

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO**

**PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA ATUAÇÃO DOS NÚCLEOS DE  
SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL**

**BRASÍLIA-DF**

**2020**

ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO

PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA ATUAÇÃO DOS NÚCLEOS DE  
SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologia em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e de Serviços em Saúde e em Enfermagem

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá

BRASÍLIA-DF

2020

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

SS123p

Sacramento, Aline Branco Amorim de Almeida  
Prática Baseada em Evidências na Atuação dos Núcleos de  
Segurança do Paciente no Brasil / Aline Branco Amorim de  
Almeida Sacramento; orientador Thatianny Tanferri de Brito  
Paranaguá. -- Brasília, 2020.  
118 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --  
Universidade de Brasília, 2020.

1. Prática Clínica Baseada em Evidências. 2. Segurança do  
Paciente. 3. Gestão de Riscos. 4. Competência Profissional.  
I. Paranaguá, Thatianny Tanferri de Brito, orient. II.  
Título.

ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO

PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA ATUAÇÃO DOS NÚCLEOS DE  
SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL

Dissertação apresentada como requisito parcial para  
obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, pelo  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da  
Universidade de Brasília.

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá  
Universidade de Brasília  
Presidente da Banca

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Cristina Soares Rodrigues  
Universidade de Brasília  
Membro Efetivo Interno

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helaine Carneiro Capucho  
Universidade de Brasília  
Membro Efetivo Externo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Queiroz Bezerra  
Universidade Federal de Goiás  
Membro Suplente

*À minha filha Cecília, que me acompanhou  
durante todo o desenvolvimento deste  
trabalho, desde quando era apenas um  
pequeno embrião em meu ventre.  
Obrigada pela companhia, filha.  
Você é minha força e inspiração.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pela minha trajetória e por ter me permitido chegar até aqui.

Aos meus pais, Ivan e Lúcia, meus primeiros e maiores incentivadores da busca contínua pelo conhecimento, que mesmo de longe me mantiveram motivada, mesmo diante das dificuldades.

Ao meu amor, Carlos, meu companheiro de vida e profissão, pelo apoio diário, por todo esforço em tornar minha rotina mais fácil, em administrar nossa casa e por compreender os momentos em que estive ausente.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Thatianny, que me acolheu desde o primeiro momento em que nos encontramos, que compreendeu o meu momento de gestante, puérpera e mãe de uma criança pequena, pela paciência e pelo aprendizado que me proporcionou. Com certeza, sua sensibilidade tornou tudo mais leve.

Às minhas amigas, Helga e Lorena, por compartilharem comigo o interesse pela segurança do paciente e o desejo de prestar cuidado mais seguro aos nossos pacientes. Nossas discussões sobre o tema suscitaram em mim a necessidade de ir mais adiante.

Aos colegas de curso, que acolheram a mim e minha filha nas aulas, em especial a Janaína, Erika Lorena, Eralayne e Priscila, minhas companheiras de trabalhos de grupo, muito obrigada pela ajuda de vocês.

À Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, por fornecer o suporte organizacional necessário nos dois anos do curso de mestrado. Especificamente, às minhas lideranças nesse período, enfermeiras Aline Medeiros e Roberta Camilo, muito obrigada pelo empenho que sempre tiveram em organizar minha escala de trabalho, de modo a possibilitar a participação nas atividades que excediam a carga horária abonada.

Aos meus colegas de trabalho do Programa de Ortopedia Adulto, pelo incentivo de sempre e por vibrarem comigo a cada passo, rumo ao final deste trabalho. Em especial, à colega Cristiane Caires, companheira de plantões, no período final da redação deste trabalho, seu apoio fez muita diferença.

Aos participantes da pesquisa, pela contribuição para o avanço do conhecimento científico.

*“O primeiro requisito de um hospital é que ele  
jamais deveria fazer mal ao doente.”*

*(Florence Nightingale)*

## RESUMO

SACRAMENTO, A.B.A.A. **Prática baseada em evidências na atuação dos núcleos de segurança do paciente no Brasil**. 2020. 118 páginas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

**INTRODUÇÃO:** A preocupação em oferecer cuidados mais seguros nas instituições de saúde tem crescido nos últimos anos. O Programa Nacional de Segurança do Paciente tem o objetivo de promover a segurança do paciente, nos diferentes níveis de atenção à saúde, por meio da implantação da gestão de riscos e de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), nos estabelecimentos de saúde. É função do NSP promover a articulação dos processos de trabalho que impactem nos riscos ao paciente. As competências dos profissionais de saúde que integram os NSP são importantes no alcance do cuidado seguro. Dentre essas, destaca-se a prática baseada em evidências (PBE). **OBJETIVO:** Analisar a PBE dos profissionais de saúde que atuam nos NSP, no Brasil. **MÉTODO:** Pesquisa quantitativa, do tipo *survey*, cujo cenário contemplou os NSP cadastrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A população estudada foi constituída pelos profissionais membros dos NSP. A coleta de dados ocorreu entre junho e setembro de 2019, através da plataforma *Survey Monkey* e utilizou-se do questionário *Evidence-Based Practice Questionnaire* (EBPQ). O escore do questionário foi calculado pela média aritmética dos itens do instrumento completo e por domínios. Para identificação de associação entre o perfil sociodemográfico e o uso da PBE, realizou-se análise de correlação e regressão linear. **RESULTADOS:** Participaram 211 profissionais, membros de NSP do Brasil. A maioria era enfermeiro, do sexo feminino, com idades entre 31 e 40 anos, tinha especialização *lato sensu* e acesso à *internet* no trabalho. Mais de 70% atuavam em hospitais e 35% integravam a equipe do NSP há menos de 12 meses. Aproximadamente, metade dos participantes não tinha formação em qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de riscos, não tinha carga horária específica para atuação no NSP e não apresentava compreensão de língua estrangeira. A pontuação média final do EBPQ foi 128, sendo 168 a pontuação máxima; a pontuação média por domínios foi 5,3 para o domínio 1; 5,8 para o domínio 2; e 5,2 para o domínio 3, sendo 7 a pontuação máxima para cada domínio. O questionário apresentou nível de confiabilidade satisfatória, com *alpha de Cronbach* igual a 0,936. A compreensão de língua estrangeira foi preditora de maiores escores nos domínios 1 e 3. A carga horária específica para o NSP foi preditora de maiores escores no domínio 2. A formação em qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de riscos foi preditora de maiores escores nos três domínios do EBPQ. **CONCLUSÃO:** É preciso estimular a expansão dos NSP no país, porém, é necessário voltar a atenção para os NSP já constituídos. Ausência de carga horária específica e de profissionais com dedicação exclusiva são questões que precisam ser sanadas. Urge investir na formação específica dos membros dos NSP, de modo que se tornem mais bem preparados para cumprir suas atribuições e fornecer capacitação em PBE e garantir suporte para que as equipes consigam aplicá-la.

**Palavras-chave:** Prática Clínica Baseada em Evidências; Segurança do Paciente; Gestão de Riscos; Competência Profissional.

## ABSTRACT

SACRAMENTO, A.B.A.A. **Evidence-based practice of patient safety centers in Brazil.** 2020. 118 páginas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

**INTRODUCTION:** The concern to offer safer care in health institutions has grown in recent years. The National Patient Safety Program aims to promote patient safety, at different levels of health care, through the implementation of risk management and Patient Safety Centers (NSP) in health services. It is the function of the NSP to promote the articulation of work processes that impact the risks to the patient. The skills of health professionals who are part of the NSP are important in achieving safe care. Among these, evidence-based practice (EBP) stands out. **OBJECTIVE:** Analyze the PBE of health professionals who work at NSP in Brazil. **METHOD:** Quantitative research, of the survey type, whose scenario contemplated the NSP registered at the National Health Surveillance Agency. The studied population consisted of professionals who are members of the NSP. Data collection took place between June and September 2019, using the Survey Monkey platform and the Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ) was used. The questionnaire score was calculated by the arithmetic mean of the items of the complete instrument and by domains. To identify the association between the sociodemographic profile and the use of EBP, correlation analysis and linear regression were performed. **RESULTS:** 211 professionals participated, members of NSP of Brazil. Most were female nurses, aged between 31 and 40 years old, had a specialization and had access to the internet at work. More than 70% worked in hospitals and 35% were part of the NSP team for less than 12 months. Approximately half of the participants had no training in quality, patient safety and / or risk management, had no specific workload for working at the NSP and did not have a foreign language understanding. The final average score of the EBPQ was 128, with 168 being the maximum score; the average score for domains was 5.3 for domain 1; 5.8 for domain 2; and 5.2 for domain 3, with 7 being the maximum score for each domain. The questionnaire showed a satisfactory level of reliability, with Cronbach's alpha equal to 0.936. Foreign language comprehension was a predictor of higher scores in domains 1 and 3. The specific workload for NSP was a predictor of higher scores in domain 2. Training in quality, patient safety and / or risk management was a predictor of higher scores in the three domains of the EBPQ. **CONCLUSION:** It is necessary to stimulate the expansion of NSP in the country, however, it is necessary to turn attention to the NSP already constituted. Absence of specific hours and professionals with exclusive dedication are issues that need to be addressed. There is an urgent need to invest in the specific training of NSP members, so that they become better prepared to fulfill their duties and provide training in PBE and ensure support for teams to be able to apply it.

**Key-words:** Evidence-Based Practice; Patient Safety; Risk Management; Professional Competence.

## RESUMEN

SACRAMENTO, A.B.A.A. **Práctica basada en evidencias en el desempeño de los centros de seguridad del paciente en Brasil.** 2020. 118 páginas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

**INTRODUCCIÓN:** La preocupación por ofrecer una atención más segura en las instituciones de salud ha crecido en los últimos años. El Programa Nacional de Seguridad del Paciente tiene como objetivo promover la seguridad del paciente, en los diferentes niveles de atención de la salud, mediante la implementación de la gestión de riesgos y los Centros de Seguridad del Paciente (NSP) en los establecimientos de salud. Es función del NSP promover la articulación de los procesos de trabajo que impactan los riesgos en el paciente. Las habilidades de los profesionales de la salud que forman parte del NSP son importantes para lograr una atención segura. Entre estos, se destaca la práctica basada en la evidencia (PBE). **OBJETIVO:** Analizar la PBE de los profesionales de la salud que trabajan en el NSP, en Brasil. **MÉTODO:** Investigación cuantitativa, tipo survey, cuyo escenario contempló el NSP registrado en la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. La población estudiada estuvo formada por profesionales miembros del NSP. La recolección de datos tuvo lugar entre junio y septiembre de 2019, utilizando la plataforma Survey Monkey y se utilizó el Cuestionario de Práctica Basada en Evidencia (EBPQ). La puntuación del cuestionario se calculó mediante la media aritmética de los ítems del instrumento completo y por dominios. Para identificar la asociación entre el perfil sociodemográfico y el uso de PBE, se realizaron análisis de correlación y regresión lineal. **RESULTADOS:** Participaron 211 profesionales, miembros de NSP do Brasil. La mayoría eran enfermeras, con edades comprendidas entre 31 y 40 años, con especialización y acceso a Internet en el trabajo. Más del 70% trabajó en hospitales y el 35% formó parte del equipo de NSP durante menos de 12 meses. Aproximadamente la mitad de los participantes no tenían formación en calidad, seguridad del paciente y / o gestión de riesgos, no tenían una carga de trabajo específica para trabajar en el NSP y no tenían conocimientos de idiomas extranjeros. La puntuación media final del EBPQ fue de 128, siendo 168 la puntuación máxima; la puntuación media de los dominios fue de 5,3 para el dominio 1; 5,8 para el dominio 2; y 5.2 para el dominio 3, siendo 7 la puntuación máxima para cada dominio. El cuestionario mostró un nivel satisfactorio de confiabilidad, con un alfa de Cronbach igual a 0.936. La comprensión de lenguas extranjeras fue un predictor de puntuaciones más altas en los dominios 1 y 3. La carga de trabajo específica para NSP fue un predictor de puntuaciones más altas en el dominio 2. La formación en calidad, seguridad del paciente y / o gestión de riesgos fue un predictor de mayor puntuaciones en los tres dominios de la EPBQ. **CONCLUSIÓN:** Es necesario estimular la expansión del NSP en el país, sin embargo, es necesario dirigir la atención al NSP ya constituido. La ausencia de horarios específicos y profesionales con dedicación exclusiva son cuestiones que hay que abordar. Existe una necesidad urgente de invertir en la formación específica de los miembros del NSP, para que estén mejor preparados para cumplir con sus funciones y brindar formación en PBE y asegurar el apoyo a los equipos para poder aplicarlo.

**Palabras clave:** Práctica Clínica Basada em la Evidencia; Seguridad del Paciente; Gestión de Riesgos; Competencia Profesional.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Incidentes de segurança do paciente relacionados ao cuidado em saúde....	28
Figura 2 - Modelo de integração dos processos de gestão de riscos, segundo a NBR ISO 31000/2018.....	32
Figura 3 - Síntese da coleta de dados.....	62

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Métodos de identificação de riscos em serviços de saúde.....	33
Quadro 2 -	Principais técnicas de análise de riscos.....	33
Quadro 3 -	Características principais da Análise de Causa Raiz e da <i>Healthcare Failure Mode and Effect Analysis</i> .....	34
Quadro 4 -	Categorias e tópicos de aprendizagem do Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente.....	44
Quadro 5 -	Domínios e competências-chave do Marco Canadense de Educação em Segurança do Paciente.....	45
Quadro 6 -	Princípios a serem incorporados às diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde.....	47
Quadro 7 -	Competências essenciais para a Prática Baseada em Evidências.....	50
Quadro 8 -	Níveis de evidência segundo a classificação de <i>Oxford Centre for Evidence-Based Medicine</i> .....	52
Quadro 9 -	Níveis de evidência segundo o sistema GRADE.....	54

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos profissionais membros dos Núcleos de Segurança do Paciente (n=211). Brasil, 2019.....	66
Tabela 2 -	Distribuição dos profissionais membros dos Núcleos de Segurança do Paciente segundo regiões e estados brasileiros (n=211). Brasil, 2019.....	68
Tabela 3 -	Síntese da distribuição dos escores do Questionário de Prática Baseada em Evidências, dos profissionais membros dos Núcleos de Segurança do Paciente. Brasil, 2019.....	69
Tabela 4 -	Distribuição dos escores do Questionário de Prática Baseada em Evidências para profissionais membros dos Núcleos de Segurança do Paciente, por itens. Brasil, 2019.....	69
Tabela 5 -	Distribuição de frequência das respostas aos itens do Questionário de Prática Baseada em Evidências para profissionais membros dos Núcleos de Segurança do Paciente, por categoria de escore. Brasil, 2019.....	71
Tabela 6 -	Correlação entre variáveis categóricas e o domínio Prática Baseada em Evidências. Brasil, 2019.....	72
Tabela 7 -	Correlação entre variáveis categóricas e o domínio Atitudes relacionadas à PBE. Brasil, 2019.....	73
Tabela 8 -	Correlação entre variáveis categóricas e o domínio Conhecimentos e habilidades associadas à PBE. Brasil, 2019.....	74
Tabela 9 -	Correlação entre variáveis contínuas e os domínios do EBPQ. Brasil, 2019.....	75
Tabela 10 -	Fatores associados aos domínios do EBPQ identificados em regressão linear. Brasil, 2019.....	76

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACR	Análise de Causa Raiz
AGRASS	Avaliação da Gestão de Riscos Assistenciais em Serviços de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APSEF	<i>Australian Patient Safety Education Framework</i>
ATS	Avaliação de Tecnologia em Saúde
BPF	Boas Práticas de Funcionamento
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIHR	<i>Canadian Institute of Health Research</i>
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EBPQ	<i>Evidence-Based Practice Questionnaire</i>
EUA	Estados Unidos da América
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment Development and Evolution</i>
HFMEA	<i>Healthcare Failure Mode and Effect Analysis</i>
IBEAS	Estudo Ibero-americano de Eventos Adversos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
ISEP	<i>Indicadores de Seguridad del Paciente</i>
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
MBE	Medicina Baseada em Evidências
NASF	Núcleo de Apoio em Saúde da Família
NBR	Norma Técnica Brasileira
NOTIVISA	Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente
QSEN	<i>Quality and Safety Education for Nurses</i>
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>24</b>
2.1	GERAL.....	24
2.2	ESPECÍFICOS.....	24
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>25</b>
3.1	SEGURANÇA DO PACIENTE E A INTERFACE COM A GESTÃO DE RISCOS.....	25
3.1.1	Qualidade da assistência e segurança do paciente: aspectos conceituais.....	27
3.1.2	Gestão de riscos nos serviços de saúde.....	30
3.1.3	Importância dos indicadores para gestão de riscos.....	37
3.1.4	Núcleos de segurança do paciente: avanços e desafios.....	39
3.2	COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS: PILARES PARA PRÁXIS TRANSFORMADORA EM SAÚDE.....	42
3.2.1	Competências profissionais para segurança do paciente.....	43
3.2.2	Diretrizes curriculares para os cursos de graduação na área de saúde.....	46
3.2.3	Competências profissionais para prática baseada em evidências.....	48
3.3	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS E A TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO.....	51
3.3.1	Etapas da prática baseada em evidências.....	51
3.3.2	Translação do conhecimento.....	54
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>58</b>
4.1	DELINEAMENTO.....	58
4.2	CENÁRIO.....	58
4.3	POPULAÇÃO.....	58
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	59
4.5	COLETA DOS DADOS.....	60
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	63
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	64
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>65</b>
5.1	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	65

5.2	DESCRIÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS DOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	68
5.3	FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS DOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	72
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>77</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>87</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>89</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>90</b>
	<b>APÊNDICE A – Convite para participação na pesquisa.....</b>	<b>105</b>
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>106</b>
	<b>ANEXO A – Autorização para uso do Questionário de Prática Baseada em Evidências (EPBQ), versão traduzida e validada para o português.....</b>	<b>108</b>
	<b>ANEXO B – Questionário de Prática Baseada em Evidências.....</b>	<b>109</b>
	<b>ANEXO C – Documento de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>112</b>

## APRESENTAÇÃO

O primeiro contato que tive com o tema segurança do paciente foi durante a residência multiprofissional em saúde, do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos, da Universidade Federal da Bahia. Eu tinha acabado de concluir meu curso de Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana, em 2010. Logo no ciclo inicial, tive aulas sobre segurança do paciente, gestão de riscos, tecnovigilância, farmacovigilância, acreditação hospitalar, indicadores de qualidade entre outros assuntos que despertaram em mim grande interesse, pois tudo isso contribuía para que a equipe multiprofissional pudesse oferecer uma melhor assistência ao paciente.

Eu não concluí o curso de residência, pois, em 2012, mudei-me para Brasília, devido a aprovação no processo seletivo para enfermeiro da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, meu primeiro e atual vínculo empregatício. No Hospital Sarah, a pedido da minha liderança, integrei um grupo de estudo sobre segurança na administração de medicamentos, com objetivo de identificar os problemas, estimular a notificação de eventos adversos e instituir medidas para tornar o processo mais seguro.

Em 2013, foi criado o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do Hospital Sarah e uma das estratégias utilizadas pela equipe do núcleo foi formar um grupo de profissionais de referência em cada setor, que foram denominados de sentinelas. Desde então, participo das reuniões do NSP como sentinela, fazendo a ligação entre meus colegas e o núcleo, auxiliando na implantação dos protocolos assistenciais, notificação de incidentes e promoção da cultura de segurança.

Entre 2014 e 2015, fiz um curso de pós-graduação à distância em Gestão em Enfermagem, pela Universidade Federal de São Paulo, no qual tive uma disciplina sobre segurança do paciente. Ao final do curso, o trabalho de conclusão do curso deveria ser um projeto de intervenção que abordasse qualquer um dos temas estudados no curso. Considerando a aproximação que eu já tinha com o tema, eu escolhi escrever um projeto de avaliação de cultura de segurança em um hospital de reabilitação. Após a conclusão da pós-graduação, decidi usar aquele projeto para a seleção no programa de mestrado em enfermagem da Universidade de Brasília, na linha de pesquisa de segurança do paciente.

Participei do processo seletivo nos anos seguintes, até ser aprovada em 2018. Então, em comum acordo com minha orientadora Prof<sup>ª</sup> Thatianny Paranaguá, decidimos mudar o projeto de pesquisa a ser desenvolvido no mestrado, considerando que a duração do curso de dois anos não seria suficiente para desenvolver um projeto de avaliação de cultura de segurança e

posterior intervenção e reavaliação. Escolhemos estudar a prática baseada em evidências na atuação dos núcleos de segurança do paciente, no Brasil, considerando tema inédito, cujas publicações sobre os núcleos de segurança eram, em maioria, normativas e relatos de experiência de implantações.

Considero que esse trabalho contribui para uma reflexão sobre o que se espera dos NSP, no Brasil, atualmente. Faz sete anos desde que estes se tornaram obrigatórios nos serviços de saúde. Nesse período, muitos núcleos foram implantados em cumprimento da norma, mas cabe, nesse momento, questionar se são de fato atuantes e quais as bases dessa atuação.

Acredito que os NSP podem e devem ser mais do que simples notificadores de incidentes ou geradores de estatística. Cabe aos profissionais que integram os NSP, buscarem evidências científicas que os auxiliem a identificar os problemas e intervir sobre eles. Para isso, é necessário que esses profissionais sejam, primeiramente, pessoas interessadas em desempenhar esse trabalho e que tenham aproximação com o tema. Além disso, é preciso suporte organizacional das instituições de saúde, no sentido de fornecer, minimamente, estrutura física, recursos materiais e carga horária específica, para que os membros dos NSP possam se capacitar e atuar, cada vez mais, fundamentados nas melhores evidências científicas, objetivando o cuidado seguro, que é o que se deseja da assistência à saúde na atualidade.

## 1 INTRODUÇÃO

A preocupação em oferecer cuidados mais seguros nas instituições de saúde tem crescido nos últimos anos, desde a publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, pelo *Institute of Medicine* (IOM), dos Estados Unidos da América (EUA), em 2000, que estimou a morte de 44 a 98 mil pessoas por ano, por erros médicos no país (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Esta obra foi um marco importante e alertou instituições e profissionais de saúde em todo mundo, no sentido de tornar a assistência à saúde mais segura.

No Brasil, criou-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Lei n. 9782, de 26 de janeiro de 1999. A ANVISA tem por finalidade promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras (BRASIL, 1999).

Em 2001, a ANVISA criou a rede de hospitais sentinela, um conjunto de instituições de saúde que atuam na vigilância de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas a produtos de saúde sujeitos à vigilância sanitária, como medicamentos, kits para exames laboratoriais, órteses, próteses, equipamentos e materiais médico-hospitalares, saneantes, sangue e componentes (BRASIL, 2014a). A Rede Sentinela é aberta a qualquer instituição que solicite o credenciamento e a adesão é um ato voluntário, não envolvendo transferência de recursos à instituição (BRASIL, 2014a).

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, passo importante para melhorar a segurança na assistência à saúde em todos os países membros, entre eles o Brasil (WHO, 2004). Os países membros realizam ações direcionadas aos temas prioritários, como os desafios globais pela segurança do paciente, e, periodicamente, são emitidos relatórios informando os avanços e as perspectivas em cada tema e novos são também inseridos (WHO, 2004).

No Brasil, em 2011, publicou-se a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63 que dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento dos serviços de saúde (BPF), estas asseguram que os serviços são ofertados com os padrões de qualidade adequados e são orientadas à redução dos riscos inerentes à prestação de serviços de saúde. Essa RDC estabelecia que os serviços de saúde deveriam desenvolver estratégias para a segurança do paciente, como mecanismos de identificação do paciente; orientações para higienização das mãos; ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionadas à assistência à saúde;

mecanismos para garantir segurança cirúrgica; orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes; mecanismos para prevenção de quedas; estratégias para prevenção de lesão por pressão; e orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada (BRASIL, 2011a).

Em consonância com o plano da OMS, em 2012, a ANVISA lançou o projeto denominado Pacientes pela Segurança do Paciente em serviços de saúde, que envolve a divulgação sobre o tema e a publicação de materiais educativos, como folder, panfletos, cartazes, *hotsite* e vídeos sobre o tema. O objetivo é instrumentalizar os pacientes, para que sejam mais participativos durante procedimentos cirúrgicos, internações e exames clínicos (BELLO et al., 2017).

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com objetivo de contribuir para qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013a). Dentre os objetivos específicos do PNSP, destacam-se promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas para segurança do paciente, em diferentes níveis de atenção, por meio da implantação da gestão de riscos e de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013a).

No mesmo ano, a ANVISA tornou obrigatória a criação do NSP nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013b). O NSP é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente” (BRASIL, 2013b, art 3º, inciso VIII). É função do NSP a integração dos diferentes setores que trabalham com riscos na instituição e promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente (BRASIL, 2016). Os NSP devem ser estruturados não apenas nos hospitais, como também em clínicas especializadas em diagnóstico e tratamento, como os serviços de endoscopia, hemodiálise e na atenção básica, nesse caso, podendo ser único ou compartilhado entre várias unidades. São excluídos da norma consultórios individuais, laboratórios clínicos, serviços de atenção domiciliar, instituições de longa permanência para idosos e aquelas que prestam serviço a pessoas com transtornos decorrentes do abuso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2016).

Ainda em 2013, foram publicadas as Portarias 1.377 e 2.095, que aprovaram os protocolos básicos de segurança do paciente: Cirurgia Segura, Prática de Higiene das Mãos e Prevenção de Úlcera por Pressão (BRASIL, 2013c), Prevenção de Quedas, Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos (BRASIL, 2013d).

As competências dos profissionais de saúde, em especial daqueles que compõe os NSP, são importantes no alcance do cuidado seguro. O contexto atual da saúde exige dos profissionais dessa área novas competências para promover a integração, coordenação e o trabalho em equipe. Profissionais competentes têm conhecimento, habilidades e capacidade de transformar políticas e pesquisas em ação, fundamental para promoção da saúde (FRAGELLI; SHIMIZU, 2012) e para tornar o cuidado mais seguro.

Espera-se que os profissionais de saúde sejam capazes de mobilizar conhecimentos e prestar cuidados com base em evidências e de forma segura. Para isso, é necessário que sejam ensinados, desde a graduação, a prestarem cuidados, seguindo os princípios de segurança do paciente. Tal necessidade motivou a OMS a desenvolver o Guia Curricular Multiprofissional de Segurança do Paciente, um programa de ensino que abrange 11 tópicos em segurança do paciente a serem incluídos nos currículos dos cursos de graduação em saúde. O objetivo é criar as bases do conhecimento e das habilidades, para que os profissionais de saúde estejam mais bem preparados para a prática clínica (OMS, 2016).

O Guia Curricular teve como referência os Marcos Australiano e Canadense para o desenvolvimento de competências em segurança do paciente. O Marco Australiano tem em sua estrutura o uso de evidências como uma categoria de aprendizagem a ser incluída nos currículos dos cursos de graduação em saúde (OMS, 2016). No Marco Canadense a prática baseada em evidências é considerada uma estratégia para implementação das competências de segurança do paciente (FRANK; BIEN, 2008).

No âmbito da enfermagem, o *Quality and Safety Education for Nurses* (QSEN) é um instituto americano de educação em qualidade e segurança para enfermeiros que definiu competências relacionadas à qualidade e segurança para enfermeiros e propôs objetivos de conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos pelos programas de graduação em enfermagem e de educação continuada. As competências propostas pelo QSEN são: cuidado centrado no paciente; colaboração e trabalho em equipe; prática baseada em evidências; melhoria da qualidade; segurança e informática (STALTER; PHILLIPS; DOLANSKY, 2017).

Dentre essas competências, destaca-se a Prática Baseada em Evidências (PBE), definida como a integração da melhor evidência atual com a experiência clínica e as preferências e valores do paciente e respectiva família para prestação de cuidados ideal (AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGE OF NURSING, 2012). Esta prática tem se constituído em ferramenta para qualificar o trabalho em saúde, além de se apresentar como boa estratégia para a efetividade clínica e o apoio para tomada de decisão, que o profissional assume ao desempenhar o cuidado (FERRETI et al., 2018).

A PBE contribui para qualificação da assistência à saúde e, conseqüentemente, para segurança do paciente. Os NSP, como instâncias responsáveis por promover, apoiar e implementar ações voltadas para segurança do paciente, precisam atuar de acordo com as melhores evidências científicas aplicadas à realidade da instituição, de forma a alcançar melhores resultados.

Revisão integrativa sobre competências gerenciais relacionadas à segurança do paciente encontrou como principais competências: a liderança, o trabalho em equipe e a comunicação (PAIXÃO et al., 2017). A PBE, apesar da relevância para o alcance do cuidado seguro, não foi citada nessa revisão.

Outro estudo realizado nos EUA, com objetivo de descrever a competência de PBE entre os enfermeiros do país, concluiu que grande parte dos enfermeiros participantes não consideraram ter esta competência desenvolvida (MELNYK et al., 2018), fato preocupante, pois interfere diretamente na qualidade dos cuidados prestados, na incorporação das melhores evidências na prática clínica. De acordo com o IOM (2001), o atraso em transpor a evidência para a prática resulta em período maior de hospitalização, maior tempo até a cura e custos desnecessários.

As publicações que tratam sobre os NSP, inicialmente, eram apenas normativas. Em seguida, diversos relatos do processo de implantação dos NSP, em hospitais, nas diferentes regiões do país, foram apresentados (AZEVEDO et al., 2016; SIMAN; BRITO, 2018; PRATES et al., 2019), com destaque para as dificuldades enfrentadas e avanços na área de segurança do paciente, provocados pela atuação dos NSP.

Estudos recentes (SERRA; BARBIERI; CHEADE, 2016; CAVALVANTE et al., 2019; MACEDO; BOHOMOL, 2019a; COSTA et al., 2020) avaliam os NSP em relação a aspectos importantes do cumprimento das normas da ANVISA (BRASIL, 2013a; 2013b), como existência de Plano de Segurança do Paciente (PSP) em execução, realização de notificações mensais de eventos adversos pelo Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA), registros da ocorrência de reuniões periódicas e notificações de investigações de eventos adversos. Porém não há ainda estudos que abordem sobre as competências dos profissionais membros dos NSP.

Considerando que as equipes dos NSP devem conduzir as instituições na adoção de práticas seguras e ações de melhoria necessárias, devem conhecer e ser capazes de atuar de acordo com as melhores evidências científicas. É preciso, portanto, estudar a PBE, no contexto da segurança do paciente, no Brasil, considerando a relevância do tema e a ausência de estudos com esse enfoque. Sendo os NSP as instâncias responsáveis pelas ações de segurança nas

instituições de saúde, questionou-se: como se caracteriza a prática baseada em evidências, na atuação dos profissionais de saúde nos núcleos de segurança do paciente, no Brasil?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Analisar a prática baseada em evidências dos profissionais de saúde que atuam nos Núcleos de Segurança do Paciente, no Brasil, cadastrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Descrever o perfil dos profissionais de saúde que atuam nos Núcleos de Segurança do Paciente;
- Examinar o uso da prática baseada em evidências pelos profissionais de saúde, na atuação nos Núcleos de Segurança do Paciente;
- Verificar associação entre os fatores sociodemográficos, de formação e ocupacionais dos profissionais de saúde e a prática baseada em evidências.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

As bases conceituais utilizadas para análise da prática baseada em evidências, na atuação dos profissionais que integram os Núcleos de Segurança do Paciente, no Brasil, foram organizadas em três tópicos para propiciar melhor compreensão. O referencial teórico deste estudo apresenta conceitos da segurança do paciente, das competências profissionais e da prática baseada em evidências.

#### 3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE E A INTERFACE COM A GESTÃO DE RISCOS

A preocupação com a segurança do paciente é relativamente recente. A publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000) trouxe à tona dados alarmantes quanto à ocorrência de óbitos e eventos adversos graves relacionados à assistência à saúde por causas evitáveis. Desta forma, conseguiu alertar profissionais, gestores e pacientes em todo o mundo quanto à relevância do tema, trazendo que o número de óbitos como resultado de erros médicos era superior ao de mortes causadas por acidentes de trânsito e câncer de mama, por exemplo (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

O Estudo Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) investigou a prevalência de eventos adversos em hospitais de cinco países latino-americanos, Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru. O estudo foi realizado em 58 hospitais desses países, em que se mediram a prevalência de pacientes que apresentavam um evento adverso, no dia da observação. A prevalência estimada foi de 10,5%. Aproximadamente, 60% dos eventos adversos foram considerados evitáveis (ARANÁZ - ANDRÉS et al., 2011).

No Brasil, Mendes e colaboradores (2009) realizaram estudo pioneiro para avaliar a incidência de eventos adversos. O delineamento utilizado foi coorte retrospectiva, por meio de revisão de prontuários de pacientes adultos internados, em 2003, em três hospitais de ensino no Rio de Janeiro. A incidência de pacientes com eventos adversos foi de 7,6%, destes, 66,7% foram considerados evitáveis. Verificou-se que a incidência de pacientes com eventos adversos encontrada foi semelhante a de estudos internacionais, porém a proporção de eventos adversos evitáveis foi maior (MENDES et al., 2009).

Em continuidade a esse estudo, em 2013, o mesmo grupo de pesquisa descreveu as características dos eventos adversos evitáveis. Os principais eventos adversos evitáveis identificados foram as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), representando

24,6%. Dentre as IRAS, as infecções de sítio cirúrgico foram as mais frequentes (68,7%). O fator contribuinte mais frequente para ocorrência dos eventos adversos identificados foi a não adesão aos protocolos clínico-assistenciais (55,9%) (MENDES et al., 2013).

Recentemente, realizou-se estudo para avaliação de prevalência de eventos adversos e fatores associados, em quatro hospitais gerais, na Região Sudeste do Brasil. A metodologia utilizada foi baseada no estudo IBEAS, com delineamento transversal. A prevalência estimada foi 12,8%, dos quais 43% foram considerados preveníveis. Os fatores estatisticamente associados foram admissão de urgência, submissão a procedimentos, presença de cateter venoso central e terapia imunossupressora (MENDES et al., 2018).

Além dos custos sociais para os pacientes, familiares e profissionais, os eventos adversos têm grande impacto econômico para as instituições envolvidas e o sistema de saúde como um todo. Nos EUA, O custo total dos erros na assistência à saúde para o país, considerando a perda de renda, da capacidade produtiva e os custos com assistência médica, foram estimados entre \$17 e 29 bilhões de dólares, dos quais os custos de assistência à saúde representavam mais da metade (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

O estudo de Mendes e colaboradores (2009) foi utilizado para realizar estimativa dos gastos financeiros com pacientes que sofrem eventos adversos no Brasil, utilizando as informações financeiras do Sistema de Internações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS) (PORTO et al., 2010). Verificou-se que o valor médio pago pelo atendimento de pacientes com eventos adversos foi aproximadamente 200% superior ao valor pago pelo atendimento dos pacientes sem eventos adversos. Os pacientes com eventos adversos tiveram tempo médio de permanência de aproximadamente 28 dias superior ao dos pacientes sem eventos adversos. Esses recursos poderiam ser utilizados para financiar outras necessidades de saúde da população (PORTO et al, 2010).

Diante de todo esse contexto, na 72ª Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida em 2019, a segurança do paciente foi considerada um desafio da saúde pública global (WHO, 2019). Grande parte dos eventos adversos podem ser evitados, geralmente por ações que não exigem utilização de tecnologias complexas (MENDES et al., 2013), baseadas na gestão dos riscos e adoção de práticas seguras. Investir na formação dos profissionais de saúde para compreenderem a importância dessas práticas e sua influência na qualidade e segurança da assistência torna-se uma necessidade para o sistema de saúde.

### 3.1.1 Qualidade da Assistência e Segurança do Paciente: Aspectos Conceituais

A segurança do paciente é uma das dimensões da qualidade em saúde. A ausência de segurança na assistência à saúde afeta negativamente as demais dimensões da qualidade (ROMERO et al., 2018). Por isso, a segurança e a qualidade são indissociáveis (GAMA; SATURNO, 2017). Segundo a OMS, segurança é a ausência ou redução do risco de danos desnecessários ao paciente a um nível mínimo aceitável (WHO, 2009).

Receber uma assistência de qualidade é um direito do paciente e oferecer tal serviço é dever das instituições de saúde (MONTSERRAT-CAPELLA; CHO; LIMA, 2017). O IOM define qualidade em saúde como o grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis e aumentam a viabilidade de resultados favoráveis, de acordo com o conhecimento científico corrente (DONALDSON, 1999).

A qualidade em saúde é um conceito amplo que engloba seis dimensões. Assim, para a assistência à saúde ser considerada de qualidade (IOM, 2001), deve ser:

- Segura: evitar danos associados aos cuidados prestados ao paciente;
- Efetiva: ser baseada em evidências científicas. Evitar a subutilização e o uso excessivo de recursos;
- Centrada no paciente: considerar os valores e as preferências do paciente;
- Oportuna: reduzir esperas e atrasos prejudiciais ao paciente e profissionais prestadores do cuidado;
- Eficiente: evitar desperdícios;
- Igualitária: deve ser igual para qualquer pessoa.

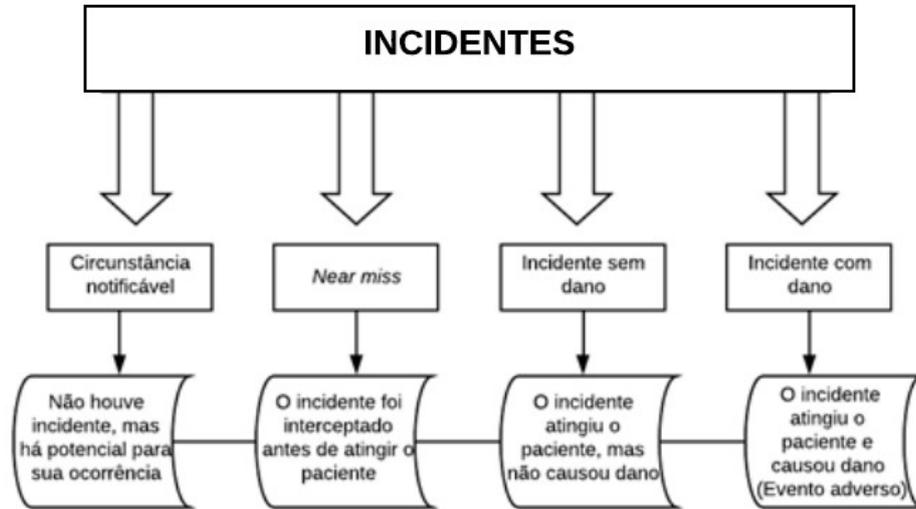
No estudo da segurança do paciente, é necessário definir alguns conceitos.

Incidente é qualquer evento que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente. Os incidentes são chamados de *near misses*, quando são interceptados antes de atingirem ao paciente; podem ser incidentes sem danos, quando, apesar de terem atingido o paciente, não lhe causaram danos e são chamados eventos adversos, quando causam danos ao paciente (WHO, 2009).

Circunstâncias notificáveis são um tipo especial de incidente. Trata-se de eventos, situações ou processos com potencial significativo para causar dano, mas este ainda não ocorreu (WHO, 2009). São exemplos de circunstâncias notificáveis a carência de recursos humanos, os problemas relacionados à manutenção de equipamentos e as falhas de comunicação (SAGAWA et al., 2019). As circunstâncias notificáveis comprometem a qualidade e a segurança da assistência, podendo causar eventos adversos.

Os tipos de incidentes estão resumidos na Figura 1.

Figura 1 – Incidentes de segurança do paciente relacionados ao cuidado em saúde.



Fonte: Elaborada pela autora, baseado na Taxonomia Internacional para Segurança do Paciente (WHO, 2009).

O dano associado ao cuidado em saúde implica prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito negativo resultante, como doenças, lesão, sofrimento, incapacidade ou óbito. O dano pode ser físico, social ou psicológico (WHO, 2009). Os danos causados podem ser irreversíveis ao paciente e respectiva família. Assim, a ocorrência de eventos adversos envolve custos não apenas econômicos, como também sociais consideráveis (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A segurança do paciente, portanto, tem como foco principal a redução dos eventos adversos (GAMA et al., 2016) e, conseqüentemente, dos danos que eles causam ao paciente. Porém é, também, um objetivo a redução dos erros, das negligências, falhas e omissões que não atingiram o paciente, ou se atingiram não causaram danos, mas que poderiam ter causado (GAMA et al., 2016).

O estudo dos *near misses* possibilita a detecção de falhas latentes e a adoção de medidas preventivas. Apesar disto, ainda são escassos na literatura, experiências que reportem o *near miss* para estudo das falhas. Por isso, é necessário estimular os profissionais de saúde a registrar a ocorrência desse tipo de incidente a fim de permitir a análise dos fatores causais e a promoção de mudanças no processo de trabalho em saúde (PARANAGUÁ; BEZERRA; SILVA, 2015).

Uma das estratégias utilizadas em diversos países para melhorar a segurança do paciente é a notificação de incidentes pelos profissionais de saúde. A notificação de incidentes de segurança do paciente é a comunicação da ocorrência desses eventos ao setor responsável na instituição de saúde (ALVES; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2019). O desenvolvimento da

cultura dos registros, a discussão das circunstâncias em que os incidentes ocorreram, das condutas profissionais e organizacionais frente aos incidentes podem contribuir para o alcance do cuidado mais seguro (PARANAGUÁ et al, 2013). Conhecer qual a frequência e quais tipos de incidentes mais ocorrem em uma instituição é o primeiro passo para que se possa instituir medidas preventivas, a partir de um processo de investigação das causas relacionadas.

Em âmbito nacional, os serviços de saúde precisam comunicar os eventos adversos relacionados à assistência à saúde à ANVISA. A notificação e o monitoramento dos incidentes são realizados através do sistema NOTIVISA. O retorno dessas informações aos serviços notificantes é realizado mediante boletins periódicos publicados pela ANVISA. Sempre que necessário, a equipe da Vigilância Sanitária poderá entrar em contato com a instituição para saber mais detalhes sobre o incidente e acompanhar a implementação de ações de melhoria (SANTOS et al., 2017).

Os fatores contribuintes para ocorrência dos eventos adversos estão relacionados, principalmente, às falhas e fragilidades dos sistemas de saúde e dos processos assistenciais (ALVES; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2019). No entanto, há tendência de buscar um culpado pelo erro, quando ocorre um evento adverso (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Por isso, há ainda muita resistência em notificar incidentes, principalmente aqueles que resultaram em dano ao paciente.

O erro é definido como a falha na execução de uma ação, conforme o planejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano (WHO, 2009). Os erros sempre estarão presentes em ações realizadas em diferentes áreas, pois é uma característica dos seres humanos. Na área da saúde, nem todos os erros geram eventos adversos e nem todos os eventos adversos são causados por erros. Os eventos adversos causados por erros são considerados evitáveis (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Ainda há, em muitas instituições de saúde, uma cultura punitiva, que culpabiliza o profissional envolvido na ocorrência de um evento adverso. Nessas instituições, acredita-se que o profissional competente não comete erros e, assim, haverá a tendência de punir aquele que errou, como ação exemplar, acreditando que assim menos erros serão cometidos (ROMERO et al., 2018). Tal prática acarreta subnotificação dos incidentes e compromete muito a melhoria da segurança do paciente.

Destaca-se que defender uma cultura não punitiva dos profissionais não significa deixar de responsabilizar profissionais descuidados, que infringem as regras básicas de qualidade e segurança do paciente. Há a necessidade de equilíbrio entre a não responsabilização e a

responsabilização dos profissionais envolvidos na ocorrência de incidentes (ALVES; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2019).

O conceito de cultura justa foi introduzido para conciliar a adequada responsabilização e a necessidade de não responsabilização individual, diante de incidentes de segurança. Na cultura justa, há a distinção entre o erro humano (ex.: cometer deslizes), o comportamento de risco (ex.: tomar atalhos) e o comportamento imprudente (ex.: ignorar procedimentos de segurança necessários) (REIS, 2019). A cultura justa, na gestão dos erros na assistência à saúde, é uma abordagem que responsabiliza o profissional quando este age de forma intencional, violando regras de segurança, mediante comportamentos imprudentes e expondo o paciente ao risco de sofrer eventos adversos.

Mais do que nunca, discorre-se sobre a importância de fortalecer a cultura de segurança nas instituições de saúde como principal estratégia para melhorar a segurança do paciente. Cultura de segurança é o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso de uma organização de saúde, na promoção da segurança do paciente (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993 apud NIEVA; SORRA, 2003). As crenças e os comportamentos dos trabalhadores devem ser favoráveis à segurança, para que se obtenha sucesso (GAMA; SATURNO, 2017).

Nos anos 2000, quando a temática de segurança do paciente passou a ter visibilidade, a promoção da cultura de segurança era uma ação de suporte para as demais práticas propostas para melhoria da segurança. Atualmente, considera-se que a importância da mudança cultural deve ser uma prioridade (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015), como ação necessária para o alcance dos objetivos.

### 3.1.2 Gestão de riscos nos serviços de saúde

A gestão de riscos tem origem nos âmbitos militar, industrial, incluindo a indústria aeronáutica e automobilística, e empresarial. Pode ser definida como um processo que inclui a identificação dos riscos e da incerteza a eles associada, desenvolvimento e implementação de estratégias para enfrentá-los, de modo a prevenir ou reduzir seu impacto (GAMA; SATURNO-HERNANDEZ, 2017).

Apesar de a gestão de riscos há muito tempo ser utilizada nos setores mencionados, apenas em 2009, por meio da norma da *International Organization for Standardization* (ISO) 31000, houve a padronização de conceitos e métodos utilizados. No Brasil, o órgão que representa a ISO é a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), a qual traduziu esse documento e publicou a Norma Técnica Brasileira (NBR) ISO 31000/2009 e as demais normas

complementares publicadas posteriormente. Essas normas apresentam conceitos e métodos que podem ser aplicados em qualquer tipo de organização (GAMA; SATURNO-HERNANDEZ, 2017), portanto, não são específicas para a área da saúde.

No Brasil, a gestão de riscos nos serviços de saúde, com o enfoque na segurança do paciente, começou em 2001, com a implantação da rede de Hospitais Sentinela. O objetivo desse projeto foi elaborar estratégias para minimizar eventos adversos na prática clínica (SIQUEIRA et al., 2015). A Rede de Hospitais Sentinela trabalha com a gestão de riscos, por intermédio da busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde, nas áreas de farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância (BRASIL, 2014b). Essa rede foi a base para implantação da gestão de riscos nas instituições de saúde, no Brasil, por meio do incentivo à cultura de notificações e melhoria da qualidade nos serviços de saúde (MACEDO; BOHOMOL, 2019a).

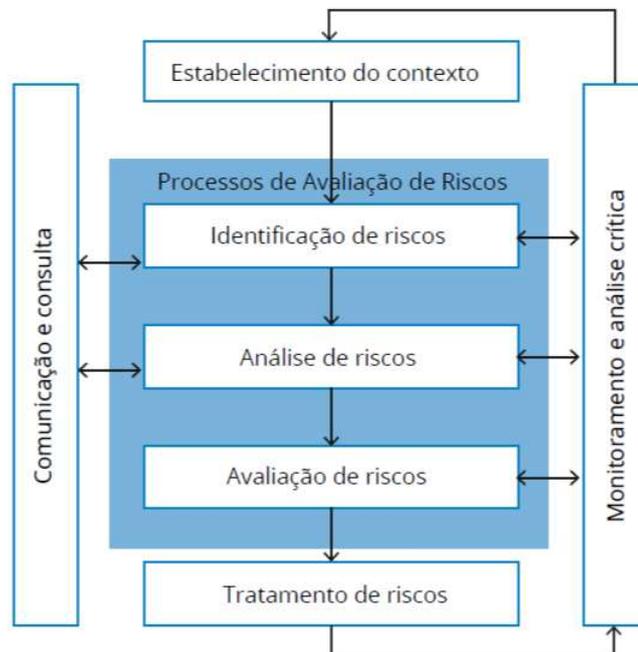
Por meio da RDC nº 2/2010, da ANVISA, a gestão de riscos relacionados a tecnologias em saúde passou a ser obrigatória aos serviços de saúde. Desde então, os serviços precisam elaborar um plano de gerenciamento, incluindo as etapas do gerenciamento de riscos relacionados aos produtos de saúde, de higiene e cosméticos, medicamentos e saneantes, visando redução e minimização da ocorrência de eventos adversos (BRASIL, 2010).

Atualmente, recomenda-se que as instituições de saúde implantem práticas de gestão de riscos e métodos de gestão da qualidade aplicados à segurança do paciente (GAMA et al., 2020). Nos últimos anos, observa-se tendência nos estudos de segurança do paciente de mudar o foco exclusivo nos danos gerados para procura e controle de situações que podem originá-lo (SAGAWA et al., 2019). Nesta perspectiva, a gestão de riscos tem assumido importante destaque no processo de trabalho das instituições de saúde, pela característica preventiva ao dano.

Conforme a ISO 31000/2018 (ABNT, 2018), risco é a exposição aos potenciais desvios do que foi planejado. Assim, toda atividade em uma organização envolve risco. A OMS define risco de forma mais específica, como a probabilidade da ocorrência de um incidente (WHO, 2009). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), gestão de riscos é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e no controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

A gestão de riscos engloba atividades de comunicação, consulta, estabelecimento do contexto, identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e análise crítica dos riscos (ABNT, 2018). A integração desses processos está esquematizada na Figura 2.

Figura 2 – Modelo de integração dos processos de gestão de riscos, segundo a NBR ISO 31000/2018



Fonte: GAMA; SATURNO-HERNANDEZ, 2017.

Antes de iniciar o processo de avaliação de riscos, é necessário estabelecer o contexto, o qual varia de acordo com as necessidades da organização e envolve a definição de metas e objetivos da gestão de riscos; conceituação de responsabilidades pelo processo; explicação de metodologias de avaliação de riscos e dos resultados obtidos. A descrição do contexto garante que a abordagem adotada na gestão de riscos seja adequada à organização (ABNT, 2018).

O processo de avaliação de riscos inclui (ABNT, 2018):

- Identificação: reconhecimento das fontes de risco, áreas de impacto, eventos, causas e consequências potenciais;
- Análise: apreciação das causas e fontes de risco, consequências e probabilidade que essas possam acontecer;
- Avaliação: definição da necessidade de tratamento do risco, a partir do nível de risco encontrado na análise.

A identificação dos riscos pode ser realizada através de métodos retrospectivos, quando o incidente já ocorreu; em tempo real, quando são identificados, durante ou próximos à ocorrência ou prospectivos, quando o risco é identificado antes que o incidente ocorra. Os principais métodos utilizados na identificação dos riscos estão apresentados no Quadro 1. É importante que a instituição utilize de diversas fontes de informação para identificação de riscos mais robusta (GAMA; SATURNO-HERNANDEZ, 2017).

Quadro 1 – Métodos de identificação de riscos em serviços de saúde

Retrospectivos	Tempo real	Prospectivos
Notificação de incidentes Eventos sentinela ( <i>Never events</i> ) Indicadores de segurança Rastreadores ( <i>triggers</i> ) Indicadores de boas práticas Queixas e reclamações	Observacionais Listas de verificação Sistemas eletrônicos de alerta	Mapeamento de riscos Rondas de segurança Técnicas de consenso Fontes externas

Fonte: GAMA; SATURNO-HERNANDEZ, 2017.

Na análise dos riscos, podem ser empregadas técnicas qualitativas, quantitativas ou associação destas (ABNT, 2018). As principais técnicas de análise de riscos estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Principais técnicas de análise de riscos

Qualitativas	Quantitativas
Fluxograma Diagrama de causa e efeito Análise de campos de força	Histograma Estratificação Diagrama de Pareto Gráfico de controle

Fonte: GAMA; SATURNO-HERNANDEZ, 2017.

Na avaliação, definem-se o nível de criticidade da situação e a priorização dos riscos mais graves e frequentes. É realizada através de escalas que combinam dados da gravidade do problema com a probabilidade de ocorrência deste. Uma das formas mais utilizadas para isso é a realização da *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis* (HFMEA) (GAMA; SATURNO-HERNANDEZ, 2017).

A etapa de tratamento dos riscos envolve a seleção de uma ou mais ações para modificar os riscos, bem como a implementação (ABNT, 2018). Essas ações têm como objetivo prevenir um problema de segurança ou solucionar algum já existente (GAMA; SATURNO-HERNANDEZ, 2017).

Para prevenção, utiliza-se de abordagem proativa, na qual se avaliam a gravidade e a probabilidade de o evento ocorrer, visando identificar oportunidades de melhoria. Para solução de um problema identificado, utiliza-se da abordagem reativa para correção. Geralmente, essa abordagem ocorre após a notificação de um evento e proporciona aprendizado para a equipe envolvida (KERN, 2019).

O monitoramento e a análise crítica devem envolver vigilância regular, a fim de melhorar o processo de avaliação de riscos; analisar os incidentes, incluindo os *near-misses*; e

identificar riscos emergentes (ABNT, 2018). Conforme os resultados encontrados, o ciclo pode retornar ao início, na etapa de estabelecimento do contexto, para modificações na abordagem definida previamente. Além disso, o monitoramento e a análise crítica devem ocorrer também ao longo de todas as etapas, favorecendo ajustes durante todo o processo.

Em paralelo, deve ocorrer a comunicação e consulta às pessoas ou organizações, internas (lideranças clínicas, administrativas, profissionais e pacientes) ou externas (agência reguladora), que sejam ou podem ser afetadas por uma decisão ou atividade (ABNT, 2018). A comunicação dos riscos é importante para sensibilização e responsabilização dos envolvidos, o que, por sua vez, é importante para promoção da cultura de segurança, a qual deve ser disseminada de forma sistemática entre profissionais e usuários dos serviços de saúde (KERN; FELDMAN; D'INNOCENZO, 2018).

Em complemento à comunicação do risco, a ISO 31000/2018 (ABNT, 2018) cita a consulta. Uma equipe consultiva pode auxiliar na definição do contexto, assegurar a definição adequada dos riscos e possibilitar a reunião de profissionais de diversas áreas de especialização, com diferentes pontos de vista, para contribuir ao longo de todo processo (ABNT, 2018). A etapa comunicação e consulta proporciona a troca de informações pertinentes, considerando os aspectos de confiabilidade e integridade das pessoas (KERN, 2019).

Existem técnicas utilizadas na integração dos processos de gestão de risco. As mais utilizadas são a Análise de Causa Raiz (ACR) e a HFMEA. As principais características de ambas estão descritas no Quadro 3.

Quadro 3 – Características principais da Análise de Causa Raiz e da *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis*

<b>Características</b>	<b>Análise de Causa Raiz</b>	<b><i>Healthcare Failure Mode and Effect Analysis</i></b>
Temporalidade	Retrospectiva	Prospectiva
Pergunta inicial	O que aconteceu de errado?	O que pode dar errado?
Foco	Incidente individual	Processo
Regulamentação ANVISA	Obrigatória, após incidentes com óbito ou <i>never events</i> .	Recomendada para processos como hemoterapia e quimioterapia.
Vantagens	Averigua o que aconteceu e por quê.	Propõe intervenções antes dos incidentes acontecerem.
Limitações	Viés retrospectivo; Nem sempre há uma causa direta, de relação linear com o incidente; Laboriosa, depende do nível de conhecimento dos participantes.	Laboriosa, depende do nível de conhecimento dos participantes.

Fonte: Adaptado de GAMA; SATURNO-HERNANDEZ, 2017.

Causas raízes são as razões básicas que podem ser identificadas para direcionar práticas, de modo a evitar os incidentes (SILVA et al., 2017). Assim, a ACR é uma forma reativa de analisar incidentes e apresentar ações para reduzir a ocorrência destes (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014). É um processo sistemático, em que os fatores contribuintes para um incidente são identificados por meio da reconstrução cronológica da ocorrência e utiliza-se da pergunta “por que” até que as causas sejam esclarecidas (WHO, 2009). Essa análise possibilita a avaliação do sistema, a identificação das falhas nos processos e a conclusão de que, frequentemente, as falhas do sistema predominam em relação às falhas dos indivíduos (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

A ACR não é uma metodologia única. Existem variações de técnicas e ferramentas utilizadas (SILVA et al., 2017), mas, de forma geral, seguem as mesmas etapas. Primeiro, é necessário escolher as situações nas quais se realizará a ACR, pois é um método que demanda muito tempo. Geralmente, apenas os eventos adversos graves são analisados dessa forma (GAMA; SATURNO-HERNANDEZ, 2017). Depois, é formada a equipe que realizará a ACR. De forma ideal, deve ser multiprofissional, composta por três a nove membros, que devem conhecer a técnica e o processo envolvido (SILVA et al., 2017).

Na sequência, é feita a coleta de dados para descrição do incidente. Podem ser usados consultas a documentos institucionais, prontuário do paciente, entrevistas com os envolvidos e observação do ambiente. Deve ser realizada descrição minuciosa do que aconteceu, em ordem cronológica (SILVA et al., 2017).

Na análise dos dados, identificam-se as causas. Nesta fase, podem ser utilizadas várias ferramentas da qualidade para análise e solução de problemas, como *brainstorm*, diagrama de causa e efeito, cinco “porquês”, entre outras (KERN, 2019). Após definição das causas, são formuladas as recomendações que devem ser factíveis e prevenir que o incidente se repita. Por fim, deve se elaborar o relatório de todo o processo, para fins de fiscalização sanitária e implementação das recomendações propostas (GAMA; SATURNO-HERNANDEZ, 2017).

A HFMEA é utilizada de forma proativa, na melhoria da segurança de processos complexos, como administração de medicamentos anti-infecciosos, cateterização venosa central e hemodiálise. Esse método objetiva reduzir a possibilidade de eventos adversos para os pacientes no futuro, por meio da identificação de condições de risco e da determinação dos efeitos que poderão acontecer na ocorrência de erro. Além disso, são feitas recomendações para as correções necessárias a fim de melhorar a segurança do processo (SILVA et al., 2017).

Semelhante à ACR, na HFMEA, é necessário definir qual incidente se deseja prevenir e a equipe que aplicará ao método. Após, é realizada a descrição gráfica do processo, através de fluxograma simples (GAMA; SATURNO-HERNANDES, 2017). Em seguida, identificam-

se as possíveis falhas, gravidade, probabilidade de ocorrência e detecção. Atribuem-se pontuações para cada nível de gravidade, probabilidade e detecção. O número resultante do produto dessas pontuações é denominado de número de prioridade de riscos (SILVA et al., 2017), sendo usado para priorizar as falhas que receberão intervenção. Quanto maior é o número de prioridade de riscos, maior é a prioridade das ações (KERN; FELDMAN; D'INNOCENZO, 2018). Elabora-se um plano de ação e monitoramento dos resultados, com responsáveis pela implementação (GAMA; SATURNO-HERNANDEZ, 2017).

Outra ferramenta comumente usada na gestão de riscos para investigação de incidentes é o protocolo de Londres que consiste em investigação sistematizada para melhorar a qualidade da coleta de dados e auxiliar na identificação dos fatores contribuintes para ocorrência do evento. Por meio deste método, o foco da análise é identificar causas sistêmicas e fatores organizacionais que contribuem para ocorrência de erros, sem foco no indivíduo que comete o erro (SILVA et al., 2017).

Identificam-se os problemas de prestação de cuidados envolvidos no incidente e os fatores contribuintes. Os fatores contribuintes organizacionais considerados no protocolo são relacionados ao paciente, à tarefa, ao indivíduo, à equipe, ao ambiente de trabalho, à organização e ao contexto institucional. Por fim, são procedidos as recomendações e um plano de ação é desenvolvido (SILVA et al., 2017).

A gestão de riscos nos serviços de saúde pode ser avaliada por órgãos fiscalizadores externos, como a Vigilância Sanitária, ou pela própria instituição. Recentemente, desenvolveu-se e validou-se o questionário de Avaliação da Gestão de Riscos Assistenciais em Serviços de Saúde (AGRASS), com objetivo de instrumentalizar auditorias e auxiliar na autoavaliação dos serviços de saúde (GAMA et al., 2020). O questionário está dividido em parte I, que avalia a estrutura para gestão de riscos assistenciais, e parte II que analisa o processo de gestão dos riscos, considerando identificação, análise de avaliação de risco, tratamento, comunicação dos riscos e integração dos processos. Apesar do nome do instrumento enfatizar a gestão dos riscos, os autores orientam que deve ser compreendido como instrumento de avaliação da gestão da segurança do paciente, baseados em modelos de gestão de riscos e da qualidade (GAMA et al., 2020).

A mensuração e o monitoramento dos níveis de segurança e qualidade podem ser realizados por meio de indicadores (GAMA et al., 2016). O uso de indicadores permite o planejamento e a implementação de medidas de melhoria da qualidade da assistência à saúde, além de avaliar o alcance de metas e comparar desempenhos entre instituições (MENDES;

MOURA, 2017). Assim, os indicadores são parâmetros fundamentais no processo de gestão de riscos.

Conhecer essas ferramentas para a gestão de riscos e tomada de decisão, diante de um incidente, é importante para subsidiar a atuação dos NSP.

### 3.1.3 Importância dos indicadores para gestão de riscos

Um indicador de qualidade é definido como medida quantitativa sobre algum aspecto do cuidado do paciente (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Os principais tipos de indicadores são (GAMA; SATURNO, 2017):

- Indicadores sentinela: também chamados de *never events*, pois nunca deveriam ocorrer nos serviços de saúde (SANTOS et al., 2017). Apenas um caso é suficiente para indicar o problema. Deve-se proceder à análise das causas para modificar os processos envolvidos e prevenir novas ocorrências. Ex.: procedimento cirúrgico realizado em local errado; retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia; lesões por pressão estágios 3 e 4;
- Indicadores de rastreamento: representam sinais, sintomas ou situações que indicam a ocorrência de um provável evento adverso. Também exigem investigação para verificar se o evento adverso realmente ocorreu. Ex.: infecção do trato urinário, pneumonia hospitalar, trombose venosa profunda, sepse, infecção de ferida operatória (DIAS; MARTINS; NAVARRO, 2012);
- Indicadores de resultado: referem-se à presença de complicações resultantes de incidentes de segurança nos serviços de saúde. A análise desses indicadores permite identificar processos que podem ser melhorados para tornar a assistência mais segura (NASCIMENTO et al., 2008). Ex.: taxas de quedas, de lesão por pressão, de erros na administração de medicamentos;
- Indicadores de boas práticas: medem aspectos estruturais e de processo que influenciam na segurança do paciente. Ex.: utilização de consentimento informado antes de procedimentos invasivos; existência de sistema de prontuário eletrônico; avaliação do risco de queda.

Os indicadores sentinela, de rastreamento e resultado têm o foco na frequência dos eventos adversos. Os indicadores de boas práticas têm o enfoque preventivo, pois indicam práticas cientificamente comprovadas que reduzem o risco da ocorrência de eventos adversos (GAMA; SATURNO, 2017). A variedade de indicadores abrange diversos aspectos da

assistência ao paciente. A utilização de diversos indicadores é desejável, pois a segurança não pode ser avaliada por uma única medida (GAMA et al., 2016).

A notificação de incidentes de segurança do paciente pelos profissionais de saúde é a principal fonte de informação sobre os problemas de segurança nas instituições de saúde (ALVES; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2019). A subnotificação é uma limitação desse método e ocorre por motivos de medo, sentimento de culpa, vergonha, medo de críticas (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013), tempo exigido para notificar, ausência de *feedback* ou de conhecimento sobre o que notificar (ALVES; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2019).

Os eventos adversos são indicadores que expressam a diferença entre o cuidado real, dispensado ao paciente, e o cuidado ideal, aquele que se pretende alcançar. Diminuir a distância entre o cuidado real e o cuidado ideal é um grande desafio (ANVISA, 2015). Conhecer a magnitude dos eventos adversos é fundamental na gestão de riscos e melhoria da qualidade, por apontarem aspectos do cuidado que precisam ser melhorados, de modo a tornar a assistência à saúde livre de falhas (NASCIMENTO et al., 2008).

O modelo de monitoramento da segurança, mediante monitoramento dos eventos adversos, tem enfoque epidemiológico, no qual se quantifica a frequência dos eventos e analisa os fatores contribuintes. Esse modelo é anterior aos enfoques preventivos da gestão de riscos e gestão da qualidade. Atualmente, recomenda-se complementar o monitoramento dos eventos adversos, avaliando estruturas e processos que contribuem para segurança do paciente, além da capacidade institucional de antecipar-se ao dano (GAMA et al., 2016).

Com base no projeto espanhol *Indicadores de Seguridad del Paciente* (ISEP), realizou-se o projeto ISEP – Brasil, por Gama e colaboradores (2016), com objetivo de desenvolver e validar indicadores de boas práticas para mensuração dos níveis de segurança nos hospitais brasileiros. Desenvolveram-se 75 indicadores, sendo 39 de estrutura e 36 de processo, considerados válidos, confiáveis e úteis para o monitoramento da segurança, no contexto hospitalar.

A gestão de riscos está atrelada à identificação de não conformidades, no âmbito dos processos de segurança, e propõe ações preventivas, no intuito de melhorar a qualidade e segurança da assistência prestada (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013). Assim, os indicadores são importantes para gestão de riscos na identificação de problemas e no monitoramento das ações de melhoria desenvolvidas.

A avaliação é fundamental para melhoria da qualidade e segurança do paciente. Um monitoramento eficaz precisa focar a implementação de práticas baseadas em evidências que evitem o dano desnecessário ao paciente (GAMA et al., 2016).

### 3.1.4 Núcleos de Segurança do Paciente: avanços e desafios

O NSP é a instância do serviço de saúde, cuja função é promover e apoiar a implementação de ações voltadas para segurança do paciente (BRASIL, 2013b). Deve integrar as diferentes instâncias que trabalham com riscos nos serviços de saúde, promover a articulação dos processos de trabalho e das informações sobre os riscos ao paciente (BRASIL, 2016). A implantação da gestão de riscos e dos NSP nos serviços de saúde são estratégias adotadas pelo PNSP, o qual tem o objetivo geral de contribuir para qualificação do cuidado, nos serviços de saúde, em território nacional (BRASIL, 2013a).

O monitoramento da segurança do paciente para a gestão dos riscos assistenciais enfatiza a necessidade de informações que identifiquem os eventos adversos, de modo a evitar a reincidência e os incidentes relacionados a não adesão às práticas de segurança baseadas em evidências, para promover a implementação. Fazem parte das atribuições dos NSP, a notificação dos eventos adversos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP) que deve estabelecer estratégias e ações de gestão de riscos, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde (ANVISA, 2015).

Apesar da exigência sanitária da implementação de práticas de segurança do paciente, expressas principalmente nas RDC 63/2011, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde, Portaria 529/2013, que institui o PNSP e RDC 36/2013, que institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde, é necessário fortalecer as ações de monitoramento destas práticas e integrar as ações, nos diversos de níveis de atuação do SNVS, para induzir o cumprimento da legislação (ANVISA, 2015). Por isso, em 2015, elaborou-se o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, com o intuito de otimizar os processos de monitoramento e investigação de eventos adversos, identificando os responsáveis, de acordo com a etapa da gestão de riscos (ANVISA, 2015).

O Plano Integrado tem como objetivos estimular a implementação da legislação vigente quanto às ações para segurança do paciente, nos serviços de saúde, sob a liderança dos NSP, implementar processos de trabalho integrados para monitoramento, investigação de eventos adversos e avaliação contínua da adesão às práticas de segurança do paciente, em serviços de saúde. A operacionalização do Plano priorizou os eventos adversos graves, as IRAS e aqueles que resultaram em óbito, em todas as unidades dos serviços de saúde, bem como a avaliação das práticas de segurança, em serviços de saúde, que possuem leitos de terapia intensiva (ANVISA, 2015).

Prática de segurança do paciente é um tipo de processo ou estrutura cuja aplicação reduz a probabilidade de ocorrência de eventos adversos. As práticas de segurança devem ser baseadas nas melhores evidências científicas que são efetivas em reduzir a chance de se causar dano ao paciente (SHEKELLE et al., 2013). São exemplos de práticas de segurança: utilização de lista de verificação de segurança cirúrgica; intervenções para redução do uso de cateteres urinários; adoção de conjunto de medidas de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica; e higienização de mãos.

Conforme a legislação vigente, as práticas de segurança a serem implantadas prioritariamente nos serviços de saúde são relacionadas à identificação do paciente; higiene das mãos; segurança cirúrgica; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; prevenção de quedas dos pacientes; precaução de lesão por pressão e de controle de eventos adversos, incluindo as IRAS (BRASIL, 2013b; ANVISA, 2015). A não adesão às práticas de segurança baseadas em evidências é considerada fator contribuinte para o incidente de segurança, estando ou não relacionada à ocorrência de dano (ANVISA, 2015).

Esse conjunto de regulamentações nacionais reforçam o papel do NSP como instância promotora de prevenção e controle de incidentes, em especial os eventos adversos (BRASIL, 2016).

Para implantação do NSP, no serviço de saúde, é necessário, primeiramente, a decisão da alta gestão da instituição. Em seguida, é preciso planejar aspectos como a composição da equipe e escolha do coordenador do NSP, o qual será o principal representante da instituição com a equipe do SNVS; a capacitação da equipe integrante do NSP; estrutura física; recursos materiais e financeiros. A criação do NSP e a nomeação da equipe devem ser formalizadas pelo gestor da instituição, e as reuniões periódicas devem ser registradas, por meio de atas e listas de presença (BRASIL, 2016). Além disso, é necessário o cadastro do NSP no site da ANVISA para se possa realizar as notificações de eventos adversos pelo sistema NOTIVISA (BRASIL, 2016).

Após implantação, a equipe do NSP deve elaborar o PSP, documento que aponta situações de risco e descreve estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para gestão do risco, visando prevenção e mitigação dos incidentes (BRASIL, 2013b). Esse documento servirá como roteiro para liderança e profissionais estabelecerem e avaliarem ações para promover a segurança e a qualidade dos processos de trabalho nos serviços de saúde. É importante que o PSP esteja baseado na missão, na visão e nos valores da organização e tenha relação com outros planos existentes na instituição (BRASIL, 2016).

Desde 2013, quando a RDC nº 36 tornou obrigatória a criação dos NSP nos serviços de saúde, foram publicados relatos de experiências sobre a implantação dos NSP e estudos que os avaliaram em várias instituições. Os relatos trazem as dificuldades vivenciadas no processo de implantação e os avanços alcançados na segurança do paciente nas instituições, por meio da atuação dos NSP (AZEVEDO et al., 2016; PRATES et al., 2019).

Existem muitas dificuldades para implantação de NSP no país, pois envolve a mudança da cultura organizacional, adesão aos protocolos básicos, necessidade de treinamento específico, recursos humanos, financeiros e materiais (MACEDO; BOHOMOL, 2019b). A limitação de recursos financeiros, uma cultura de segurança frágil, a culpabilização dos profissionais diante do erro e o desconhecimento sobre como implantar essas ações são fatores que influenciam negativamente na implantação e no desenvolvimento dos NSP, no Brasil (PRATES et al., 2019).

Os estudos mostram que, mesmo com as dificuldades enfrentadas, vem sendo possível avançar em alguns aspectos, mesmo que parcialmente, como a implementação dos protocolos básicos (AZEVEDO et al., 2016; CAVALCANTE et al., 2019; COSTA et al., 2020), de estratégias para prevenção de eventos adversos, desenvolvimento de programas de capacitação (MACEDO; BOHOMOL, 2019a) e esforços por parte dos profissionais para aprimorar a assistência (SERRA; BARBIERI; CHEADE, 2016). Neste sentido, o apoio da alta direção e o engajamento das lideranças têm sido apontados como fundamentais na implantação e manutenção dos NSP (PRATES et al., 2019; REIS et al., 2019).

O cumprimento das normas de implantação do NSP não resulta, necessariamente, em melhoria da segurança do paciente. Mesmo com NSP implantado, os protocolos podem não estar integrados ao processo de trabalho e as equipes podem não promover mudanças significativas na assistência (SERRA; BARBIERI; CHEADE, 2016; CAVALCANTE et al., 2019). Pode existir distanciamento entre o prescrito e o real para o alcance da segurança do paciente. No âmbito prescrito, pode existir um NSP bem estruturado, mas que não tem ações concretas na prática, como se existisse apenas para o cumprimento das normas sanitárias (SIMAN; BRITO, 2018).

No intuito de fornecer um roteiro estruturado para orientar a implantação do NSP, desenvolveu-se e validou-se um instrumento para autoavaliação dos NSP. O instrumento foi elaborado com dois domínios. O domínio Estrutura, com um tópico sobre recursos humanos e materiais; e o domínio Processo, que foi dividido em cinco tópicos: implantação do NSP; principais atividades do NSP; diretrizes e ações preventivas de eventos sentinela; estratégias e ações para gestão de riscos; e capacitação dos profissionais (MACEDO; BOHOMOL, 2019b).

O questionário AGRASS avalia a gestão de risco nos serviços de saúde e pode ser usado por fiscais em inspeções sanitárias ou pelo próprio serviço de saúde em autoavaliação. Contém vários itens relativos ao NSP e o funcionamento deste, como: se existe NSP na instituição; se o NSP tem um coordenador e se ele tem dedicação exclusiva às atividades de gestão de riscos; se existe registro de reuniões periódicas do NSP; se há PSP em execução; se o NSP dispõe de profissionais com carga horária formal para as atividades de gestão de riscos; se o NSP tem estrutura física adequada; e se realiza notificação pelo sistema NOTIVISA, mensalmente (GAMA et al., 2020).

A gestão de riscos assistenciais, bem como a aplicação de práticas de segurança baseadas em evidências, torna complexa a função do NSP, por associar diversos saberes e mobilizar profissionais, gestores e pacientes, em prol da melhoria da qualidade e segurança do paciente. Diante disso, destaca-se a importância da equipe que integra o NSP. Os profissionais membros de um NSP precisam apresentar as competências necessárias para o bom desempenho de suas funções.

### 3.2 COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS: PILARES PARA PRÁXIS TRANSFORMADORA EM SAÚDE

Competências são definidas como um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades que agreguem valor econômico à instituição e valor social ao indivíduo (FLEURY; FLEURY, 2001). De forma mais simples, pode-se definir competência como a aquisição de habilidades apropriadas para realização de uma tarefa (CAMELO; ANGERAMI, 2013). A construção da competência profissional está associada à aquisição de escolaridade e aos processos de aprendizagem informais (CAMELO; ANGERAMI, 2013).

A associação entre competências e segurança do paciente tem sido abordada na literatura, com destaque para comunicação e liderança (PAIXÃO et al., 2017). A PBE é uma competência essencial para os profissionais de saúde (BISSETT; CVACH; WHITE, 2016), também, no âmbito da segurança do paciente, pois permite aos mesmos buscar evidências para responder às dúvidas, avaliar a qualidade das evidências encontradas e colocá-las em prática, fazendo as adaptações necessárias para aplicação desse conhecimento à realidade do serviço de saúde onde atua.

### 3.2.1 Competências profissionais para segurança do paciente

A preocupação em modificar a formação dos profissionais de saúde, a fim de melhorar a qualidade e a segurança da assistência, começou, em 2001, quando o IOM publicou o relatório *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Nesse, recomendou-se a realização de uma cúpula interdisciplinar para a reforma da educação profissional em saúde, a qual aconteceu em 2002 e resultou na publicação do relatório *Health professions education: a bridge to quality*. Essa publicação orienta a integração de um conjunto de competências principais na educação profissional em saúde, quais sejam: atendimento centrado no paciente, equipes interdisciplinares, prática baseada em evidências, melhoria da qualidade e informática em educação profissional em saúde (GREINER; KNEBEL, 2003). No entanto, não se definiram os conhecimentos e as habilidades requeridas pelos profissionais, segundo o grau de experiência e responsabilidade (WALTON et al., 2006).

Em 2004, o Conselho Australiano de Segurança e Qualidade em Saúde reconheceu que faltava uma estrutura curricular que descrevesse as competências profissionais para segurança do paciente. Essa lacuna foi considerada como uma barreira para o alcance de uma força de trabalho em saúde competente e segura (WALTON et al., 2006). Por isso, em 2005, foi publicado o Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente (*Australian Patient Safety Education Framework – APSEF*), com objetivo de auxiliar as instituições formadoras na elaboração de currículos educacionais em saúde (OMS, 2016).

No Marco Australiano, definiram-se os conhecimentos, as habilidades e atitudes que todos os profissionais da saúde devem ter para garantir a segurança do paciente. São sete as categorias de aprendizagem: comunicação eficiente; uso de evidências; eventos adversos; trabalho seguro; conduta ética; ensino e aprendizagem; e questões específicas. Cada categoria é dividida em tópicos, os quais estão detalhados no Quadro 4.

Além disso, são descritos quatro níveis de conhecimentos, habilidades e atitudes para cada tópico de aprendizagem, de acordo com o papel que o profissional desempenha na organização. O nível 1 se aplica a todos os profissionais, independente da função. O nível 2 se aplica aos profissionais que atuam na assistência direta ao paciente. O nível 3, aos profissionais que desempenham função gerencial e lideram equipes. O nível 4, aos líderes com funções clínicas e administrativas e que são responsáveis pelos profissionais nos níveis 1 ao 3 (WALTON et al., 2006).

Quadro 4 – Categorias e tópicos de aprendizagem do Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente

<b>Categorias</b>	<b>Tópicos de aprendizagem</b>
Comunicação eficiente	Envolvimento de pacientes e cuidadores como parceiros nos cuidados em saúde; Comunicação de risco; Comunicação honesta com pacientes, após um evento adverso; Obtenção do consentimento; Conhecer e respeitar as diferenças culturais.
Eventos adversos	Reconhecimento, notificação e gerenciamento de eventos adversos e <i>near misses</i> ; Gerenciamento de riscos; Compreensão sobre os erros em saúde; Gestão de reclamações.
Uso de evidências	Implementação da melhor prática baseada em evidências; Uso da tecnologia da informação para melhoria da segurança.
Trabalho seguro	Trabalho em equipe e demonstração de liderança; Compreensão de fatores humanos; Compreensão sobre organizações complexas; Fornecimento da continuidade dos cuidados; Gerenciamento do estresse e da fadiga.
Conduta ética	Manutenção das aptidões para o trabalho e a prática; Prática e comportamentos éticos.
Aprendizagem contínua	Aprender no local de trabalho; Ensinar no local de trabalho.
Questões específicas	Prevenção de procedimento errado, local errado e tratamento errado do paciente; Segurança no uso de medicamentos.

Fonte: Elaborado pela autora, traduzido de Walton e colaboradores (2006).

De forma semelhante, em 2008, o Instituto Canadense de Segurança do Paciente publicou o documento *The Safety Competences: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions*, contendo conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas às competências em segurança do paciente para todos os profissionais de saúde. No marco canadense, as competências são organizadas em seis domínios e incluem 23 competências-chave (FRANK; BIEN, 2008), as quais estão descritas no Quadro 5.

A PBE é considerada uma estratégia para implementação das competências de segurança (FRANK; BIEN, 2008). Dentre as competências de segurança do marco canadense, apesar de não utilizar o termo PBE, está compreendida em diversas competências dos domínios elencados.

Quadro 5 – Domínios e competências-chave do Marco Canadense de Educação em Segurança do Paciente

<b>Domínios</b>	<b>Competências</b>
Contribuir para uma cultura de segurança do paciente	Comprometer-se com a segurança do paciente e do provedor, através de práticas diárias seguras, competentes e de alta qualidade; Descrever os elementos fundamentais da segurança do paciente; Manter e aprimorar as práticas de segurança do paciente, por meio de aprendizado contínuo; Demonstrar uma atitude questionadora como um aspecto fundamental da prática profissional e do atendimento ao paciente.
Trabalhar em equipe pela segurança do paciente	Participar, de maneira eficaz e adequada, em uma equipe interprofissional de saúde para otimizar a segurança do paciente; Envolver significativamente os pacientes como participantes centrais de suas equipes de assistência médica; Compartilhar adequadamente autoridade, liderança e tomada de decisão; Trabalhar efetivamente com outros profissionais de saúde para gerenciar conflitos interprofissionais.
Comunicar-se de modo eficiente para segurança do paciente	Demonstrar habilidades efetivas de comunicação verbal e não verbal para prevenir eventos adversos; Comunicar-se efetivamente em situações especiais de alto risco para garantir a segurança dos pacientes; Usar comunicações escritas eficazes para segurança do paciente; Aplicar tecnologias de comunicação de maneira adequada e eficaz para fornecer assistência segura ao paciente.
Gerenciar os riscos de segurança	Reconhecer situações e configurações rotineiras, em que possam surgir problemas de segurança; Identificar, implementar e avaliar sistematicamente soluções de segurança específicas do contexto; Antecipar, identificar e gerenciar situações de alto risco.
Otimizar os fatores humanos e ambientais	Descrever os fatores individuais e ambientais que podem afetar o desempenho humano; Aplicar técnicas para tomar decisões com segurança; Apreciar o impacto da interface humano / tecnologia nos cuidados seguros.
Reconhecer, responder e revelar eventos adversos	Reconhecer a ocorrência de um evento adverso; Atenuar os danos e enfrentar riscos imediatos para pacientes e outras pessoas afetadas por eventos adversos; Divulgar a ocorrência de um evento adverso ao paciente e / ou familiares, conforme apropriado e de acordo com a legislação; Relatar a ocorrência de um evento adverso; Participar de análises oportunas de eventos, práticas reflexivas e planejamento para prevenção de recorrências.

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em Frank e Bien (2008).

Em 2011, a OMS publicou o Guia Curricular de Segurança do Paciente: Edição Multiprofissional. Este abrange 11 tópicos em segurança do paciente, que foram baseados no

APSEF. Para cada tópico, são apresentados casos clínicos que são usados para trabalhar os conceitos relacionados ao tema em questão, além de sugestões de atividades e métodos de avaliação para os professores aplicarem em aulas (OMS, 2016). Os tópicos do Guia Curricular são:

1. O que é segurança do paciente?
2. Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?
3. A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente;
4. Atuar em equipe de forma eficaz;
5. Aprender com os erros para evitar danos;
6. Compreender e gerenciar o risco clínico;
7. Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados;
8. Envolver pacientes e cuidadores;
9. Prevenção e controle de infecções;
10. Segurança do paciente e procedimentos invasivos;
11. Melhorar a segurança no uso da medicação.

Para implementar o Guia Curricular, não é preciso, necessariamente, modificar o currículo vigente na instituição de ensino. Os tópicos podem ser inseridos no currículo existente, em várias disciplinas, ao longo do curso, ou podem ser abordados em uma disciplina específica. Independente de qual momento do curso o aluno terá contato com os tópicos de Segurança do Paciente, é importante que os professores contextualizem o que está sendo ensinado, por meio de exemplos com os quais o aluno se identifique (OMS, 2016). Assim, fica mais fácil compreender a aplicação desse conhecimento.

### 3.2.2 Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação na área de saúde

O PNSP tem como um dos objetivos específicos fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico, de graduação e pós-graduação, na área de saúde, mediante articulação com o Ministério da Educação e do Conselho Nacional de Educação (CNE) (BRASIL, 2013a; 2014b).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), por intermédio da Resolução nº 569/2017, apresentou os princípios comuns a serem incorporados nas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde. Tais princípios são elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e deverão compor o perfil dos egressos (BRASIL, 2017). Os princípios propostos pelo CNS estão listados no Quadro 6.

Quadro 6 – Princípios a serem incorporados às diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde

<b>Princípios para graduação na área de saúde</b>
Defesa da vida e do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos; Atendimento às necessidades sociais em saúde; Integração ensino-serviço-gestão-comunidade; Integralidade e redes de atenção à saúde; Trabalho interprofissional; Projetos pedagógicos de cursos e componentes curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde; Utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa; Valorização da docência na graduação, do profissional da rede de serviços e do protagonismo estudantil; Educação e comunicação em saúde; Avaliação com caráter processual e formativo; Pesquisas e tecnologias diversificadas em saúde; Formação presencial e carga horária mínima para cursos de graduação na área de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora com base na Resolução CNS nº 569/2017.

No inciso XI da referida Resolução, é citado como princípio “Pesquisas e tecnologias diversificadas em saúde”. A implantação desse princípio nas diretrizes curriculares visa promover

o desenvolvimento do pensamento científico e crítico e a produção de novos conhecimentos direcionados para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade (BRASIL, 2017, Art. XI a).

Apesar de o texto não conter o termo PBE, considera-se que a descrição do Ministério da Saúde contempla a inclusão da PBE nos currículos dos cursos de graduação na área de saúde.

Em 2007, o Instituto QSEN definiu competências relacionadas à qualidade e segurança para enfermeiros a serem desenvolvidas nos cursos de graduação e educação continuada, a fim de garantir um padrão mínimo na formação desses profissionais nos EUA. As competências recomendadas são: cuidado centrado no paciente; colaboração e trabalho em equipe; prática baseada em evidência; melhoria da qualidade, segurança e informática.

Em 2017, propôs-se a inclusão de outra competência: prática baseada em sistemas, relativa à prática de enfermagem em ambientes complexos e baseados em sistemas (STALTER; PHILLIPS; DOLANSKY, 2017). A inclusão dessa competência nos currículos dos cursos de graduação e educação continuada se justifica, pois o enfermeiro lidera sistemas complexos de assistência à saúde, colaborando para tomada de decisão baseada em evidências, de acordo com os padrões de qualidade e segurança (STALTER; PHILLIPS; DOLANSKY, 2017). Percebe-se a relação entre as competências PBE e a prática baseada em sistemas. É fundamental que

enfermeiros compreendam a complexidade do sistema de saúde em que atuam e sejam capazes de tornar o processo de tomada de decisão mais assertivo, por meio da PBE.

No Brasil, as diretrizes curriculares dos cursos de Enfermagem foram reformuladas em 2001, conforme a Resolução do CNE n.3/2001 (BRASIL, 2001). Passaram-se quase 20 anos e, nesse período, ocorreram muitas mudanças na área da saúde no Brasil e no mundo que justificam a atualização das diretrizes curriculares de enfermagem, de modo a incluir as competências profissionais exigidas ao enfermeiro na atualidade.

Ao analisar as matrizes curriculares de cursos de graduação em Enfermagem e Obstetrícia, na região metropolitana de São Paulo, Melleiro e colaboradores (2017) concluíram que a temática segurança do paciente estava presente, porém de maneira desarticulada e heterogênea. Consideraram imperativo buscar práticas mais significativas, que repercutam durante toda a formação do estudante (MELLEIRO et al., 2017).

A PBE é um tema escasso na formação e atuação profissional de enfermeiros, nos países da América Latina e Caribe. Além de barreiras organizacionais, a limitação na competência individual de enfermeiros para o exercício da PBE se apresenta como um dos fatores mais críticos para implementação (CAMARGO et al., 2018a).

Encontra-se em tramitação no CNE uma proposta de novas diretrizes para os cursos de graduação em Enfermagem. A Resolução do CNS nº 573/2018 aprova o parecer técnico nº 18/2018 que contém as recomendações do CNS à proposta de diretrizes curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem, as quais foram encaminhadas para apreciação do CNE. As recomendações estão anexas à referida Resolução e trazem a PBE de forma bem clara dentro do núcleo de competência Investigação / Pesquisa em Enfermagem e Saúde, na seção V, Art. 17. Além disso, a segurança do cuidado em enfermagem é trazida como tema transversal a ser desenvolvido durante todo o curso (BRASIL, 2018).

Pode-se considerar o ensino da segurança do paciente e da PBE nos cursos de graduação em saúde ainda incipiente, não apenas nos cursos de Enfermagem. Para que os egressos possam desenvolver as competências necessárias para prestação de cuidados seguros, é necessário investir na disseminação desse conhecimento, no desenvolvimento de pesquisas e incluir essa temática nos currículos das escolas de todas as profissões da saúde (GONÇALVES; SIQUEIRA; CALIRI, 2017).

### 3.2.3 Competências profissionais para Prática Baseada em Evidências

A PBE requer dos profissionais de saúde um conjunto de competências específicas, as quais são objeto de investigação.

Um grande estudo internacional foi realizado com objetivo de desenvolver um consenso de competências essenciais para a PBE. As competências essenciais são definidas como combinação mínima de atributos, como conhecimento, habilidades e atitudes que tornam o indivíduo capaz de realizar tarefas de acordo com um padrão apropriado (ALBARQOUNI et al., 2018). Os autores realizaram, primeiramente, uma revisão sistemática para listar as competências em PBE descritas na literatura. Após, convidaram especialistas com experiência no ensino de PBE, profissionais de saúde e representantes de sociedades de PBE de vários países que entraram em consenso sobre as competências essenciais para a PBE. O grupo definiu 68 competências essenciais que foram agrupadas em seis domínios, conforme descrito no Quadro 7.

Os autores do referido estudo concluem que as competências essenciais para a PBE devem compor o currículo de um curso introdutório em PBE para profissionais de saúde. Os educadores em PBE podem desenvolver os próprios currículos, adequando-os à realidade local e experiência prévia em PBE do público-alvo (ALBARQOUNI et al., 2018).

No âmbito da enfermagem, realizou-se estudo tipo *survey* nos EUA, com objetivo de descrever o estado das competências em PBE de enfermeiros e determinar os fatores associados. Utilizaram-se seis instrumentos que mensuraram conhecimentos, crenças, implementação, cultura organizacional percebida, mentoria e competências em PBE. Os resultados indicaram que os enfermeiros, de forma geral, não acreditam estar cumprindo as competências necessárias para a PBE. Ter titulação de mestre ou maior, maiores escores nas escalas que avaliaram conhecimento, crenças e mentoria em PBE foram fortes preditores de maiores competências em PBE (MELNYK et al., 2018).

Revisão integrativa teve como objetivo analisar as competências e as barreiras para implementação da PBE entre enfermeiros assistenciais, no contexto hospitalar. Apesar de os enfermeiros apresentarem atitudes favoráveis à PBE e concordarem que ela contribui para o avanço da enfermagem, apresentaram dificuldades na implementação dessa abordagem relacionadas ao pouco conhecimento para avaliação das evidências, sobrecarga de trabalho e resistência a mudanças (CAMARGO et al., 2018a).

Evidencia-se que as competências para a PBE precisam ser desenvolvidas entre os profissionais de saúde, em especial os que integram os NSP. Ações educativas são necessárias para fornecer o conhecimento requerido, mas, além disso, é preciso fornecer apoio, para que esse conhecimento seja implementado.

Quadro 7 – Competências essenciais para a Prática Baseada em Evidências

Domínios	Competências essenciais
Introduza	Entender definição de PBE; Reconhecer a justificativa para PBE; Para cada tipo de questão clínica, identificar os delineamentos de estudos mais adequado; Praticar os cinco passos da PBE (pergunte, adquira, interprete, aplique e avalie) Entender a diferença entre o uso de pesquisas para tomada de decisão clínica e a realização de pesquisas.
Pergunte	Explicar a diferença entre os tipos de perguntas que não podem ser respondidas tipicamente pela pesquisa e as que podem; Identificar diferentes tipos de questões clínicas, como questões sobre tratamento, diagnóstico, prognóstico e etiologia; Converter questões clínicas em questões estruturadas, usando-se da estratégia PICO.
Adquira	Descrever as categorias principais de fontes de informações de pesquisa, incluindo as bases de dados; Construir e executar uma estratégia de busca adequada para a questão clínica; Declarar as diferenças em tópicos amplos cobertos pelas principais bases de dados de pesquisa; Descrever estratégias para obter o texto completo do artigo e outros recursos de evidência.
Avalie e Interprete	Identificar as principais competências relevantes para a avaliação crítica da integridade, confiabilidade e aplicabilidade da pesquisa relacionada à saúde; Interpretar diferentes tipos de medidas de associação de efeito, incluindo as principais apresentações gráficas; Avaliar criticamente e interpretar revisões sistemáticas; Analisar criticamente e interpretar estudos de tratamento; Verificar criticamente e interpretar estudos de acurácia; Distinguir diretrizes clínicas baseadas em evidências de diretrizes baseadas em opiniões; Identificar características chave e ser capaz de interpretar estudos de prognóstico; Explicar o uso do estudo de danos e etiologias para efeitos adversos das intervenções; Descrever o propósito e o processo de um estudo qualitativo.
Aplique	Engajar pacientes no processo de tomada de decisão, explicando as evidências e integrando suas preferências; Delinear diferentes estratégias para gerenciar a incerteza na tomada de decisões clínicas na prática; Explicar a importância do risco inicial de indivíduos, ao estimar o benefício individual esperado; Interpretar o grau de certeza da evidência e a força da recomendação na assistência em saúde.
Avalie	Reconhecer possíveis barreiras de nível individual à translação do conhecimento e estratégias para superá-las; Caracterizar o papel da auditoria clínica em facilitar a PBE.

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Albarqouni e colaboradores (2018)

### 3.3 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS E A TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO

A PBE é definida como uma abordagem que associa a melhor evidência científica atual com a experiência clínica e a escolha do paciente baseada nos valores pessoais e da família (AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGE OF NURSING, 2012). Evidência científica é uma informação que fornece um nível de prova, fundamentado em métodos aceitos pela ciência (OMS, 2005). É utilizada para servir de base para confirmação ou negação de uma hipótese. A evidência científica é um conhecimento produzido através de pesquisas, as quais devem ser publicadas e passíveis de serem reproduzidas (PEREIRA, 2016).

O conceito de PBE surgiu da ampliação do conceito de medicina baseada em evidências (MBE), a qual já era discutida na Epidemiologia, por Archie Cochrane, um dos primeiros pesquisadores a defender essa abordagem (IOM, 2001), mas o termo passou a ser usado na literatura médica na década de 1990 (CAMARGO et al., 2017a) como o uso consciente da melhor prova, ou seja, da melhor evidência, na tomada de decisão no cuidado ao paciente (BROEIRO, 2015). Assim, a ênfase da PBE está na necessidade de as decisões clínicas estarem embasadas em fatos e não em opiniões (PEREIRA, 2013).

A inclusão da MBE nos currículos dos cursos de Medicina foi indicada pelo IOM como estratégia para combater o grande número de erros médicos graves que resultavam em óbitos (IOM, 2001). Assim, a MBE contribuiria para adoção de práticas assistenciais mais seguras (CAMARGO et al., 2017a). Portanto, ao melhorar a segurança do paciente, a PBE é uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Além disso, melhora o desfecho clínico do paciente, reduz custos, empodera os profissionais de saúde e eleva os níveis de engajamento, trabalho em equipe e satisfação no trabalho (MELNIK et al., 2018).

#### 3.3.1 Etapas da Prática Baseada em Evidências

O processo de PBE foi descrito em etapas: identificação de um problema clínico; formulação de uma questão clínica relevante e específica; busca das evidências científicas; avaliação das evidências disponíveis; análise da aplicabilidade clínica das evidências; implementação da evidência no cuidado ao paciente; e avaliação dos resultados (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Frequentemente, na prática clínica, os profissionais de saúde se deparam com situações que geram dúvidas quanto à melhor forma de resolução. Transformar a dúvida em uma questão de pesquisa bem delimitada facilita a busca de evidências e amplia o alcance da pesquisa. A estratégia PICO é a forma mais utilizada para construir uma pergunta de pesquisa. PICO é um

acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação ou Controle e “*Outcome*” (desfecho) (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Após definição da pergunta, selecionam-se as palavras-chave e as estratégias de busca adequadas para a base de dados que se deseja pesquisar. Com o cruzamento das palavras-chave, obtém-se uma lista de artigos, alguns com os resumos e *links* para o texto completo. Geralmente, as bases de dados possuem filtros por idioma, ano de publicação, assunto principal, entre outros que possibilita ao usuário restringir a exibição dos resultados da busca, de modo a torná-la mais específica. Profissionais mais experientes costumam usar mais de uma base de dados para uma busca mais abrangente (PEREIRA, 2013).

A credibilidade da informação depende de como ela foi gerada (PEREIRA, 2013), ou seja, do delineamento da pesquisa e da forma como foi executada. Com o resultado da busca em mãos, cabe ao profissional de saúde avaliar a qualidade da evidência. Existem algumas classificações e métodos para auxiliar o profissional nessa avaliação.

Os níveis de evidência de *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* são um dos métodos mais conhecidos e se baseia, principalmente, no delineamento do estudo (GALVÃO; PEREIRA, 2015). As pesquisas são classificadas em dez níveis de evidência e em quatro graus de recomendação (OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE, 2009), conforme síntese apresentada no Quadro 8.

Quadro 8 - Níveis de evidência científica, segundo a classificação de *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*

Graus de recomendação	Níveis de evidência	Tipos de estudo
A	1A	Revisão sistemática de ensaios clínicos controlados e randomizados
	1B	Ensaio clínico controlado e randomizado com intervalo de confiança estreito
	1C	Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”
B	2A	Revisão sistemática de estudos de coorte
	2B	Estudo de coorte Ensaio clínico randomizado de menor qualidade
	2C	Observação de resultados terapêuticos Estudo ecológico
	3A	Revisão sistemática de estudos de caso-controle
	3B	Estudo de caso-controle
C	4	Relato de casos Estudos de coorte ou caso-controle de menor qualidade
D	5	Opinião de especialistas sem avaliação crítica explícita ou com base em fisiologia, pesquisa de bancada ou “primeiros princípios

Fonte: Elaborado pela autora, com base em OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE, 2009.

Os níveis de evidência de *Oxford* são uma classificação simples e fácil de ser aplicada, porém não considera a forma como o estudo foi realizado. Alguns estudos de delineamento considerado forte, como os estudos de intervenção, podem ter problemas metodológicos que comprometem a confiabilidade dos resultados. De forma semelhante, estudos de delineamento considerado fraco podem ser tão bem executados que os resultados se tornam mais confiáveis (GALVÃO; PEREIRA, 2015).

O Sistema *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) foi desenvolvido mais recentemente. Neste método, a qualidade da evidência é classificada em quatro níveis: alta, moderada, baixa ou muito baixa. O ponto de partida para a avaliação é o delineamento do estudo (BRASIL, 2014c).

A partir da classificação inicial, são julgados outros critérios que permitem reduzir o nível de evidência: limitações do estudo (risco de viés), inconsistência dos resultados, evidência indireta, imprecisão e viés de publicação. Os critérios para elevar a qualidade da evidência são aplicáveis aos estudos observacionais que têm uma avaliação inicial como nível baixo ou muito baixo de evidência. Os critérios que aumentam a qualidade dos estudos são grande magnitude do efeito, gradiente dose-resposta e se confundidores ou vieses reduziram o efeito encontrado (BRASIL, 2014c).

Os níveis de evidência, conforme o sistema GRADE, estão descritos no Quadro 9.

O sistema GRADE também auxilia no processo de elaboração de recomendações, considerando intervenção proposta como recomendação forte ou fraca. Para tanto, analisam-se como critérios a importância do problema, a qualidade da evidência, o balanço entre riscos e benefícios, os valores e as preferências, a equidade, aceitabilidade e viabilidade (BRASIL, 2014c).

Trata-se de sistema abrangente de classificação e tem sido muito utilizado na elaboração de diretrizes clínicas e auxiliando os gestores no processo de tomada de decisão. Porém, é complexo e exige treinamento prévio para utilização (BRASIL, 2014c).

Além desses sistemas de avaliação de qualidade de evidência, a colaboração Cochrane desenvolveu uma ferramenta específica para avaliação do risco de viés de ensaios clínicos. São avaliados sete domínios: geração da sequência aleatória; ocultação da alocação; cegamento de participantes e profissionais; cegamento de avaliadores de desfecho; desfechos incompletos, relato de desfecho seletivo e outras fontes de vieses (CARVALHO; SILVA; GRANDE, 2013). Esses domínios englobam a avaliação de viés de seleção, de performance, de detecção, de atrito, de relato e outros vieses. Para cada domínio, o avaliador pode considerar alto risco de viés,

baixo risco ou risco de viés incerto. Cada desfecho deve ser avaliado separadamente (CARVALHO; SILVA; GRANDE, 2013).

Quadro 9 - Níveis de evidência, segundo o sistema GRADE

<b>Níveis</b>	<b>Definições</b>	<b>Implicações</b>	<b>Fontes de informação</b>
Alto	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.	É improvável que trabalhos adicionais irão modificar a confiança na estimativa do efeito.	Ensaio clínico bem delineado, com amostra representativa; Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes.
Moderado	Há confiança moderada no efeito estimado.	Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificar a estimativa.	Ensaio clínico com limitações leves; Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes.
Baixo	A confiança no efeito é limitada.	Trabalhos futuros, provavelmente, terão impacto importante na confiança na estimativa de efeito.	Ensaio clínico com limitações moderadas; Ensaio observacional comparativo: coorte e caso-controle.
Muito baixo	A confiança na estimativa é muito limitada. Há importante grau de incerteza nos achados.	Qualquer estimativa de efeito é incerta.	Ensaio clínico com limitações graves; Estudos observacionais comparativos, presença de limitações; Estudos observacionais não comparados; Opinião de especialistas.

Fonte: *GRADE working group*. Disponível em: <http://www.gradeworkinggroup.org>

Após transformar um problema em uma questão de pesquisa, realizar buscas em bases de dados e avaliar a qualidade das evidências encontradas, o passo seguinte é colocar em prática o novo conhecimento. Porém, esse não é um processo fácil, pois envolve a disseminação e a aplicação do novo conhecimento científico à prática. Existe lacuna entre o conhecimento científico produzido por meio do desenvolvimento de pesquisas e a utilização deste na prática profissional (GALVÃO; SAWADA, 2003).

### 3.3.2 Translação do conhecimento

Atualmente, esforços têm sido desenvolvidos para disseminar achados científicos, de forma mais efetiva, e adotar a tomada de decisão baseada em evidências, na prática clínica e na

formulação de políticas de saúde (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015). Esse processo de transpor o conhecimento teórico gerado pelas pesquisas para a prática é intitulado translação do conhecimento. O *Canadian Institute of Health Research* (CIHR) (2012, p.1) define translação do conhecimento como “um processo dinâmico e interativo que inclui a síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação eticamente sólida de conhecimento para melhorar a saúde, proporcionar produtos e serviços de saúde mais efetivos e fortalecer o sistema de saúde”.

A transferência de resultados de pesquisas para a prática clínica promove a melhoria da qualidade do cuidado, por aumentar a confiabilidade das intervenções, pelo incremento dos resultados para o paciente e pela redução de custos (CAMARGO et al., 2018a). Para que a translação do conhecimento ocorra, é crucial adaptar o conhecimento para o contexto local, avaliar barreiras e facilitadores para o uso e dirigir o conhecimento para as necessidades das pessoas que irão usá-lo (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

A implementação da PBE envolve fatores relacionados com o contexto da organização, como a cultura organizacional, a carga de trabalho e os recursos disponíveis, além de atributos pessoais dos profissionais de saúde (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018), os quais precisam compreender os princípios da PBE e a atitude crítica sobre a própria prática e evidência (BROEIRO, 2015).

A nível do indivíduo, a translação de um novo conhecimento para a prática depende do processo cognitivo, ou seja, de como o indivíduo aprende e desenvolve uma nova habilidade. O processo cognitivo ocorre em três estágios. Primeiro, no estágio declarativo, há a construção de uma memória representativa da nova informação. Em seguida, o estágio processual, no qual o conhecimento declarativo é transformado em regras para ação. Por fim, ocorre o estágio autônomo, quando as regras processuais são colocadas em prática automaticamente pelo indivíduo (GREEN; SEIFERT, 2005).

A transição entre o conhecimento declarativo para a aplicação do conhecimento é onde os esforços para translação parecem não ser suficientes (GREEN; SEIFERT, 2005). Para que a translação do conhecimento seja bem sucedida, são necessários o desenvolvimento de habilidades pelos profissionais e suporte organizacional (MIRANDA; FIGUEIRÓ; POTVIN, 2020).

O suporte organizacional à aprendizagem são estímulos da organização que favorecem a aprendizagem de indivíduos no trabalho. Fatores como cultura organizacional, incentivos organizacionais, disponibilização de recursos materiais, de recompensas financeiras, de tempo, apoio dos colegas de trabalho e da chefia, *feedbacks*, auxílio em dúvidas e tolerância a erros

podem facilitar o desenvolvimento de novas competências e aplicação na prática (CORREIA-LIMA et al., 2017).

O suporte ao aprendizado no trabalho, principalmente quando fornecido pelos supervisores e colegas, tem efeito positivo sobre a performance do profissional. Se não há na organização um ambiente favorável ao aprendizado, independente da intervenção realizada, a mudança assistencial pode ser inviabilizada (PARANAGUÁ et al, 2016). É essencial que a organização estimule o aprendizado de seus membros e a aplicação desse novo conhecimento (COELHO JÚNIOR et al., 2016).

Além da aprendizagem individual, é importante a consolidação e disseminação do conhecimento para o grupo, gerando aprendizagem para a organização como um todo. A aprendizagem organizacional é um pressuposto para a gestão baseada em evidências (BORBA; KLIEMANN NETO, 2008).

Mais do que uma metodologia que auxilia o profissional a decidir qual a melhor opção no manejo de casos individuais, a PBE pode ser aplicada na gestão dos serviços de saúde. Para isso, é necessário incorporar as evidências no processo decisório. No processo de tomada de decisão baseada em evidências, consideram-se, também, informações como a capacidade administrativa, a viabilidade econômica, localização geográfica, preferência dos pacientes, entre outros fatores (MARTÍNEZ-SILVEIRA; SILVA; LAGUARDIA, 2020).

A PBE é fundamental ainda para gestão do sistema de saúde e formulação de políticas de saúde. No entanto, o uso de evidências, de forma sistemática, no desenvolvimento de políticas públicas de saúde, é ainda incipiente, entre outras razões, devido à pouca comunicação entre os pesquisadores e aqueles que tomam as decisões, principalmente nos países da América Latina (MARTÍNEZ-SILVEIRA; SILVA; LAGUARDIA, 2020).

O CIHR (2012) defende que os pesquisadores incluam em projetos de pesquisa a abordagem que será utilizada para translação do conhecimento, como forma de demonstrar os benefícios do investimento de recursos públicos na pesquisa. Os usuários potenciais do conhecimento que será produzido podem ser integrados ao longo da pesquisa e, desta forma, os resultados serão mais direcionados às necessidades dos usuários. Outra forma é ao término da pesquisa, os pesquisadores realizarem atividades de disseminação do conhecimento produzido, adaptando-o aos grupos de interesse (CIHR, 2012).

No Brasil, grande exemplo de aplicação das evidências científicas, no desenvolvimento de políticas de saúde, é a atuação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). A REBRATS é uma rede de centros colaboradores e instituições de ensino e pesquisa que objetiva a geração e a síntese de evidências científicas, no campo de Avaliação de

Tecnologias em Saúde (ATS), no âmbito nacional e internacional. A REBRATS busca a excelência na relação entre pesquisa, política e gestão, através dos estudos de ATS, para o SUS (BRASIL, 2011b).

A PBE auxilia na gestão da segurança, em nível local de cada serviço de saúde, não apenas em nível sistêmico. Um monitoramento eficaz da segurança do paciente precisa focar a implantação de práticas baseadas em evidências que evitem danos desnecessários ao paciente (GAMA et al., 2016). Assim, os NSP, como instâncias responsáveis por integrar e articular os processos de trabalho das diversas comissões que trabalham com riscos em uma instituição, precisam ser compostos por profissionais com domínio da PBE.

A simples mensuração do número de incidentes que ocorrem em uma instituição por si só não torna os processos mais seguros. É necessário investigar, compreender as causas e realizar intervenções direcionadas para alcançar a melhoria da segurança (GAMA et al., 2016). O trabalho dos membros nos NSP não é simples, estes precisam conhecer amplamente os processos institucionais, além de ter conhecimento de qualidade, segurança do paciente, gestão de risco e articular esses saberes à luz da PBE, para o alcance de melhores resultados.

## 4 MÉTODO

### 4.1 DELINEAMENTO

Trata-se de pesquisa de abordagem quantitativa, não experimental, descritiva, do tipo *survey*.

Na abordagem quantitativa, o conhecimento resultante é baseado em observação, medição e interpretação cuidadosa da realidade, de forma objetiva. Os desenhos de pesquisa não experimentais utilizam apenas a observação da realidade. Os mais comuns são os estudos descritivos. A pesquisa descritiva tem como finalidade observar, descrever e documentar os aspectos de uma situação, quando pouco se sabe sobre ela (SOUZA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

A pesquisa *survey* pode ser descrita como obtenção de dados sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, que representam uma população, produzindo descrições quantitativas destas, por meio de instrumento predefinido, geralmente um questionário (FREITAS et al., 2000).

### 4.2 CENÁRIO

O cenário da pesquisa contemplou os NSP do Brasil, cadastrados na ANVISA, incluindo todos os níveis de atenção à saúde.

Os NSP são a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente (BRASIL, 2016). A implantação destes se tornou obrigatória nas instituições de saúde hospitalares e ambulatoriais, mediante RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013b).

Desde então, o número de NSP vem crescendo e, segundo dados publicados no *site* da ANVISA, em janeiro de 2019, havia 4.074 núcleos em todo o país (ANVISA, 2019). Nesse mesmo período, havia 6.702 hospitais no Brasil, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (CNES, 2020).

### 4.3 POPULAÇÃO

Conforme recomendação da ANVISA, a equipe mínima do NSP deve ser composta por médico, enfermeiro e farmacêutico, os quais devem ser capacitados em conceitos de melhoria

de qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de risco em serviços de saúde. A composição da equipe deve ser multiprofissional e pode variar em cada instituição. É interessante que haja representantes de setores, como controle de infecção, farmácia hospitalar, serviço de enfermagem, qualidade entre outros. Cada NSP deve ter um coordenador, o qual deve ser um profissional vinculado à instituição, com disponibilidade de tempo, experiência em qualidade e segurança do paciente, com boa aceitação pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2016).

A população estudada é constituída pelos profissionais membros dos NSP. Não foram estabelecidos critérios para amostragem, pois se trata de pesquisa por população, na qual a totalidade da população-alvo é estudada. Ao considerar o número de NSP cadastrados no site da ANVISA, em janeiro de 2019 e a equipe mínima composta por três profissionais, estimou-se a população estudada em 12.222 profissionais membros dos NSP.

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Existem vários instrumentos que avaliam a PBE, porém, alguns avaliam apenas um aspecto da PBE. Os instrumentos que avaliam diversos aspectos da PBE, em um mesmo momento, são: *EBP Survey Tool*; *The Barriers Scale*; *The EBP Beliefs and Implementation Scale* e o *Evidence-Based Practice Questionnaire* (EBPQ) (UPTON et al., 2014).

O EBPQ foi o primeiro questionário traduzido e validado para o contexto cultural brasileiro (ROSPENDOWISKI; ALEXANDRE; CORNÉLIO, 2014). Posteriormente, o questionário *The Barriers to Research Utilization Scale*, que trata sobre as barreiras para utilização de resultados de pesquisa na prática clínica, também foi traduzido e validado no Brasil (FERREIRA et al., 2017). Ao ponderar que o EBPQ tem sido amplamente utilizado em vários países para avaliação da PBE entre vários profissionais de saúde, demonstrou validade de constructo e boa confiabilidade com *Alpha de Cronbach* de 0,87 (UPTON et al, 2014), optou-se por utilizá-lo nesta pesquisa.

O EBPQ foi desenvolvido no Reino Unido e publicado em 2006, com objetivo de avaliar atitudes, conhecimentos e implantação da prática baseada em evidências, inicialmente, entre enfermeiros (UPTON et al., 2014). É um questionário autoadministrado, rápido para ser respondido e de fácil entendimento.

O EBPQ é composto por 24 itens, graduados em escala do tipo *Likert*, de 1 a 7. O instrumento é dividido em três domínios, a saber: domínio 1: prática baseada em evidências (seis questões, com pontuação máxima de 42 pontos); domínio 2: atitudes relacionadas à PBE

(quatro questões, com pontuação máxima de 28 pontos) e domínio 3: conhecimentos e habilidades associados à PBE (14 questões, com pontuação máxima de 98 pontos). Considerando os três domínios, a pontuação máxima do questionário é 168 pontos. O questionário apresenta ainda questões relacionadas à caracterização do participante como dados sociodemográficos e relacionados à formação e à experiência profissional (ROSPENDOWISKI; ALEXANDRE; CORNÉLIO, 2014).

Nesta pesquisa, utilizou-se a versão do EBPQ adaptada e validada ao contexto cultural brasileiro (ROSPENDOWISKI, 2014), após autorização da autora da tradução (ANEXO A).

As questões de caracterização do participante foram adaptadas para esta pesquisa, acrescentando-se questões mais específicas sobre a atuação nos NSP (ANEXO B).

O desfecho estudado foi a PBE na atuação dos profissionais membros dos NSP, sendo consideradas como variáveis dependentes cada um dos domínios do EBPQ.

As variáveis independentes consideradas neste estudo foram: sexo; idade; profissão; maior titulação; formação em qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de risco; carga horária específica para as atividades do NSP; presença de responsáveis exclusivos pelo NSP; exercício de outras atividades na instituição; acesso à *internet*; compreensão de língua estrangeira; e local de residência.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de questionário autoaplicável, enviado por *e-mail* aos participantes da pesquisa. O contato com os participantes ocorreu por meio de convites enviados por *e-mail* (APÊNDICE A) para os NSP da base de dados da ANVISA. Os *e-mails* dos núcleos de segurança foram disponibilizados pela ANVISA, em resposta à solicitação prévia. Os convites continham breve explicação sobre os objetivos da pesquisa e sobre o questionário e um *link* que o participante clicava ao aceitar participar da pesquisa. Após aceitar o convite, o participante teve acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e, após concordar em participar da pesquisa, obtinha acesso ao questionário. A plataforma *on-line* utilizada para coleta de dados não permitia o *download* imediato do TCLE pelo participante. Por isso, o TCLE foi enviado por *e-mail* a todos os participantes que concordaram com o mesmo e iniciaram o preenchimento do questionário, mesmo que não tivessem concluído. Os participantes foram orientados realizar o *download* e arquivar o TCLE para consultas futuras.

Nos últimos anos, a utilização de ferramentas *on-line* tem modificado o modo como são conduzidos os levantamentos do tipo *survey*. Tais ferramentas são consideradas muito convenientes na realização desse tipo de pesquisa (WALTER, 2013). Serviços e *web sites* de *survey on-line* tornaram esse tipo de pesquisa mais fácil, rápida e, conseqüentemente, de menor custo.

Apontam-se como vantagens do uso de *survey on-line*: alcançar várias pessoas em um curto espaço de tempo; permitir acesso aos participantes, independentemente da localização geográfica; facilitar ao participante expressar determinadas opiniões que não faria pessoalmente; eliminar erros de transcrição, entre outros (WALTER, 2013).

Há também possíveis limitações, mas que podem ser minimizadas com a adoção de algumas medidas. O participante pode achar que o *e-mail* com o questionário seja *spam* ou pode ter receio em fornecer dados pessoais através da *internet*. Essa percepção pode ser minimizada ao obter o aceite do participante antes que ele receba o questionário. Outra medida possível é não enviar arquivos anexos via *e-mail*. O participante deve ser redirecionado a um *web site* seguro, em que terá acesso ao questionário e, ainda, ser informado sobre a ética e a segurança das informações coletadas (WALTER, 2013).

Outro possível problema pode ser a ausência de habilidade do participante em responder ao questionário. Por isso, o questionário deve ter instruções simples de preenchimento de cada pergunta e deve existir algum tipo de suporte *on-line*, para que os participantes possam relatar as dificuldades no acesso e demais dúvidas (WALTER, 2013).

Nesse tipo de pesquisa, é possível que se obtenha baixa taxa de resposta ao questionário. Altas taxas de resposta são importantes, pois aumentam a precisão das estimativas dos parâmetros, reduzem o risco de viés de seleção e aumentam a validade. Quanto menor a taxa de respostas, maior a probabilidade de os participantes diferirem daqueles não respondentes, o que lança dúvidas sobre se os resultados do questionário refletem os da população-alvo (BURNS et al., 2008).

Para minimizar o risco de baixa taxa de resposta, deve-se utilizar de questionários simples e curtos, que não exijam muito tempo para ser respondido (WALTER, 2013). Além disso, o envio de lembretes aos participantes tem influência positiva na taxa de respostas (BURNS et al., 2008).

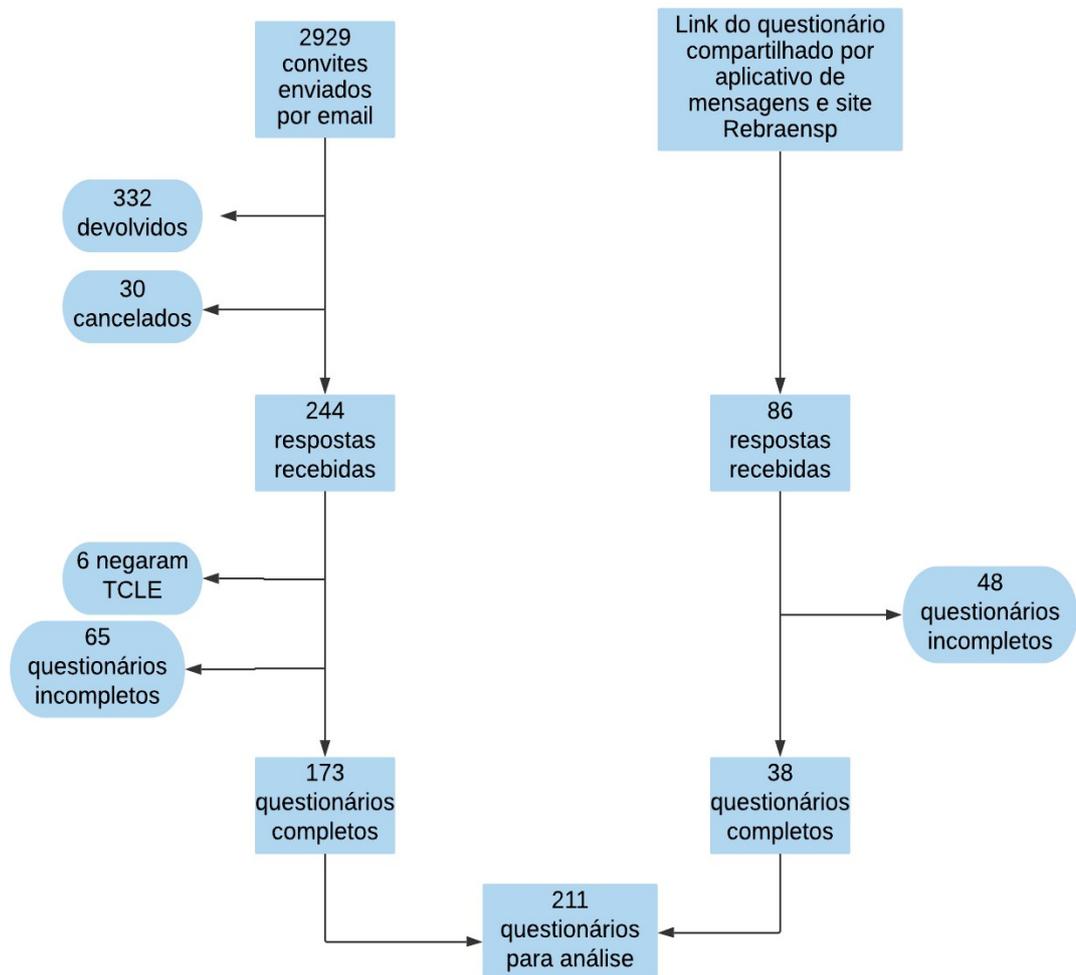
Nesta pesquisa, adotaram-se procedimentos para reduzir as limitações do método de pesquisa *survey on-line*, como envio de convites por *e-mail* para os participantes; utilização da plataforma *Survey Monkey*, especializada na realização de pesquisas *on-line*; utilização de questionário previamente validado, de fácil compreensão e preenchimento, considerando o

público-alvo; envio de lembretes semanais aos participantes e fornecimento de informações adicionais a respeito da pesquisa aos participantes que entraram em contato com os autores por *e-mail*.

A coleta de dados aconteceu entre junho e setembro de 2019, por meio do *Survey Monkey*, em que é possível enviar *e-mails* aos participantes com um *link* para o questionário. Ao clicar nele, o participante é direcionado para o *web site* do *Survey Monkey*, em que acessava ao questionário e podia respondê-lo com segurança.

A Figura 3 ilustra o processo de coleta de dados.

Figura 3 – Síntese da coleta de dados



Fonte: Elaborado pela autora.

Foram enviados convites para todos os *e-mails* contidos na lista fornecida pela ANVISA, totalizando 2929 *e-mails*. Destes, 332 foram devolvidos, com endereços de *e-mail* inválidos; 30 foram cancelados, ou seja, a pessoa que recebeu o *e-mail* cancelou o recebimento

de *e-mails* enviados via *Survey Monkey*. Foram respondidos 244 questionários, através dos *links* enviados por *e-mail*, sendo 176 questionários completos e 68 incompletos. Durante o período de coleta de dados, enviaram-se lembretes semanais aos *e-mails* que não haviam gerado resposta ao questionário.

Para o alcance de maior número de participantes, nos meses de agosto e setembro de 2019, o *link* do questionário foi compartilhado em grupos de profissionais de saúde, em aplicativo de mensagens, e divulgado no *site* da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). Por meio desta estratégia, obtiveram-se 86 questionários, sendo 38 questionários completos e 48 questionários incompletos.

Ao considerar as duas formas de divulgação do questionário, obteve-se total de 330 questionários. Foi estabelecido como critério de exclusão os questionários incompletos, que somaram 119 questionários. Assim, foram analisados 211 questionários.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram, inicialmente, armazenados pela ferramenta *Survey Monkey*.

Realizou-se o *download* dos dados em formato xls, compatível com o programa *Microsoft Excel*. Os dados foram inseridos em uma planilha no programa IBM SPSS *Statistics*, versão 25.

Realizou-se análise estatística descritiva, apresentando média e desvio padrão para variáveis contínuas; e frequência absoluta e relativa, para variáveis categóricas.

O escore do EBPQ é calculado somando-se os valores das respostas de cada questão, totalizando o máximo de 168 pontos. Maior pontuação indica atitudes mais positivas em relação à PBE. Ao calcular a média aritmética dos escores alcançados pelos participantes, é obtido o escore médio final da amostra. Os escores podem ser avaliados também por domínios, calculando-se a média aritmética dos itens de cada domínio.

Para verificar a confiabilidade do questionário, calculou-se o coeficiente *Alpha de Cronbach*. A confiabilidade reflete o quanto os valores observados no questionário estão correlacionados aos valores verdadeiros (FREITAS; RODRIGUES, 2005). O coeficiente *Alpha de Cronbach* é o principal estimador de confiabilidade (ALMEIDA; SANTOS; COSTA, 2010) e os valores variam entre zero e um. Apesar de ainda não existir consenso entre os pesquisadores, em geral, considera-se satisfatório um instrumento de pesquisa que obtenha *alpha* maior que 0,70 (FREITAS; RODRIGUES, 2005; ALMEIDA; SANTOS; COSTA, 2010).

Para identificação de associação entre o perfil sociodemográfico e o uso da PBE, realizou-se análise de correlação. As variáveis quantitativas contínuas: Prática Baseada em Evidências, Atitudes relacionadas à PBE e Conhecimentos e habilidades associadas à PBE foram testadas quanto à normalidade, através do teste de *Kolmogorov Smirnov*. Como não apresentaram distribuição normal, optou-se pelo uso de testes não paramétricos.

O teste U de *Mann-Whitney* foi utilizado para as variáveis sexo, formação específica em qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de riscos, carga horária específica para o desempenho das atividades do NSP, existência de responsáveis exclusivos para o NSP, exercício de outras atividades na instituição, acesso à *internet* no trabalho, compreensão de língua estrangeira e local de residência. O teste de *Kruskal-Wallis* foi utilizado para as variáveis profissão, titulação máxima e área de atuação. O teste *Rho de Spearman* foi adotado para as variáveis idade e tempo de atuação no NSP. Realizou-se, também, análise de regressão linear. Consideraram-se significativas as associações com IC95%.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 02153018.6.0000.0030 (ANEXO C) e, portanto, atendeu aos aspectos éticos que constam na Resolução 466/2012 do CNS (BRASIL, 2012), que normatiza a pesquisa com seres humanos.

O estudo somente foi iniciado após parecer favorável do CEP.

A concordância dos respondentes em participar da pesquisa foi registrada mediante o aceite ao TCLE. Após aceitar o TCLE e responder ao questionário no site *Survey Monkey*, o participante recebeu por *e-mail* o arquivo do TCLE, sendo solicitado que ele o arquivasse para consultas futuras. Garantiu-se ao participante sigilo sobre identidade e as informações obtidas, as quais serão utilizadas apenas para fins científicos. Os participantes puderam desistir de participar a qualquer momento, mesmo após ter iniciado o questionário.

## 5 RESULTADOS

Os resultados do estudo foram divididos três tópicos. No primeiro tópico, descreveu-se o perfil sociodemográfico, de formação e ocupacional dos participantes. No segundo tópico, apresenta-se a PBE na atuação dos NSP, através dos escores do EBPQ encontrados. No terceiro tópico, expõem-se os fatores associados e as variáveis preditoras da PBE na atuação dos profissionais nos NSP, identificados na análise de correlação e regressão linear.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 211 profissionais membros de NSP do Brasil, cuja caracterização está apresentada na Tabela 1.

Entre os participantes, predominou o sexo feminino, representando 84,4%. A idade variou entre 24 e 65 anos, com média de 38 anos (DP= 8,7). A maior parte dos participantes estavam na faixa etária entre 31 e 40 anos (44,5%). A profissão mais frequente foi enfermeiro (73,5%). Além de médicos e farmacêuticos, que são profissionais que, conforme recomendação da ANVISA (BRASIL, 2016), compõem a equipe mínima do NSP, houve a participação de outros profissionais, como fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, cirurgião dentista, nutricionista, psicólogo, técnico de enfermagem, técnico em patologia e biólogo.

Merece a atenção a participação de administradores e profissional da área de informática, totalizando nove participantes, dos quais seis referiram ter formação em segurança do paciente, qualidade e/ou gestão de riscos. Deste grupo de profissionais, quatro compreendiam língua estrangeira e três tinham carga horária específica para as atividades do NSP. Em relação ao local de residência, cinco moravam no interior e quatro em capitais.

Quanto à titulação máxima, a maior parte dos participantes tinha pós-graduação (88,2%), sendo a especialização a mais frequente (61,6%). Quanto a área de atuação, a maioria dos participantes trabalhava na área hospitalar (76,3%). Além da área ambulatorial, houve participantes com atuação na docência, na gestão, no atendimento pré-hospitalar e nos serviços de diagnósticos.

Parcela considerável dos participantes estava em atuação no NSP por período de até 12 meses (35,1%). O tempo de atuação no NSP variou de menos de um mês até 91 meses, com média de 27 meses (DP=22,4). A quantidade de participantes que tinha algum curso na área de qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de risco foi bem próxima a de profissionais que não tinham cursos nessas áreas, aproximando-se de 50% cada.

Pouco mais da metade dos participantes tinham carga horária específica para desenvolver as atividades do NSP (52,6%). Constataram-se profissionais exclusivos para o NSP nos serviços onde atuavam 67,8% dos participantes. Entre os participantes, 81% não trabalhavam de forma exclusiva no NSP, ou seja, dividiam a carga horária com atividades assistenciais, de gestão ou ensino, por exemplo. Praticamente todos os participantes (99%) tinham acesso à *internet*, no ambiente de trabalho. Pouco mais da metade dos participantes (54,5%) conseguiam compreender material de estudo em língua estrangeira.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais membros dos Núcleos de Segurança do Paciente (n=211). Brasil, 2019.

<b>Dados</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	33	15,6
Feminino	178	84,4
<b>Idade (anos)</b>		
≤ 30	38	18,0
31 – 40	94	44,5
41 – 50	54	25,6
51 – 60	23	10,9
> 61	2	1,0
<b>Profissão</b>		
Médico	16	7,6
Enfermeiro	155	73,5
Farmacêutico	16	7,6
Outros	24	11,4
<b>Titulação máxima</b>		
Graduação	25	11,8
Especialização	130	61,6
Mestrado	40	19,0
Doutorado	13	6,2
Pós-Doutorado	3	1,4
<b>Área de atuação</b>		
Hospitalar	161	76,3
Ambulatorial	18	8,5
Outra	32	15,2
<b>Tempo de atuação no NSP (meses)</b>		
≤ 12	74	35,1
13 – 24	50	23,7
25 – 36 meses	31	14,7
37 – 48	18	8,5
49 – 60	23	10,9
> 61	15	7,1

*Continua*

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais membros dos Núcleos de Segurança do Paciente (n=211). Brasil, 2019.

<b>Dados</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>Especialização em Qualidade, Segurança do Paciente e/ou Gestão de Risco</b>		
Sim	106	50,2
Não	105	49,8
<b>Carga horária específica para o NSP</b>		
Sim	111	52,6
Não	100	47,4
<b>Profissionais exclusivos para o NSP</b>		
Sim	143	67,8
Não	68	32,2
<b>Exerce outras funções na instituição</b>		
Sim	171	81,0
Não	40	19,0
<b>Acesso à <i>internet</i> no trabalho</b>		
Sim	209	99,0
Não	2	1,0
<b>Compreende língua estrangeira</b>		
Sim	115	54,5
Não	96	45,5

Fonte: Dados da pesquisa

### *Conclusão*

A distribuição dos participantes segundo as regiões e os estados brasileiros onde trabalhavam está apresentada na Tabela 2.

A região brasileira com maior número de participantes foi a Região Sudeste (30,80%). A Região Centro-Oeste obteve o segundo maior número de participantes (23,23%), mesmo sem questionários válidos oriundos do Estado do Mato Grosso. A região com menor participação foi a Região Norte (7,58%).

O Estado de Minas Gerais teve o maior número de participantes (15,17%), seguido do Distrito Federal (14,22%). Além do Estado do Mato Grosso, não houve questionários válidos dos Estados do Amapá e Piauí. Aproximadamente, metade dos participantes trabalhava em capitais e os demais em cidades do interior, representando 50,71% e 49,29% respectivamente.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais membros dos Núcleos de Segurança do Paciente, segundo regiões e estados brasileiros (n=211). Brasil, 2019.

<b>Regiões e estados brasileiros</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>Região Norte</b>	<b>16</b>	<b>7,58</b>
Acre	1	0,47
Amazonas	2	0,95
Amapá	-	-
Pará	2	0,95
Rondônia	7	3,32
Roraima	1	0,47
Tocantins	3	1,42
<b>Região Nordeste</b>	<b>38</b>	<b>18,01</b>
Alagoas	2	0,95
Bahia	8	3,79
Ceará	4	1,90
Maranhão	8	3,79
Piauí	-	-
Pernambuco	3	1,42
Paraíba	6	2,84
Rio Grande do Norte	3	1,42
Sergipe	4	1,90
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>49</b>	<b>23,23</b>
Goiás	14	6,64
Mato Grosso	-	-
Mato Grosso do Sul	5	2,37
Distrito Federal	30	14,22
<b>Região Sudeste</b>	<b>65</b>	<b>30,80</b>
Espírito Santo	4	1,90
Minas Gerais	32	15,17
Rio de Janeiro	12	5,69
São Paulo	17	8,06
<b>Região Sul</b>	<b>43</b>	<b>20,38</b>
Paraná	12	5,69
Rio Grande do Sul	19	9,00
Santa Catarina	12	5,69
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

## 5.2 DESCRIÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS DOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O questionário EBPQ apresentou nível de confiabilidade satisfatória, mensurada através do coeficiente *alpha de Cronbach* igual a 0,936.

A média da pontuação final do EBPQ foi de 128 pontos, sendo 168 a pontuação máxima possível. O domínio que apresentou maior média (5,8) foi o domínio 2 (Atitudes relacionadas à PBE) (Tabela 3).

Tabela 3 – Síntese da distribuição dos escores do questionário de Prática Baseada em Evidências, dos profissionais membros dos Núcleos de Segurança do Paciente, por domínios. Brasil, 2019.

Domínios	Mediana	Média	Desvio Padrão	Média da pontuação final	Alpha de Cronbach
Prática baseada em evidência	5,7	5,3	0,3	31,7	0,846
Atitudes relacionadas à PBE	5,8	5,8	0,8	23,2	0,605
Conhecimentos e habilidades associadas à PBE	5,2	5,2	0,3	73,1	0,945
EBPQ total	5,2	5,3	0,4	128	0,936

Fonte: Dados da pesquisa.

Os itens do questionário que apresentaram maior média foram (Tabela 4): i. “Práticas baseadas em evidências são fundamentais para a prática profissional” (6,7); h. “Eu acolho de forma aberta os questionamentos sobre minha prática” (5,8) e j. “Minha prática tem mudado em função das evidências que tenho encontrado” (5,8). Os itens com menor média foram: g. “Novas evidências são tão importantes que eu defino um tempo para isso na minha agenda de trabalho” (4,9); n. “Sua capacidade de converter suas necessidades de conhecimento em uma questão de pesquisa” (4,8) e c. “Com que frequência você avaliou criticamente toda a literatura encontrada com base em algum critério estabelecido” (5,0).

Tabela 4 – Distribuição dos escores do Questionário de Prática Baseada em Evidências, dos profissionais membros dos Núcleos de Segurança do Paciente, por itens. Brasil, 2019.

Itens / Domínios	Descrição do item	Mediana	Média	Desvio Padrão
<b>Domínio 1</b>	<b>Prática baseada em evidências</b>			
a.	Com que frequência você formulou uma questão que pode claramente ser respondida para preencher uma lacuna ou falta do seu conhecimento	5,0	5,1	1,7
b.	Com que frequência você buscou evidências relevantes, uma vez formulada a pergunta.	6,0	5,5	1,6
c.	Com que frequência você avaliou criticamente toda a literatura encontrada com base em algum critério estabelecido.	5,0	5,0	1,7
d.	Com que frequência você integrou a evidência encontrada com o seu conhecimento e experiência prévios.	6,0	5,4	1,5
e.	Com que frequência você avaliou os resultados de sua prática.	5,0	5,1	1,6
f.	Com que frequência você compartilhou conhecimento com colegas.	6,0	5,6	1,5

*Continua*

Tabela 4 – Distribuição dos escores do Questionário de Prática Baseada em Evidências, dos profissionais membros dos Núcleos de Segurança do Paciente, por itens. Brasil, 2019.

<b>Itens / Descrição do item</b>	<b>Mediana</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Domínios</b>			
<b>Domínio 2 Atitudes relacionadas à PBE</b>			
g. Minha carga de trabalho é muito grande para que eu me mantenha atualizado com todas as novas evidências. / Novas evidências são tão importantes que eu defino um tempo para isso na minha agenda de trabalho.	5,0	4,9	1,7
h. Eu me sinto desconfortável quando minha prática é questionada. / Eu acolho de forma aberta os questionamentos sobre minha prática.	6,0	5,8	1,3
i. Práticas baseadas em evidências são perda de tempo. / Práticas baseadas em evidências são fundamentais para a prática profissional.	7,0	6,7	0,7
j. Eu mantenho o uso de métodos testados e confiáveis ao invés de mudar para algo novo. / Minha prática tem mudado em função das evidências que tenho encontrado.	6,0	5,8	1,3
<b>Domínio 3 Conhecimentos e habilidades associadas à PBE</b>			
k. Habilidade em pesquisa	5,0	5,1	1,2
l. Habilidade em informática	5,0	5,3	1,2
m. Habilidades de monitoramento e revisão das práticas	5,0	5,0	1,2
n. Capacidade de converter suas necessidades de conhecimento em uma questão de pesquisa	5,0	4,8	1,2
o. Conhecimento dos principais tipos e fontes de informações existentes	5,0	5,0	1,1
p. Capacidade para identificar lacunas na prática profissional	5,0	5,2	1,2
q. Conhecimento sobre como levantar evidências	5,0	5,0	1,3
r. Capacidade de analisar criticamente as evidências frente aos padrões já estabelecidos	5,0	5,1	1,2
s. Capacidade de determinar o quão válido é o material	5,0	5,2	1,1
t. Capacidade de determinar o quão aplicável clinicamente é o material	5,0	5,2	1,2
u. Capacidade de aplicar o conhecimento a casos individuais	5,0	5,3	1,2
v. O compartilhamento de suas ideias e conhecimento com os colegas de trabalho	6,0	5,8	1,2
w. A disseminação de novas ideias sobre cuidado entre os colegas	6,0	5,5	1,4
x. Capacidade de rever a própria prática	6,0	5,6	1,2

### *Conclusão*

A distribuição detalhada das respostas dos participantes aos itens do questionário EBPQ, por categoria de escore está descrita na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição de frequência das respostas aos itens do Questionário de Prática Baseada em Evidências dos profissionais membros dos Núcleos de Segurança do Paciente, por categoria de escore (n=211). Brasil, 2019.

Itens / Domínios	Respostas					
	1 a 3		4		5 a 7	
	N	%	N	%	N	%
<b>Domínio 1 Prática baseada em evidências</b>						
a. Com que frequência você formulou uma questão que pode claramente ser respondida para preencher uma lacuna ou falta do seu conhecimento	41	19,43	36	17,06	134	63,51
b. Com que frequência você buscou evidências relevantes, uma vez formulada a pergunta.	28	13,27	30	14,22	153	72,51
c. Com que frequência você avaliou criticamente toda a literatura encontrada com base em algum critério estabelecido.	49	23,22	31	14,69	131	62,09
d. Com que frequência você integrou a evidência encontrada com o seu conhecimento e experiência prévios.	23	10,91	34	16,11	154	72,98
e. Com que frequência você avaliou os resultados de sua prática.	39	18,49	31	14,69	141	66,82
f. Com que frequência você compartilhou conhecimento com colegas.	22	10,43	21	9,95	168	79,62
<b>Domínio 2 Atitudes relacionadas à PBE</b>						
g. Minha carga de trabalho é muito grande para que eu me mantenha atualizado com todas as novas evidências. / Novas evidências são tão importantes que eu defino um tempo para isso na minha agenda de trabalho.	37	17,54	46	21,80	128	60,66
h. Eu me sinto desconfortável quando minha prática é questionada. / Eu acolho de forma aberta os questionamentos sobre minha prática.	13	6,16	18	8,53	180	85,31
i. Práticas baseadas em evidências são perda de tempo. / Práticas baseadas em evidências são fundamentais para a prática profissional.	1	0,47	3	1,42	207	98,10
j. Eu mantenho o uso de métodos testados e confiáveis ao invés de mudar para algo novo. / Minha prática tem mudado em função das evidências que tenho encontrado.	13	6,16	18	8,53	180	85,31
<b>Domínio 3 Conhecimentos e habilidades associadas à PBE</b>						
k. Habilidade em pesquisa	23	10,90	32	15,17	156	73,93
l. Habilidade em informática	12	5,69	42	19,91	157	74,4
m. Habilidades de monitoramento e revisão das práticas	29	13,74	39	18,48	143	67,77
n. Capacidade de converter suas necessidades de conhecimento em uma questão de pesquisa	28	13,27	48	22,75	135	63,98
o. Conhecimento dos principais tipos e fontes de informações existentes	18	8,53	45	21,33	148	70,14
p. Capacidade para identificar lacunas na prática profissional	16	7,58	37	17,54	158	74,88
q. Conhecimento sobre como levantar evidências	27	12,8	38	18,01	146	69,19
r. Capacidade de analisar criticamente as evidências frente aos padrões já estabelecidos	21	9,95	38	18,01	152	72,04
s. Capacidade de determinar o quão válido é o material	15	7,11	33	15,64	163	77,25
t. Capacidade de determinar o quão aplicável clinicamente é o material	18	8,53	35	16,59	158	74,88
u. Capacidade de aplicar o conhecimento a casos individuais	15	7,11	33	15,64	163	77,25
v. O compartilhamento de suas ideias e conhecimento com os colegas de trabalho	8	3,79	22	10,43	181	85,78
w. A disseminação de novas ideias sobre cuidado entre os colegas	20	9,48	32	15,17	159	75,35
x. Capacidade de rever a própria prática	8	3,79	28	13,27	175	82,94

Fonte: Dados da pesquisa.

### 5.3 FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS DOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O domínio 1 (Prática Baseada em Evidências) apresentou correlações estatísticas significativas nas variáveis área de atuação; formação específica em qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de riscos; compreensão de língua estrangeira e local de residência, conforme mostra a tabela 6.

Tabela 6 – Correlação entre variáveis categóricas e o domínio Prática Baseada em Evidências. Brasil, 2019.

Variáveis	Prática Baseada em Evidências		p-valor
	( $\Sigma$ ) DP	Med	
<b>Sexo</b>			
Feminino	5,3 (1,2)	5,5	0,852
Masculino	5,2 (1,4)	5,2	
<b>Profissão</b>			
Enfermeiro	5,2 (1,7)	5,5	0,668
Farmacêutico	5,1 (1,5)	5,6	
Médico	5,4 (1,8)	5,3	
Outro	5,5 (1,2)	6,0	
<b>Titulação máxima</b>			
Graduação	5,0 (1,3)	5,2	0,099
Especialização	5,2 (1,2)	5,5	
Mestrado	5,6 (0,9)	5,6	
Doutorado	5,9 (0,9)	5,9	
Pós-Doutorado	3,9 (2,3)	3,0	
<b>Área de atuação</b>			
Ambulatorial	5,7 (1,3)	6,3	0,041*
Hospitalar	5,2 (1,2)	5,3	
Outra	5,6 (1,1)	5,7	
<b>Formação específica</b>			
Sim	5,5 (1,1)	5,8	0,005*
Não	5,0 (1,2)	5,2	
<b>Carga horária específica para o NSP</b>			
Sim	5,4 (1,1)	5,5	0,372
Não	5,2 (1,2)	5,5	
<b>Profissionais exclusivos para o NSP</b>			
Sim	5,4 (1,2)	5,5	0,090
Não	5,1 (1,1)	5,2	
<b>Exerce outras funções na instituição</b>			
Sim	5,2 (1,2)	5,5	0,546
Não	5,4 (1,0)	5,5	

*Continua*

Tabela 6 – Correlação entre variáveis categóricas e o domínio Prática Baseada em Evidências. Brasil, 2019.

Variáveis	Prática Baseada em Evidências		p-valor
	( $\Sigma$ ) DP	Med	
<b>Acesso à internet no trabalho</b>			
Sim	5,3 (1,2)	5,5	0,098
Não	3,6 (1,5)	3,6	
<b>Compreende língua estrangeira</b>			
Sim	5,5 (1,1)	5,7	0,004*
Não	5,0 (1,2)	5,2	
<b>Local de residência</b>			
Capital	5,4 (1,2)	5,7	0,038*
Interior	5,1 (1,2)	5,2	

Fonte: Dados da pesquisa

### Conclusão

O domínio 2 (Atitudes relacionadas à PBE) apresentou correlações estatísticas significativas nas variáveis formação específica em qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de risco e carga horária específica para o NSP, conforme os dados da Tabela 7.

Tabela 7 - Correlação entre variáveis categóricas e o domínio Atitudes relacionadas à PBE. Brasil, 2019.

Variáveis	Atitudes relacionadas à PBE		p-valor
	( $\Sigma$ ) DP	Med	
<b>Sexo</b>			
Feminino	5,8 (0,8)	6,0	0,782
Masculino	5,7 (1,2)	6,0	
<b>Profissão</b>			
Enfermeiro	5,8 (0,9)	6,0	0,506
Farmacêutico	6,0 (0,9)	6,2	
Médico	5,4 (1,3)	5,7	
Outro	5,7 (0,8)	5,7	
<b>Titulação máxima</b>			
Graduação	5,5 (0,9)	5,5	0,175
Especialização	5,8 (0,9)	5,9	
Mestrado	5,9 (0,9)	6,1	
Doutorado	6,2 (0,9)	6,0	
Pós-Doutorado	5,1 (2,7)	6,5	
<b>Área de atuação</b>			
Ambulatorial	6,0 (1,0)	6,2	0,511
Hospitalar	5,8 (0,9)	6,0	
Outra	5,8 (0,8)	6,0	
<b>Formação específica</b>			
Sim	6,0 (0,7)	6,2	0,004*
Não	5,6 (1,0)	5,7	

Continua

Tabela 7 - Correlação entre variáveis categóricas e o domínio Atitudes relacionadas à PBE. Brasil, 2019.

Variáveis	Atitudes relacionadas à PBE		p-valor
	( $\Sigma$ ) DP	Med	
<b>Carga horária específica para o NSP</b>			
Sim	6,0 (0,8)	6,0	0,025*
Não	5,6 (0,9)	5,7	
<b>Profissionais exclusivos para o NSP</b>			
Sim	5,9 (0,8)	6,0	0,120
Não	5,6 (1,0)	5,7	
<b>Exerce outras funções na instituição</b>			
Sim	5,9 (0,9)	6,0	0,958
Não	5,9 (0,7)	6,0	
<b>Acesso à internet no trabalho</b>			
Sim	5,8 (0,9)	6,0	0,501
Não	5,6 (0,2)	5,6	
<b>Compreende língua estrangeira</b>			
Sim	5,9 (1,0)	6,0	0,068
Não	5,7 (0,8)	5,9	
<b>Local de residência</b>			
Capital	5,9 (1,0)	6,0	0,102
Interior	5,7 (0,8)	5,7	

Fonte: Dados da pesquisa.

*Conclusão*

O domínio 3 (Conhecimentos e habilidades associadas à PBE) apresentou correlações estatísticas significativas nas variáveis formação específica em qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de risco e compreensão de língua estrangeira, conforme a Tabela 8.

Tabela 8 - Correlação entre variáveis categóricas e o domínio Conhecimentos e habilidades associadas à PBE. Brasil, 2019.

Variáveis	Conhecimentos e habilidades associadas à PBE		p-valor
	( $\Sigma$ ) DP	Med	
<b>Sexo</b>			
Feminino	5,4 (1,1)	5,4	0,140
Masculino	5,2 (0,9)	5,3	
<b>Profissão</b>			
Enfermeiro	5,2 (1,0)	5,3	0,839
Farmacêutico	5,1 (1,0)	5,5	
Médico	5,1 (1,0)	5,2	
Outro	5,4 (1,0)	5,5	
<b>Titulação máxima</b>			
Graduação	5,2 (0,9)	5,3	0,313
Especialização	5,1 (1,0)	5,2	
Mestrado	5,3 (0,7)	5,3	
Doutorado	5,6 (1,0)	5,7	
Pós-Doutorado	5,7 (0,3)	5,7	

*Continua*

Tabela 8 - Correlação entre variáveis categóricas e o domínio Conhecimentos e habilidades associadas à PBE. Brasil, 2019.

Variáveis	Conhecimentos e habilidades associadas à PBE		p-valor
	( $\Sigma$ ) DP	Med	
<b>Área de atuação</b>			
Ambulatorial	5,5 (0,8)	5,8	0,115
Hospitalar	5,2 (0,9)	5,2	
Outra	5,4 (1,0)	5,5	
<b>Formação específica</b>			
Sim	5,4 (0,8)	5,4	0,030*
Não	5,1 (1,0)	5,2	
<b>Carga horária específica para o NSP</b>			
Sim	5,3 (1,0)	5,3	0,519
Não	5,2 (1,0)	5,4	
<b>Profissionais exclusivos para o NSP</b>			
Sim	5,3 (1,0)	5,4	0,441
Não	5,1 (5,2)	5,2	
<b>Exerce outras funções na instituição</b>			
Sim	5,2 (1,0)	5,3	0,948
Não	5,3 (0,9)	5,1	
<b>Acesso à internet no trabalho</b>			
Sim	5,2 (1,0)	5,3	0,090
Não	4,2 (0,3)	4,2	
<b>Compreende língua estrangeira</b>			
Sim	5,4 (0,9)	5,4	0,002*
Não	5,0 (1,0)	5,1	
<b>Local de residência</b>			
Capital	5,1 (1,0)	5,2	0,102
Interior	5,3 (0,9)	5,4	

Fonte: Dados da pesquisa.

### Conclusão

Quanto às variáveis contínuas idade e tempo de atuação no NSP, não se observou associação significativa com os domínios do EBPQ, conforme os dados da Tabela 9.

Tabela 9 – Correlação entre variáveis contínuas e os domínios do EBPQ. Brasil, 2019.

Variáveis		Prática Baseada em Evidências	Atitudes relacionadas à PBE	Conhecimentos e habilidades associadas à PBE
Idade	Correlação	0,056	0,094	-0,005
	p-valor	0,241	0,060	0,924
Tempo de Atuação no NSP	Correlação	0,023	0,038	-0,016
	p-valor	0,634	0,447	0,734

Fonte: Dados da pesquisa.

Na análise de regressão linear, o domínio 1 (Prática Baseada em Evidências) foi associado à formação especializada em qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de risco e compreensão de língua estrangeira. O domínio 2 (Atitudes relacionadas à PBE) foi conectado à formação especializada e carga horária específica para o desempenho das atividades do NSP. O domínio 3 (Conhecimentos e habilidades associadas à PBE) foi relacionado à formação especializada e compreensão de língua estrangeira. Essas associações estão apresentadas na Tabela 10.

Tabela 10 – Fatores associados aos domínios do EBPQ identificados em regressão linear. Brasil, 2019.

Variáveis	B	Erro padrão	p-valor	IC 95%
<b>Domínio 1 – Prática Baseada em Evidências</b>				
Formação especializada	0,42	0,16	0,01	(0,10 - 0,74)
Compreensão de língua estrangeira	0,42	0,16	0,01	(0,10 - 0,74)
<b>Domínio 2 – Atitudes relacionadas à PBE</b>				
Formação especializada	0,28	0,12	0,02	(0,05 - ,052)
Carga horária para o NSP	0,27	0,12	0,02	(0,04 – 0,51)
<b>Domínio 3 – Conhecimentos e habilidades associadas à PBE</b>				
Formação especializada	0,27	0,13	0,03	(0,02 – 0,53)
Compreensão de língua estrangeira	0,33	0,13	0,01	(0,08 – 0,58)

Fonte: Dados da pesquisa.

Pode-se afirmar que profissionais com formação especializada em qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de risco e que compreendem alguma língua estrangeira tendem a ter maiores escores nos domínios Prática Baseada em Evidências e Conhecimentos e habilidades associadas à PBE. Quanto ao domínio Atitudes associadas à PBE, tendem a apresentar maiores escores os profissionais com formação especializada e carga horária específica para o NSP.

## 6 DISCUSSÃO

Este estudo traz evidências inéditas na perspectiva de atuação dos NSP, quando comparadas às literaturas disponíveis na área, as quais abordam relatos das experiências de implantações e a avaliação do cumprimento de aspectos normativos da atuação dos NSP. Porém, é importante conhecer os profissionais que compõem as equipes, formação e competências destes, pois são eles os responsáveis por conduzir as instituições de saúde no processo de melhoria para alcançar o cuidado seguro.

Neste estudo, a maior parte dos participantes era enfermeiro e do sexo feminino. A equipe de enfermagem representa mais da metade de todos os profissionais de saúde em atuação no Brasil (SILVA; MACHADO, 2020). Apesar do aumento crescente do número de homens na área, a enfermagem ainda é predominantemente feminina (MACHADO, 2017).

Uma das formas de divulgação do link do questionário foi através do site da REBRAENSP, o que pode ter contribuído para um número maior de enfermeiros ter participado da pesquisa. No entanto, outros estudos também encontraram maior número de enfermeiros, quando se considera a composição das equipes dos NSP. No estudo de Macedo e Bohomol (2019a), 50% dos coordenadores de NSP de hospitais da Rede Sentinela do município de São Paulo-SP que participaram da pesquisa, eram enfermeiros. Segundo dados publicados pela ANVISA (2020a), 57,53% dos coordenadores dos NSP estaduais, distrital e municipais, cadastrados em 2019, eram enfermeiros. Em estudo que analisou a implementação da PNSP, em hospitais de grande porte do município de Salvador-BA, identificou-se que os enfermeiros faziam parte de todos os NSP estudados (COSTA et al., 2020).

Historicamente, os enfermeiros têm assumido cargos de gestão nos serviços de saúde. As instituições formadoras, atendendo às Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil, incluem nos currículos o desenvolvimento de competências gerenciais que os tornam mais bem preparados para ocupar esses cargos (FURUKAWA; CUNHA, 2010). No âmbito da segurança do paciente, as competências gerenciais de liderança, comunicação e trabalho em equipe são as mais citadas na literatura (PAIXÃO et al., 2018).

É desejável que a atuação na gestão de riscos seja multiprofissional. Isso é ratificado pela recomendação que a equipe mínima do NSP (BRASIL, 2016) seja composta por médico, enfermeiro e farmacêutico, podendo incluir outros profissionais. Estudo realizado em Natal-RN, que verificou a implementação dos NSP e a relação desta com o controle das IRAS, encontrou NSP com diversas composições, incluindo, além da equipe mínima, outros

profissionais, como técnico de enfermagem, técnico de segurança do trabalho, analista de sistemas, fisioterapeuta, assistente social, administradores, nutricionista e engenheiro clínico (CAVALCANTE et al., 2019).

Apesar da maior participação de enfermeiros, as diferentes categorias profissionais dos participantes deste estudo demonstraram a diversidade de profissionais que compõem os NSP no Brasil. Tal diversidade possibilita o encontro de diferentes pontos de vista, o que certamente contribui para análise mais abrangente das questões de segurança do paciente. Além disso, favorece o trabalho em equipe que é apontado como parte da cultura de segurança (HARADA; PEDREIRA, 2017), sendo, portanto, fundamental para atuação nos NSP.

Quanto à titulação, apenas 26,6% dos participantes tinham pós-graduação *stricto-sensu*. Estudo internacional que descreveu o estado das competências para PBE entre enfermeiros nos EUA encontrou que ter grau de mestre ou doutor foi um preditor forte de alta competência em PBE (MELNYK et al., 2018). As dificuldades para utilização de resultados de pesquisa para tomada de decisão na prática clínica estão relacionadas ao desconhecimento sobre como identificar as melhores evidências científicas, compreender os resultados de pesquisas e aplicar na prática para promover mudanças (CAMARGO et al., 2018b).

Considera-se que um maior nível acadêmico provê maior capacidade ao profissional para localizar e avaliar evidências (PÉREZ-CAMPOS; SANCHEZ-GARCIA; PANCORBO-HIDALGO, 2014). Neste estudo, maior titulação não apresentou correlação com escores mais elevados no EBPQ, provavelmente, porque os participantes com pós-graduação *stricto-sensu* representaram menos que 30% da amostra.

Títulos de mestrado e doutorado, apesar de possibilitar condições para maior qualidade do cuidado, estão associados, culturalmente, a projetos de carreira na docência. Assim, tem-se observado que os enfermeiros, que atuam nos serviços de saúde, na assistência ou em cargos de gestão, tendem a buscar somente cursos de especialização (SOARES et al., 2019).

A maior parte dos participantes atuava na área hospitalar. Apesar de a RDC nº36/2013 (BRASIL, 2013b) incluir como obrigatória a implantação de NSP, também, em serviços ambulatoriais e na atenção primária à saúde, a maioria dos NSP implantados é hospitalar. Em 2017, 52,53% dos NSP implantados no Brasil eram de hospitais gerais e 9,08% de hospitais especializados (ANVISA, 2018), totalizando 61,61% dos NSP. Isto também se observa frequentemente nas pesquisas realizadas envolvendo NSP, os quais, geralmente, são hospitalares (AZEVEDO et al., 2016; SERRA; BARBIERI; CHEADE, 2016; SIMAN; BRITO, 2018; CAVALCANTE et al., 2019; MACEDO; BOHOMOL, 2019a; PRATES et al., 2019; COSTA et al., 2020).

Número considerável de participantes tinham período de atuação no NSP inferior a 12 meses. Isso remete à rotatividade de profissionais que contribui para descontinuidade das ações do NSP, o que certamente tem impacto negativo na segurança do paciente, comprometendo a qualidade da assistência (SIQUEIRA et al., 2015). É possível, ainda, que esses profissionais estejam atuando em NSP recém implantados. Porém o tempo de implantação do NSP não foi levantado nessa pesquisa

Aproximadamente, metade dos participantes não tinha formação específica em qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de risco. A equipe que compõe o NSP deve ser capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gestão de riscos, em serviços de saúde (BRASIL, 2014b; 2016). Segundo a ANVISA (2020a), apenas 29,3% dos coordenadores dos NSP estaduais, distrital e municipais têm esse tipo de formação. A carência de capacitação nas áreas de qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de risco pode ser fator dificultador para atuação desses profissionais (COSTA et al., 2020), visto que as atividades do NSP exigem conhecimento prévio nessas áreas, além de conhecimento dos processos institucionais.

Constatou-se, pela análise de regressão linear, que a formação em qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de risco é preditora de maiores escores nos três domínios, ou seja, de práticas, atitudes, conhecimentos e habilidades positivas em relação à PBE. Isso denota que os profissionais mais qualificados tendem a aplicar a PBE na atuação no NSP. A atuação fundamentada na PBE é mais assertiva em ações para melhoria da qualidade e segurança do paciente e gestão dos riscos assistenciais.

Quase a metade dos participantes não tinha carga horária específica para as atividades do NSP e 32,2% deles afirmaram que não há profissionais em dedicação exclusiva no NSP onde atuavam. É comum que os coordenadores dos NSP acumulem funções nas instituições (MACEDO; BOHOMOL, 2019a; COSTA et al, 2020). Apenas 20% dos coordenadores dos NSP estaduais, distrital e municipais se dedicavam exclusivamente a esta função (ANVISA, 2020a). O coordenador do NSP deve ter disponibilidade de tempo contínuo e experiência em qualidade e segurança do paciente (BRASIL, 2016).

Identificou-se que a carga horária específica para o NSP é preditora de maiores escores no domínio 2 do EBPQ (Atitudes relacionadas à PBE), confirmando a importância de haver profissionais com carga horária específica dedicada às atividades do NSP. Quando os profissionais membros não têm carga horária específica dedicada ao NSP e até mesmo os coordenadores acumulam funções na instituição, as atividades de segurança do paciente ficam

fragmentadas (COSTA et al., 2020), o que desfavorece a implantação de práticas de segurança, investigação de eventos adversos entre outras atribuições do NSP.

Ainda hoje, existem serviços de saúde que não têm acesso à *internet*. Nesta pesquisa, dois participantes afirmaram não ter acesso à *internet* no trabalho. Ambos trabalhavam em municípios do interior, nos quais, a depender da localização geográfica, pode haver indisponibilidade ou baixa qualidade do sinal de *internet*. Essa realidade inviabiliza as notificações de eventos adversos, através do sistema NOTIVISA, e o acesso rápido às normas técnicas, guias e demais publicações da ANVISA, que norteiam o trabalho dos NSP. Além disto, os profissionais não têm acesso às bases de dados para realização de pesquisas e não podem realizar cursos de capacitação a distância, por exemplo.

Ressalta-se que o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação disponibiliza o Portal Saúde Baseada em Evidências para todos os profissionais da área de saúde através do qual podem acessar bases de dados e protocolos clínicos. Os profissionais podem aplicar as informações, que o portal disponibiliza, na prática clínica, na tomada de decisão para a gestão em saúde e na qualificação do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). No entanto, apesar da disponibilidade do Portal ser importante, não é suficiente para garantir o acesso à informação a todos dos profissionais de saúde devido às diferentes condições estruturais dos serviços de saúde no Brasil. A escassez de acesso à *internet* é um dificultador do processo de trabalho como um todo e, especificamente, da PBE.

Outro dificultador da PBE é a não compreensão de língua estrangeira. O conhecimento de língua estrangeira, em especial, da língua inglesa, é essencial, pois as evidências na área da saúde são publicadas majoritariamente nesse idioma (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018). Quando o profissional não compreende pelo menos uma língua estrangeira, as evidências científicas que ele pode acessar ficam restritas aos estudos em português, influenciando a capacidade de busca para promover intervenções no serviço.

Neste estudo, cerca de 45% dos participantes não tinham essa competência desenvolvida, o que limita a PBE. A importância da compreensão de língua estrangeira foi demonstrada na análise de regressão linear, que indicou ser esta variável preditora de maiores escores nos domínios 1 (Prática baseada em evidências) e 3 (Conhecimentos e habilidades associadas à PBE) do EBPQ.

As regiões com maior e menor número de participantes foram a Sudeste e Norte, respectivamente. Tal resultado corresponde às regiões com maior e menor número de NSP cadastrados na ANVISA (2020b), 1.762 (43%) e 194 (5%), respectivamente. Isso também se

observa em relação ao Estado de Minas Gerais, que teve o maior número de participantes e o maior número de NSP do país, 713 (17,14%) (ANVISA, 2020b).

Não houve participantes dos Estados do Amapá, Piauí e Mato Grosso. Pode-se levantar algumas hipóteses para isso. O Estado do Amapá possui o menor número de NSP do país, apenas seis, o que representa apenas 0,15% do total de NSP do Brasil (ANVISA, 2020b). O Estado do Mato Grosso não possui coordenação estadual dos NSP e os serviços de saúde podem estar desmobilizados em relação à segurança do paciente (ANVISA, 2020c). Já o estado do Piauí, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é um dos estados onde menos se acessa a internet no Brasil. Dentre os motivos apontados pela pesquisa, destaca-se a indisponibilidade do serviço na área do domicílio e o custo elevado (IBGE, 2020).

Os valores do *Alpha de Cronbach* deste estudo (domínio 1: 0,846; domínio 2: 0,605; domínio 3: 0,945; questionário completo: 0,936) foram semelhantes aos do questionário original (domínio 1: 0,85; domínio 2: 0,79; domínio 3: 0,91; questionário completo: 0,87) (UPTON et al, 2014) e da versão traduzida e validada no Brasil (ROSPENDOWISKI, 2014), considerando os valores por domínios (domínio 1: 0,86; domínio 2: 0,68; domínio 3: 0,92).

Observa-se que os valores do *Alpha de Cronbach* do domínio 2 (Atitudes relacionadas à PBE) foram os mais baixos nos estudos citados e no presente estudo. Um dos fatores que pode influenciar na confiabilidade de questionários é o número de itens, sendo que a confiabilidade pode ser aumentada, quanto mais itens forem incluídos (FREITAS; RODRIGUES, 2005). O domínio 2 (Atitudes relacionadas à PBE) é o que possui o menor número de itens, apenas quatro, o que pode contribuir para os menores valores de *alpha* encontrados. Segundo o autor do questionário original, este domínio necessita de maior refinamento, a fim de obter maior confiabilidade (UPTON et al., 2014).

O EPBQ foi utilizado em vários países. A maioria dos estudos foi realizada com enfermeiros e poucos incluíram amostras multiprofissionais (UPTON et al., 2014). No Brasil, o EBPQ foi utilizado em três estudos envolvendo enfermeiros e dois com amostra multiprofissional.

O estudo de validação da versão traduzida para o português, no Brasil, comparou os escores do EBPQ entre um grupo de enfermeiros graduados e outro com enfermeiros mestres e doutores, em município do interior de São Paulo. Os escores total e por domínio do grupo de enfermeiros graduados foram inferiores aos do grupo de enfermeiros mestres e doutores (ROSPENDOWISKI, 2014).

Não se encontraram diferenças significativas nas competências para a PBE entre enfermeiros residentes e enfermeiros preceptores, em hospital de ensino, no interior de Minas Gerais. Apesar dos dois grupos considerarem a PBE fundamental na prática profissional, a avaliação das evidências científicas na atuação tem sido escassa entre eles (CAMARGO et al., 2018b).

Os escores encontrados no presente estudo foram semelhantes aos do estudo realizado com o grupo de enfermeiros mestres e doutores (ROSPENDOWISKI, 2014), com valores acima de 5,2 para todos os domínios e superiores aos escores dos grupos de enfermeiros residentes (domínio 1: 4,9; domínio 2: 5,2; domínio 3: 4,5; pontuação média total 113,7) e preceptores, que apresentou escores entre 4,5 e 5,3 (CAMARGO et al., 2018b). Destaca-se, porém, que no presente estudo, apesar de a amostra ser constituída majoritariamente por enfermeiros, houve a participação de outros profissionais. Além disso, a amostra foi numericamente superior às amostras dos estudos citados.

Em relação aos itens do EBPQ com maiores e menores médias em cada domínio, houve semelhanças entre o presente estudo e os estudos de Rospendowski (2014) e Camargo e colaboradores (2018b). No domínio 1 (Prática Baseada em Evidências), os três estudos encontraram o item c (com que frequência você avaliou criticamente toda a literatura com base em algum critério estabelecido) como de menor média e o item f (com que frequência você compartilhou conhecimento com os colegas), como o de maior média, exceto no grupo de enfermeiros com mestrado e doutorado do estudo de Rospendowski (2014).

No domínio 2 (Atitudes relacionadas à PBE), os três estudos encontraram o item g (minha carga de trabalho é muito grande para que eu me mantenha atualizado com todas as novas evidências / novas evidências são tão importantes que eu defino um tempo para isso na minha agenda de trabalho) como de menor média e o item i (práticas baseadas em evidências são perda de tempo / práticas baseadas em evidências são fundamentais para a prática profissional), como de maior média.

No domínio 3 (Conhecimentos e Habilidades associadas à PBE), o item n (capacidade de converter suas necessidades de conhecimento em uma questão de pesquisa) foi o que obteve menor média neste estudo, no grupo de enfermeiros graduados do estudo de Rospendowski (2014) e de residentes do estudo de Camargo e colaboradores (2018b); o item v (compartilhamento de suas ideias e conhecimento com os colegas) foi o que obteve maior média neste estudo, mas, nos estudos citados, o item de maior média foi o item x (capacidade de rever a própria prática) (ROSPENDOWISKI, 2014; CAMARGO et al., 2018b).

Ao analisar os itens com menor média encontrados em cada domínio neste estudo, pode-se afirmar que os participantes apresentaram dificuldade em avaliar criticamente a literatura; grande carga de trabalho faz com que haja pouco tempo disponível para que os profissionais estejam atualizados com as novas evidências e pouca habilidade em formular questões de pesquisa. Apesar dos resultados encontrados demonstrarem conhecimentos, atitudes e habilidades positivas dos participantes em relação à PBE, evidenciaram-se lacunas no conhecimento sobre as etapas da PBE e ausência suporte organizacional para aprendizagem por parte dos serviços de saúde, o que também foi encontrado por Camargo e colaboradores (2018a), em revisão integrativa sobre competências e barreiras para PBE entre enfermeiros hospitalares.

As lacunas no conhecimento em relação às etapas da PBE entre os profissionais membros dos NSP dificultam a gestão de riscos e o processo de tomada de decisão baseada em evidências. Esse déficit de conhecimento remete à formação dos profissionais de saúde. A análise da literatura mostra que a temática de segurança do paciente, bem como a PBE (CAMARGO et al., 2018c), vem sendo trabalhada de forma incipiente e/ou desarticulada (GONÇALVES; SIQUEIRA; CALIRI, 2017; MELLEIRO et al, 2017), durante a formação profissional, as quais não têm acompanhado as exigências da força de trabalho (OMS, 2016). Essa realidade implica desafios que precisam ser pensados pelos serviços de saúde e academia, a fim de favorecer o desenvolvimento de competências necessárias para modificar a prática assistencial.

Verifica-se, portanto, a necessidade de melhorar a formação dos profissionais, com ênfase no aprimoramento da PBE, na atuação dos profissionais, desde a graduação (SCHINEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018), conforme os princípios a serem incorporados nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde, contidos na Resolução CNS nº 569/2017. Parcerias entre universidades e os serviços de saúde podem viabilizar a implementação da PBE entre os enfermeiros (CAMARGO et al., 2017b) e demais profissionais de saúde, através de programas educativos.

Demonstra-se, portanto, que a grande carga de trabalho é fator dificultador para atualização dos profissionais membros dos NSP, haja vista que a maioria deles acumula funções nas instituições. O suporte organizacional para aprendizagem é importante, para que os profissionais em atuação possam suprir as necessidades de conhecimento. O suporte para aprendizagem é efetivo na gestão de pessoas nas organizações e na tática para alcançar os objetivos e as metas institucionais (COELHO JÚNIOR et al., 2016). As instituições de saúde têm responsabilidade com os colaboradores, no estímulo ao desenvolvimento de pesquisas, não

apenas para resoluções de questões internas, mas, principalmente, para melhoria da qualidade do cuidado prestado ao paciente (SOARES et al., 2019).

Em relação à PBE, as instituições podem oferecer suporte aos profissionais, por meio da disponibilização de recursos materiais, como espaço físico, mobiliário, computadores com acesso à *internet*, abono de carga horária para participação em eventos científicos e/ou realização de cursos de pós-graduação, carga horária específica para o desenvolvimento de pesquisas, realização de reuniões científicas no ambiente de trabalho, além de incentivo por parte dos colegas e engajamento das lideranças (CAMARGO et al., 2017b).

O ambiente da organização, incluindo a estrutura organizacional, influencia o processo de aprendizagem dos indivíduos e pode inspirar a performance destes. A aplicação do aprendizado na prática está diretamente associada a um ambiente que ofereça suporte (COELHO JÚNIOR et al., 2016). A aprendizagem individual pode ser consolidada e disseminada em grupo, favorecendo a aprendizagem organizacional (BORBA; KLIEMANN NETO, 2008). Assim, ao fornecer suporte para aprendizagem da PBE aos profissionais, os serviços de saúde contribuem para o crescimento de toda a organização, alcance das metas institucionais e melhoria da qualidade do cuidado.

Ao analisar os itens com maior média em cada domínio encontrados neste estudo, infere-se que os participantes reconhecem a PBE como fundamental para a prática clínica e compartilhavam ideias e conhecimento com os colegas. Depreende-se disso que existe disposição dos profissionais a compartilhar conhecimento com os pares e que a PBE poderia ser trabalhada entre eles com receptividade.

A efetividade de oficinas motivacionais para implementação da PBE entre lideranças de enfermagem em hospital do interior de Minas Gerais foi avaliada através dos questionários EBQ e *The Barriers to Research Utilization Scale* (CAMARGO et al., 2017b). Os questionários foram aplicados na primeira e na quinta oficina, que foi a última. A amostra foi constituída por dez enfermeiros gerentes. Apesar de os enfermeiros apresentarem atitudes favoráveis à PBE, as oficinas não foram efetivas para o desenvolvimento de competências. Isto foi verificado através dos escores EBQ total inicial que foi 109,8 e o final, 107. No entanto, a intervenção reduziu de forma significativa a percepção de barreiras para PBE, sendo efetiva para motivação dos enfermeiros (CAMARGO et al., 2017b).

Os dois estudos com amostra multiprofissional foram realizados em Chapecó-SC. Um deles avaliou a PBE no contexto dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), o qual teve amostra de 22 profissionais entre fisioterapeuta, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, educadores físicos e assistentes sociais. Os profissionais do NASF reconheceram que a PBE é

fundamental para o exercício da profissão, porém esta estava mais centrada nas experiências clínicas do profissional. Entre os obstáculos para o desenvolvimento da PBE, citaram a alta carga de trabalho e a ausência de incentivo dos gestores (FERRETI et al., 2018).

A análise da PBE entre 112 profissionais (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) de equipes da Estratégia Saúde da Família mostrou que os profissionais que atuam na atenção primária consideram a PBE fundamental para ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família. Entretanto, afirmaram que a experiência clínica e opiniões dos colegas são os principais elementos de suas práticas. Identificaram-se como barreiras para implementação da PBE a pouca habilidade na busca de evidências, pouco domínio de língua estrangeira, alta demanda assistencial na unidade básica e carência de apoio da gestão municipal (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018). Os autores apresentaram apenas os valores das médias por itens do questionário. Não se apresentou o escore médio por domínio e nem o escore médio total do questionário.

Estudo realizado com enfermeiras da Espanha e de países de língua espanhola na América Latina que participam de fóruns *on-line* utilizou o EPBQ para avaliar as competências em PBE e a relação com fatores sociodemográficos e profissionais. Os escores médios encontrados foram 5,02 para o questionário completo; 4,85 para os domínios 1 (Prática baseada em evidências) e 3 (Conhecimentos e habilidade associados à PBE) e 5,35 para o domínio 2 (Atitudes relacionadas à PBE). Maiores escores foram associados à maior nível acadêmico, a trabalhar em países da América Latina e ao ambiente de trabalho favorável (PEREZ-CAMPOS; SANCHEZ-GARCIA; PANCORBO-HIDALGO, 2014).

O EBPQ foi utilizado para avaliar os efeitos de um programa de mentoria em um hospital em Singapura. As enfermeiras que participaram do programa realizavam sessões educativas sobre PBE com as colegas de trabalho. Três meses após o término do programa, constatou-se o aumento nos escores reportados pelas enfermeiras mentoreadas e enfermeiras dos setores, nos três domínios do questionário (CHAN; GLASS; PHANG, 2020). Esse achado demonstra o potencial da utilização de programas de mentoria para melhorar as competências em PBE de profissionais de saúde e ser um modelo para uso de gestores dos serviços de saúde, a fim de ampliar a PBE, no contexto dos NSP.

As limitações deste estudo foram inerentes ao método de pesquisa *survey* e ao questionário utilizado. Obteve-se amostra por conveniência, o que motiva a pensar que os profissionais que aceitaram participar da pesquisa tinham alguma aproximação com o tema abordado. A taxa de resposta não pode ser calculada, pois não se sabe o número de profissionais que abriram o *e-mail* com o convite para participar da pesquisa e acessaram o *link* do

questionário. Além disso, utilizar um questionário no qual as competências em PBE são autorreferidas pode superestimar a avaliação.

## 7 CONCLUSÃO

Analisou-se a PBE na atuação dos profissionais membros dos NSP, no Brasil, e, portanto, considera-se que o estudo alcançou os objetivos propostos.

A maioria dos participantes era enfermeiro, do sexo feminino, com idade entre 31 e 40 anos, tinha especialização *lato sensu* e acesso à *internet* no trabalho. Mais de 70% atuavam em hospitais e 35% integravam a equipe do NSP há menos de 12 meses. Aproximadamente, metade dos participantes não tinha formação em qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de riscos, não tinha carga horária específica para atuação no NSP, exercia outras funções na instituição e referiram não apresentar compreensão de língua estrangeira.

A PBE na atuação dos profissionais dos NSP foi analisada a partir dos escores encontrados no questionário EBPQ. Encontraram-se os seguintes escores: domínio 1, com 5,3; domínio 2, 5,8; domínio 3, 5,2; sendo 7 o escore máximo por domínio; a pontuação média total foi 128, sendo 168 a pontuação máxima. Tais resultados foram comparáveis a estudos nacionais e internacionais. Destacaram-se as competências para PBE como essenciais na atuação dos profissionais membros do NSP. A PBE, em especial o processo de translação do conhecimento, possibilita a aplicação de estratégias sabidamente eficazes na resolução de problemas, como o grande número de eventos adversos evitáveis que ocorrem no contexto da assistência à saúde.

Por intermédio dos itens do questionário que obtiveram menores médias, verificou-se que os participantes apresentaram déficit de conhecimento em relação às etapas de PBE e que a grande carga de trabalho contribuiu para que não conseguissem se manter atualizados com as melhores evidências científicas. Mediante os itens que apresentaram maiores médias, pode-se afirmar que os participantes reconheceram a importância da PBE na prática clínica e que tinham disposição para compartilhar ideias e conhecimentos com os colegas. Em suma, depreende-se que apesar de os participantes reconhecerem que a PBE é importante, não têm conhecimento suficiente sobre como fazer e falta tempo disponível para pesquisar.

A variável compreensão de língua estrangeira foi preditora de maiores escores no domínio 1 (Prática baseada em evidências) e no domínio 3 (Conhecimentos e habilidades associadas à PBE). A variável carga horária específica para o NSP foi preditora de maiores escores no domínio 2 (Atitudes relacionadas à PBE). Destaca-se a variável formação em qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de riscos como preditora de maiores escores nos três domínios do EBPQ.

Levantaram-se algumas características dos profissionais que integram os NSP que exigem atenção dos gestores e órgãos reguladores, como carência de carga horária específica

para o desempenho das atividades no NSP; ausência de profissionais com dedicação exclusiva ao NSP; inexistência de acesso à *internet*. Essas questões precisam ser sanadas, a fim de favorecer a atuação dos NSP como instâncias responsáveis pela segurança do paciente e gestão de riscos, nos serviços de saúde, com base em evidências científicas.

Há ainda muitas instituições que não têm NSP implantado e, portanto, há necessidade de estimular a expansão dos NSP no Brasil. No entanto, é necessário também voltar a atenção para os NSP já constituídos, fornecendo apoio para que possam funcionar de acordo com as recomendações da ANVISA.

Conclui-se que é necessário investir na formação específica dos membros dos NSP, em qualidade, segurança do paciente e/ou gestão de riscos, de modo que se tornem mais bem preparados para cumprirem suas atribuições. Em paralelo, é necessário fornecer capacitação em PBE e garantir suporte para que as equipes consigam aplicá-la.

Recomenda-se que o questionário EBQ seja aplicado em diferentes contextos para alcançar melhor refinamento, principalmente do domínio 2 (Atitudes relacionadas à PBE), o qual não atingiu valor satisfatório do coeficiente *Alpha de Cronbach*.

Os resultados deste estudo serão divulgados para os órgãos reguladores dos NSP os quais poderão, com base neles, realizar ações educativas com foco na PBE para as equipes dos NSP. A partir deste estudo, outros podem ser realizados, a fim de comparar a evolução da PBE na atuação dos NSP, no Brasil.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade pessoal de retomar os estudos e aprimorar meu conhecimento enquanto enfermeira foi a grande motivação para a realização do curso de mestrado. No entanto, tornou-se um grande desafio pois nesse período precisei conciliar os estudos com a maternidade. Não foi fácil desempenhar os papéis de mãe e pesquisadora, já que ambos exigem muita dedicação.

O mestrado representou a superação de adversidades. Superar a carga de trabalho e os afazeres domésticos; suprir as necessidades físicas e psicológicas de uma criança; pesquisar, ler artigos e ter senso crítico em meio ao cansaço físico e mental. Para isso foi preciso muita vontade de crescer profissionalmente e contribuir para uma enfermagem segura, cientificamente embasada. Sabe-se que no mundo do trabalho, os profissionais de saúde também carregam consigo esses mesmos desafios.

Sou enfermeira há dez anos, tempo dedicado à assistência, no contexto hospitalar. A primeira vez que ouvi sobre PBE não foi na graduação. Apenas na residência tive esse conhecimento e só no mestrado pude desenvolver competências em PBE. Ao analisar o perfil dos profissionais dos NSP, no Brasil, enxerguei-me nos participantes. Quantos profissionais gostariam de melhorar a qualidade de suas práticas, atuando com base em evidências e não têm o conhecimento e a oportunidade de desenvolver as competências necessárias? Ao aprofundar o estudo nessa temática, tornei-me responsável por compartilhar os saberes que adquiri e as competências que desenvolvi na academia com meus colegas de trabalho e com outros profissionais interessados através de publicações científicas.

A realização deste estudo possibilitou a reflexão de que é preciso aplicar mais a PBE na prática assistencial e, sem dúvida, o meu amadurecimento enquanto pesquisadora favorece esse compromisso e engajamento. Os resultados do trabalho me instigam a ser multiplicadora da PBE entre meus colegas de trabalho, buscando a melhoria contínua da prática assistencial, assim como me estimula a realizar outras pesquisas na área de segurança do paciente buscando respostas e soluções aos problemas enfrentados na prática assistencial e de gestão em saúde.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília: ANVISA, 2015. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 02 jul. 2015.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília nº 18: incidentes relacionados à assistência à saúde 2017**. Brasília: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2018. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-18-avaliacao-dos-indicadores-nacionais-das-infecoes-relacionadas-a-assistencia-a-saude-iras-e-resistencia-microbiana-do-ano-de-2017>. Acesso em: 16 jul. 2020.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) cadastrados na ANVISA**. Brasília: ANVISA, 2019. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_assetEntryId=3204472&\\_101\\_type=document](http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=3204472&_101_type=document). Acesso em: 10 mar. 2019.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Relatório de análise do cadastro dos núcleos de segurança do paciente das vigilâncias sanitárias estaduais/distrital e municipais 2019**. Brasília: ANVISA, 2020a. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/noticias/187-relatorio-de-analise-do-cadastro-das-coordenacoes-de-nsp-visa-2019>. Acesso em: 16 jul. 2020.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Cadastro dos NSPs dos serviços de saúde**. Brasília: ANVISA, 2020b. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_assetEntryId=3204472&\\_101\\_type=document](http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=3204472&_101_type=document). Acesso em: 16 jul. 2020.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Núcleos de Segurança do Paciente Estaduais – Atualizada 2019**. Brasília: ANVISA, 2020c. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/2961608/NSP+-Estados/f0f60943-a28e-40ad-a773-41bbe684a88f>. Acesso em: 16 jul. 2020.
- ALBARQONI, L. et al. Core competencies in evidence-based practice for health professionals. **JAMA Network Open**, v.1, n.2, e180281, 2008. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2685621>. Acesso em: 5 abr. 2020.

ALMEIDA, D.; SANTOS, M.A.R; COSTA, A.F.B. Aplicação do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública. XXX ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO. São Carlos, SP, Brasil, 12 a 15 de outubro de 2010. Disponível em: [http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2010\\_TN\\_STO\\_131\\_840\\_16412.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2010_TN_STO_131_840_16412.pdf). Acesso em: 20 abr. 2020.

ALVES, M.F.T.; CARVALHO, D.S.; ALBUQUERQUE, G.S.C. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2895-2908, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000802895](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802895). Acesso em: 30 maio 2020.

AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OS NURSING. QSEN education consortium. Graduate-level. **QSEN competencies: knowledge, skills and attitudes**, September, 2012. Disponível em: <http://www.aacn.nche.edu/faculty/qsen/competencies.pdf>. Acesso em: 08 out. 2018.

ARANÁZ-ANDRÉS, J.M. et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican Study of Adverse Events' (IBEAS). **BMJ Qual Saf**, n.20, v.12, p. 1043-1051, 2011. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/20/12/1043.long>. Acesso em: 27 jun. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 31000 Gestão de riscos** – Diretrizes. Rio de Janeiro: ABNT, 2018.

AZEVEDO, K.C.C. et al. Implementation of the patient safety core in a health service. **J Nurs UFPE on line**, v. 10, n.12, p. 4692-4695, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11540/13447>. Acesso em: 27 jun. 2020.

BELLO, A. C. et al. Ações da Anvisa/MS para a segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. In: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BISSET, K.M.; CVACH, M.; WHITE, K.M. Improving competence and confidence with evidence-based practice among nurses – outcomes of a quality improvement project. **J Nurses Prof Dev**, v.32, n.5, p. 248-255, 2016. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=27648900>. Acesso em: 24 set. 2018.

BORBA, G.S.; KLIEMANN NETO, F.J. Gestão hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde Soc.**, v.17, n. 1, p. 44-60, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/05.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da União**, 27 jan. 1999. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9782.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm). Acesso em: 02 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº. 3, de 7/11/2001. Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da União**, 09 nov 2001; Seção 1. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em 30 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº2 de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. **Diário Oficial da União**, 25 jan. 2010, seção 1, p.79. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-2-de-25-de-janeiro-de-2010>. Acesso em 20 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Seção 01, 28 nov 2011a Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0063\\_25\\_11\\_2011.pdf/94c25b42-4a66-4162-ae9b-bf2b71337664](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0063_25_11_2011.pdf/94c25b42-4a66-4162-ae9b-bf2b71337664). Acesso em: 02 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2915, de 12 de dezembro de 2011. Institui a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 62-63, 13 dez 2011b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2915\\_12\\_12\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2915_12_12_2011.html). Acesso em: 30 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União, Brasília**, 12 dez. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 set 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. **Diário Oficial da União**, 1 abr 2013a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 02 abr. 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, 26 jul 2013b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 02 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1377 de 09 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente: Cirurgia segura, Prática de higiene das mãos e Úlcera por pressão. **Diário Oficial da União**, Brasília: MS, 2013c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html). Acesso em: 02 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente: Prevenção de quedas, Identificação do Paciente e Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília: MS, 2013d. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html). Acesso em: 02 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 51, de 29 de setembro de 2014**: Dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. 2014a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0051\\_29\\_09\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0051_29_09_2014.html). Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE** - Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_metodologicas\\_sistema\\_grade.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf). Acesso em: 01 maio 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>. Acesso em: 02 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017. **Diário Oficial da União**, nº 38, seção 01, 26/02/2018, páginas 85 a 90. 2017. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 573 de 31 de janeiro de 2018. Aprova o parecer técnico nº 28/2018 contendo recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, 06 nov 2018, Seção 1, p.38. 2018. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/>

/asset\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48743098/doi-10.1106-resolucao-n-573-de-31-de. Acesso em: 30 maio 2020.

BROEIRO, P. Prática baseada em evidência e seus limites. **Rev Port Med Geral Fam**, v.31, p. 238-40, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v31n4/v31n4a01.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2020.

BURNS, K.E.A. et al. A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. **CMAJ**, v.179, n.3, p. 245-252, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2474876/>. Acesso em: 24 set. 2018.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Estabelecimentos por tipo Hospital geral, hospital especializado, hospital dia, Brasil, 2019**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>. Acesso em: 08 maio 2020.

CAMARGO, F.C. et al. Modelos para implementação da prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar: revisão narrativa. **Texto Contexto Enferm.**, v.26, n.4, 2017a. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e2070017.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2020.

CAMARGO, F.C. et al. Oficinas para o desenvolvimento da prática baseada em evidências entre lideranças de enfermagem: estudo piloto. **Rev Eletr Enf**. [Internet], v. 19, a50, 2017b. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/43803>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CAMARGO, F.C. et al. Competências e barreiras para a Prática Baseada em Evidência na Enfermagem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 4, p. 2148-56, 2018a. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt\\_0034-7167-reben-71-04-2030.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2030.pdf). Acesso em: 02 abr. 2020.

CAMARGO, F.C. et al. Prática baseada em evidências: competências entre enfermeiros novatos e preceptores em hospital de ensino. **Rev Rene**, v. 19, e33405, 2018b. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/37850>. Acesso em: 27 jun. 2020.

CAMARGO, F. C. et al. Estratégias para o ensino da prática baseada em evidências na formação de enfermeiros: revisão integrativa. **REFACS**, Uberaba (MG), v. 6, n. 1, p. 363-374, 2018c. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2288/pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 2, p. 522-560, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a34.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2020.

CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH (CIHR). **Guide to knowledge translation planning at CIHR: integrated and end-of-grant approaches**. CIHR:

Canadá, 2012. Disponível em: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/49443.html>. Acesso em: 28 abr. 2020.

CAPUCHO, H.C.; ARNAS, E.R.; CASSIANI, S.H.B. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n.1, p. 164-172, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472013000100021](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100021). Acesso em: 20 out. 2017.

CARVALHO, A.P.V.; SILVA, V.; GRANDE, A.J. Avaliação de risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. **Diagn. Tratamento**. v.18, n. 1, p.38-44, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2013/v18n1/a3444.pdf>. Acesso em: 01 maio 2020.

CAVALCANTE, E.F.O. et al. Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40(esp), e:20180306, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1983-14472019000200407](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1983-14472019000200407). Acesso em: 17 jun. 2020.

CHAN, E.Y.; GLASS, G.F.; PHANG, K.N. Evaluation of a hospital-based nursing research and evidence-based practice mentorship program on improving nurses' knowledge, attitudes, and evidence-based practice. **J Contin Educ Nurs**, v. 51, n. 1, p. 46-52, 2020. Disponível em: <https://www.healio.com/nursing/journals/jcen/2020-1-51-1/%7Bf9287966-bfd9-486f-8586-4927d12f5169%7D/evaluation-of-a-hospital-based-nursing-research-and-evidence-based-practice-mentorship-program-on-improving-nurses-knowledge-attitudes-and-evidence-based-practice#divReadThis>. Acesso em: 20 jul. 2020.

COELHO JÚNIOR, F. A. et al. Support to informal learning at work, individual performance and impacto f training in ampleness. **International Business Research**, v.9, n.10, p.63-74, 2016. Disponível em: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/ibr/article/view/61392>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CORREIA-LIMA, B.C.et al. Inventário de suporte organizacional à aprendizagem: desenvolvimento e evidências de validação. **RAC**, v.21, n.5, p.710-29, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rac/v21n5/1415-6555-rac-21-05-00710.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

COSTA, E.A.M. et al. Segurança do paciente em hospitais de grande porte. **Rev Enfermagem UFPE on line**, v. 14, e243324, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/243324/35149>. Acesso em: 27 jun. 2020.

COSTA, V.T.; MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.21, n.5, p.1165-1171, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt\\_0104-1169-rlae-21-05-1165.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1165.pdf). Acesso em: 27 jan. 2016.

DIAS, M.A.E; MARTINS, M.; NAVARRO, N. Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, v.46, n.4, p. 719-729, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400017&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 maio 2020.

DONALDSON, M.S (Edit). **Measuring the quality of health care**. The National Roundtable on Health Care Quality, Institute of Medicine, 1999. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK230819/pdf/Bookshelf\\_NBK230819.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK230819/pdf/Bookshelf_NBK230819.pdf). Acesso em: 02 jun. 2020.

FERREIRA, M.B.G. et al. Cultural adaptation and validation of an instrument on barriers for the use of research results. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.25, e2852, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-e2852.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2852.pdf). Acesso em 30 maio 2020.

FERRETI, F. et al. Prática baseada em evidência no contexto dos núcleos de apoio a saúde da família em Chapecó. **Cogitare Enferm.** [s.l.], v. 23, n.2, maio 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52774>. Acesso em: 16 set. 2018.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Rev. Adm. Contemp**, v.5, edição especial, p. 183-196, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>. Acesso em: 08 out. 2018.

FRAGELLI, T.B.O.; SHIMIZU, H.E. Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e implicações. **Rev Bras Enfermagem**, v. 65, n.4, p.667-74, jul-ago, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000400017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000400017&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 01 maio 2020.

FRANK, J.R.; BRIEN, S. (Editors) on behalf of The Safety Competencies Steering Committee. **The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions**. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute, 2008. Disponível em: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

FREITAS, A.L.P; RODRIGUES, S.G. **Avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach**. XII SIMPEP – Bauru, SP, Brasil, 7 a 9 de novembro de 2005. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/236036099\\_A\\_avaliacao\\_da\\_confiabilidade\\_d\\_e\\_questionarios\\_uma\\_analise\\_utilizando\\_o\\_coeficiente\\_alfa\\_de\\_Cronbach](https://www.researchgate.net/publication/236036099_A_avaliacao_da_confiabilidade_d_e_questionarios_uma_analise_utilizando_o_coeficiente_alfa_de_Cronbach). Acesso em: 02 abr. 2020.

FREITAS, H. et al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 105-112, 2000. Disponível em: [http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1138\\_1861\\_freitashenrique\\_eraus.pdf](http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1138_1861_freitashenrique_eraus.pdf). Acesso em: 09 jan. 2016.

FURUKAWA, P.O.; CUNHA, I.C.K.O. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n.3, p. 1061-1066, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/30.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2020.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M.G. Avaliação da qualidade de evidência de revisões sistemáticas. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 24, n.1, p.173-5, jan-mar, 2015. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v24n1/v24n1a19.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v.56, n.1, p.57-60, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a12v56n1.pdf>. Acesso em: 01 maio 2020.

GAMA, Z.A.S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n.9, e00026215, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00026215.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

GAMA, Z. A. S. et al. Questionário AGRASS: Avaliação da Gestão de Riscos Assistenciais em Serviços de Saúde. **Rev Saúde Pública**, n.54, 21, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102020000100217&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100217&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 maio 2020.

GAMA, Z.A.S; SATURNO, P.J. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>. Acesso em: 19 jun. 2020.

GAMA, Z.A.S.; SATURNO-HERNÁNDEZ, P. J. S. **Inspeção de boas práticas de gestão de riscos em serviços de saúde**. Natal, RN: SEDIZ - UFRN, 2017. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25138/3/EBOOK\\_AGRASS.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25138/3/EBOOK_AGRASS.pdf). Acesso em: 26 jun. 2020.

GONÇALVES, N.; SIQUEIRA, L.D.C.; CALIRI, M.H.L. Ensino sobre segurança do paciente os cursos de graduação: um estudo bibliométrico. **Rev. enferm UERJ**, v. 25, e15460, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15460>. Acesso em: 02 abr. 2020.

GREEN, L.A.; SEIFERT, C.M. Translation of research into practice: why we can't "just do it". **J Am Board Fam Pract.** v.18, n.6, p. 541-5, November – December 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16322416> Acesso em: 09 abr. 2020.

GREINER, A. C.; KNEBEL, E. (Edit). **Health Professions Education: A bridge o quality**. Comittee on Health Profession Education Submit. Washington, 2003. Disponível em:

<https://books.google.com.br/books?id=6wcqWL15hCkC&dq=Health+Professions+Education&hl=pt-BR&lr=>. Acesso em: 09 maio 2020.

HARADA, M.J.P.S.; PEDREIRA, M.L.G. O erro humano e sua prevenção. In: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>. Acesso em: 19 jun. 2020.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Comittee on Health Profession Education Submit. Washington, 2001. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/crossing-the-quality-chasm-a-new-health-system-for-the-21st-century/>. Acesso em: 12 jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2018**. PNAD continua 2018 - Análise de resultados. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnadcontinua.html?edicao=27138&t=resultados>. Acesso em: 19 set. 2020.

KERN, A.E. **Gestão de qualidade, riscos e segurança do paciente**. São Paulo: Editora Senac, 2019, p. 75-110.

KERN, A.E.; FELDMAN, L.B.; D'INNOCENZO, D. Implantação do gerenciamento de riscos num hospital público. **Rev Paul Enferm.**, v.29, n.1-2-3, p. 127-135, 2018. Disponível em: <http://repen.com.br/revista/wp-content/uploads/2018/11/Implanta%C3%A7%C3%A3o-do-gerenciamento-de-riscos-num-hospital-p%C3%BAblico.pdf>. Acesso em 27 jun. 2020.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Eds.). **To err is human: building a safer health system**. Washington (DC): National Academies Press, 2000. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/to-err-is-human-building-a-safer-health-system/>. Acesso em: 02 jun. 2020.

NASCIMENTO, C.C.P. et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n.4, 2008. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11692008000400015&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692008000400015&lng=es&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 out. 2017.

MACEDO, R.S.; BOHOMOL, E. Análise da estrutura organizacional do Núcleo de Segurança do Paciente dos hospitais da Rede Sentinela. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40 (esp.), e20180264, 2019a. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200412](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200412). Acesso em: 17 jun .2020.

MACEDO, R.S.; BOHOMOL, E. Validação de instrumento de autoavaliação dos Núcleos de Segurança do Paciente. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, Suppl 1, p. 270-277,

2019b. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/pt\\_0034-7167-reben-72-s1-0259.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/pt_0034-7167-reben-72-s1-0259.pdf). Acesso em: 30 maio 2020.

MACHADO, M.H (Coord.). **Perfil da Enfermagem no Brasil – Relatório Final**. Rio de Janeiro: NERHUS - DAPS - ENSP/Fiocruz, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2020.

MARTÍNEZ-SILVEIRA, M.S.; SILVA, C.H.; LAGUARDIA, J. Conceito e modelos de ‘knowledge translation’ na área de saúde. **Rev Eletron Comum Inf Inov Saúde**, v. 14, n. 1, p. 225-246, 2020. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1677/2349>. Acesso em: 10 mar. 2020.

MELLEIRO, M.M. et al. Temática segurança do paciente nas matrizes curriculares de escolas de graduação em enfermagem e obstetrícia. **Rev Baiana Enferm.**, v. 31, n.2, e 16814, 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16814>. Acesso em: 02 jun. 2020.

MELNYK, B. M. et al. The first U. S. study on nurses’ evidence-based practice competencies indicates major déficits that threaten healthcare quality, safety and patient outcomes. **Worldviews Evid Based Nurs**, v.15, n. 1, p. 16-25, 2018. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/wvn.12269>. Acesso em: 08 out. 2018.

MENDES, W.; MOURA, M.L.O. Estratégias para segurança do paciente em serviços de saúde. In: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>. Acesso em: 19 jun. 2020.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care**. n. 22, p.1-6, 2009. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/279/1801452>. Acesso em: 27 jun. 2020.

MENDES, W. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 59, n. 5, p. 421-428, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302013000500006](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000500006). Acesso em: 27 jun. 2020.

MENDES, W. et al. The application of Iberoamerican study of adverse events (IBEAS) methodology in Brazilian hospitals. **Int J Qual Health Care**, v.30, n.6, p. 480-485, 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/30/6/480/4958028>. Acesso em: 27 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal SBE Saúde Baseada em Evidências**. Sobre o Portal. 2016. Disponível em:

[https://www.psbe.ufrn.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25&Itemid=232](https://www.psbe.ufrn.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=232). Acesso em: 19 set. 2020.

MIRANDA, E.S.; FIGUEIRÓ, A.C.; POTVIN, L. Are public health researchers in Brazil ready and supported to do knowledge translation? **Cad Saúde Pública**, v.36, n.4, e00003120, 2020. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000400301](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400301). Acesso em: 28 abr. 2020.

MONTSERRAT-CAPELLA, D; CHO, M.; LIMA, R.S. A segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde no contexto da América Latina e Caribe. In: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>. Acesso em: 19 jun. 2020.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Free from harm: Accelerating patient safety improvement fifteen years after To Err is Human**. Boston, MA: National Patient Safety Foundation, 2015. Disponível em:

<http://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.aspx>. Acesso em: 17 jun. 2020.

NIEVA, V.F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care**, v. 12, Suppl 2, p. 17-23, 2003. Disponível em: [https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl\\_2/ii17](https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17). Acesso em: 02 ago. 2020.

OELKE, N.D.; LIMA, M.A.D.S.; ACOSTA, A.M. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. **Rev Gaúcha Enferm**, v.36, n.3, p.113-7, 2015. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/55036/35070>. Acesso em: 25 ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Fifty-eighth World Health Assembly**. 2005. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58-REC1/english/A58\\_2005\\_REC1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf). Acesso em: 20 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde**: edição multiprofissional / Coordenação de Vera Neves Marra, Maria de Lourdes Sette. Rio de Janeiro: Autografia, 2016.

Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/32/9788555268502-por.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. **Levels of evidence**.

March, 2009. Disponível em: <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>. Acesso em 02 ago. 2020.

PAIXÃO, T. C. R. et al. Competências gerenciais relacionadas à segurança do paciente: uma revisão integrativa. **Rev Sobecc**, n.22, v.4, p.245-253, out./dez. 2017. Disponível

em: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876634/sobecc-v22n4\\_pt\\_245-253.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876634/sobecc-v22n4_pt_245-253.pdf). Acesso em: 24 set. 2018.

PARANAGUÁ, T.T.B. et al. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n.3, p. 256-262, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/09.pdf>. Acesso em 20 set. 2020.

PARANAGUÁ, T.T.B. et al. Suporte para aprendizagem na perspectiva da segurança do paciente na atenção primária em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.24, e2271, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100390&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100390&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 20 set 2020.

PARANAGUÁ, T.T.B.; BEZERRA, A.L.Q.; SILVA, A.E.B.C. Ocorrência de *near misses* e fatores associados na clínica cirúrgica de um hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, v.20, n. 1, p. 121-128, jan./mar., 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483647664016.pdf>. Acesso em: 20 set 2020.

PEREIRA, M.G. **Artigos científicos** – como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p. 27-40; 57-80; 179-191.

PEREIRA, M.G. **Evidências científicas em medicina: a contribuição da epidemiologia**. Maurício Gomes Pereira - Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.anm.org.br/arquivos/2483826/Maur%C3%ADcio%20Gomes%20Pereira%20-%20Mem%C3%B3ria.pdf>. Acesso em: 19 set. 2020.

PÉREZ-CAMPOS, M.A.; SANCHEZ-GARCIA, I.; PANCORBO-HIDALGO, P.L. Knowledge, attitude and use of Evidence-Based Practice among nurses active on the Internet. **Invest Educ Enferm.**, v. 32, n. 3, p. 451-460, 2014. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/20706>. Acesso em: 18 jul. 2020.

PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev. Port Saúde Pública**, vol temático 10, p. 74-80, 2010. Disponível em: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-a-magnitude-financeira-dos-eventos-adversos-em-hospitais-X0870902510898606>. Acesso em 20 set. 2020.

PRATES, C.G. et al. Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40(esp), e20180150, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180150.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

REIS, C.T. A cultura de segurança em organizações de saúde. In: SOUZA, P (Org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras** [livro eletrônico]. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://play.google.com/books/reader?id=sInUDwAAQBAJ&pg=GBS.PA6>. Acesso em: 20 jul. 2020.

REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado em saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde**

**Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

ROMERO, M. P. et al. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Rev Bioét.**, v. 26, n. 3, Brasília jul./sept. p. 333-342, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n3/1983-8042-bioet-26-03-0333.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2020.

ROSPENDOWOSKI, K. **Adaptação cultural para o Brasil e desempenho psicométrico do “Evidence-Based Practice Questionnaire” (EBPQ)**. Karina Rospendowoski. Campinas, SP: s/n, 2014. Disponível em:  
<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/283868>. Acesso em: 20 set. 2018.

ROSPENDOWOSKI, K.; ALEXANDRE, N. M. C.; CORNÉLIO, M. E. Adaptação cultural para o Brasil e desempenho psicométrico do “Evidence-Based Practice Questionnaire”. **Acta Paulista Enferm.**, v. 27, n.5, p. 405-411, 2014. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000500004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000500004&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 16 set. 2018.

SAGAWA, M. R. et al. Análise de circunstâncias notificáveis: incidentes que podem comprometer a segurança dos pacientes. **Cogitare Enferm.**, v.24, e61984, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/61984>. Acesso em: 02 jun. 2020.

SANTOS, A.C.R.B et al. Vigilância e monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde. In: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em:  
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7+-+Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>. Acesso em: 21 jun. 2020.

SANTOS, C.M.C; PIMENTA, C.A.M.; NOBRE, M.R.C. A estratégia PICO para construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n. 3, maio-junho, 2007. Disponível em:  
[https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt\\_v15n3a23.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf). Acesso em: 15 fev. 2020.

SCHNEIDER, L.R.; PEREIRA, R.P.G.; FERRAZ, L. A prática baseada em evidência no contexto da atenção primária à saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n.118, p.594-605, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n118/0103-1104-sdeb-42-118-0594.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2020.

SERRA, J.N.; BARBIERI, A.R.; CHEADE, M.F.M. Situação dos hospitais de referência para implantação /funcionamento do núcleo de segurança do paciente. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. esp, p: 01-09, 2016. Disponível em:  
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45925>. Acesso em: 17 jun. 2020.

SHEKELLE, P.G. et al. **Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices**. Comparative Effectiveness Review n°211.

(Prepared by the Southern California-RAND Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10062-I.) AHRQ Publication No. 13-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2013. Disponível em: [www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html](http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html). Acesso em: 04 jul. 2020.

SIMAN, A.G.; BRITO, M.J.M. A dimensão prescrita e real de práticas de profissionais de saúde no contexto da segurança do paciente. **Rev Enferm UERJ**, v. 26, e23703, 2018. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/01/969612/a-dimensao-prescrita.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

SIQUEIRA, C.L. et al. Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais de sul de Minas Gerais, Brasil. **Rev Min Enferm**, v. 19, n.4, p. 919-926, 2015. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1050>. Acesso em: 17 jun. 2020.

SILVA, A.E.B.C. et al. Métodos integradores de gestão de riscos relacionados à assistência à saúde. In: In: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7+-+Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>. Acesso em: 21 jun. 2020.

SILVA, M.C.N.; MACHADO, M.H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.1, p.7-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n1/1413-8123-csc-25-01-0007.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2020.

SOARES, M.I. et al. Competence-based performance evaluation in hospital nurses. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 27, e3184, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/0104-1169-rlae-27-e3184.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

SOUZA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt\\_v15n3a22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf). Acesso em: 09 out. 2018.

STALTER, A. M.; PHILLIPS, J. M.; DOLANSKY, M. A. QSEN institute RN-BSN task force - white paper on recommendation for system-based practice competency. **J Nurs Care Qual**, p.1-5, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28448302>. Acesso em: 24 set. 2018.

TEIXEIRA, T.C.A.; CASSIANI, S.H.B. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. **Acta Paul Enferm.**, v.27, n.2, p. 100-107, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 out. 2017.

UPTON, D. et al. The reach, transferability and impact of the Evidence-Based Practice Questionnaire: a methodological and narrative literature review. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 11, n. 1, p. 46-54, 2014.

WALTER, O. M. F. Análise de ferramentas gratuitas para condução de survey on line. **Produto & Produção**, v. 14 n. 2, p. 44-58, 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/ProdutoProducao/article/view/22172>. Acesso em: 09 jan. 2016.

WALTON, M.M. et al. Developing a national patient safety education framework for Australia. **Qual Saf Health Care**, v.15, p.437-22, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464900/pdf/437.pdf>. Acesso em: 01 maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: forward programme**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data: França Out 2004. Disponível em: [https://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf?ua=1](https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf?ua=1). Acesso em: 25 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. Version 1.1. Final Technical Report. January, 2009. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO\\_IER\\_PSP\\_2010.2\\_eng.pdf;jsessionid=9FBA139A111CDC09C0356EFB7896723C?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf;jsessionid=9FBA139A111CDC09C0356EFB7896723C?sequence=1). Acesso em: 02 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Seventy-Second World Health Assembly**. Provisional agenda item 12.5. 25 March 2019. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_26-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf) > Acesso em: 20 set. 2020

## APÊNDICE A - Convite para participação na pesquisa

Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Prezado (a) Senhor (a)

O Núcleo de Segurança do Paciente está sendo convidado(a) para participar da pesquisa PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA NA ATUAÇÃO DOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL. Esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB).

O objetivo deste estudo é analisar a prática baseada em evidências na atuação dos profissionais de saúde vinculados aos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil. Para isto, solicitamos que um representante do núcleo colabore respondendo um questionário online, rápido e objetivo, com duração média de 10 minutos.

Ao clicar no botão abaixo, o (a) senhor (a) terá acesso ao termo de consentimento livre e esclarecido. Após o consentimento em participar da pesquisa, o representante poderá responder ao questionário no site Survey Monkey.

Em caso de dúvidas, poderá entrar em contato com a autora da pesquisa através do email abaixo.

Enf<sup>a</sup> Aline Branco A. de Almeida Sacramento  
Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília  
line\_branco@yahoo.com.br

Clique no botão abaixo para visualizar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.  
Agradecemos sua participação!

[TERMO DE CONSENTIMENTO](#)

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar da pesquisa Prática baseada em evidência na atuação dos núcleos de segurança do paciente no Brasil, sob a responsabilidade do pesquisador Aline Branco A. de Almeida Sacramento. Pesquisa de abordagem quantitativa que será realizada com representantes dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) cadastrados na ANVISA. O objetivo é analisar a prática baseada em evidência (PBE) na atuação dos profissionais de saúde vinculados aos NSP no Brasil. O(a) senhor(a) receberá os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Sua participação consiste em responder o questionário *Evidence-Based Practice Questionnaire* (EBPQ), versão traduzida e validada para o português e contexto cultural brasileiro, que levanta informações sobre a PBE entre os profissionais de saúde e perguntas para caracterização dos participantes. Após aceitar este termo, você terá acesso ao questionário on line. O tempo estimado para respondê-lo é de 10 minutos.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são sentir sua privacidade invadida, sentir-se discriminado a partir de suas respostas, além da sensação de estar perdendo tempo ao responder o questionário. Para minimizar esses riscos, será garantido a você total sigilo de sua identidade, confidencialidade dos dados e a utilização dos mesmos exclusivamente para fins científicos. O estudo será suspenso caso seja constatado algum risco ou dano à sua saúde que não esteja previsto neste documento. O pesquisador responsável dará assistência integral às complicações e danos previstos ou que possam ocorrer em decorrência da pesquisa, inclusive indenizando-o financeiramente, se necessário, além do ressarcimento de eventuais custos que o (a) senhor(a) venha a ter em decorrência de sua participação.

Os benefícios potenciais que esta pesquisa pode gerar para o(a) senhor(a) são os ganhos de conhecimento, percepção e entendimento sobre o tema em estudo, pois ao responder o instrumento de coleta de dados o(a) senhor(a) poderá refletir sobre sua prática no NSP. Como um benefício indireto, a partir dos resultados da pesquisa, as condições estruturais dos NSP e composição das equipes poderão ser melhoradas e, a partir dos indicadores, poderão ser planejadas capacitações pelas instituições de saúde de forma a possibilitar e incentivar o uso da PBE na atuação dos NSP.

O(a) senhor(a) pode desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília e publicados posteriormente. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos. Em caso de dúvida em relação à pesquisa, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável através do email: [line\\_branco@yahoo.com.br](mailto:line_branco@yahoo.com.br). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP tem a função de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à este termo ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento 10:00hs às 12:00hs e 13:30hs às 15:30hs de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Aline Branco A. de Almeida Sacramento

Pesquisadora responsável

## ANEXO A – Autorização para uso do Questionário de Prática Baseada em Evidências (EBPQ), versão traduzida e validada para o português

Assunto: Solicitação de uso do instrumento EBPQ

De: Karina Rospendowski (karinarospen@yahoo.com.br)

Para: line\_branco@yahoo.com.br

Data: sexta-feira, 8 de março de 2019 12:50 BRT

Prezada Aline Sacramento

É com muita satisfação que recebo a notícia do seu interesse em utilizar o instrumento de pesquisa Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ).

Como autora principal do estudo de tradução e adaptação cultural para o Brasil, autorizo a sua utilização na língua portuguesa.

Atenciosamente,

Karina Rospendowski

[Enviado do Yahoo Mail no Android](#)

<div>Em seg, 4 fev 4e 2019 às 22:32, Aline Branco</div></div><line\_branco@yahoo.com.br> escreveu:</div>

Prezada Karina Rospendowski

Meu nome é Aline Sacramento, sou mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB). Estou desenvolvendo o projeto intitulado "Prática baseada em evidências na atuação dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil", o qual está em tramitação no comitê de ética da Faculdade de Ciências da Saúde da referida universidade.

Tenho como objetivo analisar a prática baseada em evidência na atuação dos profissionais de saúde vinculados aos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil. Para isso, pretendo utilizar o instrumento Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ), versão adaptada por você para a cultura brasileira.

Venho por meio desse e-mail solicitar sua autorização para uso na minha pesquisa do EBPQ, versão adaptada para a cultura brasileira. Informamos que o uso do instrumento será devidamente citado no trabalho, garantindo os créditos da validação para uso no Brasil, assim como também serão garantidos os créditos de autoria original (versão inglesa).

Envio este e-mail com cópia para minha orientadora Profa Dra Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá.

Certa de poder contar com sua colaboração para autorizar o uso do instrumento, agradeço antecipadamente.

**Aline Branco A. de Almeida Sacramento**

Enfermeira da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ Universidade de Brasília

## ANEXO B - Questionário de Prática Baseada em Evidência (EBPQ)

Este questionário foi desenvolvido para levantar informações e opiniões sobre o uso da Prática Baseada em Evidências pelos profissionais de saúde. Não existem respostas certas ou erradas. Estamos interessados em saber sobre suas próprias opiniões e sobre o uso das evidências na sua prática.

1) Considerando sua prática em relação ao cuidado individual do paciente, no último ano, com que frequência você realizou as seguintes ações em resposta a uma lacuna no seu conhecimento (marque com um X o quadrado que mais se aproxima com sua resposta):

a. Com que frequência você formulou uma questão que pode ser claramente respondida para preencher uma lacuna ou falta do seu conhecimento:

1 Nunca  2  3  4  5  6  7 Frequentemente

b. Com que frequência você buscou evidências relevantes uma vez formulada a pergunta:

1 Nunca  2  3  4  5  6  7 Frequentemente

c. Com que frequência você avaliou criticamente toda a literatura encontrada com base em algum critério estabelecido:

1 Nunca  2  3  4  5  6  7 Frequentemente

d. Com que frequência você integrou a evidência encontrada com o seu conhecimento e experiência prévios:

1 Nunca  2  3  4  5  6  7 Frequentemente

e. Com que frequência você avaliou os resultados da sua prática:

1 Nunca  2  3  4  5  6  7 Frequentemente

f. Com que frequência você compartilhou esse conhecimento com colegas:

1 Nunca  2  3  4  5  6  7 Frequentemente

2) Por favor, marque um X onde você se colocaria entre cada um dos pares de afirmações abaixo:

g. Minha carga de trabalho é muito grande para que eu me mantenha atualizado com todas as novas evidências.

Novas evidências são tão importantes que eu defino um tempo para isso na minha agenda de trabalho.

h. Eu me sinto desconfortável quando minha prática é questionada.

Eu acolho de forma aberta os questionamentos sobre a minha prática.

i. Práticas baseadas em evidências são perda de tempo.

Práticas baseadas em evidências são fundamentais para a prática profissional.

j. Eu mantenho o uso de métodos testados e confiáveis ao invés de mudar para algo novo.

Minha prática tem mudado em função das evidências que tenho encontrado.

3) Em uma escala de 1 a 7, como você avalia:

k. Sua habilidade em pesquisa	1	2	3	4	5	6	7
	Ruim						Ótima
l. Sua habilidade em informática	1	2	3	4	5	6	7
	Ruim						Ótima
m. Suas habilidades de monitoramento e revisão das práticas	1	2	3	4	5	6	7
	Ruim						Ótima
n. Sua capacidade de converter suas necessidades de conhecimento em uma questão de pesquisa	1	2	3	4	5	6	7
	Ruim						Ótima
o. Seu conhecimento dos principais tipos e fontes de informação existentes	1	2	3	4	5	6	7
	Ruim						Ótima
p. Sua capacidade para identificar lacunas na prática profissional	1	2	3	4	5	6	7
	Ruim						Ótima
q. Seu conhecimento sobre como levantar evidências	1	2	3	4	5	6	7
	Ruim						Ótima
r. Sua capacidade de analisar criticamente as evidências frente aos padrões já estabelecidos	1	2	3	4	5	6	7
	Ruim						Ótima
s. Sua capacidade de determinar quão válido é o material	1	2	3	4	5	6	7
	Ruim						Ótima
t. Sua capacidade de determinar quão aplicável clinicamente é o material	1	2	3	4	5	6	7
	Ruim						Ótima
u. Sua capacidade de aplicar o conhecimento a casos individuais	1	2	3	4	5	6	7
	Ruim						Ótima
v. O compartilhamento de suas ideias e conhecimento com os colegas de trabalho	1	2	3	4	5	6	7
	Ruim						Ótima
w. A disseminação de novas ideias sobre cuidado entre os colegas	1	2	3	4	5	6	7
	Ruim						Ótima

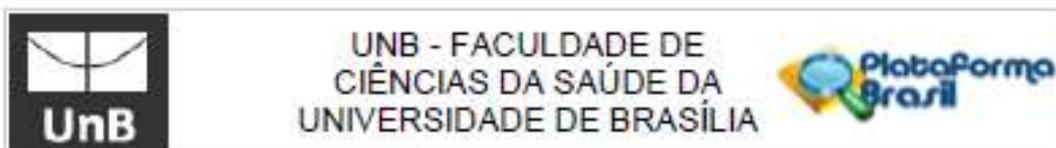
x. A capacidade de rever a sua própria prática

	1	2	3	4	5	6	7
	Ruim						Ótima

Finalmente, responda algumas informações sobre você:

1. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino      2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Profissão: \_\_\_\_\_
4. Formação: ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós-doutorado
5. Tempo de formação: \_\_\_\_\_
6. Atua em instituição hospitalar ( )      Instituição ambulatorial ( )
7. Tempo de atuação no Núcleo de Segurança do Paciente: \_\_\_\_\_
8. Possui algum formação específica em Qualidade, Segurança do Paciente e/ou Gestão de Risco?  
( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_      ( ) Não
9. Possui carga horária específica para atuar no Núcleo de Segurança do Paciente?  
( ) Sim . Qual? \_\_\_\_\_      ( ) Não
10. Onde você trabalha há computadores com acesso à internet?  
( ) Sim      ( ) Não
11. Você consegue ler e compreender material de estudo em língua estrangeira?  
( ) Sim . Qual? \_\_\_\_\_      ( ) Não

## ANEXO C – Documento de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Prática baseada em evidências na atuação dos núcleos de segurança do paciente no Brasil

**Pesquisador:** ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 02153018.6.0000.0030

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE SAÚDE - FS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.148.859

#### Apresentação do Projeto:

\*Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Dentre os objetivos do PNSP, destaca-se promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas para a segurança do paciente em diferentes níveis de atenção, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde. A prática baseada em evidência (PBE) é uma importante ferramenta para segurança do paciente. Os NSP precisam atuar de acordo com as melhores evidências científicas aplicadas à realidade da instituição, de forma a alcançar melhores resultados. Como hipótese desse estudo, considera-se que os profissionais de saúde reconhecem a importância da PBE, mas não acreditam ter competência para essa atuação nos NSP. **Objetivo:** Analisar a prática baseada em evidência na atuação dos profissionais de saúde vinculados aos NSP no Brasil. **Método:** Pesquisa quantitativa, não-experimental, descritiva, do tipo survey, realizada com os representantes dos NSP, cadastrados na ANVISA. Os dados serão coletados através do Instrumento Evidence-based Practice Questionnaire (EBPQ), versão adaptada e validada para o contexto cultural brasileiro. O EBPQ é um questionário objetivo e autoaplicável, o qual será enviado por email aos NSP, com auxílio da ferramenta online Survey Monkey. Cada NSP escolherá um representante para responder o instrumento. Os dados serão armazenados em banco de dados no programa estatístico SPSS, versão 21. Os dados de caracterização dos participantes serão analisados através de estatística descritiva. Os questionários serão analisados considerando o escore total e também o escore por

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.145.059

dimensão da PBE. Será calculado o Alpha de Cronbach para avaliar a consistência interna do Instrumento. Serão apresentadas média, mediana e desvio padrão para variáveis contínuas e frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. Resultados esperados: Possibilitarão a construção de indicadores relacionados ao uso da PBE pelos profissionais que integram os NSP e um diagnóstico situacional dos NSP em todo Brasil. Assim, oferecerá subsídios aos órgãos reguladores na formulação de novas políticas na área segurança do paciente. Poderá influenciar mudanças organizacionais nas instituições de saúde, na prática profissional das equipes dos NSP e, ainda, no processo de formação acadêmica de profissionais de saúde. Será uma fonte de informação científica sobre os NSP, diferente das publicações de caráter normativo e dos relatos do processo de implantação dos NSP em instituições de saúde, através de publicações em periódicos e apresentações em eventos científicos e poderá ser reproduzida posteriormente à realização de alguma intervenção para comparação dos resultados\*

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Geral:

\*Analisar a prática baseada em evidência na atuação dos profissionais de saúde vinculados aos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil.

##### Específicos:

- Descrever o perfil dos profissionais responsáveis pelos Núcleos de Segurança do Paciente;
- Analisar o uso da PBE pelos profissionais de saúde;
- Identificar fatores facilitadores e dificultadores para prática baseada em evidência na atuação dos Núcleos de Segurança do Paciente.\*

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

\*Riscos: Não existem pesquisas sem riscos para os participantes, uma vez que no mínimo perdem um determinado tempo que poderiam estar utilizando em outras atividades. O envolvimento na pesquisa e a incerteza do seu resultado também trazem, pelo menos, algum grau mínimo de apreensão para os participantes da pesquisa e, assim, possui riscos psicológicos (AARONS, 2017). Entretanto, essa pesquisa pode ser classificada como de risco mínimo para os participantes, pois inclui o questionamento ou observação sobre um assunto não controverso (AARONS, 2017). Os possíveis riscos para os participantes dessa pesquisa consistem em o participante sentir sua privacidade invadida, sentir-se discriminado a partir de suas respostas ao instrumento de coleta

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsub@gmail.com



UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.145.850

de dados, além da sensação de estar perdendo tempo ao responder o questionário. Para minimizar esses riscos, será garantido ao participante total sigilo de sua identidade, confidencialidade dos dados e a utilização dos mesmos exclusivamente para fins científicos. O pesquisador responsável dará assistência integral às complicações e danos previstos ou que possam ocorrer com os participantes em decorrência da pesquisa, inclusive indenizando-o, se necessário. O estudo será suspenso imediatamente caso seja constatado algum risco ou dano à saúde do participante que não esteja previsto no TCLE. O instrumento de coleta de dados que será utilizado é objetivo e não demanda longo tempo para ser respondido. Por fim, garantiremos o acesso público aos resultados da pesquisa.

**Benefícios:** Conforme a resolução 466 (BRASIL, 2012), são admissíveis pesquisas cujos benefícios a seus participantes forem exclusivamente indiretos, desde que consideradas as dimensões física, psíquica, intelectual, social, cultural e espiritual desses. Os benefícios potenciais que esta pesquisa pode gerar são os ganhos de conhecimento, percepção e entendimento sobre o tema em estudo (AARONS, 2017), pois ao responder o instrumento de coleta de dados o participante poderá refletir sobre sua prática no NSP. Como um benefício indireto, a partir dos resultados da pesquisa, as condições estruturais dos NSP e composição das equipes poderão ser melhoradas e capacitações poderão ser planejadas pelas instituições de saúde de forma a possibilitar e incentivar o uso da PBE na atuação dos NSP.\*

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa da aluna Aline Branco Amorim de Almeida Sacramento orientado pela Profa Dra Thatianny Tanferri Brito Paranaguá.

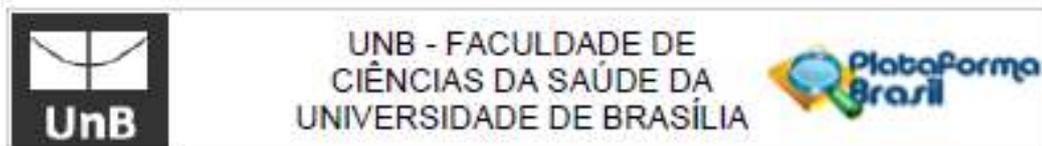
No cronograma de atividades consta: revisão de literatura de outubro/2018 a março/2020; submissão e análise do projeto pelo comitê de ética: outubro/2018 a jan-março/2019; coleta de dados: jan-março/2019 a jul-set/2019; análise estatística dos resultados: jul-set/2019 a out-dez/2019; Redação dos resultados: jan-mar/2020; elaboração da discussão: jan-mar/2020 a abr-jul/2020; defesa da dissertação: abr-jul/2020. Orçamento no valor total de R\$5.626,00 (recurso próprio).

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos analisados para emissão do presente parecer.

1. Informações básicas do projeto - "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1247801.pdf",

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.149.090

postado em 28/12/2018;

2. Modelo de TCLE atualizado - "TCLE\_versao\_2.docx", postado em 20/12/2018;

3. Carta de respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 3.061.761 - "Carta\_Resposta\_Pendencias.doc" e "Carta\_Resposta\_Pendencias.pdf", postados em 28/12/2018.

**Recomendações:**

Não se aplicam.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 3.061.761:

**Solicita-se:**

1. Quanto ao TCLE:

1.1 Detalhar os benefícios que o participante terá, assim como foi detalhado no projeto (CNS 466/2012 II.4):

RESPOSTA: Em resposta ao Item 1.1, informo que os benefícios ao participante foram melhor detalhados no TCLE, no quarto parágrafo, conforme a orientação

ANÁLISE: As adequações encontram-se no documento TCLE\_versao\_2.docx. PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2 Embora o estudo não preveja gastos, deve ser garantido ao participante o ressarcimento de despesas decorrente da participação na pesquisa, conforme Item IV.3, subitem "g", da Res. CNS 466/2012.

RESPOSTA: Em resposta ao item 1.2, informo que foi acrescentado ao TCLE a garantia do ressarcimento de quaisquer despesas decorrentes da participação na pesquisa ao participante. A informação foi acrescentada no terceiro parágrafo.

ANÁLISE: As adequações encontram-se no documento TCLE\_versao\_2.docx. PENDÊNCIA ATENDIDA.

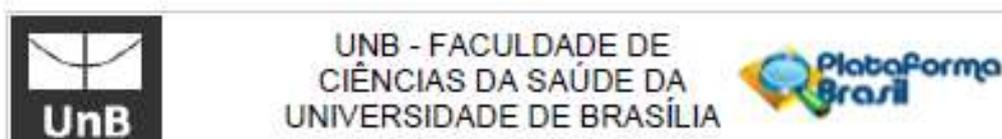
Todas as pendências foram atendidas.

Não há óbices éticos para a realização do presente protocolo de pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



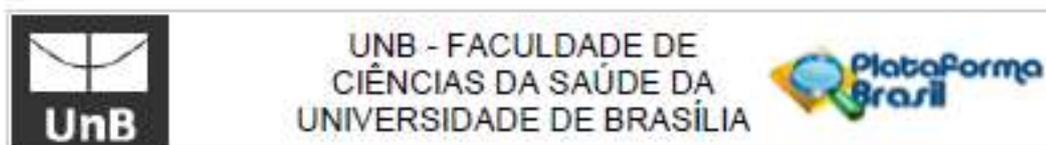
Continuação do Parecer: 3.148.050

data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1247801.pdf	28/12/2018 10:43:32		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencias.doc	28/12/2018 10:42:43	ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencias.pdf	22/12/2018 13:29:33	ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_versao_2.docx	20/12/2018 23:58:44	ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pratica_baseada_em_evidencia_na_atuacao_dos_nucleos_de_seguranca.docx	31/10/2018 22:55:11	ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.docx	31/10/2018 22:50:10	ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	31/10/2018 22:49:55	ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade_orientador_a.doc	31/10/2018 22:47:07	ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade.doc	30/10/2018 22:01:41	ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade.pdf	30/10/2018 22:01:27	ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO	Aceito
Outros	Thatianny_Paranagua.pdf	30/10/2018 21:53:14	ALINE BRANCO AMORIM DE	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.148.050

Outros	Thatianny_Paranagua.pdf	30/10/2018 21:53:14	ALMEIDA SACRAMENTO	Aceito
Outros	Aline_branco.pdf	30/10/2018 21:52:42	ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/10/2018 21:52:07	ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	30/10/2018 21:51:43	ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	30/10/2018 21:50:13	ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	30/10/2018 21:49:20	ALINE BRANCO AMORIM DE ALMEIDA SACRAMENTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 15 de Fevereiro de 2019

Assinado por:  
Marie Togashi  
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASILIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com