

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Patchwork de compósitos – cultura de segurança do paciente na APS

Papéis da comunicação, liderança, trabalho em equipe e uso de medicamentos

CRISTIANE MANOELA SILVA

PORTO ALEGRE – RS

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Patchwork de compósitos – cultura de segurança do paciente na APS

Papéis da Comunicação, Liderança, Trabalho em Equipe e Uso de Medicamentos

Dissertação apresentada por **Cristiane
Manoela Silva** para obtenção do
GRAU DE MESTRE em Assistência
Farmacêutica.

Orientadora: Professora Dra. Denise Bueno

Porto Alegre, 2021

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, em nível de Mestrado Acadêmico da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 01/07/2021, pela Banca Examinadora constituída por:

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Diego Gnatta
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Érica Rosalba Mallmann Duarte
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Cristiane Manoela
PATCHWORK DE COMPÓSITOS - CULTURA DE SEGURANÇA DO
PACIENTE NA APS / Cristiane Manoela Silva. -- 2021.
65 f.
Orientadora: Denise Bueno.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Programa de
Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Porto
Alegre, BR-RS, 2021.

1. Segurança do Paciente. 2. Atenção Primária à
Saúde. 3. Assistência Farmacêutica. 4. Comunicação. 5.
Trabalho em Equipe. I. Bueno, Denise, orient. II.
Título.

Aos pacientes dos meus serviços.

AGRADECIMENTOS

Quando a gente inicia o mestrado, planeja mentalmente como serão os próximos dois anos. Lembro de sentar na cadeira de frente para minha orientadora e ouvir o alerta dela na primeira reunião: o tempo passa rápido. Pensei em contar o tempo com pouco mais de duas dezenas de créditos, uma prova de proficiência, planejamento e realização da pesquisa e um debruçar sobre a escrita. O que eu não sabia é que poderia contar o tempo em quatro mudanças de casa (incluindo três cidades), duas cirurgias, o trabalho em um hospital, duas escolas, uma farmácia, dezenas de pessoas e uma pandemia. Contamos com fechamento de ciclos e perdas, a COVID-19 levou a vida de quase 450 mil brasileiros enquanto escrevo essas linhas.

Além das vidas que perdemos, temos a volta da fome, da miséria e dos escândalos de corrupção de quem se aproveita até do caos na vida do povo. Como profissional de saúde e de educação, não consigo deixar de pensar nisso e de registrar aqui nesse final de ciclo. Nas perdas pessoais, se foram minha avó e minha tia, o que leva um pedacinho da nossa história também.

No entanto, pensar em tudo isso não me faz apenas ser triste, me faz mais forte e consciente da importância da minha atuação em todas as frentes de trabalho. Também faz com que eu seja grata a todas as pessoas que contribuíram direta e indiretamente na construção desse trabalho. Alguns laços enfraqueceram, outros se reforçaram e a gente só consegue fazer um trabalho grande como é um mestrado se tiver o apoio de outras pessoas.

Agradeço a minha família. Meu pai e minha mãe que não mediram esforços em me ajudar com todo o apoio que pudessem me dar, as coberturas de plantão da minha irmã pra que eu pudesse escrever e meu irmão que me dá chá enquanto eu dou aula ou escrevo. Uma menção especial ao Rodrigo que além de marido foi colega de profissão. A pessoa com quem mais troquei ideias em todas as fases do meu trabalho, que conhece cada linha das minhas produções e que também acabou herdando uma bagagem cultural muito grande sobre Segurança do Paciente. Que bom é a gente crescer junto com quem a

gente ama. Seguramos juntos a barra das nossas escolhas e mudanças, o fim dos nossos ciclos e o começos dos novos. Minha família é meu porto seguro.

Quero agradecer a todos os meus amigos e também os meus colegas de trabalho. Muitas vezes precisei de vocês concretamente: alguém que me ajudasse com tarefas cotidianas, alguém que quebrasse meu galho no trabalho, alguém que dividisse as alegrias, que escutasse minhas dúvidas existenciais e até as lamúrias. Quero fazer uma menção especial aos amigos que não se distanciaram em momento algum: Otávio Augustin, Julia Werner, Bruna Bernar e Gabriel Chiomento. Gabriel que aliás, merece um prêmio de amigo sempre presente: ajudou em todas as mudanças, ajudou a cuidar dos cachorros, a escrever, a cozinhar, a reclamar da vida e também a comemorar essa mesma vida. Fernanda Seelig, amiga cuidadora que me lembra quem eu sou quando eu mesma esqueço. A pessoa que fez com que eu pudesse entender a vida e torná-la possível. Ao meu quarteto fantástico do mestrado Kelli Konflanz, Fernanda Alberti e Caroline Olmedo que me receberam com carinho e me ensinaram a ser uma mestranda. Às duas professoras do PPG Saúde Coletiva que me deram as aulas que eu queria dar para alguém. Uma delas me fez querer descolonizar tudo e a outra me fez plantar um manacá no quintal de casa. Aos meus alunos, um obrigada por me desafiarem a estar sempre atenta a tudo. Obrigada aos amigos espirituais que me atenderam sempre que precisei e pedi.

Agradeço aos exemplos de trabalho científico que eu já tinha citado no meu TCC, mas que continuam sendo importantes referenciais. Um crédito especial a minha orientadora Denise Bueno.

Como não agradecer a cada brasileiro que tornou possível que eu pudesse pesquisar em uma universidade pública e que tem muita qualidade? Se dependesse de mim, todos os brasileiros teriam a experiência que tive de educação na UFRGS.

Encerro esse ciclo levando uma missão para a vida: trabalhar pela Segurança do Paciente em cada espaço em que eu estiver. Gratidão!

*“Será tempo o bastante que tenho pra viver?
Eu não sei, eu não posso saber
Mas enquanto houver amor, eu mudarei o curso da vida
Farei um altar pra comunhão
Nele, eu serei um com o mundo até ver
O ponto da emancipação
Porque eu descobri o segredo que me faz humano
Já não está mais perdido o elo
O amor é o segredo de tudo
E eu pinto tudo em amarelo”*

Principia • Emicida (Leandro Roque, Nave – 2019)



RESUMO

A Organização Mundial de Saúde define cultura de segurança do paciente como produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o comprometimento, o estilo e a proficiência da gestão de saúde e segurança de uma organização. O terceiro desafio global de segurança do paciente que enfoca o uso de medicamentos sem danos nos traz a reflexão sobre a forma como a atenção primária em saúde tem aderido a este tema. Com o objetivo de avaliar a forma como a cultura de segurança do paciente é compreendida por trabalhadores de quatro unidades de saúde em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, aplicou-se o instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality*. Como resultados do estudo observou-se que o “Trabalho em equipe” e “Percepções Gerais da segurança do paciente e qualidade” geram resultados positivos para a cultura de segurança do paciente nos locais analisados. O que não ocorre quando analisamos as respostas quanto a “Pressão de trabalho e ritmo”. Existe a necessidade de educação permanente em saúde nas temáticas “esclarecimento ou correção de prescrição” e “revisão dos medicamentos durante consulta”, “Abertura de Comunicação” e “Comunicação sobre Erro”. No contexto da APS com as unidades analisadas, pode-se compreender a cultura de segurança do paciente como elemento isolado de um profissional, ou a composição entre alguns grupos que dividem espaços em comum, o entrelaçamento entre rotinas de trabalho, entendimentos diversos da forma de fazer o melhor procedimento, ou relações estabelecidas entre as equipes. O que a cultura de segurança do paciente não pode se distanciar é na finalidade de sua existência: garantir qualidade e segurança ao atendimento as pessoas que chegam a estes serviços.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Assistência Farmacêutica; Comunicação; Trabalho em Equipe.

ABSTRACT

World Health Organization defines patient safety culture as product of individual and group values, attitudes, views, competences and behavioral patterns that determine commitment, style and an organization's proficiency at health management and safety. The third WHO Global Patient Safety Challenge which focus on Medication Without Harm brings a reflection on how Primary Health Care has joined this discussion. Aiming to evaluate how patient safety culture is understood by workers from four health units in an inland city of the state of Rio Grande do Sul, Medical Office Survey on Patient Safety Culture created by the Agency for Healthcare Research and Quality was applied. As this study's results, "Teamwork" and 'List of Patient Safety and Quality Issues" produced positive results for Patient safety culture at the analyzed places. Which didn't occur when we assessed the answers regarding 'Work Pressure and Pace". Lifelong learning is required on the subjects " clarification or correction of prescription" and "review of medications during consultation", "Open communication" and 'communication about error". On Primary Health Care's context in an inland city of Rio Grande do Sul, Patient safety culture can be understood as one professional's isolated element, or as a composition of different groups that share common spaces, the connection of work routines, different understandings about performing the best procedure, or established relationships between teams. Patient safety culture cannot be dissociated from the reason of its existence: ensuring quality and safety when tending to people who use these services.

Keywords: Patient Safety; Primary Health Care; Pharmaceutical Services; Communication; Teamwork.

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

Artigo 1

Quadro 1 – Lista de questões por compósitos 26

Tabela 1 – Frequência e Peso Positivo 28

Artigo 2

Tabela 1 – Avaliação de cultura de segurança do paciente 41

Discussão Geral

Figura 1: colcha com harmonia entre seus diferentes retalhos 48

Figura 2: colcha com problema de posicionamento dos retalhos 48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AF – Assistência Farmacêutica

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

APS – Atenção Primária à Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

EA – Eventos Adversos

ESF - Estratégia de Saúde da Família

MOSPSC - Medical Office Survey on Patient Safety Culture

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCISME - *Primary Care International Study of Medical Errors*

PNAUM - Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

PP – Peso Positivo

PPGASFAR - Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RS – Rio Grande do Sul

SP – Segurança do Paciente

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

URM – Uso Racional de Medicamentos

US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO GERAL	14
2. OBJETIVOS	18
2.1. OBJETIVO GERAL.....	18
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3. ARTIGO 1 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE SAÚDE DA APS EM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL	19
3.1. RESUMO	19
3.2. INTRODUÇÃO	21
3.3. MÉTODO.....	22
3.4. RESULTADOS	25
3.5. DISCUSSÃO	26
3.6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
3.7. REFERÊNCIAS.....	32
4. ARTIGO 2 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS: COMUNICAÇÃO E LIDERANÇA NO TRABALHO EM EQUIPE	35
4.1. RESUMO	35
4.2. INTRODUÇÃO	37
4.3. MÉTODO.....	38
4.4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
4.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
4.6. REFERÊNCIAS.....	43
5. DISCUSSÃO GERAL.....	45
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
7. REFERÊNCIAS	55
8. COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO A PERIÓDICO INDEXADO	59
9. ANEXOS	60
9.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	60
9.2. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA PESQUISA	61
9.3. CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA.....	65

1. INTRODUÇÃO GERAL

As possibilidades de cuidado evoluem com o passar dos anos na Atenção Primária à Saúde (APS), elencando novas possibilidades de promoção, prevenção e cura, trazendo intrinsecamente a possibilidade de falhas na Segurança do Paciente (SP). Isso ocorre porque as causas de erro são multifatoriais, sobretudo, porque errar faz parte de ser humano¹. Cientes dessa questão, entidades de todo o mundo se debruçam em estudos para melhorar a SP e, assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o programa *The World Alliance for Patient Safety*² em 2004, que visava a criação de políticas na área e que mais tarde veio a se chamar somente *Patient Safety*. Em 2009 foi publicado o documento *The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety* para harmonizar os conceitos aplicados em SP. “Eventos Adversos”, por exemplo, tem treze definições, entre elas, “*um incidente que resulta em danos a um paciente*”². A partir de termos uniformizados, há maior possibilidade de avaliar a cultura de segurança do paciente, levando em consideração que elementos que compõem uma cultura se diferenciam de um território para outro³.

Tradicionalmente observam-se a prevalência de estudos sobre SP na área hospitalar, eles normalmente aparecem em forma de pesquisas retrospectivas nos prontuários dos pacientes⁴. Tendo em vista que grande parte dos cuidados à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorrem na APS⁵, é importante aumentar os esforços já existentes para obtermos mais conhecimento sobre o trabalho em equipe nesse ponto da rede⁶. Os estudos de SP são feitos, em sua maioria, com a análise das notificações realizadas pelos profissionais da área e os maiores problemas encontrados estão no diagnóstico e no tratamento medicamentoso⁴. Segundo

Makeham *et al* (2008), entre 45-76% dos erros podem ser prevenidos. A autora faz parte do grupo *Safer Primary Care Expert Working Group*⁷ que realizou uma revisão sistemática buscando metodologias empregadas na pesquisa de Eventos Adversos (EA) na APS em todo mundo. Na Austrália, foi desenvolvido um estudo pioneiro chamado *Primary Care International Study of Medical Errors* (PCISME)³ que foi aplicado em seis países e que, mais tarde, sofreu uma transculturação para ser aplicado em Portugal⁸. Nesse estudo foi apontado que na APS são identificados dois tipos de erros principais: os “processuais” e os “de conhecimento e de competências”. A identificação de erros pode contribuir na construção de estratégias para evitá-los fortalecendo a SP.

Em nível federal a preocupação com os incidentes e EA no Brasil fez com que o Ministério da Saúde publicasse a Portaria 529/13, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)⁹. Os objetivos do PNSP são citados em seu artigo terceiro com os seguintes pontos:

- I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;
- II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e
- V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Um dos objetivos específicos do PNSP é a constituição de Núcleos de Segurança do Paciente que devem estar estabelecidos nas unidades de saúde,

incluindo a atenção primária à saúde, produzir indicadores, fazer avaliação das ações e assim fazer uma gestão com foco na cultura de segurança do paciente. Com apoio institucional para ações voltadas para a SP no Brasil por meio desta Portaria, tem-se a oportunidade de se conhecer melhor a situação e, assim, procurar soluções que possam ofertar melhorias na área. Diante disso, o estudo de Makeham inspirou adaptações nas cidades de Porto Alegre¹⁰ e de Araruama no Rio de Janeiro⁸, buscando conhecer melhor dados que demonstrem como os trabalhadores veem as práticas relativas ao tema na APS. No estudo de Pereira *et al* (2018), 96% dos entrevistados apontaram que é importante notificar erros relacionados à medicamentos, somente 15,4% sabiam como fazê-lo. Já em Marchon (2015), a comunicação foi apontada como fator contribuinte mais comum para a ocorrência de incidentes na APS por 53% dos respondentes⁸.

Em consonância com oportunidade de melhorias na qualidade do cuidado e da SP e a partir do modelo teórico apresentado no Processo de Construção Social da APS¹¹, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) - em parceria com as Secretarias de Estado da Saúde - desenvolve o projeto denominado Planificação da APS, uma ação com o objetivo de problematizar e refletir com os serviços sobre o papel da APS como ordenadora da rede de cuidado, fornecendo apoio técnico e científico às equipes gestoras municipais e seus respectivos representantes de saúde. A Planificação da APS é uma oportunidade de trabalhar ações de Segurança do Paciente na APS.

Para concretizar ações para segurança do paciente, a OMS produz desafios globais que envolvem toda a comunidade da área da saúde. O primeiro desafio lançado em 2005 tinha como tema “Higienização das Mãos: Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”¹², em 2007, o segundo desafio foi “Cirurgia

Seguras salvam Vidas”¹³ e em 2017 o terceiro objetivo foi “Medicação sem Danos”. Esse último desafio está intimamente atrelado à Assistência Farmacêutica pois faz parte da filosofia proposta pelo Uso Racional de Medicamentos (URM). O conceito de URM foi definido em Nairobi (Quênia)¹⁴, 1985, do seguinte modo

“[...] às vezes a terapia mais apropriada não inclui medicamentos. Quando isso acontece, o uso racional de medicamentos exige que o medicamento apropriado seja prescrito, que esteja disponível na hora certa a um preço que as pessoas possam pagar, que seja distribuído corretamente e que seja tomado na dose certa, nos intervalos certos e pelo tempo certo. O medicamento apropriado deve ser eficaz e de qualidade e segurança aceitáveis.”

Tradução das autoras.

A partir desse conceito, a segurança no uso de medicamentos não mobiliza apenas aspectos clínicos, mas uma rede de decisões que envolve conhecimento sobre a comunidade, da família, da pessoa, além de decisões técnicas e científicas que envolve racionalidades específicas.

A efervescência desse cenário em que políticas são criadas e estratégias são lançadas para que melhorias na SP sejam efetivadas na APS traz consigo a necessidade de conhecermos melhor a cultura de segurança em diferentes regiões do Brasil. Este trabalho pretende dar luz a esse tema, explorando reflexões geradas a partir das respostas obtidas de participantes da pesquisa, trabalhadores da APS de um grande município do RS, que não é a capital, possibilitando conhecer a realidade de outro centro urbano da região serrana no Rio Grande do Sul.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a forma como a cultura de segurança do paciente é compreendida por trabalhadores de quatro unidades da Atenção Primária à Saúde em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a cultura de segurança do paciente, sob a **perspectiva da liderança** de trabalhadores de quatro unidades da Atenção Primária à Saúde em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.
- Avaliar a cultura de segurança do paciente, sob a **perspectiva da comunicação** de quatro unidades da Atenção Primária à Saúde em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.

3. ARTIGO 1 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE SAÚDE DA APS EM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL

Cristiane Manoela Silva

Denise Bueno

Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica (PPGASFAR)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

3.1. RESUMO

Objetivo: conhecer a cultura de segurança do paciente de trabalhadores de quatro unidades de saúde de uma cidade que é polo regional de saúde, na região sul do país.

Método: Aplicação do instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* em quatro unidades de saúde. Foram calculadas a taxa de respostas, a frequência de respostas positivas e peso das respostas positivas. Os itens avaliados foram “Trabalho em Equipe”, “Pressão de Trabalho”, “Percepções gerais de Segurança do Paciente e Qualidade” e Lista de questões sobre Segurança do Paciente e Qualidade – Medicamentos”.

Conclusão: A frequência de respostas positivas para “Trabalho em Equipe” e “Percepções Gerais da segurança do paciente e qualidade” está de acordo com o Peso Positivo dessas mesmas dimensões. Foi apontada frequência negativa de respostas para “Pressão de trabalho e ritmo” que corrobora com o baixo Peso Positivo apurado. Houve desconhecimento sobre “esclarecimento ou correção de prescrição” e “revisão dos medicamentos” durante consulta.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Assistência Farmacêutica; Medicamentos; Atenção primária em saúde.

PATIENT SAFETY CULTURE IN PRIMARY HEALTH CARE CLINICS IN A SOUTHERN CITY OF BRAZIL

ABSTRACT

Objective: to know about the Patient Safety Culture of workers in a city that is a regional health center, the city of Caxias do Sul - RS.

Method: Application of the Agency for Healthcare Research and Quality's instrument, Medical Office Survey on Patient Safety Culture from four Medical Offices (MO). Response rate, frequency of positive responses and weight of positive responses were calculated.

Conclusion: The frequency of positive responses for "Teamwork" and " List of Patient Safety and Quality Issues " are in accordance with the Positive Weight of those same dimensions. A negative frequency of responses was indicated for "Work Pressure and Pace", which corroborates the low positive weight found. There was a lack of knowledge about "clarification or correction of prescription" and "review of medications during consultation".

Keywords: Patient safety; Pharmaceutical Services; Drugs; Primary health care.

3.2. INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde avança em termos tecnológicos trazendo resultados para a saúde das pessoas. Porém, a tecnologia nem sempre minimiza os danos ao paciente porque errar é humano – mas erros podem ser prevenidos¹. Para haver uma redução desses eventos, é necessário que exista uma cultura de segurança do paciente no serviço de saúde e que ela seja praticada a todo momento. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cultura de segurança de uma organização é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o comprometimento, o estilo e a proficiência da gestão de saúde e segurança de uma organização². Já a segurança do paciente trata da redução do risco de danos desnecessários - associados aos cuidados de saúde - a um mínimo aceitável².

Nesse sentido, é comum o pensamento de que cuidados inseguros acontecem com mais frequência em hospitais, onde são realizados procedimentos com maior densidade tecnológica, mas considerando que a Atenção Primária em Saúde (APS) é o ponto de referência das Redes de Atenção à Saúde (RAS), promove a maior parte das ações de cuidado, em contextos de maior complexidade, própria dos territórios [vivos] e que não está livre de cometer erros. A presença de eventos danosos gera impacto³ no Sistema Único de Saúde (SUS). Para conhecer a realidade acerca desses dados na APS é preciso que sejam realizadas pesquisas na área, em diferentes realidades, pois ainda são poucos os estudos publicados neste momento. Na atenção primária e no cuidado territorial, embora com predomínio de ações de menor densidade tecnológica, a escala de ações realizadas e a complexidade das condições em que se realizam, justifica a expansão dos estudos, sobretudo pelo fato de terem um potencial pedagógico muito ampliado para trabalhadores, estudantes e

população usuária. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)⁴ foi criado para acarretar melhorias na cultura de segurança do paciente e aprofundar pesquisas na área.

Como uma das maneiras de colocar o PNSP na prática em saúde, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) em parceria com as Secretarias de Estado da Saúde, desenvolveram projeto denominado Planificação da APS⁵ como ação com o objetivo de problematizar e refletir com os serviços sobre o papel da APS como ordenadora da rede de cuidado, fornecendo apoio técnico e científico às equipes gestoras municipais e seus respectivos representantes de saúde. A Planificação da APS é uma excelente oportunidade de inserir a segurança do paciente neste contexto.

Dessa forma, essa pesquisa buscou conhecer a cultura de segurança do paciente de trabalhadores de quatro unidades de saúde de uma cidade que é polo regional de saúde, em município da região sul do país.

3.3. MÉTODO

Estudo quantitativo, de caráter exploratório e descritivo sobre a cultura de segurança do paciente na APS. Para o planejamento da coleta de dados foram realizadas reuniões de sensibilização com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde da cidade para viabilizar o projeto e realizar a pesquisa no município. A aplicação e coleta dos questionários foi registrada no momento da reunião semanal da equipe. O tempo de responder era de aproximadamente 30 minutos.

Na região, o município representa um polo de saúde. Possui 1.750 servidores públicos na área, sendo 42% alocados na APS. No total, possui 48

Unidades Básicas de Saúde, dessas, 27 são credenciadas como Estratégia de Saúde da Família (ESF), totalizando 45 equipes, ou seja, algumas unidades possuem mais de uma equipe. 23 equipes contam com cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal. Cinco US têm atendimento até 21 horas, as demais atendem no horário comercial⁶.

A amostra foi composta por 99 trabalhadores de quatro Unidades de Saúde (US) e a escolha dessas foi determinada por conveniência não probabilística. Duas das US eram localizadas na região central da cidade e sem equipe de ESF (US1 e US2) e outras duas localizadas na região periférica e com Estratégia de Saúde da Família (ESF) (US3 e US4). Critério de inclusão de participantes no estudo: profissionais que trabalham nas US, incluindo a participação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Critério de exclusão no estudo: profissionais que estavam em férias, afastados do trabalho por motivos de saúde ou por razões administrativas.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses julho e agosto de 2019 utilizando-se do instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)⁷ que teve uma adaptação transcultural para o Português feita por Timm e Rodrigues⁸ denominado “Pesquisa sobre cultura de segurança do paciente para Atenção Primária à Saúde”. O instrumento é composto da escala do tipo *Likert* que avalia diferentes dimensões de SP. O tratamento de dados foi feito conforme o Guia do Usuário do próprio instrumento⁹. Dos itens avaliados, destacou-se “Trabalho em equipe”, “Pressão de trabalho”, “Percepções gerais de segurança do paciente e qualidade” e Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade – Medicamentos”.

Os dados obtidos foram categorizados e avaliados utilizando o programa Microsoft Excel® para geração de estatísticas descritivas. Para a taxa de respostas

foi considerada a quantidade de funcionários presentes na reunião de equipe, pois todos são chamados a participar deste momento da US. Foi utilizada também a informação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para comparar com a equipe efetivamente cadastrada na plataforma. Foram construídas tabelas de distribuição de Frequência e de Peso Positivo (PP). Para a frequência foram agrupadas as duas categorias de resposta mais baixas (discordo totalmente/ discordo ou nunca/ raramente), as duas categorias de resposta mais altas (concordo totalmente/ concordo ou na maioria das vezes/ sempre) e foram consideradas respostas neutras (não discordo nem concordo). Foram excluídos da análise itens não respondidos ou “não se aplica”. Para cálculo do PP foram atribuídas notas para as questões respondidas, sendo somadas as notas relacionadas às boas práticas em segurança do paciente e divididas pelo somatório das demais. Foram desconsideradas as pontuações referentes a opção não se aplica/ não sabe resposta ou da ausência de dados. Quando as perguntas tinham um caráter “negativo”, o positivo era considerado a resposta negativa (pois “não concordo” com um item com palavras negativas indica uma resposta “positiva”). A lista de questões abordadas no artigo está explicitada no Quadro 1.

Quadro 1 – Lista de Questões por Compósito

Lista de Questões por Compósito	
Compósito 1 (CP1)	Trabalho em equipe
C1. Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.	
C2. Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.	
C5. Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.	
C13. Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.	
Compósito 2 (CP2)	Pressão de trabalho e ritmo
C3. Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.	
C6. Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.	
C11. Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes.	

C14. Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.	
Compósito 10 (CP10)	Percepções gerais de segurança do paciente e qualidade
F2 Os processos de nossa unidade são bons para evitar erros que podem afetar os pacientes.	
F3 Erros acontecem mais do que deveriam neste escritório.	
F4 É por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes.	
F6 Nesta unidade, realizar mais trabalho é mais importante que a qualidade do atendimento.	
Lista de questões sobre segurança do paciente e Qualidade (LQSPQ Med)	Medicamentos
A6. O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.	
A7. Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta.	

Fonte: SORRA J, et al. *AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide* – tradução de Timm e Rodrigues⁸

Essa pesquisa obedeceu aos critérios éticos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, garantindo o sigilo da identidade dos participantes da pesquisa, bem como respeitando as normas de biossegurança. O projeto de pesquisa foi submetido à Secretaria Municipal da Saúde do município através de requerimento para autorização de pesquisa e aprovado. As pesquisadoras assinaram o Termo de Compromisso para Utilização dos Dados e Termo de consentimento livre e esclarecido. Posteriormente foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa pertinente e obteve a aprovação na Plataforma Brasil sob o número CAAE 16686819.30000.5347.

3.4. RESULTADOS

Foram obtidas 61 respostas para o instrumento aplicado, com taxa de resposta média de 96% dos questionários aplicados. Considerando o CNES, a taxa de resposta final média foi de 61%. Participaram da pesquisa enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal, médicos, nutricionista, agentes

comunitários de saúde, e terapeuta ocupacional. A Tabela 1 apresenta os resultados encontrados.

Tabela 1: Frequência e Peso Positivo – resultados por Unidade de Saúde

Unidade de Saúde	Frequência				Peso Positivo			
	CP1	CP2	CP10	LQSPQ Med	CP1	CP2	CP10	LQSPQ Med
US1	P	N	P	P	83%	14%	76%	55%
US2	P	N	P	P	82%	35%	74%	77%
US3	P	N	P	P	80%	27%	71%	63%
US4	P	N	P	P	88%	59%	82%	62%
				Médias	83%	33%	76%	64%

Fonte: autoras. CP1 - Trabalho em equipe; CP2 - Pressão de trabalho e ritmo; CP10 - Percepções gerais de segurança do paciente e qualidade; LQSPQ Med – Medicamentos. P – Positivo; N – Negativo.

3.5. DISCUSSÃO

A cultura de segurança do paciente é algo mais complexo do que a execução correta de tarefas rotineiras do serviço. É, sobretudo, criar uma cultura organizacional que seja embasada no “somatório de valores, experiências, atitudes e práticas que orientam o comportamento”¹⁰ ao realizar cuidado a saúde em um local próprio para essa finalidade. A ideia de que haja um risco menor em relação à segurança do paciente na APS pode fazer com que esse risco seja negligenciado, o que pode levar a ameaças inesperadas¹¹ que aumentem a necessidade de cuidados. Em termos de produção de cultura, a abrangência e as interfaces com o ensino e com a população como um todo, torna a segurança do paciente um tema estratégico para a atenção primária.

Os estudos brasileiros que utilizaram metodologia semelhante a utilizada nesta pesquisa são escassos. Utilizou-se a literatura internacional para efeitos comparativos de análise. É necessário considerar que o cenário descrito neste trabalho não foi uma capital, mas uma cidade do interior, o que traz um caráter

diferenciado aos resultados, uma vez que as questões sanitárias e particularmente a organização da vida no espaço urbano costumam ser diversas. Há que se verificar, por exemplo, que a implantação de ações planejadas pela secretaria de saúde do estado nem sempre acontecem ao mesmo tempo em todas as regiões, como foi o caso da planificação da APS que ainda não havia sido iniciada até a finalização da coleta dessa pesquisa.

A taxa de resposta média encontrada, de 96%, foi superior a outros estudos^{12, 13, 14, 15} sem considerarmos os dados do CNES. A aplicação do instrumento ocorreu durante a reunião de equipe, momento em que a US cessa os atendimentos e todos os profissionais são convidados a participar. Comparando a presença das pessoas com os dados de pessoal que constavam no CNES, foi possível inferir que esses dados estavam desatualizados no cadastro. Neste trabalho não são divulgados os resultados por categoria profissional para que não haja exposição dos trabalhadores do serviço.

A dimensão “Percepções gerais de segurança do paciente e qualidade (CP10)” foi considerada positiva na frequência, porém duas das quatro unidades obtiveram PP abaixo de 75%, o que é considerado um resultado neutro. Isso se deve ao fato de parte dos respondentes identificarem que a quantidade de pessoas atendidas é mais importante do que a qualidade do cuidado prestado e pelo fato de eles não terem informação sobre a quantidade de erros cometidos. A média de CP10 ficou em 76% e foi influenciada pelo alto PP encontrado na US4. No artigo publicado por Galhardi et al (2018), a média dessa dimensão ficou em 70%¹² o que demonstra uma similaridade entre os estudos realizados. A falta de processos padronizados que identifiquem os erros sistematicamente pode fazer com que os resultados estejam mais próximos de um PP positivo e, portanto, dão a falsa sensação de que a

quantidade de erros cometidos seja baixa. A falta de padronização pode ser associada a problemas com a cultura de segurança ou mesmo o medo de que os erros identificados sejam utilizados contra os profissionais envolvidos no cuidado, ou seja, o erro não é visto como uma oportunidade de crescimento ou uma responsabilidade de equipe, mas uma questão individual^{12,15}. Também pode se inferir que há déficits institucionais em relação à cultura de segurança do paciente, já que os resultados parecem mais associados às iniciativas e opiniões dos indivíduos.

A questão da quantidade de atendimentos estar num patamar mais importante que a qualidade do cuidado também é refletida na dimensão “Pressão de trabalho (CP2)”, pois foi apontada como uma fraqueza em todas as unidades, tanto do ponto de vista da frequência quanto em termos de PP (33%). Destaca-se que na US1 esse peso é de 14%, reforçando que uma grande maioria dos trabalhadores dessa unidade entende que estão atendendo mais pacientes do que o serviço comporta. Outro destaque é que houve neutralidade no PP da US4, 59%, isso porque na visão dos respondentes, a quantidade de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes, embora eles se sintam apressados ao fazê-lo e julguem que o número de médicos é baixo. Um estudo espanhol apontou um resultado bastante semelhante de PP, sendo que o valor encontrado foi de 39%¹⁵. Essa questão é encarada por eles como um maior potencial de melhora lançando mão de ações educacionais que criem cultura de segurança e atitude crítica. Segundo Rodríguez-Cogollo *et al* (2014) “o aprofundamento da análise dos fatores que influem na pressão assistencial para reorganizar a atividade” poderia ser um instrumento para equacionar a questão¹⁵. Observando a flutuação dos valores de PP encontrados em nosso estudo, essa também poderia ser uma estratégia que trouxesse mais clareza sobre a pressão e o ritmo de trabalho nas US pesquisadas.

Em relação ao “Trabalho em equipe (CP1)”, o resultado da frequência e PP são positivos, o percentual médio ficou em 83%. Esse resultado quando comparado ao estudo realizado no Iêmen, que tem 96% de PP¹⁴ apresenta valor menor, sendo superior aos estudos no Brasil¹², do Irã¹³ e da Espanha¹⁵. Nos resultados individuais por US, os percentuais giram na faixa dos 80% e esse resultado indica um ponto forte na cultura de segurança do paciente: o entrosamento da equipe favorece ações de educação que poderão trazer um novo olhar sobre o tema da segurança do paciente no serviço. A visão sobre o CP1 traz luz a um aspecto importante: é possível que, embora os profissionais se sintam sobrecarregados com a pressão e ritmo de trabalho, eles não entendam que isso seja um problema causado pela própria equipe, e sim um fator externo à US. De toda forma, num ou noutro desses contextos, é um atributo do sistema local de saúde, que está relacionado à cultura de segurança existente no território e, portanto, um tema que deve ser tratado dessa forma.

Outro aspecto relevante do CP1 é a clareza do que significa o trabalho em equipe, problemática que se repete nos artigos mencionados ^{12,13,14,15}. No SUS, a APS como ponto de apoio da RAS e com estratégias combinadas para efetivação do cuidado, de fato, deveria ser referência de trabalho em equipe. No entanto, é perceptível que cada profissional atua sem interferir ou revisar a prática do outro. As reuniões de equipe têm um caráter de definir estratégias administrativas, não as diretrizes de tratamento específicas de pacientes. Para Soratto (2017) a convivência com equipe multiprofissional acarreta problemas de comunicação. Faz parte desse ambiente coletivo de trabalho a vivência de conflitos.”¹⁶ Ou seja, a própria falta de tensão pode ser um indício de que o trabalho em equipe tenha falhas e que os elos de ligação da própria US podem ser trabalhados para que haja integração no cuidar.

Quando a questão abordada são os medicamentos (LQSPQ Med), a frequência positiva encontrada contradiz o PP das respostas dos entrevistados, pois a média de 64% indica neutralidade. Esses percentuais neutros se repetiram nas US com exceção da US2 que teve positividade no quesito. As duas perguntas do instrumento ligadas ao uso de medicamentos⁷ eram sobre “retornar à US para esclarecimento ou correção de prescrição” e “revisão dos medicamentos durante consulta”. De acordo com as respostas obtidas, os respondentes indicaram que não sabem se essas duas questões são contempladas em suas US. Isso pode se dever ao fato de não haver sistematização com relação às questões de SP ligadas à entrega dos medicamentos. O modelo de dispensário encontrado nas US corresponde ao descrito por Leite *et al* (2017): “pequenas áreas destinadas às farmácias na maioria dos serviços, sem área destinada exclusivamente à dispensação, e sem ambiente propício para o diálogo e para o atendimento personalizado”¹⁷. Em cada uma das US essa tarefa de entregar o medicamento é feita pelo profissional que estiver disponível no momento, em nenhum dos locais observados foi realizado por farmacêutico. Esses atendem exclusivamente na farmácia municipal que é responsável pela dispensação dos medicamentos do Componente Básico, Especializado e Estratégico da Assistência Farmacêutica. A falta de procedimentos padronizados de dispensação, de registros de uso dos pacientes e a possibilidade de comunicação ineficaz com a farmácia municipal são múltiplas causas que fazem com que os medicamentos sejam apontados como causadores frequentes de eventos adversos em saúde. Segundo Marchon (2014)¹⁸ a maioria dos eventos adversos é associada a cirurgia e aos medicamentos em hospitais. Na APS os mais frequentes são medicamentos e diagnóstico, o que corrobora com o Terceiro Desafio Global¹⁹ da OMS que trouxe, em 2017, o tema Medicação sem danos como meta de SP.

3.6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa apontam que a cultura de segurança do paciente em todos os níveis de atenção à saúde é um desafio a ser vencido. A frequência de respostas positivas para Trabalho em equipe e Percepções gerais da segurança do paciente e qualidade estão de acordo com o Peso Positivo dessas mesmas dimensões. Foi apontada frequência negativa de respostas para “Pressão de trabalho e ritmo” que corrobora com o baixo Peso Positivo apurado. A contradição entre essas questões pode apontar o caminho para o início da resolução de problemas em termos de segurança do paciente. A obtenção de dados por meio da padronização de processos que envolvam segurança do paciente, especialmente na área do uso de medicamentos, são possibilidades de temas a serem introduzidos. Houve desconhecimento sobre “esclarecimento ou correção de prescrição” e “revisão dos medicamentos durante consulta. A fortaleza apontada sobre a capacidade de trabalhar em equipe pode ser utilizada para ações educativas que possam propiciar novos conhecimentos, para trazer dados de melhoria da cultura de segurança do paciente nas US.

Os dados obtidos nessa pesquisa demonstram que as equipes entendem que estão “dando o seu melhor”, sentem que há necessidade de educação para que danos evitáveis não aconteçam com os pacientes. Além de ser um tema muito relevante em toda a rede de atenção, há evidências nos contextos analisados que a cultura dos serviços é atravessada pela cultura do sistema local de saúde, colocando a segurança do paciente como um atributo muito relevante para o planejamento da educação permanente e do trabalho em saúde na Atenção Primária e nos sistemas municipais de saúde. Foi constatado que as pesquisas na área de segurança do paciente são importantes para identificar e corrigir problemas, tornando o Sistema

Único de Saúde (SUS) um espaço ainda mais qualificado para o atendimento das pessoas. A realização de pesquisas desse tipo em municípios de características diferentes ocasionará impactos para a organização de uma cultura de segurança do paciente que aprimore os cuidados em saúde.

3.7. REFERÊNCIAS

- 1 KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M. To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. Washington DC, p. 287. 2000.
- 2 WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra. 2009.
- 3 MARCHON, S. G.; MENDES JÚNIOR, W. V.; PAVÃO, A. L. B. CARACTERÍSTICAS DOS EVENTOS ADVERSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, p. 2313-2330, Novembro 2015.
- 4 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>.
- 5 MENDES, E. V. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.
- 6 CAXIAS DO SUL. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL - RS - PERÍODO 2018 - 2021. Prefeitura de Caxias do Sul, 2019. Disponível em: <<https://gcpstorage.caxias.rs.gov.br/documents/2019/03/47d670f3-a29a-44ff-b933-5f4e0fdcefb2.pdf>>. Acesso em: 08 Outubro 2020.
- 7 AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: AHRQ Publication, v. 15, 2016.

8 TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 26-37, fev. 2016. ISSN 1982-0194.

9 SORRA J, G. L. F. T. E. A. AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. Rockville, MD: AHRQ Publication, v. 15(16)-0051-EF (Replaces 08(09)-0059), 2016.

10 PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. *Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-10, Abr-Jun 2013.

11 BODOUR, S.; EMEL, F. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Internacional Journal for Quality in Health Care*, v. 21, n. 5, p. 348-55, Agosto 2009.

12 GALHARDI N. M., R. C. E. . O. F. S. . F. R. M. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 409-416, 30 jul. 2018.

13 TABRIZCHI, N.; SEDAGHAT, M. The first study of patient safety culture in Iranian primary health centers. *Acta Medica Iranica*, Tehran - Iran, v. 50, n. 7, p. 505-10, Maio 2012.

14 WEBAIR, H. H. et al. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Family Practice*, v. 16, Outubro 2015.

15 RODRÍGUEZ-COGOLLO, R. et al. Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. *Rev Calid Asist.*, Janeiro 2014.

16 SORATTO, J. E. A.. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 26, n. 3, 21 Setembro 2017. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300325&lng=pt&nrm=iso)

[07072017000300325&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300325&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 Outubro 2020.

17 LEITE, S. E. A. Dispensação de medicamentos na Atenção Básica no SUS. Rev Saúde Pública, 2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007121.pdf>. Acesso em: 08 Outubro 2020.

18 MARCHON, S. G.; MENDES JÚNIOR, W. V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio do Janeiro, v. 30, p. 1-21, Setembro 2014.

19 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication without harm - global patient safety challenge on medication safety. Geneva: WHO, 2017.

4. ARTIGO 2 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS: COMUNICAÇÃO E LIDERANÇA NO TRABALHO EM EQUIPE

4.1. RESUMO

Objetivo: Conhecer a cultura de segurança do paciente sob a perspectiva da liderança e da comunicação em quatro unidades de saúde de um município gaúcho.

Método: Estudo observacional transversal, quantitativo com variável qualitativa, de caráter exploratório e descritivo sobre comunicação e liderança no contexto da segurança do paciente na APS. Aplicação do instrumento Medical Office Survey on Patient Safety Culture criado pela Agency for Healthcare Research and Quality em quatro unidades de saúde de um município gaúcho. As três categorias que descrevem os achados relativos à cultura de segurança do paciente são: inadequado (de zero a 49,9%), desajustado (de 50% a 74,9%) e adequado (de 75% a 100%).

Resultados e Discussão: A frequência de respostas aos questionários foi de 61%. Considerando as médias e as categorias dos resultados, observa-se que em “abertura de comunicação” e “comunicação sobre erro”, existe uma necessidade de aprofundamento de conhecimento sobre cultura de segurança do paciente. O “suporte de liderança” foi considerado inadequado de acordo com a cultura de Segurança do Paciente.

Considerações Finais: As temáticas da comunicação e liderança necessitam de conhecimento básico e de aprofundamento nas equipes da APS em relação à cultura de segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Comunicação em Saúde; Liderança; Atenção primária em saúde.

PATIENT SAFETY CULTURE IN PRIMARY HEALTHCARE: COMMUNICATION AND LEADERSHIP IN TEAMWORK

ABSTRACT

Objective: This study aimed to discern the patient safety culture through the leadership and communication perspectives, in four health units.

Method: Cross-sectional observational study, quantitative with a qualitative variable, exploratory and descriptive on communication and leadership in the context of patient safety in Primary Health Care. Application of the Medical Office Research Instrument on Patient Safety Culture created by the Health Research and Quality Agency in four health units in a city on state of Rio Grande do Sul. Three categories describe the findings: inadequate (from zero to 49.9%), maladjusted (from 50% to 74.9%) and adequate (from 75% to 100%).

Results and Discussion: Responses' frequency to the questionnaires was 61%. Considering the averages and the results' categories, "open communication" and "communication about error" require a deeper understanding about the patient safety culture. The "leadership support" was considered inadequate according to patient safety culture.

Conclusion: Primary health care teams lack a basic understanding of the themes of communication and leadership, which is needed to implement a patient safety culture.

Keywords: Patient safety; Health Communication; Leadership; Primary health care.

4.2. INTRODUÇÃO

O conceito de segurança do paciente abrange oito definições, de acordo com a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente. Entre elas, a que mais se aproxima da discussão proposta neste artigo é “a identificação, análise e gerenciamento de riscos e incidentes relacionados ao paciente, a fim de tornar o atendimento mais seguro e minimizar os danos”¹. Isto porque a cultura de segurança incentiva e recompensa a identificação, comunicação e resolução de problemas¹. Numerosas são as publicações sobre o tema no escopo hospitalar, considerando que a estratégia de organização da rede de atenção à saúde é centrada na Atenção Primária à Saúde (APS)² - a maioria dos cuidados acontece nesse nível de atenção – é necessária a ampliação de estudos nessa perspectiva³. Para Starfield há alta prioridade que sejam realizadas pesquisas na APS que foquem no trabalho em equipe⁴ e conhecer melhor a interação entre os trabalhadores do serviço é parte importante para a avaliação da cultura de segurança do paciente.

Levando em consideração as relações interpessoais e os valores institucionais que favorecem a cultura de segurança, a liderança e a comunicação em saúde ocupam papéis de base neste contexto. Uma cultura que aborda a segurança como valor intrínseco pode ser alcançada por meio de uma liderança que assuma uma posição proativa. Entre os diversos modelos de liderança, a transformacional é a que aumenta a motivação e satisfação no trabalho, proporciona aumento das discussões – e da comunicação – da escuta e provoca compromisso organizacional⁵.

A comunicação se desdobra em duas abordagens: a abertura para comunicação e comunicação sobre erro. A abertura para comunicação diz respeito à discussão de ideias, expressão de pontos de vista, incluindo os que sejam diferentes;

já a comunicação sobre erros está focada na discussão dos erros, planejamento e a comunicação de erro sem a punição direta ao comunicador, a chamada cultura punitiva⁶.

Em artigo de revisão, Marchon e Mendes Jr apontam a falha na comunicação interprofissional e com o usuário como fatores que contribuem para incidentes³. Estudo de Makeham *et al* afirma que prestadores de cuidados de saúde primários são receptivos à ideia de identificar e corrigir os riscos para a segurança do paciente⁷. Observando-se a literatura a respeito dos temas liderança e comunicação – dentro do contexto de segurança do paciente - percebe-se que existe uma relação a ser explorada criando evidências para a melhorias de qualidade e para criação de cultura institucional à segurança do paciente na APS.

Esse artigo buscou conhecer a cultura de segurança do paciente sob a perspectiva da liderança e da comunicação em quatro unidades de saúde de uma cidade que é polo regional de saúde, em um município da região sul do país.

4.3. MÉTODO

Estudo observacional transversal, quantitativo com variável qualitativa, de caráter exploratório e descritivo sobre comunicação e liderança no contexto da segurança do paciente na APS. Utilização de instrumento semiestruturado, com versão original em inglês Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) criado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)⁸ e traduzido e validado por Timm e Rodrigues⁹. A aplicação e coleta dos TCLE e dos questionários foi registrada no momento da reunião semanal da equipe.

O município pesquisado possui 48 Unidades de Saúde (US) pertencentes à APS, 27 delas com Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantadas prevendo o trabalho de suas equipes. Ao todo, 735 servidores atuam na APS¹⁰. A amostra foi composta por 99 trabalhadores de quatro US e a escolha dessas foi por conveniência não probabilística. Duas das US estão em região central e sem ESF (US1 e US2) e outras estão na região periférica e com equipe de ESF (US3 e US4). Destaca-se que o cenário desta pesquisa é uma cidade de grande porte, polo de referência regional de saúde.

Como critério de inclusão foram convidados a participar do estudo todos os profissionais que trabalham nas US. Os critérios de exclusão foram os profissionais em férias, afastados do trabalho por motivos de saúde ou por razões administrativas. A coleta dos dados foi realizada entre os meses julho e agosto de 2019.

O instrumento de pesquisa utilizou a escala Likert no intuito de avaliar a correlação entre as respostas e as dimensões de cultura de segurança do paciente. A categorização dos dados para desenvolvimento de estatísticas descritivas foi feita com o programa Microsoft Excel®. Foram calculadas a taxa de respostas e peso positivo. A taxa de respostas foi obtida a partir do quantitativo de questionários aplicados menos os devolvidos (numerador); esse valor foi dividido pelo número de trabalhadores registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (denominador). Para obtenção do peso positivo foi feita a divisão entre a soma das respostas com os dois maiores valores da escala (numerador) pela soma do total das respostas da escala (denominador)¹¹. Calculados os percentuais, foram obtidos valores que indicam três categorias que descrevem os achados relativos à cultura de segurança do paciente: inadequado (de zero a 49,9%), desajustado (de 50% a 74,9%)

e adequado (de 75% a 100%). As questões propostas ao respondente abordaram as temáticas de comunicação e liderança.

Os critérios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, foram adotados pela pesquisa, garantindo o sigilo da identidade dos participantes e o respeito às normas de biossegurança. O projeto de pesquisa foi submetido à respectiva Secretaria Municipal da Saúde através de requerimento para autorização de pesquisa e obteve aprovação. As pesquisadoras assinaram o Termo de Compromisso para Utilização dos Dados e os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido para sua participação. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa pertinente e obteve a aprovação na Plataforma Brasil sob o número CAAE 16686819.30000.5347.

4.4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A frequência de respostas aos questionários foi de 61%. As profissões dos respondentes foram: técnicos de enfermagem, enfermeiros, auxiliares de saúde bucal, dentistas, nutricionista, médicos, terapeuta ocupacional e agentes comunitários de saúde. A Tabela 1 apresenta os resultados encontrados nas unidades de saúde para as questões propostas.

Tabela 1: Avaliação de cultura de segurança do paciente – resultados por Unidade de Saúde

AVALIAÇÃO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE			
	Abertura de Comunicação	Comunicação sobre erro	Suporte de liderança à segurança do paciente
*US1	78%	71%	56%
*US2	61%	68%	44%
*US3	63%	53%	34%
*US4	73%	67%	44%
Média geral	69%	65%	45%

Fonte: autoras. *US – unidade de saúde

A frequência de respostas encontrada, 61%, é superior a estudos similares^{12, 13, 14, 15} e pode ser atribuída ao fato de que a coleta de dados ocorreu durante reunião de equipe. Outros autores entregaram para posterior coleta com formulários impressos ou online.

A análise dos dados coletados permite observar a cultura de segurança do paciente em liderança e comunicação. Considerando as médias e as categorias dos resultados, observa-se que em “abertura de comunicação” e “comunicação sobre erro”, existe uma necessidade de aprofundamento de conhecimento sobre cultura de segurança do paciente; em suporte de liderança a categoria foi inadequado com a cultura de segurança. Segundo Kohn em alguns setores os danos são responsabilidade da liderança, sendo os índices de sucesso ligados a um sistema que não seja punitivo e que incentive o relato de incidentes¹⁶. Para Carrara *et al* o estabelecimento da confiança do líder motiva a equipe para o trabalho e promove o bom relacionamento na organização, quando essas condições não são induzidas pelo líder, há prejuízos para a instituição. Segundo o autor, a comunicação é uma das competências gerenciais responsável pelo sucesso ou fracasso das relações interpessoais no ambiente de trabalho e auxilia na detecção de problemas e no planejamento de mudanças⁵.

A “abertura de comunicação” trata sobre como o trabalhador se relaciona no dia a dia de trabalho comunicando-se sobre a rotina. Uma unidade demonstrou boa cultura de SP nessa dimensão (78%), as demais apontaram a necessidade de aprofundamento (61%, 63% e 73%). Para Singer *et al* a comunicação entre os trabalhadores e entre os níveis organizacionais deve ser frequente e franca – enquanto componentes de uma cultura de segurança¹⁷.

Em “comunicação sobre erro” os resultados demonstraram que existe a necessidade de aprofundamento teórico sobre cultura de segurança (71%, 68%, 53% e 67%). As respostas com menores pontuações foram encontradas na questão “a equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si”, o que coloca os pacientes em risco direto. De acordo com Vincent e Amalberti, do ponto de vista da equipe, essas questões podem ser consideradas um serviço de baixa qualidade, para o usuário isso pode significar cuidado inseguro ou até falta de cuidado⁶.

Quando foi abordado “suporte de liderança a segurança do paciente” o resultado aponta inadequado (45%). No instrumento de coleta, as questões que envolvem essa temática aparecem com a seguinte proposta geral: “Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre os gestores/líderes do seu serviço?”⁹. Ao gerente foi solicitado que não respondesse nada. Esse resultado reflete o que os respondentes observam considerando a gerência da unidade. O reconhecimento da legitimidade da liderança foi discutida por Vicenzi *et al* que traz “o fato de ocupar este cargo é a justificativa para determinado profissional ser o líder da equipe, ou seja, a escolha de quem irá liderar não é feita pelos profissionais da equipe e sim pelos gestores que definem quem será o gerente da UBS”¹⁸. O gerente deve manejar recursos, que não são apenas financeiros, existem outros componentes tais como recursos humanos, estrutura física e outros que propiciem um clima de implementação que favoreçam as condições para a mudança necessária¹⁹.

Como limitações do estudo, foram abordadas quatro unidades de saúde de um município que podem ou não expressar o cotidiano de saúde das unidades de saúde espalhadas no território nacional.

4.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as observações da análise dos dados, as temáticas da comunicação e liderança necessitam de conhecimento básico e de aprofundamento nas equipes da APS em relação à cultura de segurança do paciente.

4.6. REFERÊNCIAS

- 1 WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra. 2009.
- 2 MENDES, E. V. CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Brasília: CONASS, v. I, 2015. 193 p. ISBN 978-85-8071-034-2.
- 3 MARCHON, S. G.; MENDES JÚNIOR, W. V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio do Janeiro, v. 30, p. 1-21, Setembro 2014.
- 4 STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 23 novembro 2020.
- 5 CARRARA, G. et al. Use of instruments to evaluate leadership in nursing and health services. Rev Gaúcha Enferm., 2017. Acesso em: 02 dez. 2020.
- 6 VINCENT, C.; AMALBERTI, R. Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: Proqualis - ICICT/Fiocruz, 2016. ISBN 978-85-69295-03-7.
- 7 MAKEHAM, M. et al. Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research. World Health Organization. Genebra, p. 49. 2008.
- 8 AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: AHRQ Publication, v. 15, 2016.
- 9 TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. Acta Paul Enferm, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 26-37, 18 Janeiro 2016.
- 10 CAXIAS DO SUL. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL - RS - PERÍODO 2018 - 2021. Prefeitura de Caxias do Sul, 2019. Disponível

em: <<https://gcpstorage.caxias.rs.gov.br/documents/2019/03/47d670f3-a29a-44ffb933-5f4e0fdcefb2.pdf>>. Acesso em: 08 Outubro 2020.

11 SORRA J, G. L. F. T. E. A. AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. Rockville, MD: AHRQ Publication, v. 15(16)-0051-EF (Replaces 08(09)-0059), 2016.

12 GALHARDI N. M., R. C. E. . O. F. S. . F. R. M. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 409-416, 30 jul. 2018.

13 TABRIZCHI, N.; SEDAGHAT, M. The first study of patient safety culture in Iranian primary health centers. *Acta Medica Iranica*, Tehran - Iran, v. 50, n. 7, p. 505-10, Maio 2012.

14 WEBAIR, H. H. et al. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Family Practice*, v. 16, Outubro 2015.

15 RODRÍGUEZ-COGOLLO, R. et al. Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. *Rev Calid Asist.*, Janeiro 2014.

16 KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M. To err is human : building a safer health system. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. Washington DC, p. 287. 2000.

17 SINGER, S. et al. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care*, v. 12, p. 112-118, 2003.

18 VICENZI, R.; GIRARDI, M.; LUCAS, A. Liderança em Saúde da Família: um olhar sob a perspectiva das relações de poder. *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 82-87, 2010.

19 CHAMPAGNE, F. *The Ability to Manage Change in Health Care Organizations*. Montreal: University of Montreal, 2002. 46 p. ISBN 0-662-33067-6.

5. DISCUSSÃO GERAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) se organiza em um arranjo complexo de níveis de atenção que levam os usuários a itinerários diversos no cuidado de si e no de diferentes membros da família. O coordenador dessa rede é, nas orientações políticas do SUS, a Atenção Primária a Saúde⁵. As informações partilhadas na comunicação dos diferentes pontos da rede são marcadas por ruídos, como acontece em qualquer situação de comunicação, e eles podem gerar cuidados inseguros¹⁹. As próprias práticas do cuidado trazem consigo falhas de segurança, ou seja, os pacientes estão expostos a diferentes situações que, mesmo que advindas de uma intencionalidade de cuidar, podem ocasionar problemas de saúde. No artigo intitulado *“Prevenção quaternária: um conceito relevante para a saúde pública? Em uma análise bibliométrica e descritiva”*, Dpallens *et al* (2020) trazem um aprofundamento da discussão da prevenção quaternária que tem a preocupação em evitar que indivíduos sejam expostos a cuidados inseguros pela “supermedicalização” e/ou uso excessivo de medicamentos²⁰. O excesso de cuidados médicos e de uso de variados medicamentos como método de prevenção de risco pode resultar em cascata iatrogênica que é tão danosa quanto a falta de cuidados. Os autores citam diversas situações conhecidas e populações que são vulneráveis à iatrogenia. Uma cultura de segurança do paciente trabalhada da forma correta obedece aos princípios da prevenção quaternária²⁰.

Na análise dos dois artigos que compõem esse trabalho, foram observados erros “processuais” e os “de conhecimento e de competências”⁸. Para usar uma imagem mental que ajude a entender a análise proposta nesta dissertação, evoca-se uma colcha em *patchwork*, uma técnica de costura bastante conhecida e que artesãs

trabalham há gerações. Nessa técnica, retalhos de diferentes cores, padrões, tecidos, tamanhos são trabalhados de modo a formar figuras que sejam unidas em uma costura de construindo um único tecido harmonicamente. Um erro processual poderia ser, por exemplo, montar uma flor com o mesmo tecido ou cor que o restante da colcha. Isso não destacaria o trabalho como é necessário. Um erro de conhecimento seria escolher uma fita que não combina com as demais partes do trabalho.

A colcha pronta é a cultura de segurança do paciente, uma composição de diversos retalhos – os compósitos – que têm características diferentes, mas que somadas em harmonia, aquecem e cuidam. Cada retalho, para ser escolhido para a composição, precisa estar disponível no momento da costura, o que parece óbvio, mas não é quando se tem culturas no trabalho em saúde muito mobilizadas por abstrações que falam da fisiopatologia das doenças e dos processos assistenciais associados [a elas]. Os retalhos têm suas peculiaridades: alguns são tecidos absolutamente íntegros, com linhas bem distribuídas em sua trama, cores vibrantes; outros retalhos já podem estar desgastados pela falta de cuidado, puídos, com buracos causados por furos ou mesmo pelo desalinhamento da trama. Cada retalho deve ter um recorte que combine harmonicamente com o seu conjunto para que possa representar uma figura como uma flor, uma forma geométrica ou outro desenho.

Há ainda a costura, a linha que costura o trabalho não deve sumir totalmente, ela faz parte da composição e deve ser também forte suficiente para unir as partes, mas não demais, pois ela poderia causar um buraco em um retalho que tivesse um tecido mais delicado. Quando muito usada, a colcha pode requerer manutenção: trocar um retalho que se desgastou por outro para renovar, costurar a colcha com uma nova linha, pois a anterior está se desmanchando ou até mesmo reformular o todo com a inserção de um novo desenho.

Cada compósito da cultura de segurança do paciente é um retalho: tem sua própria cor, trama, recorte e padrão. Ele não é igual a outro compósito e deve ser examinado de modo diferente do outro, mas precisa estar em harmonia para montar uma composição que dê vida ao desenho de uma flor e essa flor se encaixar no desenho da colcha como um todo. A linha que costura a colcha é a comunicação. Se ela une adequadamente os pedaços sem “machucá-los”, então ela está dando a coesão da colcha como um todo. A liderança costura o trabalho, dá a forma da flor que compõe o desenho, posiciona os retalhos de modo a dar mais vida e harmonia a eles e fazer com que a colcha seja bonita e aqueça a pessoa que está usando a peça.



Figura 1: colcha com harmonia entre seus diferentes retalhos.

Fonte: <https://bityli.com/xB4Aw>



Figura 2: colcha com problema de posicionamento dos retalhos.

Fonte: <https://bityli.com/98wam>

Ao evocar essa imagem, busca-se um alinhamento do que é a cultura de segurança segundo a OMS (2009)³ que diz

“1. [Uma cultura que exhibe os seguintes] cinco atributos de alto nível que [os profissionais de saúde] se esforçam para operacionalizar por meio da implementação de fortes sistemas de gestão de segurança. Uma cultura onde todos os trabalhadores (incluindo funcionários da linha de frente, médicos e administradores) aceitam a responsabilidade ou a segurança de si mesmos, de seus colegas de trabalho, pacientes e visitantes. [Uma cultura que] prioriza a segurança acima das metas financeiras e operacionais. [Uma cultura que] incentiva e recompensa a identificação, comunicação e resolução de problemas de segurança. [Uma cultura que] proporciona a aprendizagem organizacional a partir de acidentes. [Uma cultura que] fornece recursos apropriados, estrutura e responsabilidade para manter sistemas de segurança eficazes.

2. A cultura de segurança de uma organização é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o comprometimento, o estilo e a proficiência da gestão de saúde e segurança de uma organização.

3. Organizações com culturas de segurança eficazes compartilham um compromisso constante com a segurança como uma prioridade de nível superior, que permeia toda a organização. Os componentes observados incluem reconhecimento da natureza de alto risco e propensa a erros das atividades de uma organização, um ambiente livre de culpa onde os indivíduos são capazes de relatar erros ou fechar chamadas sem punição, uma expectativa de colaboração entre os escalões para buscar soluções para vulnerabilidades e uma disposição por parte da organização de direcionar recursos para tratar de questões de segurança.

4. Um padrão integrado de comportamento individual e organizacional, baseado em crenças e valores compartilhados, que busca continuamente minimizar os danos ao paciente que podem resultar dos processos de prestação de cuidados.”

Fonte: MAKEHAM, M. et al. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. [S.l.]: MJA, v. 177-15, 2002. Tradução nossa.

Nossos retalhos – compósitos – dimensões avaliadas por essa pesquisa – são Trabalho em Equipe, Pressão de Trabalho, Percepções gerais de Segurança do Paciente e Qualidade, Questões sobre Segurança do Paciente e Qualidade – Medicamentos – no artigo I e Liderança e Comunicação – no artigo II.

Explorando as respostas obtidas com os trabalhadores, esses compósitos aparentam alguns problemas, um deles é a padronização inadequada de alguns processos e outro é a falta de conhecimento para fazer com que essa padronização seja produtiva. Há momentos em que esses problemas se mesclam de modo que é difícil saber onde começa um problema processual e onde está o de conhecimento e de competências isoladamente, como é o caso da entrega de medicamentos nas unidades de saúde.

As respostas às perguntas do questionário puderam demonstrar que há falta de conhecimento sobre o trabalho que outro profissional da equipe desempenha e como ele poderia beneficiar o cuidado. Isso foi demonstrado na questão sobre o processo de entrega de medicamentos ao paciente. Sem o conhecimento do fazer de outro membro da equipe, rotinas de trabalho tornam-se repetitivas e não reflexivas sobre o porquê de existirem. As avaliações positivas com peso alto para o “trabalho

em equipe” reforçam a aparente inexistência de conflitos. Para Soratto *et al* (2017) é comum a ocorrência de conflitos em um ambiente de trabalho multiprofissional e com usuários¹⁵, ao contrário do que possa parecer, que isso desgasta ou impossibilita relações, lidar adequadamente com conflitos denota que há maturidade dos profissionais para que questionamentos aconteçam para o melhor cuidado das pessoas.

Outro ponto relevante é que os trabalhadores relatam sentir “pressão de trabalho”, manifestam estarem satisfeitos com a possibilidade de terem abertura de comunicação sobre possíveis erros, ao mesmo tempo expressam terem medo de que seus erros possam ser usados contra si. Essa combinação parece contraditória em si, quando olhamos para o global, afinal de contas, não faz sentido ter medo de comunicar erros se o ambiente de comunicação permite abertura⁸. O agrupamento desses dados traz à tona a possibilidade da subnotificação de erros.

O Terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente - Medicação sem Danos - previu cinco momentos para o uso seguro de medicamentos: iniciando o uso do medicamento, tomando um medicamento, adicionando um medicamento, revisando os medicamentos e parando o uso do medicamento. A iniciativa da Organização Mundial da Saúde lançada em 2017 enfatizou a prevenção de danos decorrentes do uso de medicamentos¹⁷. De acordo com os resultados da pesquisa, existe carência de dados sobre o conceito associado ao Uso Racional de Medicamentos. Trabalhadores do serviço desconheciam informações sobre o usuário ter suas prescrições revisadas durante as consultas médicas e/ou odontológicas, sobre a ocorrência de eventos adversos, alergias, sobre o armazenamento correto, informações sobre prazo de validade, sobre adesão e resultados terapêuticos obtidos no tratamento.

Na US, a entrega de medicamentos é realizada pelo trabalhador que estiver disponível na unidade no momento em que seja necessário, não há presença de farmacêutico, assim a disponibilidade em dispensários localizados nas unidades de saúde sem um acompanhamento técnico diário, aumenta os riscos intrínsecos de um processo de cuidado se transformar no próprio causador de danos à saúde¹⁷. A conservação, por exemplo, precisa ser manejada ao longo de todo dia para evitar a degradação de substâncias ativas em função de temperaturas e umidade relativa do ar que fiquem fora dos padrões estabelecidos pelos fabricantes. Sem esse manejo, em regiões onde as variações climáticas são intensas – como é o caso da serra gaúcha – não há como garantir que o medicamento utilizado possa estar em condições de gerar os benefícios esperados no tratamento. Sem o devido acompanhamento técnico, os resultados clínicos podem estar alterados e resultar em erros de aumento de doses, mudanças de prescrição para tratamentos mais complexos (e mais dispendiosos) e falta de controle de doenças crônicas que podem evoluir para quadros graves. Um importante aspecto organizacional para o URM é a presença de indicadores clínicos dos usuários, sua ausência desfavorece o controle das condições de saúde relacionadas²¹. Tal discussão é corroborada por LEITE *et al* (2017) quando trazem que

“[...] embora o Brasil tenha alcançado altos níveis de acesso aos medicamentos, há necessidade de empregar capacidade e recursos para melhorar os resultados, o que inclui a organização e qualificação dos serviços de dispensação como ação fundamental”¹⁶

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM)²² obteve dados que permitiram estabelecer indicadores sobre acesso e uso racional de medicamentos no Brasil e priorizar rumos estratégicos das políticas de Assistência Farmacêutica no país alinhados aos princípios e diretrizes

do SUS²³. A estratégia resultou na publicação de artigos que trouxeram diferentes faces da situação dos medicamentos na atenção básica. Costa *et al* “constatarem descumprimento de requisitos técnicos e sanitários imprescindíveis à conservação dos medicamentos que podem interferir na manutenção da estabilidade e, assim, na sua qualidade, eficácia e segurança”²⁴. Em seus achados encontraram que mais de 20% dos medicamentos estavam em contato direto com o chão ou paredes na região norte, na região nordeste somente 21,3% dos locais possuíam refrigerador/geladeira para armazenamento exclusivo de medicamentos, no Brasil apenas 26,4% dos locais têm termômetro digital (temperatura do ambiente) e 10,3% possuem higrômetro (umidade do ar)²⁴.

Existem esforços concentrados na obtenção de medicamentos nos municípios – o envolvimento de profissionais com conhecimento específico para a feitura licitações, mobilização logística para trazer esses produtos, o custo financeiro direto e indireto. A falta de gestão clínica da Assistência Farmacêutica supervisionada por profissional com qualificação na área pode gerar impacto negativo na APS. Segundo Gerlack *et al* (2016) “A gestão da AF encontra-se respaldada em um arcabouço legal e político, que deveria nortear e contribuir para melhoria da AF na APS no SUS. No entanto, há um descompasso entre os objetivos fixados por essas normativas e o que se observa na realidade”²⁵.

A liderança de gestão para segurança do paciente quando não observada na entrega de medicamentos impacta negativamente nos resultados associados. O modelo de gestão necessita estar alinhado ao uso seguro do medicamento. O acompanhamento dos indicadores clínicos dos pacientes pode impactar na segurança do paciente na APS.

O cuidado na APS utiliza-se de tecnologias leves²⁶. Grande parte do cuidado se faz com a subjetividade do usuário e do profissional do cuidado. Não há uso intensivo de aparelhos e painéis que demonstram a variação de parâmetros fisiológicos para a tomada de decisão e correção de procedimentos. Isso reforça a necessidade desses indicadores para nortear as ações na APS.

Como limitações deste estudo podemos citar que o instrumento mostra um recorte temporal das equipes que atuavam no momento da pesquisa, as conclusões do estudo estão limitadas no recorte temporal em que ele foi realizado.

As questões trazidas pela pesquisa suscitam o debate sobre como as unidades de saúde da APS têm trabalhado com suas equipes de saúde a cultura da segurança do paciente e possíveis formas futuras de trabalhar este tema.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como resultado dessa pesquisa, no contexto das unidades de saúde da APS pesquisadas, pode-se compreender que existe a importância de um compósito isolado, a importância de sua composição com os demais, a importância do entrelaçamento entre eles, bem como a importância de quem faz a costura desses retalhos. Isolados, não são cultura, são repetição. A cultura de segurança do paciente é multifatorial, complexa, construída a várias mãos, inserida em contexto social próprio, que vai muito além de *decorar* metas, passos de lavagem de mãos ou qualquer lista que possa ser criada. Essas atitudes são importantes como norteadoras de cuidado, a cultura é mais abrangente: é o olhar cuidador de cada profissional e de todos da equipe ao mesmo tempo. É a capacidade de doar o conhecimento que vem da sua atividade profissional sem que ele se sobreponha ou subponha dos demais para contribuir com o cuidado de uma pessoa. O conhecimento é construído com várias mãos, incluindo a mão do próprio paciente. A cultura de segurança do paciente deve levar em consideração as vivências, a realidade. Sistematizadas com método e rigor em cada serviço, como parte do processo de trabalho, como propõe a política nacional de educação e desenvolvimento do trabalho em saúde (PNEPS).

Como toda cultura, ela precisa ser comemorada, revisitada, revista, para assim conquistar pessoas novas e para reforçar os laços com aquelas que já andam por esse caminho. Cada retalho estudado em nossa pesquisa precisa de um cuidado diferente: o trabalho em equipe precisa ser estudado, estimulado, medido e revisitado. A pressão no trabalho dificilmente vai diminuir. O cuidado com o uso dos medicamentos pode gerar resultados clínicos, econômicos e humanísticos. A liderança pode aceitar novos desafios e assim se lançar em busca da qualidade da segurança dos indivíduos. Por fim, mas mais importante do que tudo que já foi citado,

a comunicação é o elemento essencial de todos os processos. Ela torna possível um profissional ouvir a necessidade de um usuário e mobilizar ações que melhorem a qualidade de vida de todos. Essa mesma comunicação pode fazer os profissionais trocarem ideias, experiências, sucessos e fracassos de modo a cuidar melhor da população.

7. REFERÊNCIAS

- 1 KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M. To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. Washington DC, p. 287. 2000.
- 2 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra. 2009.
- 3 MAKEHAM, M. et al. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. [S.I.]: MJA, v. 177-15, 2002.
- 4 MAKEHAM, M. et al. Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research. World Health Organization. Genebra, p. 49. 2008.
- 5 MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- 6 STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 23 novembro 2020.
- 7 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Safer Primary Care Expert Working Group. WHO. Genebra.
- 8 MARCHON, S. A Segurança do paciente na APS. [Tese]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.
- 9 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.

10 PEREIRA, L. B.; JOBIM, L.; BUENO, D. Percepção de Equipes de Saúde da Família sobre a notificação de eventos adversos a medicamentos. 4(3). ed. [S.l.]: Rev. Saúde em Redes, 2018. 49-61 p.

11 MENDES, E. V. CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Brasília: CONASS, v. I, 2015. 193 p. ISBN 978-85-8071-034-2.

12 OMS. Clean Care is Safer Care, 2005. Disponível em: <<https://www.who.int/gpsc/background/en/>>. Acesso em: 15 maio 2021.

13 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Safer Surgery. Disponível em: <<https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>>. Acesso em: 15 maio 2021.

14 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conference of Experts on the Rational Use of Drugs. Action Programme on Essential Drugs and Vaccines. The Rational use of drugs: review of major issues. Nairobi - Quênia. 1985.

15 SORATTO, J. E. A.. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 26, n. 3, 21 Setembro 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300325&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 Outubro 2020.

16 LEITE, S. E. A. Serviço de dispensação de medicamentos na Atenção Básica no SUS. Rev Saude Publica, 2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007121.pdf>. Acesso em: 08 Outubro 2020.

17 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication without harm - global patient safety challenge on medication safety. Geneva: WHO, 2017.

18 BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [S.l.]. 1990a.

19 PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. EVENTOS ADVERSOS DECORRENTES DE FALHAS DE COMUNICAÇÃO: REFLEXÕES SOBRE UM MODELO PARA TRANSIÇÃO DO CUIDADO. Revista de Enfermagem da UFSM, Santa Maria, v. 8, n. 3, p. 616-625, 2018. ISSN 2179-7692.

20 DEPALLENS, M. A.; GUIMARAES, JANE MARY DE MEDEIROS; ALMEIDA FILHO, NAOMAR. Quaternary prevention: a concept relevant to public health? A bibliometric and descriptive content analysis. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, 2020. ISSN 7. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000702002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Maio 2021.

21 SOUZA, T. T. D. MORBIDADE E MORTALIDADE RELACIONADAS A MEDICAMENTOS: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE DE ESTUDOS OBSERVACIONAIS. Curitiba: Acervo Digital - UFPR, 2013. Disponível em:

<<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/29951/R%20-%20D%20-%20THAIS%20TELES%20DE%20SOUZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 04 Maio 2021.

22 AKERMAN, M.; FREITAS, O. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. Revista de Saúde Pública, v. 51, Maio 2017.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-8787201705100supl2ed.pdf>. Acesso em: 04 Maio 2021.

23 OPAS/OMS BRASIL. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3291:pesquisa-nacional-sobre-acesso-utilizacao-e-promocao-do-uso-racional-de-medicamentos&Itemid=838>. Acesso em: 04 Maio 2021.

24 COSTA, EA et al. Situação sanitária dos medicamentos na atenção básica no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Publica, v. 51, Janeiro 2017.

25 GERLACK, L. et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. Rev Saude Publica, v. 51, 2017.

26 COELHO MO, J. M. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciência & Saúde Coletiva, n. 14, p. 1523-1531, 2009.

8. COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO A PERIÓDICO INDEXADO

Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2020-3832 Mestrado x



Ciência & Saúde Coletiva <onbehalf@manuscriptcentral.com>
para mim, rodrigospinto, denise.bueno

dom., 11 de out. 20:27 ★

inglês > português Traduzir mensagem

Desativar para: inglês x

11-Oct-2020

Dear Mrs. Silva:

Your manuscript entitled "CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE SAÚDE DA APS EM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2020-3832.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

9. ANEXOS

9.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "Percepção dos Trabalhadores da APS de Caxias do Sul sobre Segurança do Paciente", desenvolvida por Cristiane Manoela Silva, discente de Mestrado em Assistência Farmacêutica, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob orientação da Professora Dra. Denise Bueno.

O objetivo central do estudo é avaliar a percepção dos trabalhadores da APS de Caxias do Sul sobre a Segurança do Paciente.

A participação na pesquisa consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto. Os trabalhos serão transcritos e armazenados, em arquivos digitais, mas somente terão acesso a pesquisadora e sua orientadora. O tempo necessário para responder o questionário é de 20 a 30 minutos. O questionário será aplicado na reunião semanal da equipe da APS. Esta atividade será previamente agendada com a equipe de saúde, sem que haja prejuízo atendimento da população.

Sua participação é voluntária não tendo nenhum custo, o único incômodo é ter que responder as perguntas de um questionário que lhe será entregue. Esta pesquisa pode envolver o risco de quebra de confidencialidade, visto que serão utilizados dados individuais dos respondentes, porém, anonimato dos indivíduos incluídos no estudo será mantido em todas as etapas. Os indivíduos podem se recusar a participar devido constrangimento em responder ao questionário. Em qualquer momento você poderá desistir de participar, sem nenhum tipo de penalização, bastando informar sobre sua decisão. Caso você tenha dúvidas pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS pelo telefone (51) 3308-3738. Você também pode entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (51) 33082175 ou pelos e-mails cristianemanoela@gmail.com e/ou denise.bueno@ufrgs.br.

Informamos também que qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste TCLE.

Ao final da pesquisa os resultados serão divulgados em palestras e atividades dirigidas ao público participante e à comunidade acadêmica, artigos científicos e na dissertação de mestrado.

Caxias do Sul, ____ de _____ de _____.

CRISTIANE MANOELA SILVA
PPGASFAR UFRGS

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo voluntariamente em participar da pesquisa.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do(a) participante:

OBS.: Informo que este TCLE é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora e todas as páginas serão rubricadas pelo (a) participante e pela pesquisadora responsável.

9.2. Instrumento de Coleta de Dados para Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária à Saúde¹

Instruções da Pesquisa

Pense sobre a maneira como as coisas são feitas no serviço de saúde onde você trabalha e dê sua opinião sobre questões que afetam a segurança e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes.

Se uma questão não se aplica a você ou se você não sabe a resposta, por favor, marque "Não se aplica ou não sei".

Se você trabalha em mais de um serviço de saúde, ao responder esta pesquisa, responda apenas sobre o local onde você a recebeu; não responda sobre sua prática de forma geral.

Se você trabalha em um local que possui outros serviços de saúde, responda somente em relação ao seu próprio local de trabalho.

SEÇÃO A: Lista de questões sobre Segurança do Paciente e qualidade

Os itens a seguir descrevem situações que podem ocorrer em serviços de saúde, afetando a segurança do paciente e a qualidade do cuidado. Pelos seus cálculos, com que frequência os fatos listados abaixo aconteceram em seu local de trabalho NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Acesso ao cuidado	Diariamente	Pelo menos uma vez na semana	Pelo menos uma vez ao mês	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não aconteceu nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
1. Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/aguado.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Identificação do paciente 2. No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Prontuários/registros 3. O prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
4. Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Equipamento 5. Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
6. O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
7. Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Diagnósticos & testes 8. Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9. Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

SEÇÃO B: Troca de informações com outras instituições

Nos últimos 12 meses, com que frequência este serviço de saúde apresentou problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com:

	Problemas diariamente	Problema pelo menos uma vez na semana	Problema pelo menos uma vez ao mês	Vários problemas nos últimos 12 meses	Um ou dois problemas nos últimos 12 meses	Nenhum problema nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
1. Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3. Farmácias?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
4. Hospitais?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Outros? Por favor, especifique:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

SEÇÃO C: Trabalhando neste serviço de saúde

Quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações?	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1. Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3. Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
4. Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
5. Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
6. Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
7. Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
8. Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9. Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
11. Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
12. Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13. Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
14. Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
15. A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

SEÇÃO D: Comunicação e Acompanhamento

Com que frequência os fatos a seguir ocorrem neste serviço?	Nunca	Raramente	As vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica ou não sei
1. Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
2. Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
3. Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
4. Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
5. Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
6. Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
7. A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
8. A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
9. Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
10. Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
11. Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
12. Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço.	1□	2□	3□	4□	5□	9□

SEÇÃO E: Apoio de gestores/administradores/líderes

A. Você é gestor/administrador ou tem algum cargo de liderança com responsabilidade para tomar decisões financeiras pelo serviço?

1□ Sim → Vá para a **Seção F**

2□ Não → *Continue abaixo*

Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre os gestores/líderes do seu serviço?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1. Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
2. Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
3. Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
4. Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes.	1□	2□	3□	4□	5□	9□

SEÇÃO F: Seu serviço de saúde

Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1. Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
2. Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
3. Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
4. É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
5. Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
6. Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado.	1□	2□	3□	4□	5□	9□
7. Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam.	1□	2□	3□	4□	5□	9□

SEÇÃO G: Avaliação global

Avaliação global da qualidade

1. No geral, como você classificaria este serviço de saúde em cada uma das seguintes áreas de qualidade de cuidados de saúde?

		Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
a. Centrado no paciente:	É sensível as preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes.	1□	2□	3□	4□	5□
b. Efetivo:	É baseado no conhecimento científico.	1□	2□	3□	4□	5□
c. Pontual:	Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais.	1□	2□	3□	4□	5□
d. Eficiente:	Garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços).	1□	2□	3□	4□	5□
e. Imparcial:	Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de sexo, etnia, status socioeconômico, idioma etc.	1□	2□	3□	4□	5□

Avaliação geral em segurança do paciente

2. No geral, como você classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham o potencial de afetar pacientes?

Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
1□	2□	3□	4□	5□

SEÇÃO H: Questões sobre a prática profissional

1. Há quanto tempo você trabalha neste serviço?

<input type="checkbox"/> a. Há menos de 2 meses	<input type="checkbox"/> d. De 3 anos a menos de 6 anos
<input type="checkbox"/> b. De 2 meses a menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> e. De 6 anos a menos de 11 anos
<input type="checkbox"/> c. De 1 ano a menos de 3 anos	<input type="checkbox"/> f. Há 11 anos ou mais

2. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste serviço?

<input type="checkbox"/> a. 1 a 4 horas por semana	<input type="checkbox"/> d. 25 a 32 horas por semana
<input type="checkbox"/> b. 5 a 16 horas por semana	<input type="checkbox"/> e. 33 a 40 horas por semana
<input type="checkbox"/> c. 17 a 24 horas por semana	<input type="checkbox"/> f. 41 horas por semana ou mais

3. Qual é o seu cargo neste serviço? Marque UMA categoria que melhor se aplica ao seu trabalho.

<input type="checkbox"/> a. Médico	
<input type="checkbox"/> b. Enfermeiro	
<input type="checkbox"/> c. Gerência	<input type="checkbox"/> c3. Gerente de Laboratório
<input type="checkbox"/> c1. Administrador	<input type="checkbox"/> c4. Outro gerente: _____
<input type="checkbox"/> c2. Gerente de Enfermagem	
<input type="checkbox"/> d. Equipe administrativa	<input type="checkbox"/> d3. Recepção
<input type="checkbox"/> d1. Registros médicos	<input type="checkbox"/> d4. Outro cargo administrativo: _____
<input type="checkbox"/> d2. Encarregado dos agendamentos (consultas, exames, cirurgia etc.)	
<input type="checkbox"/> e. Técnico de Enfermagem	
<input type="checkbox"/> f. Outro pessoal clínico	<input type="checkbox"/> f6. Farmacêutico
<input type="checkbox"/> f1. Técnico de Laboratório	<input type="checkbox"/> f7. Psicólogo
<input type="checkbox"/> f2. Técnico em Saúde Bucal	<input type="checkbox"/> f8. Terapeuta Ocupacional
<input type="checkbox"/> f3. Odontólogo	<input type="checkbox"/> f10. Assistente Social
<input type="checkbox"/> f4. Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> f11. Agente Comunitário de Saúde
<input type="checkbox"/> f5. Nutricionista	<input type="checkbox"/> f12. Outra função: _____

SEÇÃO I: Seus comentários

Por favor sinta-se à vontade para fazer os comentários que você queira sobre segurança e qualidade assistencial no serviço onde você trabalha.

OBRIGADA POR COMPLETAR ESTA PESQUISA!

9.3. Carta de Anuência da Prefeitura



CARTA DE ANUÊNCIA

Título da Pesquisa:	PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA APS DO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE
Pesquisador:	CRISTIANE MANOELA SILVA
Orientador:	PROF.ª DRA. DENISE BUENO
Curso e Instituição:	PPG EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA/ UFRGS
Nº de Protocolo:	534/19

Em relação ao pedido de realização da Pesquisa supracitada, esta Secretaria, ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados, manifesta-se favorável à realização da mesma e autoriza a coleta de dados conforme prevista no Projeto, desde que sejam assegurados os requisitos abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466/2012 CNS/CONEP;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Além disso, é de responsabilidade do Pesquisador(a):

- 1) Entregar, **obrigatoriamente**, o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com a aprovação do Projeto antes da coleta de dados;
- 2) Fornecer uma cópia da conclusão do trabalho à Secretaria Municipal da Saúde;
- 3) Incluir o nome da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul/SMS em possíveis publicações científicas.

Caxias do Sul, 28 de maio de 2019.

Cássio de Oliveira
Cássio de Oliveira
 Gerente do NEPS
 Prefeitura Municipal de Caxias do Sul
 Secretaria Municipal da Saúde
 Cássio de Oliveira
 Gerente NEPS - Matr. 22212

Priscila de Abreu Soares da Silva
Priscila de Abreu Soares da Silva
 Diretora de Gestão, Trabalho e Educação
 Prefeitura Municipal de Caxias do Sul
 Secretaria Municipal da Saúde
 Priscila de Abreu Soares da Silva
 Matr. 22212

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS)
 Rua Marechal Floriano, 121, 6º andar - Centro - CEP: 95020-070 – Caxias do Sul/RS
 Fone: (54) 3290.4400 / 3290.4494 – E-mail: neps@caxias.rs.gov.br