova política. **Rev Saúde Pública**. 2012.

GADOTTI, M. **Educação e poder**: introdução à pedagogia do conflito. 13ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUIZZO, D. C.; LIMA, I. V. Por uma genealogia foucaultiana da economia política clássica: Adam Smith e o nascimento da biopolítica. **Revista del Centro de Investigación en Epistemología de las Ciencias Económicas**, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, 2014. Disponível em: <<http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/filoecon/article/view/4271>>. Acesso em: 11 jul. 2018.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. Proceso de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en america latina. **Educ. Med. Salud.**, v. 24, n. 2, 1990. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/7515.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

HENCKEMAIER, L. **O imaginário da segurança do paciente na perspectiva das famílias que vivenciam o cotidiano de hospitalização**. Florianópolis: UFSC, 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

HERDEIRO, M. T. et al. Influence of pharmacists' attitudes on adverse drug reaction reporting. **Drug safety**, v. 29, n. 4, p. 331-40, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Mapas**. Disponível em: <https://mapas.ibge.gov.br/fisicos/estaduais>, atualização 2013.

KALSING, R. M. K. **A percepção da equipe de enfermagem frente à notificação de eventos adversos**. Trabalho de Conclusão de Curso. Lajeado, 2012.

KNOPP, G. C. **Cultura e desenvolvimento local: um estudo do Programa Bairro-Escola da cidade de Nova Iguaçu**. 2008. Dissertação (Mestrado). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2008.

KURCGANT, P. (coord). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 2016.

LEENDERTSE, A. J. et al. Frequency of and Risk Factors for Preventable Medication-Related Hospital Admissions in the Netherlands. **Arch Intern Med**,

v.168, p. 1890-6, sep. 2008. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18809816>>. Acesso em: 26 fev. 2018.

LEMOS, C. L. S. **A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde**. 2010. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação, 2010.

LIMA, H. B. et al. Políticas Públicas de Educação Profissional em Saúde no Brasil. **5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa**. Portugal, 2016.

LINO, M. M. et al. Educação Permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Trab. Educ. Saúde**. v.7, n.1. Rio de Janeiro, mar/jun 2009.

LOEFLER, I. Why the Hippocratic ideals are dead. **BMJ**, v. 324, n. 7351, p. 1463, jun 2002.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação Permanente no Contexto da Enfermagem na Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília (DF) 2004.

MARX, K. **Manuscritos econômicos-filosóficos**. São Paulo: Bontempo, 2004.

MENDES, W. et al. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. **Rev. bras. epidemiol.** v. 11, n.1. 2008.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int. J. Qual. Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-84, 2009.

MENDONÇA, F. de F. et al. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2593-602. 2010.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** v. 9, n. 16, set 2004/fev 2005.

NASCIMENTO, J. C.; DRAGANOV, P. B. História da qualidade em segurança do paciente. **Hist. Enferm. Rev. electronica**. 2015.

NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals**. 3. Ed. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green 1863.

NUSKE, M. A. et al. **A saúde e sua relação com o desenvolvimento**: um olhar crítico acerca da contribuição da saúde nas múltiplas escalas do desenvolvimento regional. In: VIII SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL. Santa Cruz do Sul, 13 a 15 de setembro de 2017.

OLIVEIRA, G. B. de. **Uma discussão sobre o conceito de desenvolvimento**. Revista da FAE, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 41-48, mai/ago. 2002.

ONA. Organização Nacional de Acreditação. **Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. São Paulo. 2018.

OTTAWA, Carta de. In: **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, Canadá; 1986. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2017.

OUTHWAITE, W.; BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento social do Século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. **Rev. paul. enferm**, v. 25, n. 1, p. 18-23, 2006.

PAESE, F. **Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Florianópolis, 2010.

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D. Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 22, n. 2, 2013.

PANCIERI, A. P. et al. Checklist de Cirurgia Segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, p. 71-8, 2013.

PAWLOWYTSCH, P. W. da M. **A pobreza no Planalto Norte Catarinense: representações sociais e implicações no desenvolvimento regional**. Canoinhas: UnC, 2014. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional, Universidade do Contestado, Canoinhas, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRATES, C. G.; STADŃIK, C. M. **Segurança do paciente, gestão de riscos e controle de infecção hospitalar**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2017.

RATOCHINSKI, C. M. W. **Agricultura familiar: um estudo da saúde do produtor de tabaco**. Canoinhas: UnC, 2015. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional, Universidade do Contestado, Canoinhas, 2015.

REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Acordo Básico de Cooperação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://www.rebraensp.com.br/phocadownload/Acordo%20Basico%20da%20REBRAENSP%20Versao%202015.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

SANDARS, J.; ESMAIL, A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. **Fam Pract**, v. 20, p. 231-6, 2003.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização: PDR 2008**. Secretaria de Estado da Saúde. – Florianópolis, 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria do Estado da Saúde. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado de Santa Catarina 2010-2013**. Florianópolis, 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria do Estado da Saúde. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde- PAREPS**. Região de Saúde do Planalto Norte. 2014/2017. Florianópolis, 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria do estado da Saúde. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde- PAREPS**. Região de Saúde do Planalto Norte. 2018/2021. Florianópolis, 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria do estado da Saúde. **Processos Avaliativos de Educação Permanente em Saúde Em Santa Catarina: uma roda que nunca parou de girar**. Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/processos-avaliativos-de-eps-em-sta-catarina-uma-roda-que-nunca-parou-de-girar/> acesso em: 14 nov. 2018.

SAVIANI, D. Transformações do capitalismo, do mundo do trabalho e da educação. In: **Capitalismo, trabalho e educação**. São Paulo: Cortez, 2005.

SCHWONKE, C. R. G. B. **Conhecimento da equipe de enfermagem e cultura de segurança: análise sistêmica dos riscos na assistência ao doente crítico em ventilação mecânica invasiva**. Tese de doutorado: Universidade Federal do Rio Grande, 2012.

SHERWOOD, G.; ZOMORODI, M. A new mindset for quality and safety: the QSEN competencies redefine nurses' roles in practice. **Nephrology Nursing Journal**, v. 41, n. 1, p. 15, 2014.

SILVA, S. C. **Ocorrências iatrogênicas em unidades de terapia intensiva: impacto na gravidade do paciente e na carga de trabalho de enfermagem**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. 2003.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 3, Goiânia, 2012.

SILVA, J. M. M.; JÚNIOR, O. M. **Políticas Públicas: o Desenvolvimento Regional como área contributiva**. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, agosto 2015.

SINGER, S. J. et al. **O que aprendemos sobre a força das lideranças e da cultura na promoção de mudanças e melhoria da segurança do paciente**. Agency for Healthcare Research and Quality (ARHQ), [What We've Learned About Leveraging Leadership and Culture to Affect Change and Improve Patient Safety,

2013]. Tradutor: Diego Alfaro. Disponível em: <<https://proqualis.net/entrevista/o-que-aprendemos-sobre-for%C3%A7a-das-lideran%C3%A7as-e-da-cultura-na-promo%C3%A7%C3%A3o-de-mudan%C3%A7as-e>> Acesso em: 15 jul. 2018.

SLAWOMIRSKI, L.; AURAAEN, A.; KLAZINGA, N. **The economics of patient safety**: Strengthening a value–base approach to reducing patient harm at national level, OECD, mar. 2017. Disponível em: <[https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patientsafety\\_5a9858cd-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patientsafety_5a9858cd-en)>. Acesso em: 06 out. 2017.

SOUSA, P. Patient Safety - A Necessidade de uma Estratégia Nacional. **Qualidade em saúde Acta Med Port**, Portugal, v. 19, n. 4, p. 309-18. 2006;

TONDO, J. C. A. **Clima de segurança: percepção dos profissionais de enfermagem em um hospital de ensino**. Unicamp, Campinas, 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem na Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UTRIA, R. **Desarrollo Nacional, Participacion Popular y Desarrollo de la Comunidad en la America Latina**. México: CREPAL, 1969.

VENDRUSCOLO, C. et al. **Frutos dos movimentos de educação permanente em saúde de Santa Catarina**: caminhos e oportunidades. Porto Alegre: UNIDA, 2018.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente**: orientações para evitar eventos adversos. Tradução Rogério Videira. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WHO. World Health Organization. **A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI**. Adoptado na Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Jacarta, República de Indonésia, 21-25 de julho de 1997.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Relatório Técnico Final. Lisboa, Portugal, 2011.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde**: edição multiprofissional. Tradução: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro- PUC-Rio, Rio de Janeiro: Autografia, 2016.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **10 facts on patient safety**. March, 2018. Disponível em < [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/)>. Acesso em: 10 mai. 2018.

ZANLUCA, C. H. **Atuação dos profissionais de saúde frente ao Núcleo de Segurança do Paciente nas instituições do Planalto Norte-Catarinense.** Mafra: UnC, 2016. Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação de Enfermagem, Universidade do Contestado, Mafra, 2016.

**APÊNDICE A – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS DOCUMENTAIS**

Município:

Possui Hospital: ( ) SIM ( ) NÃO Quantos: \_\_\_\_\_

Número de unidades de saúde: \_\_\_\_\_

Faz parte do CIES regional? ( ) SIM ( ) NÃO

Sobre as metas estabelecidas no programa, quais ações de EPS em torno da temática que foram realizadas/planejadas no PAREPS:

- identificação do paciente:
  - comunicação entre os profissionais:
  - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos:
  - cirurgia segura:
  - prática de higiene das mãos:
  - prevenção de quedas e úlceras por pressão:
- 
- Indicadores de Saúde: Notificações, cadastro na ANVISA, entre outros
  - Apontar estratégias de implantação da PNEPS
  - Apontar estratégias do PNSP

## ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE EPS DO ESTADO DE SC

IDENTIFICAÇÃO DAS AÇÕES
<p>Avaliador: _____ CIES: _____</p> <p>Responsável pela ação: _____ Cargo/Segmento: _____</p> <p>Nome de ação de EPS: _____</p> <p>Tipo de ação: ( ) Roda de Conversa ( ) Oficina ( ) Seminário ( ) Curso/Minicurso            ( ) Treinamento/Capacitação ( ) Aperfeiçoamento ( ) Especialização ( ) Palestra            ( ) Outro _____</p> <p>Justificativa (Como nasceu esta ação?): _____</p> <p>_____            Número de participantes: _____ Evasão (quantos desistiram): _____</p>
CARACTERIZAÇÃO DAS AÇÕES QUANTO AOS CRITÉRIOS ESTADUAIS
<p><b>Integração ensino-serviço:</b> capacidade de integrar ações de EPS e o desenvolvimento de recursos humanos, no âmbito dos serviços de saúde. Envolve sujeitos do quadrilátero da formação em saúde que representam o segmento de ensino, serviço, gestão e controle social, com vistas ao fortalecimento do SUS.</p> <p style="text-align: center;">( ) CONTEMPLA ( ) CONTEMPLA PARCIALMENTE ( ) ESTÁ EM CONSTRUÇÃO            ( ) NÃO CONTEMPLA ( ) NÃO SE APLICA</p>
<p><b>Uso das Metodologias Ativas:</b> capacidade de integrar teoria e prática por meio da problematização dos temas/conteúdos (práxis) a partir das demandas dos trabalhadores. Proposição do aprendizado autônomo que respeita a curiosidade do educando, sua inquietude, linguagem e cultura, incentivando a liberdade e a busca de identidade no processo. Contrapõe-se ao modelo tradicional de ensino sustentado na transmissão de conhecimento.</p> <p style="text-align: center;">( ) CONTEMPLA ( ) CONTEMPLA PARCIALMENTE ( ) ESTÁ EM CONSTRUÇÃO            ( ) NÃO CONTEMPLA ( ) NÃO SE APLICA</p>
<p><b>Diretrizes das políticas de saúde, especialmente a PNEPS:</b> ação inserida no próprio contexto do território do serviço, a partir dos problemas da prática na vida cotidiana das organizações; voltada à construção conjunta de soluções dos problemas, orientada para o desenvolvimento e a mudança institucional das equipes e dos grupos sociais. Contempla uma diversidade de atores como os trabalhadores dos serviços; estudantes e professores; grupos comunitários; usuários e tomadores de decisão político-técnica (gestores).</p> <p><b>Obs:</b> Observar se a ação atende diretrizes de outras políticas de saúde.</p> <p style="text-align: center;">( ) CONTEMPLA ( ) CONTEMPLA PARCIALMENTE ( ) ESTÁ EM CONSTRUÇÃO            ( ) NÃO CONTEMPLA ( ) NÃO SE APLICA</p>
<p><b>Fomenta o desenvolvimento do trabalho em redes de atenção:</b> ação que compreende o modelo de atenção à saúde a partir de arranjos organizativos de ações e serviços que objetivam a melhora da qualidade de vida da população. Incentiva a atenção resolutiva, contínua, equânime; o cuidado integral e humanizado, visando o melhor desempenho do SUS.</p> <p style="text-align: center;">( ) CONTEMPLA ( ) CONTEMPLA PARCIALMENTE ( ) ESTÁ EM CONSTRUÇÃO            ( ) NÃO CONTEMPLA ( ) NÃO SE APLICA</p>