

Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática 9

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2019

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática 9

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
C569	Ciências da saúde [recurso eletrônico] : da teoria à prática 9 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Ciências da Saúde. Da Teoria à Prática; v. 9) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-401-6 DOI 10.22533/at.ed.016191306 1. Saúde – Aspectos sociais. 2. Saúde – Políticas públicas. 3. Saúde – Pesquisa – Brasil. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II.Série. CDD 362.10981
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “Ciências da Saúde: da teoria à prática” é composta de onze volumes e de forma categorizada e interdisciplinar compreende trabalhos, pesquisas, relatos de casos, revisões e inferências sobre esse amplo e vasto contexto do conhecimento relativo à saúde. O conteúdo reúne atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas em diversas regiões do país, que analisam a saúde em diversos dos seus aspectos, percorrendo o caminho que parte do conhecimento bibliográfico e alcança o conhecimento empírico e prático.

Neste volume abordamos e elencamos trabalhos direcionados à saúde pública e também à odontologia. Recentemente em um encontro com uma das representantes principais do Conselho de Odontologia do meu estado conversamos a respeito da necessidade de integração dos profissionais da área odontológica com os demais profissionais da saúde pública, colocamos várias ideias no papel as quais pretendemos executar no próximo ano. Com muita certeza posso afirmar que o material aqui exposto irá contribuir tanto para os nossos projetos quanto para aqueles que pretendem estabelecer vínculos com as áreas aqui mencionadas.

Encontraremos neste volume temas como conceitos específicos para o cirurgião dentista, educação em saúde coletiva com foco na odontologia, prática clínica, câncer de boca, cuidados paliativos, higiene, patogênese, participação comunitária, atenção à saúde, saúde bucal de gestantes e bebês, atenção primária, segurança do paciente, dentre outros diversos temas tão interessantes quanto.

Portanto o nono volume apresenta conteúdo importante não apenas pela teoria bem fundamentada aliada à resultados promissores, mas também pela capacidade de professores, acadêmicos, pesquisadores, cientistas e principalmente da Atena Editora em produzir conhecimento em saúde nas condições ainda inconstantes do contexto brasileiro. Nosso profundo desejo é que este contexto possa ser transformado a cada dia, e o trabalho aqui presente pode ser um agente transformador por gerar conhecimento em uma área fundamental do desenvolvimento como a saúde.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
AFTAS BUCAIS: CONCEITOS E MANEJO PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA	
Marco Túllio Brazão Silva	
Maria Clara Neres Fernandes	
Ayeska Aguiar Martins	
Aline Almeida Souza	
DOI 10.22533/at.ed.0161913061	
CAPÍTULO 2	11
ATIVIDADES LÚDICAS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE ESCOLARES: O BRINCAR COMO INSTRUMENTO DE INFORMAÇÃO	
Rafael da Rosa Grasel	
Jaqueline Gonçalves Leiria	
Priscila do Nascimento Rocha de Oliveira	
Victória Rodrigues Gomes	
Renata Saraiva Guedes	
Aline Kruger Batista	
DOI 10.22533/at.ed.0161913062	
CAPÍTULO 3	14
CANCERIZAÇÃO DE CAMPO: UM CONCEITO QUE SE LEVA PARA A PRÁTICA CLÍNICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA	
Marco Túllio Brazão Silva	
Thainá Ribeiro Santos	
Rafael Veloso Rebello	
DOI 10.22533/at.ed.0161913063	
CAPÍTULO 4	22
CARACTERIZAÇÃO DOS PORTADORES DE CÂNCER DE BOCA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	
Pamela Scarlatt Durães Oliveira	
Brenda Leite Silva	
Henrique Andrade Barbosa	
Patrícia de Sousa Fernandes Queiroz	
Sergio Vinicius Cardoso de Miranda	
Rafael Fernandes Gomes	
Leonardo de Paula Miranda	
DOI 10.22533/at.ed.0161913064	
CAPÍTULO 5	36
COLETA DE CÉLULAS DE MUCOSA ORAL PARA ANÁLISE DE INSTABILIDADE CROMOSSÔMICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO DE EXTENSÃO RURAL EDUCAÇÃO EM SAÚDE (PERES) 2017	
Isabela Soares Uchôa	
Maria do Amparo Veloso Magalhães	
Francisco Ariel Paz Santos Freitas	
DOI 10.22533/at.ed.0161913065	

CAPÍTULO 6	41
CONDICÃO DE HIGIENE ORAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO PROGRAMA CURUMIM, NA CIDADE DE VOLTA REDONDA – RJ	
Alice Rodrigues Feres de Melo	
Adele Cristine Fagundes Neves de Carvalho Faria	
Carolina Hartung Habibe	
Graziella Reiko da Cunha Oyadomari	
Isabela da Silva Rossi de Resende	
Rosiléa Chain Hartung Habibe	
DOI 10.22533/at.ed.0161913066	
CAPÍTULO 7	50
CUIDADOS PALIATIVOS E ODONTOLOGIA	
Hadda Lyzandra Austríaco Leite	
Fernanda Ferreira Lopes	
DOI 10.22533/at.ed.0161913067	
CAPÍTULO 8	57
PATOGÊNESE DA PERIODONTITE: RESPOSTA DE MACRÓFAGOS A ANTÍGENOS DE <i>PORPHYROMONAS GINGIVALIS</i>	
Ana Carla Montino Pimentel	
Paulo Cirino de Carvalho Filho	
Michelle Miranda Lopes Falcão	
Isaac Suzart Gomes Filho	
Márcia Tosta Xavier	
Soraya Castro Trindade	
DOI 10.22533/at.ed.0161913068	
CAPÍTULO 9	71
PESQUISA-AÇÃO COMO CAMINHO DE MOBILIZAÇÃO À PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE	
Violeta Campolina Fernandes	
Regina Stella Spagnuolo	
DOI 10.22533/at.ed.0161913069	
CAPÍTULO 10	83
PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: UMA FERRAMENTA PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAJUEIRO DA PRAIA/PI - RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Joara Cunha Santos Mendes Gonçalves Val	
Carlos da Cunha Oliveira Júnior	
Yuri Dias Macedo Campelo	
Joyce Pinho Bezerra	
DOI 10.22533/at.ed.01619130610	
CAPÍTULO 11	93
PROJETO RENASCER: PROMOVENDO SAÚDE BUCAL DA GESTANTE E DO BEBÊ	
Adriane Bastos Pompermayer	
Denise Mendes Antunes	
Izís Suellen Spina Braznik	
Karina Almeida da Silva	
Sílvia Maria Prado Lopes Queiroz	
Theimy Oniki	
DOI 10.22533/at.ed.01619130611	

CAPÍTULO 12	108
PRÁTICAS GERENCIAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	
Tatiana Lúcia da Rocha Carvalho	
Raissa Da Silva Matos	
Bárbara Soares Nogueira	
Márcio de Oliveira Mota	
DOI 10.22533/at.ed.01619130612	
CAPÍTULO 13	117
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO NA 15ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO CEARÁ	
Lidiana Ximenes Servulo Moreira Lima	
Adail Afrânio Marcelino do Nascimento	
DOI 10.22533/at.ed.01619130613	
CAPÍTULO 14	130
QUALIDADE DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	
Vanessa Duarte de Souza	
Maria Antonia Ramos Costa	
Heloá Costa Borim Christinelli	
Dandara Novakowski Spigolon	
Elen Ferraz Teston	
DOI 10.22533/at.ed.01619130614	
CAPÍTULO 15	141
RELATO DE CASO: CORONECTOMIA COMO ALTERNATIVA CIRÚRGICA PARA DENTES IMPACTADOS	
Kamilla Silva Mendes	
Larissa Silva Mendes	
Mário Augusto Ramos Júnior	
Cássio Dourado Kovacs Machado Costa	
Célio Armando Couto da Cunha	
DOI 10.22533/at.ed.01619130615	
CAPÍTULO 16	146
SEGURANÇA DO PACIENTE: ADESÃO À PRÁTICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	
Joyce Mikaela Stuy	
Fernanda Vandresen	
DOI 10.22533/at.ed.01619130616	
CAPÍTULO 17	159
ERROS DE MEDICAÇÃO NO ÂMBITO HOSPITALAR: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL	
Alielson Araújo Nascimento	
Annanda Soares Carvalho	
Leidiane Dos Santos	
Máyra Sibelle Ramos da Silva	
Marisa da Conceição Sá de Carvalho	
Monica da Conceição	
Maria dos Remédios Mendes de Brito	
Mauricio José Conceição de Sá	
Nelson Silva Carvalho	
Rena Araújo Guimaraes	
DOI 10.22533/at.ed.01619130617	

CAPÍTULO 18	165
INICIATIVAS ACERCA DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO TERRITÓRIO DO CONTESTADO	
Camila Leonardo Nandi de Albuquerque	
Fernanda Vandresen	
DOI 10.22533/at.ed.01619130618	
CAPÍTULO 19	176
DOENÇA DE DARIER: RELATO DE CASO	
Aline dos Santos	
Bruna Michelin de Oliveira	
Anna Paula Bianchini Colla	
Clarissa Comaru Fidelis	
Guilherme Machado Khatib	
Vinícius Khatib Neves	
Fábio Cunha de Andrade	
DOI 10.22533/at.ed.01619130619	
SOBRE O ORGANIZADOR	180

INICIATIVAS ACERCA DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO TERRITÓRIO DO CONTESTADO

Camila Leonardo Nandi de Albuquerque

Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional, Universidade do Contestado
Canoinhas – SC

Fernanda Vandresen

Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional, Universidade do Contestado
Canoinhas – SC

RESUMO: Receber assistência à saúde é um direito de todos e dever do Estado. Por isso os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente e segura em todo o processo. O profissional da área da saúde não possui o intuito de causar qualquer mal ao paciente tendo em conta que seu objetivo principal é cuidar, porém, ainda há ocorrência de danos ao paciente comprometendo a sua saúde. Diante disso, o Programa Nacional de Segurança do Paciente se torna ferramenta indispensável para incentivar o desenvolvimento de medidas preventivas. O presente estudo aborda a realidade do estado de Santa Catarina bem como do Território do Contestado. Com isso ressalta ações para melhoria do cuidado em e relaciona suas práticas à efetivação do acesso à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Nacional de Segurança do Paciente. Direito à Saúde. Território do Contestado.

ABSTRACT: Receiving health care is a right of everyone and the duty of the state. That is why health services must offer care that is effective, efficient and safe throughout the process. The health professional does not intend to cause any harm to the patient considering that his main objective is to take care of, however, there is still occurrence of damages to the patient compromising his health. In view of this, the National Patient Safety Program becomes an indispensable tool to encourage the development of preventive measures. The present study approaches the reality of the state of Santa Catarina as well as the Territory of the Contestado. With this, it highlights actions to improve care in and relates their practices to the effective access to health.

KEYWORDS: National Patient Safety Program. Right to health. Territory of the Contestado.

1 | INTRODUÇÃO

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

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

Promover a cultura de segurança tem se tornado um dos pilares em prol da segurança do paciente. Receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito fundamental do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente e segura em todo o processo.

A escolha pelo tema se deu por interesse pessoal das pesquisadoras, devido à importância que os erros assistenciais têm obtido nos últimos anos, estando em evidência para a sociedade em geral. Percebe-se a necessidade de compreender e acompanhar as estratégias adotadas pelos hospitais da região voltados para a Segurança do Paciente visando proporcionar uma assistência segura e de qualidade.

2 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo aborda a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, e faz uma reflexão acerca dos hospitais do estado de Santa Catarina bem como do Território do Contestado. Com isso ressalta a necessidade de discussão do tema visando ações para melhoria do cuidado e relaciona suas práticas à efetivação do acesso a saúde.

A coleta de dados foi realizada através de consulta no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, que disponibiliza indicadores de saúde a nível nacional, estadual e municipal.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Breves apontamentos jurídicos e históricos relacionados ao direito à saúde

O conceito de saúde se dá a partir de uma ampla gama de saberes. Não se restringem à medicina, pois alcançam outras áreas do conhecimento como a filosofia, a sociologia, a antropologia e também o direito. Essa noção ampla está estampada na Carta da Organização Mundial da Saúde: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade”. Tanto é que, de acordo com Aith (2007, p. 44), “a percepção social do que é saúde tem tamanha amplitude que se prefere, em vez de dar um conceito único de saúde, analisar as suas possíveis representações no ambiente social”.

A saúde, segundo a literatura hipocrática, relaciona-se intrinsecamente à própria natureza do ser humano e está envolvida também com o meio ambiente. Apesar de

sua óbvia essencialidade e importância no contexto humano, o direito fundamental à saúde nem sempre foi um direito fundamental, ou seja, nem sempre foi resguardado por uma carta de direitos.

Nesse contexto, vale ressaltar a definição de direitos humanos e de direitos fundamentais. Para as Nações Unidas os direitos humanos são comumente compreendidos como aqueles direitos inerentes ao ser humano. O conceito de Direitos Humanos reconhece que cada ser humano pode desfrutar de seus direitos humanos sem distinção de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outro tipo, origem social ou nacional ou condição de nascimento ou riqueza. Os direitos humanos são garantidos legalmente pela lei de direitos humanos, protegendo indivíduos e grupos contra ações que interferem nas liberdades fundamentais e na dignidade humana. Complementa esse entendimento o posicionamento de Alexandre de Moraes (2015, p.39):

O conjunto institucionalizado de direitos e garantias do ser humano que tem por finalidade básica o respeito à sua dignidade, por meio de sua proteção contra o arbítrio do poder estatal e o estabelecimento de condições mínimas de vida e desenvolvimento da personalidade humana.

Já o direito fundamental, para Cláudio Lembo (2007), consiste em um conjunto de valores inerentes ao homem e indispensáveis para sua preservação física e psíquica perante a sociedade, positivados pelo legislador constituinte. Nesse mesmo entendimento, Marcelo Pimenta (2007), aduz que os Direitos Fundamentais são todos aqueles essenciais ao ser humano, direitos que não podem ser restringidos porque são indispensáveis para uma existência digna e honrosa, incluindo-se os direitos sociais ao qual o Estado jamais deve se abster de garanti-los, buscando sempre políticas públicas para a efetivação tanto dos direitos individuais, quanto dos direitos sociais.

Em termos universais e internacionais a saúde passou a ser assim tratada ao final da segunda guerra mundial, que foi um corte, um paradigma na história para a valorização dos direitos humanos. Com o fim da segunda guerra, a dignidade humana passou a ser considerado um valor universal a ser observado por todos os povos, conforme o artigo 25, inciso 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

No contexto nacional, a primeira a constituição a tratar do tema da saúde foi a de 1934, que trouxe o direito fundamental da saúde associado a saúde do trabalhador. Na constituição de 1937 houve algum avanço na seara da saúde da criança. Em 1946 a constituição inovou ao instituir a regra da repartição de competências e incumbir à União Federal a responsabilidade no manejo da saúde. Na década de 60, as duas constituições não trouxeram avanços significativos nessa seara.

Porém foi na constituição de 1988 que a saúde se estabeleceu positivamente no

ordenamento jurídico brasileiro. Vários artigos da atual constituição tratam do tema. A começar pelo artigo 6º, que diz que

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988)

Da leitura do artigo se percebe o enquadramento dado pela carta magna à saúde, qual seja o de direito social, que é um autêntico direito fundamental de segunda geração.

Ainda a constituição de 1988 trata da saúde no título VII, que trata da ordem social, precisamente do artigo 196 ao 200, que trazem uma intensa proteção ao direito fundamental à saúde:

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

Cabe ressaltar que no contexto brasileiro o movimento da Reforma Sanitária contribuiu para a efetivação do direito à saúde, refletindo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988. Esse movimento se deu com a 8ª conferência nacional da saúde, em 1986, o qual resultou em muitas propostas importantes, que a carta magna abraçou posteriormente (Paim, 2008).

Ainda segundo Paim (2008), figuravam entre os principais temas da Conferência o dever do Estado e direito do cidadão no tocante à saúde; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento do setor. Temas específicos, como a hierarquização dos cuidados médicos segundo sua complexidade e especialização, e a participação popular nos serviços de saúde também foram amplamente discutidos.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), referência para toda a América Latina e no direito comparado, instrumentalizou-se pelo artigo 198 da Constituição Federal.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988)

O SUS prevê que a saúde no Brasil deve ser prestada por um sistema regionalizado, hierarquizado, trazendo uma série de princípios para sua preservação.

Ao se tratar do direito à saúde é importante ressaltar que sua evolução se deu dentro de um contexto histórico, uma vez que os direitos humanos e os direitos fundamentais estão intimamente vinculados à história, e são resultantes de lutas.

Nesse sentido, Bobbio (2004, p. 5) afirma que:

Os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizados por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas.

Frente a essas constantes lutas que culminaram nas modificações sociais dos direitos fundamentais e no seu respectivo reflexo no direito positivado, a doutrina convencionou definir fases, dimensões ou gerações dos direitos fundamentais.

Paulo Bonavides (2004, p. 563) aduz que “os direitos fundamentais passaram na ordem institucional a manifestar-se em três gerações sucessivas, que traduzem sem dúvida um processo cumulativo e quantitativo”. O direito à saúde, por ser um direito inerente ao homem, participa de todas as três gerações de direitos fundamentais.

Para Segundo Cruz (2005, p. 563/564) os direitos de primeira geração são aqueles direitos titularizados do indivíduo, sendo oponíveis ao Estado, traduzindo na faculdade ou atributos da pessoa, ostentando uma subjetividade, tais como direito à vida, à sobrevivência, à propriedade e a liberdade. Percebe-se que nesta geração são resguardados os direitos relacionados à vida propriamente dita. Cabe constatar que a vida é o núcleo essencial de todos os direitos. Logo o direito à saúde encontra-se inserido nessa geração. No que tange aos direitos de segunda geração os direitos fundamentais estão inseridos no bojo da problemática do estado frente aos novos direitos. Nesse sentido Paulo Bonavides (2007, p. 564) aduz:

Dominam o século XX do mesmo modo como os direitos da primeira geração dominaram o século passado. São os direitos sociais, culturais e econômicos bem como os direitos coletivos ou de coletividade (...) Nasceram abraçados ao princípio da igualdade, do qual não se pode separar, pois fazê-lo equivaleria a desmembrá-lo da razão de ser que os ampara e estimula (...) passaram primeiro por um ciclo de baixa normatividade ou tiveram eficácia duvidosa, em virtude de sua própria natureza de direitos que exigem do estado determinadas prestações materiais nem sempre resgatáveis por exiguidade, carência ou limitação essencial de meios e recursos.

Celso Lafer (1999, p. 127) arremata esse posicionamento ao destacar a principal diferença existente da função do Estado na primeira e na segunda geração de direitos: “(...) os direitos de primeira geração almejam limitar os poderes do estado, demarcando com nitidez a fronteira entre estado e sociedade, e os direitos de segunda geração exigem a ampliação dos poderes do Estado”. O direito à saúde ganha instrumentalidade nessa geração, uma vez é nesse contexto que se clama pela atuação efetiva do Estado as prestações positivas.

Na terceira geração os direitos fundamentais pertencem a sujeitos indeterminados. Newton Cesar Pilau (2003, p. 91) afirma que “(...) os direitos humanos de terceira geração surgiram a partir da Carta das Nações Unidas de 1945. Sua positivação nos textos constitucionais brasileiros aconteceu em 1988, através da positivação do direito ao meio ambiente, entre outros”.

José Adércio Leite Sampaio (2004, p. 293) complementa que “os direitos de terceira geração iniciam uma fase notável no humanismo, onde emergiu a reflexão

sobre temas referentes ao desenvolvimento, à paz, ao meio ambiente, à comunicação e ao patrimônio comum da humanidade”. A saúde se insere nesse contexto sobre vários aspectos, como por exemplo na atenção dada nessa geração ao meio ambiente equilibrado, cenário indispensável para o bem-estar humano.

Frente ao exposto resta cristalino que o direito brasileiro possui estampado em sua legislação o aparato legal necessário para resguardar a saúde. O grande obstáculo encontra-se na sua efetividade. Cabe, enfim, promover medidas que busquem dar efetividade às políticas públicas e aos preceitos ora positivados na Carta Magna de 1988.

3.2 Segurança do Paciente

A segurança do paciente é compreendida como ações cuja finalidade é impedir, precaver e minimizar os desfechos adversos a partir da assistência de saúde (CASSIANI, 2005). Dessa forma, os danos causados aos pacientes têm sido debatidos cada vez mais na área hospitalar e não-hospitalar.

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

Hipócrates (460 a 370 a.C.) cunhou o postulado *Primum non nocere*, que significa – primeiro não cause o dano. O pai da Medicina tinha a noção, desde essa época, que o cuidado poderia causar algum tipo de dano (LOEFLEER, 2002).

Florence Nightingale, um dos marcos da enfermagem moderna, sustentava que o primeiro dever de um hospital deveria ser o de não causar mal ao paciente (NIGHTINGALE, 1863).

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), Segurança do Paciente significa “a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável”. Sendo assim, em consonância com o panorama mundial, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o Ministério da Saúde programam ações e estratégias visando a Segurança do Paciente através de legislações e projetos (BRASIL, 2013).

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

Estar doente é estar exposto ao risco de ser invadido em sua privacidade, deixando expostas as suas intimidades física, mental e emocional (ANDRADE, 2006).

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

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

3.3 Evento Adverso

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

Unbeck et al (2008 apud Kalsing 2012) define em estudo o termo evento adverso como sendo um “inconveniente não intencional provocado pela equipe de saúde que pode ou não apresentar aumento do tempo de internação ou incapacidade.”

Para Padilha (2004 apud Kalsing 2012) os eventos adversos são “ocorrências indesejáveis, porém preveníveis, de natureza danosa ou prejudicial que comprometem a segurança do paciente” considera o fato quando se refere a alguém que está sob os cuidados de profissionais da área da saúde.

Estudos apontam que cerca de 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso, que se refere ao aparecimento de uma lesão ou dano não intencional, um problema de saúde causado pelo cuidado e não pela doença de base, podendo resultar em incapacidade temporária ou permanente, no prolongamento do tempo de internação na instituição, necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas e até mesmo a morte (MENDES et al, 2008).

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

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

Já que as consequências desses erros afetam não só o paciente, mas também sua família, os profissionais, a instituição e a sociedade. Diante disso, torna-se ainda mais primordial prestar um cuidado livre de riscos e falhas, tendo em mente que em primeiro lugar está sempre a segurança do paciente e a busca por promover a saúde sem gerar danos (ROQUE e MELO, 2012).

3.4 Senso de responsabilidade e percepção do profissional

Segundo Kalsing (2012) o evento adverso será classificado como conduta de má fé ou dolosa se for considerado intencional. Cita a referida autora o artigo 18 do

Código Penal Brasileiro, que define a conduta com dolosa quando o agente assume o risco de produzi-lo, o que torna passível a punição por advertência ou afastamento.

Em estudo a maioria dos entrevistados, quanto às causas da ocorrência do evento adverso, citam a falta de atenção e descuido; outros relacionam a sobrecarga de trabalho, a insegurança e o nervosismo por medo de errar. Trabalhar em sobrecarga, com equipe reduzida ou jornada dupla também são reconhecidas pelos profissionais como fatores contribuintes, além de outros aspectos inerentes do paciente (KALSING, 2012).

Muitos profissionais não percebem que estão suscetíveis, quando atuam em situações tensas ou hostis, o que é considerado negativo para a segurança, por favorecer a ocorrência de eventos adversos para os pacientes (CORREGGIO et al, 2014).

Sherwood (2014 apud Tondo) demonstra preocupação quando diz que “para os profissionais que respondem pelo erro, muitas vezes o impacto emocional e psicológico torna tão severo que pode resultar, até mesmo, em suicídio”.

3.5 A Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente

A Anvisa publicou a RDC nº 36, em 22 de julho de 2013, que institui as ações de segurança do paciente no âmbito dos serviços de saúde e, entre outras medidas, estabelece a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

Uma importante atribuição do Núcleo de Segurança do Paciente é a notificação de Eventos Adversos relacionados à assistência à saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Esse registro deve ser realizado no módulo específico do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) (BRASIL, 2014). Nesta perspectiva, com as novas exigências de segurança, muitos hospitais reconhecem a necessidade de desenvolver estratégias preventivas que impeçam ou minimizem a chance de erros e falhas em seus serviços tornando, o processo hospitalar mais seguro e confiável aos pacientes e à população.

Dallabrida e Milani (2016) sobre o Território do Contestado citam 62 municípios, sendo os seguintes: Abdon Batista, Água Doce, Alto Bela Vista, Arabutã, Arroio Trinta, Arvoredo, Bela Vista do Toldo, Brunópolis, Caçador, Calmon, Campos Novos, Canoinhas, Capinzal, Catanduvas, Celso Ramos, Concórdia, Curitibaanos, Erval Velho, Fraiburgo, Frei Rogério, Herval d’Oeste, Ibiam, Ibicaré, Iomerê, Ipira, Ipumirim, Irani, Irineópolis, Itá, Jaborá, Joaçaba, Lacerdópolis, Lebon Régis, Lindoia do Sul, Luzerna, Macieira, Major Vieira, Matos Costa, Monte Carlo, Ouro, Paial, Peritiba, Pinheiro Preto, Piratuba, Ponte Alta, Ponte Alta do Norte, Porto União, Presidente Castelo Branco, Rio das Antas, Salto Veloso, Santa Cecília, São Cristóvão do Sul, Seara, Tangará, Timbó Grande, Três Barras, Treze Tílias, Vargem, Vargem Bonita, Videira, Xavantina e Zortéa.

Conforme dados publicados no site da ANVISA, dos 62 municípios do Território do Contestado, 11 possuem cadastro de Núcleo de Segurança do Paciente. O que demonstra iniciativa, por parte de alguns serviços de melhoria da qualidade da assistência baseada em ações visando a segurança do atendimento (BRASIL, 2016).

A notificação dos eventos surge como estratégia facilitadora da prevenção, pois permite o conhecimento da realidade vivenciada e a elaboração de estratégias para a execução das modificações necessárias no processo de assistência (DIAS et al, 2014).

O módulo do sistema de notificação é formado por dois formulários, um voltado para a notificação de eventos adversos realizado pelo por pacientes e familiares, e outro formulário para receber notificações de eventos adversos relacionados à assistência à saúde pelo Núcleo de Segurança do Paciente das instituições (BRASIL, 2014).

As notificações são realizadas pelos serviços e servem de subsídios para criação de barreiras preventivas. Conforme relatórios, de março de 2014 a julho de 2016 foram notificados 69.221 incidentes no Brasil, e em Santa Catarina 5.622 incidentes (BRASIL, 2016).

A faixa etária que concentra maior frequência de eventos adversos relacionados à assistência à saúde é de 66 a 75 anos de idade, tanto a nível nacional como no estado de Santa Catarina (BRASIL, 2016).

Vale ressaltar que, além das notificações realizadas pelos prestadores de serviços, a ANVISA criou o Módulo Cidadão, que permite a notificação dos incidentes pela população, seja um familiar, amigo, conhecido ou até mesmo o próprio paciente. O número de notificações ainda é pequeno, cerca de 106 incidentes no Brasil e apenas 9 em Santa Catarina, no mesmo período de 2014 a 2016 (BRASIL, 2016).

Algumas iniciativas estaduais buscaram integrar os hospitais quanto a importância da temática desde 2013 quando a primeira portaria foi publicada realizando no mês de outubro Oficina sobre Segurança do Paciente; em 2014 a 2ª Oficina sobre Segurança do Paciente; em 2015 o Seminário de Segurança do Paciente e as Redes de Atenção à Saúde.

Na Região do Planalto Norte Catarinense, há um grupo de profissionais de hospitais da região e representantes da UnC campus Mafra que reúnem-se desde maio de 2013 para discussões e estudos relacionados ao tema. Os integrantes deste grupo organizaram três Seminários de Segurança do Paciente regionais, nos anos de 2014, 2015 e 2016.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma falha que aparentemente é apenas um detalhe pode fazer a diferença entre a vida e a morte de quem é cuidado, o desejado é que se entenda o erro como consequência de uma série de problemas do sistema, e que a busca por implementar medidas de correção e prevenção sejam prioridade, e não apenas a punição de quem

comete o erro.

O debate sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente se estende para outras áreas, pois não é relevante apenas para profissionais envolvidos e da prática de saúde, mas sim uma questão de políticas públicas e que envolvem uma série de interesses sociais.

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

Percebe-se que a problemática se dá pelo reconhecimento de que a assistência à saúde oferece riscos de incidentes ou eventos adversos. Mas estes danos podem ser reduzidos quando analisados e combatidos, evitando que atinjam o paciente.

Para promover e proporcionar mais segurança aos pacientes devemos saber que uma assistência com qualidade e segura à saúde é direito de todos. A busca de assistência à saúde mais segura é, portanto uma questão de exercício é preciso saber o que mais importante são as pessoas, que recebem e prestam cuidados.

Garantir a segurança de todos que utilizam os serviços de saúde é um dos mais importantes desafios que o cuidado em saúde enfrenta atualmente. Tornar o sistema de saúde mais seguro significa criar políticas e mecanismos capazes de contribuir para que o profissional de saúde possa usar o máximo de sua capacidade e competência para atender a necessidade de saúde da população, onde esta tem o direito de ter suas necessidades em saúde atendidas, respeitando seus valores e preferências, com igualdade, segurança e eficácia.

REFERÊNCIAS

AITH, F. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Nova Edição. Rio de Janeiro: Elsevier

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

BONAVIDES, P. **Curso de direito constitucional**. 21. ed. São Paulo: Malheiros, 2007

BRASIL, Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo: **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde** – Brasília, Jan-Jul de 2011;

BRASIL, Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Fundação Oswaldo Cruz, Brasília: 2014;

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

BRASIL, Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. 2016. Acesso em 30 de abril 2017, disponível em:

<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3858-beneficiarios-podem-consultar-no-site-da-ans-qualidade-dos-prestadores-de-servicos-de-saude>;

CASSINI, S.H.B. **A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos**. Rev Bras Enferm., Brasília, v. 58, n.1, jan-fev 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100019&script=sci_arttext. Acesso em: 27 abril 2017;

CORBELLINI, V. L. **Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção dos técnicos e auxiliares de enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2011 mar-abr;

CORREGGIO, T.C. et al. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico**. Revista SOBECC, São Paulo, 2014 abr/jun;

DALLABRIDA, V. R.; MILANI, M. L. Documento estratégico sobre Desenvolvimento Regional no Território do Contestado. **Desenvolvimento Regional em debate**, v. 6, p. 26-33, 2016, p. 26;

DIAS, S.R.S. et al. **Boas práticas para a segurança do paciente: revisão integrativa**. Teresina- PI, 2014;

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

LEMBO, C. **A Pessoa e Seus Direitos**. 1º Ed. Barueri. Manole. 2007

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

MENDES, W. et al. **Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros**. Rev. bras. Epidemiol. [online]. 2008, vol.11, n.1;

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

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

NEWTON, C. **Teoria Constitucional Moderno- Contemporânea**. Editora UPF. 2003.

PIMENTA, M. V. de A. **Direito Constitucional em Perguntas e Respostas**. 1º Ed. Belo Horizonte. Del Rey. 2007

ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. **Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar**. Esc. Anna Nery. v.16, n. 1, p. 121-27, 2012;

SAMPAIO, J. A. L. **Direitos fundamentais: retórica e historicidade**. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

SILVA, A.E.B.C. **Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem**. Tev.Eletr.Enf. Goiânia, 2012;

TONDO, J.C.A. **Clima de segurança: percepção dos profissionais de enfermagem em um hospital de ensino**. Unicamp, Campinas, 2015;

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia. Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática. Também possui seu segundo Pós doutoramento pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com Análise Global da Genômica Funcional e aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Palestrante internacional nas áreas de inovações em saúde com experiência nas áreas de Microbiologia, Micologia Médica, Biotecnologia aplicada a Genômica, Engenharia Genética e Proteômica, Bioinformática Funcional, Biologia Molecular, Genética de microrganismos. É Sócio fundador da “Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde” (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Como pesquisador, ligado ao Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG), o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-401-6

