



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**UFCSPA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Laura Guimarães Sandoval

**Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul**

Porto Alegre  
2021

Laura Guimarães Sandoval

**Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Carine Raquel Blatt.  
Coorientadora: Profa. Dra. Carmen Vera Giacobbo Daudt.

Linha de pesquisa: Gestão e avaliação de serviços na Estratégia de saúde da família/atenção básica.

Porto Alegre

2021

Catálogo na Publicação

Guimarães Sandoval, Laura  
SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO, RIO GRANDE DO SUL / Laura  
Guimarães Sandoval. -- 2021.  
142 f. : il., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de  
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde da Família, 2021.

Orientador(a): Carine Raquel Blatt ; coorientador(a):  
Carmen Vera Giacobbo Daudt.

1. Segurança do Paciente. 2. Cultura Organizacional.  
3. Atenção Primária à Saúde. 4. Eventos Adversos. I.  
Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados  
fornecidos pelo(a) autor(a).

Laura Guimarães Sandoval

**Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em 25 de novembro de 2021.

Banca Examinadora:

Profa. Dr<sup>a</sup> Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves  
Universidade de Passo Fundo (UPF)

Profa. Dr<sup>a</sup> Luciane Kopittke  
Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde - Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Profa. Dr<sup>a</sup> Maria Eugênia Brisolin Pinto  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Profa. Dra. Carine Raquel Blatt (Orientadora)  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Porto Alegre  
2021

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Carine Raquel Blatt, por ter me guiado a todo momento, me acolhendo nas dificuldades e incentivando sempre que necessário;

À minha coorientadora, Carmen Vera Giacobbo Daudt, pelos conhecimentos transmitidos e disponibilidade;

À Secretaria Municipal de Saúde e aos colegas de trabalho da APS do município de Passo Fundo, por terem apoiado e participado da pesquisa;

Aos meus colegas do mestrado, pela parceria e incentivo;

Aos meus pais e minhas irmãs, por sempre me incentivarem a continuar crescendo como profissional e como pessoa;

E ao meu noivo, Andrew, por acreditar no meu potencial e me apoiar a todo momento.

## RESUMO

**Introdução:** Apesar da segurança do paciente ser uma temática relativamente recente na Atenção Primária a Saúde (APS) os atendimentos realizados nesse nível de atenção crescem e aumentam em complexidade e quantidade de pacientes, tornando o número de eventos adversos frequentes. Erros de medicação, de diagnóstico e de comunicação são os eventos adversos mais frequentes neste nível de atenção. Serviços que apresentam uma cultura de segurança do paciente, na qual os profissionais da área da saúde compartilham valores, atitudes e comportamentos que afetam seu potencial de apresentar erros e gerar danos, tendem a prestar um cuidado mais seguro e efetivo aos seus pacientes. **Objetivos:** Realizar um diagnóstico da cultura de segurança do paciente na APS e propor uma formação para profissionais de saúde sobre a temática. **Desenvolvimento:** O estudo foi dividido em duas etapas. A primeira foi um estudo transversal e descritivo a partir da aplicação de um questionário com o objetivo de avaliar a cultura de segurança do paciente nos profissionais da APS do município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Nesta etapa participaram 71 profissionais (48,96% dos profissionais considerados elegíveis). O resultado médio das questões positivas foram: trabalho em equipe (83,6%), segurança do paciente e qualidade (73,0%), seguimento da assistência do paciente (68,3%), aprendizagem organizacional (68,2%), comunicação aberta (63,5%), percepção geral da segurança do paciente e qualidade (57,1%), troca de informações com outros serviços (56,4%), comunicação sobre o erro (55,0%), processo de trabalho e padronização (45,8%), treinamento da equipe de saúde (34,0%), apoio dos gestores na segurança do paciente (24,5%) e pressão no trabalho e ritmo (17,0%). A segunda etapa consistiu na elaboração de uma metodologia de oficina para profissionais de saúde sobre segurança do paciente na APS, a partir da realização de um Plano de Apoio Pedagógico e da elaboração e organização de materiais complementares. **Implicações Práticas:** A avaliação geral da cultura de segurança do paciente no município apresentou um resultado positivo, ou seja, os profissionais percebem uma cultura favorável a um cuidado seguro dos pacientes. A dimensão “treinamento em equipe” se destacou como um ponto forte na pesquisa. Alguns pontos foram identificados como fracos, sendo essa identificação o primeiro passo para o aprimoramento da segurança do paciente na APS local. **Produto:** Como produto final deste trabalho foram elaborados um artigo sobre a cultura de segurança do paciente na APS do município de Passo Fundo e uma proposta de oficina sobre segurança do paciente na APS, a qual poderá ser reproduzida no município em questão e em

diferentes municípios, com o intuito de propagar o fortalecimento da segurança do paciente a nível de Atenção Primária à Saúde no País.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente. Cultura Organizacional. Atenção Primária à Saúde. Eventos Adversos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Despite Patient Safety being a relatively recent topic in Primary Health Care (PHC), the care provided at this level of care grows and increases in complexity and number of patients, making the number of adverse events frequent. Medication, diagnostic and communication errors are the most frequent adverse events at this level of care. Services that have a Patient Safety culture, in which healthcare professionals share values, attitudes and behaviors that affect their potential to make mistakes and generate harm, tend to provide safer and more effective care to their patients. **Objective:** Carry out a diagnosis of the Patient Safety culture in PHC and propose training for health professionals on the subject. **Development:** The study was divided into two stages. The first was a cross-sectional descriptive study based on the application of a questionnaire with the aim of evaluate the Patient Safety culture in PHC professionals in the city of Passo Fundo, Rio Grande do Sul. In this stage, 71 professionals participated (48.96% of professionals considered eligible). The average result of positive questions were: teamwork (83.6%), patient safety and quality (73.0%), patient care follow-up (68.3%), organizational learning (68.2%), open communication (63.5%), general perception of patient safety and quality (57.1%), exchange of information with other services (56.4%), communication about the error (55.0%), process of work and standardization (45.8%), training of the health team (34.0%), support from managers in patient safety (24.5%) and pressure at work and pace (17.0%). The second stage consisted of developing a workshop methodology for health professionals on Patient Safety in PHC, based on a Pedagogical Support Plan and the preparation and organization of complementary materials. **Practical Implications:** The general assessment of the Patient Safety culture in the city showed a positive result, that is, professionals perceive a favorable culture for safe patient care. The “team training” dimension stood out as a strong point in the research. Some points were identified as weak, this identification being the first step towards improving patient safety in the local PHC. **Product:** As a final product of this work, an article on the Patient Safety culture in the PHC of the city of Passo Fundo was prepared, and, in addition to the elaboration of a proposal for a workshop on Patient Safety in PHC, which could be reproduced in the city in question and in different municipalities, with the aim of spreading the strengthening of Patient Safety at the level of Primary Health Care in the country.

**Keywords:** Patient Safety. Organizational Culture. Primary Health Care. Adverse Events.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Metas Internacionais de segurança do paciente.....	24
Figura 2 – Protocolos básicos de segurança do paciente no Brasil.....	26
Figura 3 – Plano de Ação Pedagógico.....	39
Quadro 1 – Percentual de respostas dos profissionais de Atenção Primária em Saúde com percepção positiva das diferentes dimensões do escopo da segurança do paciente.....	41
Quadro 2 – Correlações entre os domínios de avaliação de cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde .....	45
Quadro 3 – Parte 1 do Plano de Ação Pedagógica.....	48
Quadro 4 – Parte 2 do Plano de Ação Pedagógica.....	49
Figura 4 – Caça Palavras sobre as Metas Internacionais de Segurança.....	58
Figura 5 – Caixa de Ferramentas da segurança do paciente.....	61

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde (n=71) que responderam o questionário de cultura de segurança do paciente no município investigado.....	40
Tabela 2 - Percentual de respostas dos profissionais de Atenção Primária à Saúde com Percepção positiva para a avaliação global da qualidade e segurança do paciente.....	44

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMS	Assembléia Mundial da Saúde
ANSP	Agência Nacional de Segurança do Paciente
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAIS	Centros de Atendimento Integral a Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DGTI - SES/RS	Departamento de Gestão da Tecnologia de Informação da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
EUA	Estados Unidos da América
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EA	Eventos Adversos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
IOM	Instituto de Medicina
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MOSPSC	<i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i>
MS	Ministério da Saúde
NPS	Núcleos de Segurança do paciente
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAP	Plano de Apoio Pedagógico
PCISME	<i>Primary Care International Study of Medical Errors</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSP	Programa Nacional de Segurança do paciente
PROADI- SUS	Programa Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PSP	Planos de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RS	Rio Grande do Sul

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	16
2.1 OBJETIVO GERAL .....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	17
3.1 A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO EM SAÚDE.....	17
3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL.....	23
3.3 EVENTOS ADVERSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	28
3.4 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	30
3.5 SEGURANÇA DO PACIENTE EM PASSO FUNDO/RIO GRANDE DO SUL.....	32
<b>4. MÉTODOS</b> .....	34
4.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	34
4.2 AMOSTRA E SELEÇÃO.....	34
4.3 INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	34
4.4 VARIÁVEIS COLETADAS.....	35
4.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	36
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
4.7 ELABORAÇÃO DA OFICINA.....	37
<b>5. CARACTERIZAÇÃO DOS PRODUTOS</b> .....	40
<b>5.1 Artigo</b> .....	40
5.1.1 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	40
5.2 OFICINA.....	47
<b>5.2.1 Plano de Ação Pedagógica</b> .....	47
<b>5.2.2 Materiais da Oficina</b> .....	51
<b>5.2.2.1 Material de Apoio 1</b> .....	51
<b>5.2.2.2 Caça Palavras</b> .....	58
<b>5.2.2.3 Apresentações De Power Point</b> .....	59
<b>5.2.2.4 Brainstorm</b> .....	59
<b>5.2.2.5 Material de Apoio 2</b> .....	60
<b>5.2.3 Avaliação Final da Oficina</b> .....	61
<b>5.2.4 Aplicabilidade da Oficina</b> .....	62
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	63

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE C – APRESENTAÇÃO DE POWER POINT 1: SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS .....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE D – APRESENTAÇÃO DE POWER POINT 2: RESULTADOS DA PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS .....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (QUESTIONÁRIO).....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UFCSPA .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO C – MATERIAL DE APOIO 2: FERRAMENTAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS.....</b>	<b>89</b>

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma temática que vem sendo abordada por diversos autores e documentos há anos, com um aumento significativo dos mesmos após a publicação do documento produzido pelo Instituto de Medicina (IOM) “*To Err Is Human: Building a safer health system*”, em 1999. No entanto, estudos referentes a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) ainda são recentes e apresentam lacunas de conhecimento (HAUTON, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente está associada à redução de riscos que podem ocorrer no cuidado à saúde prestado, responsáveis por danos desnecessários, à um mínimo aceitável (WHO, 2009). Tais danos desnecessários podem ser definidos como eventos adversos (EA), ou seja, danos não intencionais que ocorrem como consequência à assistência à saúde, ocasionando incapacidade temporária ou permanente aos pacientes envolvidos (MENDES et al., 2005).

Starfield (2002) refere-se à APS como o primeiro ponto de contato dos pacientes com os serviços de saúde, dessa forma, sendo o nível de atenção à saúde mais utilizado pela população. Esse nível de atenção vem se tornando cada vez mais complexo, uma vez que os serviços ofertados aumentaram, com ampliação das atividades clínicas executadas no mesmo. Além disso, Mendes E. V. (2012) afirma que cuidados que previamente eram realizados apenas em ambiente hospitalar estão sendo transferidos para o escopo da APS, ampliando dessa forma a complexidade desse nível de assistência à saúde e, conseqüentemente, o número de eventos adversos que ocorrem a partir deste cuidado.

O relatório publicado pelo Comitê Europeu de segurança do paciente, em 2006, reforçou a necessidade de se aprimorar os estudos acerca da segurança do paciente na APS, fato que incentivou o aprimoramento dos mesmos por parte da OMS (MENDES; SOUSA, 2014). Em 2008, Makeham e colaboradores demonstraram que eventos adversos decorrentes da APS são frequentes e apresentam particularidades dependentes do ambiente de atendimento e do tipo de cuidado prestado (MAKEHAM et al, 2008).

Apesar de estudos relacionados a incidentes e eventos adversos decorrentes de déficits de segurança do paciente na APS ainda serem recentes, podemos encontrar dados em estudos realizados em ambiente hospitalar que já apontavam a prevalência de danos gerados na APS. Um exemplo é o estudo canadense, realizado em 2004, que apontava que 31% dos eventos adversos detectados em internação hospitalar ocorreram antes da admissão (BAKER et al., 2004). Segundo o documento publicado pela instituição britânica *The Health Foundation*, 1-2% das consultas realizadas no âmbito da APS podem gerar eventos adversos (THE HEALTH

FOUNDATION, 2011), sendo que dentre esses os mais comuns estão associados a erros de medicação e erros de diagnóstico (ARANAZ et al, 2008).

No Brasil, a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), publicada em 2013, foi um marco para o avanço da temática nos serviços de saúde do País. A mesma possui o objetivo de qualificar o cuidado em saúde prestado à população brasileira, promovendo e apoiando a implementação de estratégias de aprimoramento da segurança do paciente, além de incentivar a produção e difusão do conhecimento sobre o assunto tanto para profissionais da área da saúde, quanto para usuários dos serviços de saúde nacionais. A PNSP estimula o desenvolvimento de ações voltadas à segurança do paciente, tanto em serviços hospitalares, quanto em serviços de APS (BRASIL, 2014).

A cultura de segurança do paciente pode ser definida como um conjunto de competências, valores, atitudes e comportamentos, individuais e coletivos que influenciam diretamente o funcionamento de estabelecimentos de saúde e seus programas de segurança. Também é, essencialmente, uma cultura na qual os profissionais de saúde, tanto individualmente quanto em equipe, possuem um conhecimento constante do potencial que suas ações possuem de apresentar erros e gerar danos (NPSA, 2006).

Dessa forma, organizações de saúde que apresentam uma cultura de segurança do paciente positiva tendem a apresentar resultados de cuidado mais efetivos. Além disso, Pronovost et al. (2018) afirmam que avaliar a cultura de segurança do paciente em uma instituição de saúde é o primeiro passo para aprimorá-la, a partir da contextualização dos comportamentos e valores dos profissionais, para posterior planejamento de ações específicas para o mesmo ambiente.

O município de Passo Fundo, localizado no Rio Grande do Sul (RS), possui uma população de mais de 200 mil habitantes com uma cobertura de ESF de 25,65%, no entanto, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) estima que a cobertura da APS como um todo no município esteja próxima a 60% da população. O Plano Municipal de Saúde de Passo Fundo dos anos de 2018/2021 contempla como uma de suas propostas o incentivo à implementação do Núcleo de Segurança do Paciente vinculado à Vigilância em Saúde. Uma vez que, o município ainda não possui ações específicas sobre o tema em suas ações programáticas da APS.

Devido a relevância do tema para a busca de uma APS mais segura, o presente trabalho, apresentou como objetivos avaliar a cultura de segurança do paciente na APS do município de Passo Fundo, a fim de introduzir e fazer um diagnóstico da temática com os profissionais

atuantes nas equipes de saúde locais. E a partir desse diagnóstico poder definir estratégias para aprimoramento da segurança dos pacientes no escopo da APS.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL:**

Avaliar a cultura de segurança do paciente nos profissionais da APS do município de Passo Fundo e propor uma oficina sobre o tema.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

**1.** Investigar a cultura de segurança do paciente entre médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, gerentes de unidade, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que atuam nas unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Passo Fundo.

**2.** Elaborar uma metodologia de oficina de segurança do paciente na APS para os profissionais da área da saúde.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO EM SAÚDE

A ampliação do olhar para a segurança do paciente no cuidado hospitalar foi altamente influenciada pela publicação do relatório “*To Err Is Human: building a safer health system*”, do IOM dos Estados Unidos da América (EUA). Esse relatório apontou o grande número de casos de erros médicos, definido por eles como a falha em completar ações programadas ou o uso de ações incorretas para atingir um objetivo de cuidado, que ocorriam no sistema de saúde americano. Na época, o relatório apontou que em torno de 44.000 a 98.000 pessoas morriam por ano em hospitais como consequência desses erros, sendo que desses cerca de 50% eram erros que poderiam ter sido evitados. Uma das principais conclusões desse documento foi que a maioria dos erros médicos estavam associados a um conjunto de ações errôneas que aconteciam no cuidado à saúde, como erros nos sistemas, processos e condições de trabalho. Dessa forma apontando que a mudança no grande número de mortes hospitalares ocasionadas por erros não poderia se modificar apenas com a culpabilização de indivíduos, e sim com a intervenção nos diferentes níveis de cuidado e diferentes ações que ocorrem no cuidado à saúde, afim de formar um sistema de saúde mais seguro como um todo para o paciente (IOM, 1999).

Após essa publicação, o assunto referente à segurança do paciente se tornou tema central de diversas pesquisas em diferentes países, com o foco principal os eventos adversos e erros médicos em âmbito hospitalar. A Assembleia Mundial da Saúde (AMS), o órgão decisório superior da OMS, publicou em 2002 o relatório “Qualidade do Cuidado: Segurança do Paciente”, um documento que apontou novos estudos relacionados à segurança do paciente e analisou os dados referentes a eventos adversos nos sistemas de saúde de países, como EUA, Austrália, Reino Unido e Dinamarca. Todos apresentando um grande número de eventos adversos em ambiente hospitalar, gerando um elevado custo para seus sistemas de saúde locais. O relatório frisou a importância de se realizar pesquisas e protocolos para segurança do paciente também em países subdesenvolvidos e/ou em desenvolvimento, uma vez que nesses países encontram-se muitos ambientes de saúde com infraestrutura deficitária, além de baixo investimento em equipamentos, medicamentos e medidas de controle de infecção confiáveis. Na época do documento, ele já citava que erros e eventos adversos também ocorrem em ambientes de assistência primária à saúde, porém reforçava a relevância do foco no ambiente hospitalar, devido ao

grande número de eventos adversos graves e o alto custo envolvido com o mesmo (WHO, 2002).

Seguindo essa linha, em 2004, a AMS aprovou a criação de uma aliança internacional, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, objetivando o desenvolvimento de políticas mundiais responsáveis por aprimorar o cuidado aos pacientes nos diferentes níveis de atenção à saúde, favorecendo as normas e práticas relacionadas ao tema. Este grupo desde então vem trabalhando em ferramentas para avaliações de pesquisas, identificação de soluções para problemas relacionados a segurança do paciente, além de lançar campanhas sobre a temática denominadas “Desafios Globais para a Segurança do Paciente” (MARCHON; MENDES, 2014). Estes desafios tiveram como sua primeira campanha, em 2005, o tema “Cuidado Limpo é Cuidado mais Seguro”, no qual a área trabalhada foi a infecção relacionada ao cuidado em saúde. A campanha estabeleceu o manual para higienização das mãos, com informações simples e claras sobre a técnica correta de higienização das mãos (PITTET et al., 2006). O segundo desafio global lançado, em 2008, denominado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, focou nas práticas e fundamentos da segurança cirúrgica, com a criação de um *checklist* da cirurgia segura. O objetivo principal era a redução na taxa de mortalidade e complicações pós-cirúrgicas ocasionadas por EA evitáveis (OMS, 2009). A terceira campanha mundial, lançada em 2017, abordou o tema do uso seguro de medicamentos com o título “Medicação sem Danos”. A partir da análise do grande número de erros relacionados a medicamentos nos EUA, afetando aproximadamente 1,3 milhões de pessoas ao ano no país, e do elevado custo associado a tais erros, estimado em torno de 1% das despesas em saúde globais, a OMS lançou o desafio de reduzir em 50% os eventos adversos evitáveis a nível mundial em cinco anos. A estratégia visa abordar as diferentes etapas relacionadas a medicação na assistência em saúde, sendo as mesmas: prescrição, distribuição, administração, monitoramento e utilização (SHEIKH et al., 2017).

Com o crescimento de pesquisas nessa área e o surgimento de diferentes termos e conceitos utilizados mundialmente, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente desenvolveu o documento “Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*)”. Esse documento possui o objetivo de demonstrar a taxonomia referente ao assunto e também auxiliar no desenvolvimento do raciocínio a respeito da relação entre causa e consequência dos incidentes, facilitando a realização de ações que venham a prevenir os mesmos. A ICPS

é considerada dinâmica e é atualizada conforme aumentam os estudos a respeito do tema. Atualmente, composta por dez classes, sendo elas: (WHO, 2009)

1. Tipos de incidentes;
2. Consequências para o paciente;
3. Características do paciente;
4. Características do incidente;
5. Fatores contribuintes/perigos;
6. Consequências organizacionais;
7. Detecção;
8. Fatores atenuantes do dano;
9. Ações de melhoria;
10. Ações para reduzir o risco.

É importante, para melhor compreensão da temática, ressaltar algumas das definições propostas pela OMS na ICPS, como segurança do paciente ser considerada a redução máxima do risco de dano desnecessário ao paciente no cuidado em saúde. Ou seja, a promoção da diminuição do número de incidentes evitáveis que ocorrem na assistência. Os incidentes, podem ser oriundos de atos intencionais, denominados violações, ou de atos não-intencionais, considerados erros. Estes, por sua vez, são classificados como: Circunstância Notificável, quando são incidentes que ocorrem com potencial para gerar dano ou lesão; “*Near Miss*”, nos casos de incidentes que não chegam a atingir o paciente; Incidente sem Dano, quando o erro atinge o paciente, porém não causa dano; e Incidente com Dano ou Evento Adverso, nos casos de incidentes que atingem o paciente e resultam em dano ou lesão ao mesmo (WHO, 2009).

Os sistemas de saúde, em todos seus níveis de atenção, trabalham com o objetivo de prover o melhor cuidado possível a seus pacientes, porém incidentes podem ocorrer em qualquer ambiente de trabalho. Uma vez que, EA em ambientes hospitalares tendem a gerar danos graves e de alto custo ao serviço de saúde, inicialmente, pode-se verificar um maior número de estudos sobre segurança do paciente nesse nível de atenção. Porém, a ampliação da APS e o aumento do número de pacientes atendidos gerou uma ampliação do escopo da segurança do paciente também para esse nível de atenção à saúde (WHO, 2016).

A APS é considerada o primeiro ponto de contato dos pacientes dentro do sistema de saúde, sendo essa atenção um de seus atributos essenciais. Dessa forma, esse nível de atenção à saúde é responsável pelo atendimento de uma grande parcela da população, abordando uma série muito mais ampla de problemas de saúde quando comparado com a atenção subespecializada (STARFIELD, 2002). Na APS, os profissionais da área da saúde atendem uma variedade de problemas, sendo os mesmos, problemas agudos, crônicos e principalmente, novas queixas em pacientes que já realizam atendimento a longo prazo. Esses são outros atributos essenciais da APS, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado em saúde (TASCA et al., 2020). Por fim, o último atributo essencial da APS é a coordenação do cuidado, no qual os profissionais desse nível de atenção à saúde possuem uma familiaridade com seus pacientes, conhecendo seus diferentes aspectos biopsicossociais e auxiliando na organização de seu cuidado em saúde quando os mesmos necessitam acompanhar com diferentes especialidades médicas (STARFIELD, 2002). Todas essas características do serviço de atendimento primário são responsáveis pelo aumento progressivo de sua complexidade e, assim, dos riscos e eventos adversos associados a esse cuidado (MENDES E. V., 2012).

Algumas características presentes no atendimento realizado na APS, como prevalência elevada de pacientes com problemas de saúde crônicos, dificuldade de comunicação com serviços de atendimento secundário e terciário e tempo de consulta reduzido devido à elevada demanda de pacientes, são apontadas como potenciais riscos para EA nesse nível de cuidado (LANG et al., 2016). Dessa forma, o grande número de pacientes atendidos e a variedade de serviços oferecidos na APS, proporcionam um alto potencial para incidentes na mesma. Assim, uma APS de qualidade e segura pode diminuir a ocorrência de eventos adversos de seus usuários, porém uma APS insegura pode aumentar o número de hospitalizações desnecessárias, além de aumentar o número de incidentes com alto potencial de dano (WHO, 2016). O estudo espanhol, publicado em 2008, corrobora essas informações ao demonstrar que a prevalência de eventos adversos na APS, encontradas após a revisão de quase 100.000 consultas realizadas em centros de atenção primária foi de 18,63%, sendo que desses 7,3% foram considerados EA graves e 5,8% dos casos resultaram em internações hospitalares para realização de tratamentos de suporte de vida (ARANAZ et al., 2008).

A Agência Nacional de Segurança do Paciente (ANSP) é uma organização vinculada ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) da Inglaterra, responsável pela monitorização de EA nos cuidados em saúde do país. Iniciou em 2001 com pesquisas

voltadas a área hospitalar, criando em 2003 um guia para aprimoramento da Segurança do Paciente “Sete Passos para Segurança do Paciente” (LEWIS; FLETCHER, 2005). Em seguida, após uma necessidade do próprio sistema de saúde inglês, que possui uma orientação para a APS, a ANSP lançou o documento “Sete Passos para uma Atenção Primária Segura”. Nesse guia, a organização afirma que devido ao grande número de pessoas que utilizam a APS, na Inglaterra, esse nível de cuidado se torna responsável por uma grande variedade de procedimentos e atividades relacionadas ao cuidado em saúde, além de trabalhar com equipes multiprofissionais, transição do cuidado de um nível de saúde para outro, e abordar pacientes com múltiplas comorbidades e diferentes níveis de complexidade (NPSA, 2006).

O documento “Sete Passos para uma Atenção Primária Segura” apresenta um guia prático para ser aplicado na APS, abordando sete áreas essenciais para realização de atividades de aprimoramento da segurança do paciente. Os sete passos são: Construção de uma cultura de segurança do paciente; Liderança e trabalho em equipe; Integração das atividades de controle de riscos; Promoção de relatórios na APS; Comunicação e envolvimento com pacientes e com o público; Compartilhamento e aprendizado de lições de segurança; Implantação de soluções para prevenir o dano (NPSA, 2006).

Desde o ano de 2006, o Comitê Europeu de Segurança do Paciente passou a reconhecer esta área como uma das dimensões associadas a qualidade em saúde, sendo essa em todos seus níveis de atenção, incluindo a promoção e prevenção de saúde até tratamento e recuperação da doença (SOUSA, 2006). Essa necessidade de avaliar e promover a segurança do paciente, também, no âmbito da APS foi demonstrada na revisão sistemática de Makeham e colaboradores de 2008, publicada pela OMS, a respeito dos métodos utilizados para estudos da segurança do paciente na APS e os tipos de eventos adversos mais frequentes nesse nível de cuidado. Na época o artigo concluiu que os estudos referentes à segurança do paciente na APS ainda se encontravam em uma fase inicial, necessitando de mais pesquisas com esse foco (MAKEHAM et al., 2008).

Com esse mesmo enfoque, a Organização das Nações Unidas (ONU) busca promover, dentro dos objetivos de desenvolvimento sustentável, uma Saúde de Qualidade, a qual pode ser atingida por meio de cobertura universal à saúde, acesso aos serviços e a existência de uma APS segura, sendo essas metas essenciais em nível global (BRASIL, 2018). Dessa forma, em 2012, a OMS, organizou o grupo “*Safer Primary Care Expert Working Group*” para estudar especificamente os riscos envolvidos no cuidado do paciente na APS, a proporção e a natureza dos EA passíveis de prevenção nesse nível de

cuidado, além dos mecanismos de segurança existentes para aplicação na mesma (MARCHON; MENDES, 2014).

O “*Safer Primary Care Expert Working Group*” contou com a participação de membros de seis diferentes regiões do mundo, e após um encontro realizado em Genebra, debateram sobre as evidências existentes até o momento a respeito do escopo da segurança do paciente na APS, identificando que incidentes passíveis de dano são frequentes nesse nível de atenção à saúde, apresentando riscos específicos relacionados a realidade e ao processo de trabalho dessa área. A partir disso, definiram algumas metas, como a importância do reconhecimento de uma APS não segura, a necessidade de compartilhamento entre diferentes países e pesquisadores sobre instrumentos e ferramentas para melhoria da mesma, com foco em propostas práticas, além de sugerirem a necessidade de criação de um protocolo de ação, com a possibilidade de adaptação conforme a realidade de cada sistema de saúde local (CRESSWELL et al., 2013).

A “Série Técnica sobre Atenção Primária mais Segura”, lançada em 2016 pela OMS (WHO, 2016) foi um reflexo das ações desse grupo de trabalho, o qual compilou nove documentos que englobam tópicos essenciais dentro do escopo da APS mais segura. Sendo eles:

- Pacientes
  1. Envolvimento dos Pacientes
- Profissionais de Saúde
  2. Educação e Treinamento
  3. Fatores Humanos
- Processos de Cuidado
  4. Erros Administrativos
  5. Erros Diagnósticos
  6. Erros de Medicação
  7. Multimorbidade
  8. Transição de Cuidado
- Ferramentas e Tecnologias
  9. Ferramentas Eletrônicas

A partir dessas temáticas delimitadas, é possível encontrar hoje diferentes estudos a respeito de eventos adversos que permeiam esses tópicos, além de estudos que buscam

identificar pontos para aprimoramento dentro de cada área, com o objetivo de uma melhoria global da segurança do paciente na APS (PROADI-SUS, 2018).

Outra repercussão do trabalho desse grupo da OMS foi o incentivo às pesquisas que avaliam os custos de uma APS insegura, um exemplo disso é o relatório publicado em 2018, pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que traz informações sobre os gastos relacionados a recursos desperdiçados em decorrência de erros no cuidado em saúde (AURAAEN; SLAWOMIRSKI; KLAZINGA, 2018).

Em países de média e baixa renda, se estima que em torno de 60% dos óbitos que ocorrem devido a erros de assistência, tem origem no nível de atenção primário. Ao relacionar a prevalência de erros que ocorrem devido a práticas de cuidado inseguros com recursos desperdiçados, a OCDE demonstra em seu relatório, que países em desenvolvimento perdem em produtividade anual de US\$ 1,4 a 1,6 trilhões. Além disso, estimam que na APS os custos com esses recursos desperdiçados cheguem a 2,5% do gasto total em saúde. O relatório também aponta que erros na APS, muitas vezes resultam em hospitalizações, sendo que nos países da OCDE estas chegam a 7 milhões de admissões ao ano (AURAAEN; SLAWOMIRSKI; KLAZINGA, 2018).

O relatório propõe medidas para melhoria da segurança do paciente nos serviços de saúde, demonstrando a relevância financeira do aprimoramento da temática na APS, uma vez que apesar de existir um custo para a implementação de um cuidado mais seguro, a longo prazo esse investimento não só poderá reduzir o número de EA na APS como também reduzir custos associados a tais erros (AURAAEN; SLAWOMIRSKI; KLAZINGA, 2018).

Além disso, um estudo publicado em 2014 estimou que as doenças decorrentes de eventos adversos se encontram na posição 14º no ranking de carga global de doenças (JHA et al., 2014), comparável a posição de doenças como tuberculose e malária. Em torno de 30-50% desses casos são originados de erros na APS devido à alta demanda de pacientes nessa área (NORC, 2017).

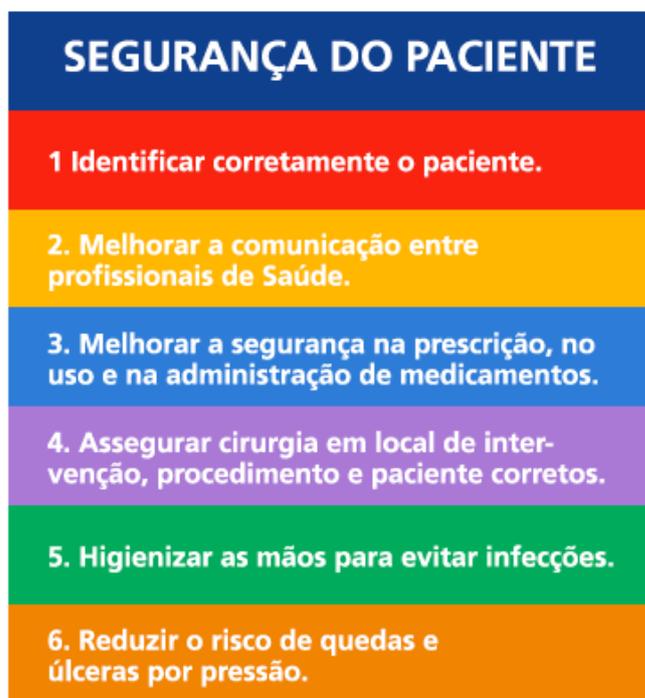
### 3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi criada em 1999 com o objetivo de garantir a segurança e eficácia dos serviços de saúde e de tecnologias incorporadas ao mesmo, em âmbito nacional (BRASIL, 1999a). Sendo, dessa

forma, um órgão regulador, que segue os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo e protegendo a saúde da população, de forma coordenada com os estados e municípios do país, para aprimorar a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 1999b).

Desde a sua criação, a ANVISA vem trabalhando com atividades voltadas à Segurança do Paciente em serviços de saúde do Brasil, tendo incorporado, em 2007, à suas ações, as Metas Internacionais de segurança do paciente. Estas metas foram elaboradas pela organização “Joint Commission International” (JCI) em parceria com a OMS com o objetivo de incentivar o planejamento de ações que aprimorassem a segurança do paciente, podendo ser visualizadas na Figura 1. Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS) também alinhou suas estratégias de atuação com a OMS, aderindo aos desafios globais para a segurança do paciente propostos pela mesma (BRASIL, 2017a).

Figura 1 – Metas Internacionais de segurança do paciente



Fonte: BRASIL, 2014.

Em 2011, a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, regulamentou as boas práticas nos serviços de saúde nacionais, definindo em seu artigo 8º, oito estratégias voltadas à segurança do paciente, relacionadas a identificação adequada dos pacientes, higienização das mãos, prevenção de eventos adversos na assistência à saúde, segurança cirúrgica, segurança na administração de medicamentos e

hemocomponentes, prevenção de quedas e úlceras por pressão nos pacientes e estímulo a participação do paciente na sua assistência (BRASIL, 2011).

Apesar desses avanços citados, o grande marco da segurança do paciente nos serviços de saúde do país ocorreu em 2013, com a publicação da Portaria nº 529, a qual instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de aprimorar e qualificar o cuidado prestado à saúde da população em todos os serviços de saúde nacionais (BRASIL, 2013a). Apresentando, em seu artigo 3º, cinco objetivos a serem alcançados:

- I - Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas de 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;
- V - Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013a).

De forma complementar à Portaria, no ano de 2013 a ANVISA publicou a RDC nº 36, com o objetivo de instituir ações e definir conceitos para o aprimoramento da segurança do paciente e da qualidade dos serviços de saúde. Ressaltando pontos como a implantação, de forma obrigatória, dos Núcleos de Segurança do Paciente (NPS) e dos Planos de Segurança do Paciente (PSP) nos serviços de saúde nacionais. Além disso, ressaltou o dever desses serviços de trabalhar com prevenção de incidentes, monitoramento dos mesmos e criação de estratégias para redução e notificação dos EA. As notificações são realizadas de forma sigilosa ao Serviço Nacional de Vigilância Sanitária e também podem ser realizadas por cidadãos que não trabalham nos serviços, como pacientes, familiares e cuidadores (BRASIL, 2013b). Ainda em 2013 o MS publicou duas portarias que definem protocolos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde: Cirurgia Segura; Prática de Higiene das mãos e úlcera por Pressão; Prevenção de Quedas; Identificação do Paciente; e Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d).

A partir da implementação desse conjunto de portarias e resoluções o MS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a ANVISA, afim de promover essas práticas de segurança em nível nacional, organizou os protocolos básicos para a segurança do paciente (Figura 2), seguindo as seis Metas Internacionais definidas pela OMS. O objetivo é que os serviços de saúde nacionais aderissem aos protocolos de acordo com

suas particularidades de trabalho, utilizando-se das mesmas como guias para uma prática de cuidado em saúde mais seguro. Os protocolos reforçam a importância do trabalho em equipe e comunicação entre os profissionais no aprimoramento da segurança dos usuários nos diferentes níveis de atenção à saúde (Brasil, 2015).

Figura 2 – Protocolos básicos de segurança do paciente no Brasil



Fonte: Portaria GM/MS n. 529/13 e RDC n. 36/13.

O PNSP publicado em 2013 aborda de forma abrangente a segurança do paciente no país, incluindo a APS como campo de qualificação do cuidado em saúde. (BRASIL, 2013a).

O estudo publicado por Mendes W. et. al em 2009 foi um dos primeiros a avaliar a realidade da segurança do paciente no Brasil. O mesmo avaliou a ocorrência de eventos adversos em três hospitais-escolas do estado do Rio de Janeiro, apontando que a taxa de incidência de EA era de 7,6%, dado similar a realidade encontrada em estudos

internacionais, no entanto, a ocorrência de EA evitáveis encontrados foi de 66,7%, valor elevado quando comparado com os mesmos dados (MENDES W. et al., 2009).

No âmbito da avaliação da APS, o estudo observacional, descritivo e prospectivo, realizado por Marchon et al. (2015), avaliou em 13 Unidades de Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro, a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde de APS brasileira por meio da aplicação do questionário *Primary Care International Study of Medical Errors* (PCISME). Como resultados, identificou uma taxa de incidência de todos os incidentes ocorridos em um período de cinco meses de 1,11%. Destes, 0,9% foram incidentes que causaram dano ao paciente (MARCHON et al., 2015). Em um estudo australiano, que realizou a aplicação do mesmo questionário, a taxa de incidência de erros foi de 0,24% (MAKEHAM et al., 2002). O estudo brasileiro também identificou que o principal tipo de erro foram os erros administrativos, e como fatores contribuintes para o erro, pode-se verificar falhas na comunicação (53% dos casos) e falhas no cuidado (34% dos casos). Dessa forma, a pesquisa concluiu que apesar da APS no Brasil lidar com casos de menor complexidade, os incidentes que ocorrem nesse nível de atenção apresentam um alto índice de dano, uma vez que nesse estudo 82% dos incidentes relatados geraram algum tipo de dano ao paciente (MARCHON et al., 2015).

Em 2017, o MS aprovou a revisão das diretrizes organizacionais da APS no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 2.436: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Nesta, a temática da segurança do paciente é parte das atribuições de todos os profissionais que atuam na APS. Além disso, como parte do processo de trabalho, as equipes devem implantar estratégias de segurança do paciente tais como, proporcionar práticas assistenciais seguras, envolver os usuários no sistema na segurança, criar mecanismos para evitar eventos adversos, realizar planos locais de segurança do paciente e fornecer um cuidado centrado na pessoa, de forma integral (BRASIL, 2017b).

Alguns projetos nacionais com foco na segurança do paciente na APS surgiram nos últimos anos. O Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS), foi criado em 2009, liderado pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fiocruz, voltando-se a produção e disseminação de conhecimento e tecnologias para aprimoramento da qualidade em saúde e da segurança do paciente. Em 2018, foi responsável pela tradução de um dos documentos da série técnica da OMS: “Erros de Medicação: Série Técnica sobre Atenção Primária mais Segura” (PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ, 2009). Outro exemplo, é o projeto que vem sendo desenvolvido desde 2018 pelo Hospital Moinhos de

Vento, em Porto Alegre/RS, em parceria com o MS e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), denominado: Segurança do Paciente na Atenção Primária a Saúde. O projeto faz parte do Programa Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) e vem desenvolvendo capacitações aos profissionais da APS do país a respeito da temática (PROADI-SUS, 2018).

### 3.3 EVENTOS ADVERSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Uma revisão sistemática realizada por Makeham et al. (2008) aponta os erros de medicação e de diagnóstico como as principais causas de incidentes e eventos adversos na APS. Os estudos analisados nessa revisão apresentaram uma frequência de incidentes relacionados a medicamentos que variou de 13% a 53% e erros de diagnóstico que variaram de 26% a 57%. Os erros administrativos, relacionados a organização do serviço também foram relevantes, variaram de 9% a 56%. Outra revisão sistemática também constatou que os eventos adversos mais frequentemente encontrados na APS são os associados a erros de medicação e erros de diagnóstico. Dentre esses erros identificados, alguns estudos apontaram que 42% a 60% dos mesmos foram considerados danos gerados por incidentes evitáveis (MARCHON; MENDES, 2014).

Além dessas principais causas, ambas as revisões apontaram como fatores contribuintes para incidentes na APS o erro ocasionado por falha na comunicação, tanto na comunicação interprofissional, quanto na comunicação dos profissionais com os usuários (MAKEHAM et al., 2008; MARCHON; MENDES, 2014).

Um estudo prospectivo realizado na França, no ano de 2013, apontou que em torno de 2% das consultas realizadas na APS no país geraram algum tipo de evento adverso, e desses eventos identificados a maior parte era passível de prevenção. Outro dado importante do estudo foi que durante a análise inicial dos dados coletados com os médicos generalistas entrevistados, mais da metade dos incidentes reportados pelos mesmos não foram considerados eventos adversos, apontando a dificuldade de compreensão dos profissionais da APS a respeito da temática (MICHEL et al. 2017).

Em 2015, um estudo realizado em países da América Latina, incluindo o Brasil, analisou o panorama dos eventos adversos com foco nos serviços de APS. Nesse estudo, os pesquisadores apontaram que os EA mais prevalentes no âmbito da APS estão relacionados a erros de medicação, incluindo prescrição dos mesmos, erros de diagnóstico e erros ocasionados pela comunicação médico-paciente. O estudo também ressalta que

desses erros, os relacionados a comunicação em sua grande maioria poderiam ser considerados evitáveis (MONTSERRAT-CAPELLA et al., 2015).

Outra revisão sistemática, publicada em 2018, apontou que os eventos adversos mais comumente encontrados na APS estão diretamente relacionados a erros de diagnóstico e tratamento, erros de comunicação e déficits na relação médico-paciente (LAWATI et al., 2018).

Uma revisão sistemática e meta-análise, publicada em 2015, avaliou 75 diferentes estudos, comparando a associação de multimorbidades com segurança do paciente. A mesma identificou que pacientes com multimorbidades físicas e mentais apresentavam um risco aumentado para incidentes em nível de APS e também um aumento nos fatores predisponentes de incidentes. Por outro lado, pacientes com multimorbidades apenas físicas apresentaram um aumento apenas no risco de incidentes não sendo encontrada associação com fatores predisponentes de incidentes. A mesma pesquisa identificou associação das multimorbidades com aumento no risco de erros de prescrição e erros de diagnóstico (PANAGLOTI et al., 2015).

A OMS, financiou em 2015, uma revisão sistemática para investigar a frequência de incidentes que ocorrem na APS e os danos resultantes do mesmo, a fim de elaborar ferramentas para prevenção e redução dos impactos desses danos. Essa pesquisa, avaliou nove revisões sistemáticas e mais de 100 estudos realizados em diversos países, sendo a maioria dos EUA, Canadá e Reino Unido. Como conclusões apontou que na APS ocorrem aproximadamente 2-3 incidentes a cada 100 consultas realizadas, sendo que desses em torno de 4% são incidentes que geram eventos adversos. Além disso, também relatou que os erros mais passíveis de danos são os relacionados a diagnóstico e tratamento, sendo dessa forma, as áreas que necessitam uma atenção quando pensamos em segurança do paciente na APS (PANESAR et al., 2015).

Em relação a percepção dos eventos adversos na visão dos pacientes, Lang et al. (2016), por meio de uma revisão sistemática, avaliaram 19 estudos, sendo que desses, 68% foram realizados nos EUA. Foram identificados dois principais grupos responsáveis por EA. O primeiro, classificado como aspectos médicos técnicos, incluindo erros de diagnóstico, de tratamento e medicamentosos. O segundo, relacionado a problemas de organização e qualidade dos serviços de saúde.

Os erros dos aspectos médicos técnicos são geralmente o foco das campanhas realizadas para aprimoramento da segurança do paciente na APS. Nos problemas de organização e qualidade do serviço os pacientes identificaram os déficits na relação

médico-paciente, as dificuldades de coordenação, acesso e comunicação. Os estudos qualitativos inclusos na revisão sistemática apontaram que esse segundo grupo está diretamente relacionado à sensação de insegurança do paciente perante seu atendimento (LANG et al., 2016).

Esses diferentes estudos, seja pela avaliação dos profissionais da área da saúde, seja pela dos pacientes, tendem a concordar com as principais causas de eventos adversos no escopo da APS, sendo eles os erros de diagnóstico e erros de medicação. Além disso, apontam que fatores como relação médico-paciente, comunicação e organização dos serviços de saúde apresentam um grande impacto na segurança do paciente na APS (MAKEHAM et al., 2008; MARCHON; MENDES, 2014; MONTSERRAT-CAPELLA et al., 2015; LANG et al., 2016).

### 3.4 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Fatores associados à comunicação, tanto entre profissionais da área da saúde e usuários do sistema de saúde, quanto entre os profissionais atuantes dentro de um mesmo serviço, estão diretamente relacionados a ocorrência de EA. Dessa maneira, a comunicação é um tópico relevante para o aprimoramento da segurança do paciente na APS. Uma revisão sistemática, de 2014, aponta que a interação e a colaboração dos profissionais de uma organização de saúde, fazem parte da cultura de segurança desse mesmo serviço (VERBAKEL et al., 2014). A cultura de segurança do paciente pode ser definida como o compartilhamento dentro de uma organização de atitudes, valores, comportamentos, competências e percepções (LAWATI et al., 2018).

A qualidade da atuação dos profissionais de saúde, e ou de uma organização de saúde, no atendimento à população, pode ser influenciada positivamente pelo incentivo a notificação aberta e análise de situações que desencadearam erro ou dano. Assim, uma cultura voltada à segurança do paciente na APS tende a auxiliar no aprimoramento dos serviços ofertados e no planejamento de ações em saúde que valorizem um atendimento e uma gestão capazes de gerar o mínimo de dano possível a população atendida (NPSA, 2006).

O *Canadian Safety Institute*, publicou em 2008, o documento denominado *The safety competencies: enhancing patient safety across the health professions*, com o objetivo de identificar habilidades e atitudes, relacionadas à segurança do paciente, necessárias aos profissionais de saúde e promover conhecimento sobre o assunto de forma clara, ampla e interprofissional. A partir disso, apresentaram competências que se

interconectam em seis diferentes domínios. Sendo os mesmos: Contribuir para uma cultura de segurança do paciente; Trabalhar em equipe pela segurança do paciente; Comunicar-se de modo eficiente para a segurança do paciente; Gerenciar os riscos de segurança; Otimizar fatores humanos e ambientais; Reconhecer, responder e revelar eventos adversos (CPSI, 2008)

No Brasil a temática da cultura de segurança do paciente permeia diversos pontos da PNSP, além de ser apresentada em seu artigo 4º, por meio da delimitação de cinco características organizacionais da mesma (BRASIL, 2013a) sendo elas:

- I. Cultura na qual os trabalhadores se responsabilizam por sua própria segurança e pela segurança daqueles que os rodeiam (pacientes, colegas, familiares);
- II. Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras;
- III. Cultura que incentiva e recompensa a identificação, notificação e resolução dos problemas relacionados à segurança do paciente;
- IV. Cultura que promove o aprendizado a partir dos incidentes;
- V. Cultura que proporciona a possibilidade de manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013a).

Torna-se de extrema importância para os serviços de saúde abordar e aprimorar a cultura de segurança do paciente na APS, com o objetivo de reduzir erros e tensões entre os profissionais e os usuários desse nível de cuidado, a partir da capacitação dos mesmos para o reconhecimento e gerenciamento adequado de possíveis EA. Além disso, dentro de uma cultura de segurança do paciente positiva, trabalhar a não culpabilização associada ao erro, afim de propiciar o aprendizado a partir do erro, ao invés da punição sem discussão e sem espaço para crescimento. Reforçando que a segurança do paciente não depende apenas de um profissional responsável pelo atendimento no momento, ou apenas de uma categoria profissional, mas de processos de trabalho, os quais envolvem mudanças em nível institucional (BARROSO; MENDES, 2014; MESQUITA et al., 2016).

Atualmente, alguns fatores são considerados essenciais na abordagem do tema, como a comunicação entre os profissionais de saúde, entre si e com a gestão, o comprometimento dentro do trabalho em equipe, e a liderança e o envolvimento com a qualidade da assistência. Para avaliar tais medidas existem questionários validados internacionalmente, específicos para o ambiente de trabalho da APS. Dentre eles, o SCOPE - *Primary Care Survey*, é identificado como um dos instrumentos mais apropriados para avaliação da cultura de segurança do paciente. No entanto, esse questionário ainda não possui validação no Brasil (DESMEDT et al., 2017).

A revisão sistemática de Lawati et al. (2018) também demonstra que um dos primeiros passos para aprimoramento é a avaliação e mensuração da cultura de segurança

do paciente entre os profissionais de saúde atuantes na APS. Ao mesmo tempo, afirma que uma das principais ferramentas para realizar essa avaliação é o questionário *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), uma vez que o mesmo identifica em nível individual, de equipe e de organização áreas para aprimoramento. A mesma revisão também sugere que essa avaliação da cultura de segurança do paciente deve ser feita de forma sistemática, a fim de monitorar a efetividade das medidas (LAWATI et al., 2018).

### 3.5 SEGURANÇA DO PACIENTE EM PASSO FUNDO/RIO GRANDE DO SUL

Passo Fundo é um município localizado no Planalto Rio-grandense, considerado o terceiro maior polo de saúde da Região Sul do País. Possui uma população estimada de 206.103 habitantes, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes à 2021, e pertence a 6ª Coordenadoria Regional de Saúde. Em relação a estrutura da APS, o município possui 35 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que dentre essas 19 estão vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além disso, o município também possui cinco Centros de Atendimento Integral a Saúde (CAIS), que são estruturas de saúde que foram inicialmente delineadas para realizar um atendimento secundário à saúde, porém auxiliam as áreas que ainda não possuem cobertura de APS, realizando atendimentos clínicos e de demanda espontânea aos pacientes.

Segundo dados coletados no Departamento de Gestão da Tecnologia de Informação da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (DGTI - SES/RS, 2017), Passo Fundo apresenta atualmente uma cobertura de ESF de 25, 65%, no entanto, a SMS estima que a cobertura da APS como um todo no município esteja próxima a 60% da população, considerando todos os serviços do município que realizam esse tipo de atendimento. Tasca et al. (2020) afirmam que a ESF é o modelo de trabalho mais efetivo para o funcionamento adequado dos serviços da APS, sendo necessário a expansão e consolidação do mesmo dentro desse nível do sistema de saúde.

O Plano Municipal de Saúde de Passo Fundo dos anos de 2018/2021 contempla em uma de suas propostas o incentivo à implementação do Núcleo de Segurança do Paciente vinculado à Vigilância em Saúde. Uma vez que, o município ainda não possui ações específicas sobre o tema em suas ações programáticas da APS, se torna de extrema importância promover ações de segurança do paciente entre as equipes de atenção primária do município. Dessa forma, é possível que os profissionais da APS possam diminuir o risco de eventos adversos em seus ambientes de trabalho, trabalhando com

ferramentas específicas para redução dos mesmos e promovendo uma cultura de segurança do paciente positiva.

## 4. MÉTODOS

Este estudo foi realizado em duas etapas. A primeira constituiu-se de um estudo transversal e descritivo, que visou a aplicação de um questionário com o objetivo de avaliar a cultura de segurança do paciente nos profissionais da Atenção Primária à Saúde do município de Passo Fundo. A segunda etapa compreendeu a elaboração de uma metodologia de oficina sobre segurança do paciente na APS, com o objetivo de futuramente aplicar a mesma no município estudado, apresentando os dados obtidos na primeira etapa para os profissionais de saúde e apresentando ferramentas para aprimoramento da segurança do paciente no contexto das equipes de saúde municipais.

### 4.1. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para a avaliação da cultura de segurança do paciente na APS (etapa 1) a população do estudo englobou os profissionais da área da saúde, que atuam em serviço de APS do município há pelo menos seis meses. Dentre eles estavam inclusos médicos, médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, gerentes de unidade, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Foram avaliados profissionais que atuam tanto em Unidades Básicas de Saúde, quanto em Estratégias de Saúde da Família.

### 4.2. AMOSTRA E SELEÇÃO

A amostra foi realizada por censo. Em março de 2020, no município de Passo Fundo no serviço de Atenção Primária à Saúde estavam cadastrados 36 enfermeiros, 28 médicos generalistas, 11 dentistas, 22 gerentes de APS, 2 farmacêuticos, 60 técnicos de enfermagem e 74 agentes comunitários de saúde, totalizando 233 funcionários.

Devido ao momento de pandemia durante o período no qual o estudo foi realizado, 88 funcionários da APS estavam em afastamento do serviço por auxílio doença ou afastamento por suspeita/confirmação de COVID-19, sendo então excluídos da pesquisa. Resultando em uma amostra potencial de 145 profissionais.

### 4.3. INSTRUMENTO DE PESQUISA

O questionário aplicado na pesquisa foi o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)*, elaborado pela *Agency for Healthcare and Research in Quality* em 2007, originalmente criado para aplicação em ambiente hospitalar e posteriormente adaptado para o nível de atenção primária. O mesmo foi validado para aplicação na

Europa e posteriormente teve sua tradução e adaptação realizada na Espanha e no Iêmen. Durante análise de consistência interna, tal questionário apresentou um coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,95 (RAIMONDI et al., 2019).

O mesmo foi adaptado e validado para o Brasil em 2016, sob o nome de “Pesquisa sobre Cultura de segurança do paciente para Atenção Primária” (RODRIGUES; TIMM, 2016) (Anexo A). Sua utilização foi aprovada pelas autoras responsáveis por sua adaptação nacional, mediante contato via e-mail e autorização em documento oficial (Apêndice A).

Dessa forma, devido a sua validade interna e externa e a possibilidade de aplicabilidade no contexto brasileiro, esse questionário foi utilizado na presente pesquisa.

O MOSPSC identifica se a cultura de segurança do paciente na APS é positiva/favorável ao cuidado seguro, quando o percentual de respostas positivas for acima de 50%, além de apontar as áreas que necessitam de melhorias (RODRIGUES; TIMM, 2016). Também identifica os pontos fortes e fracos de diferentes itens no contexto da segurança do paciente, sendo considerados fortes os itens nos quais, pelo menos 75% dos participantes responderam como positivo e fracos os itens com respostas negativas respondidas por um mínimo de 50% dos participantes (SORRA et al., 2018). O mesmo é dividido em nove sessões, assinaladas de A-I. Ressalta-se que nas seções A até G as questões são dispostas em escalas tipo Likert (Discordo totalmente – Concordo totalmente), na seção H as questões proporcionam respostas do tipo múltipla escolha e na seção I, há uma questão aberta (“Por favor sinta-se à vontade para fazer os comentários que você queira sobre segurança e qualidade assistencial no serviço onde você trabalha”), cuja resposta deve ser enunciada de forma discursiva (RODRIGUES; TIMM, 2016).

Além da aplicação do questionário citado, devido ao momento de pandemia vivenciado durante a realização do estudo, foi incluído na pesquisa a seguinte pergunta: “Em decorrência das mudanças vivenciadas com a pandemia atual, você percebeu aspectos da segurança do paciente se destacarem na sua prática de trabalho? Se sim, cite a(s) mesma(s).”

#### 4.4. VARIÁVEIS COLETADAS

Durante a aplicação do questionário foram avaliadas as seguintes variáveis, presentes na seção H: o cargo do profissional, o tempo de trabalho em ambiente de APS, a carga horária dos profissionais e a atuação ou não do profissional em algum cargo de gerência e/ou administração.

Além disso, foram avaliadas nas seções A e B, respectivamente, questões relacionadas à segurança do paciente/questões de qualidade e à troca de informações da APS com outros setores da rede de atenção à saúde.

Nas seções C à F do questionário foram investigadas outras 10 dimensões do escopo da segurança do paciente, sendo elas as seguintes: trabalho em equipe, pressão no trabalho e ritmo, treinamento da equipe de saúde, processo de trabalho e padronização, comunicação aberta, seguimento da assistência ao paciente, comunicação sobre o erro, apoio dos gestores na segurança do paciente, aprendizagem organizacional, percepção geral da segurança do paciente e qualidade.

A seção G do questionário aborda também a avaliação geral da segurança do paciente e qualidade (FAMOLARO et al., 2020).

#### 4.5. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

O questionário utilizado é auto administrado e foi aplicado em um período de quatro meses, de dezembro de 2020 a março de 2021, de forma eletrônica, via ferramenta de perguntas online. Primeiramente foi realizado contato com os profissionais selecionados, via e-mail institucional dos mesmos, explicando o objetivo da pesquisa e enviando o questionário em conjunto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Para o engajamento das respostas do questionário foi planejado um cronograma de contato periódico com os profissionais a fim de alcançar aqueles que ainda não haviam respondido. Nos primeiros quinze dias de pesquisa o contato foi exclusivamente via e-mail, após foi realizado um contato quinzenal com os participantes via WhatsApp. Além disso, foi solicitado que a SMS fizesse um contato prévio com os profissionais da APS do município, via e-mail, a fim de informar os mesmos sobre os objetivos e relevância da pesquisa.

Os dados foram organizados e armazenados em planilhas do programa *Microsoft Excel*®. Para o tratamento e a análise, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0. Para análise descritiva dos dados, foi calculada a frequência de resposta para cada item e a média e desvio-padrão para cada dimensão de acordo com as instruções do manual de avaliação do questionário original (SORRA et al., 2018). A fim de calcular os escores positivos, as questões com enunciado negativo foram analisadas com códigos reversos. Para testar a confiabilidade das respostas, foi calculado o alfa de Cronbach para cada dimensão, das seções C à F. O mesmo cálculo não foi

realizado para as seções A, B e G, pois as mesmas se encontram em escalas diferentes dos demais itens do questionário. Os resultados iguais ou superiores a 0,7 foram considerados satisfatórios. Realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, que indicou ausência de normalidade dos dados. Desta forma, utilizou-se os Testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney para avaliação da comparação das médias das porcentagens de respostas positivas referentes às variáveis “categoria profissional”, “tipo de serviço”, “tempo de serviço” e “carga horária”. As correlações entre as dimensões foram verificadas pelo coeficiente e correlação de Spearman, para o teste estatístico foi adotado o nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

#### 4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Seguindo os princípios éticos e as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa em saúde que envolva seres humanos, a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) (Anexo B).

Os dados desta pesquisa serão guardados por um período de cinco anos. Após a conclusão desse tempo, os documentos referentes à coleta dos dados serão excluídos, permanecendo disponível apenas as publicações decorrentes desta pesquisa.

#### 4.7. ELABORAÇÃO DA OFICINA

A segunda fase desta pesquisa consistiu na elaboração de uma metodologia de oficina sobre segurança do paciente na APS. A partir do estudo de materiais sobre qualificação de profissionais que atuam na APS foi desenvolvido um Plano de Apoio Pedagógico (PAP) para a oficina proposta, além da elaboração de materiais para aplicação na oficina e materiais de apoio para os participantes realizarem uma leitura prévia aos encontros.

A escolha da oficina como metodologia de ensino desse conteúdo foi baseada nas características interativas do método, além de sua capacidade de construção do conhecimento de forma colaborativa, com a participação ativa dos profissionais envolvidos na mesma. Dessa forma, na oficina, os facilitadores da mesma necessitam reconhecer e valorizar os conhecimentos práticos dos participantes, instigando a troca de experiências entre os mesmos e problematizando o conteúdo abordado (FREIRE, 2002). Para a realização dessa oficina, levando em consideração o número de participantes

propostos, sugere-se a presença de no mínimo quatro facilitadores, afim de facilitar o debate em pequenos grupos, quando necessário.

O objetivo desta oficina é trabalhar em conjunto com os profissionais da APS do município a fim de qualificar a segurança do paciente em seus serviços, uma vez que os participantes poderão ser multiplicadores da temática dentro de suas unidades de saúde.

Para a elaboração da oficina foi necessária a realização de um planejamento pedagógico, a partir da definição de objetivos de aprendizagem e competências a serem desenvolvidas pelos participantes da mesma. As competências podem ser definidas como ferramentas das quais os participantes se apropriam afim de enfrentar problemas reais no cotidiano de trabalho, nesse caso com o foco na segurança do paciente (ZABALA, 2010). Além disso, o planejamento pedagógico da oficina também envolveu a definição dos conteúdos chaves que serão abordados, as metodologias de ensino aplicadas, os recursos didáticos utilizados e os métodos de avaliação necessários para garantir que os participantes consigam atingir os objetivos de aprendizagem propostos (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO, 2020). Afim de sistematizar a elaboração da oficina, com base no modelo proposto na Figura 3, foi criado um Plano de Ação Pedagógico, apresentado na caracterização dos produtos.

Figura 3 – Plano de Ação Pedagógico

<b>Autoria</b>	Nome(s) do(s) profissional(is) responsável(is) pela elaboração da Ação Pedagógica.
<b>Público-alvo</b>	Público ao qual a ação pedagógica será dirigida. A definição do público-alvo envolve a compreensão, por parte do professor, dos aspectos educacionais, sociais, econômicos, e culturais, bem como os conhecimentos previamente construídos e as necessidades de aprendizagens dos alunos.
<b>Carga-horária</b>	Total de horas-aula e a organização do tempo em relação aos conteúdos e atividades a serem desenvolvidas.
<b>Ementa</b>	Texto dissertativo que apresenta a disciplina/módulo. Deve ser sucinto, contextualizado e informar os conteúdos que serão abordados.
<b>Objetivos gerais</b>	Descrições objetivas explicitando o que se pretende com a ação educativa. Os objetivos gerais devem ser alcançados a longo prazo (no final do estudo: curso/disciplina/ação pedagógica, por exemplo).
<b>Competências</b>	Descrições das competências que serão abordadas e que deverão ser desenvolvidas pelos alunos ao longo do estudo.
<b>Objetivos de aprendizagem</b>	Descrições objetivas e claras da intenção ou dos resultados que são esperados ao final da ação educativa. Estes objetivos são atingidos a curto prazo (por exemplo uma unidade, que pode ser uma aula, um encontro, etc.) e sua elaboração envolve as capacidades e habilidades de pensamento (grau de complexidade das operações mentais), os domínios da aprendizagem (âmbitos cognitivo, afetivo e psicomotor) e os tipos de conteúdos (conceituais, procedimentais e atitudinais).
<b>Conteúdos</b>	Conjunto selecionado de conhecimentos, construídos historicamente por autores, que poderão contribuir na construção do conhecimento. Ao escolher os conteúdos o professor deverá considerar critérios como relevância e atualização. Pode-se entender que o autor do planejamento, a partir de sua experiência, válida ou corrobora o conteúdo/autor selecionado.
<b>Recursos</b>	Objetos que serão elaborados e/ou selecionados para o desenvolvimento do estudo ou das atividades. Deverão ser mediados pelo professor a fim de oportunizar aos alunos o estabelecimento de relações e a promoção da construção do conhecimento. Sugere-se dispor uma diversidade de recursos, e prever o modo como os recursos serão apresentados e usados, contribuindo assim para ampliar as experiências de aprendizagens.
<b>Metodologia de ensino</b>	São o conjunto de métodos selecionados para a intervenção pedagógica visando ao aluno atingir os objetivos de aprendizagem. A definição do método depende do objetivo da oficina, como por exemplo, uma oficina de problematização, de sensibilização temática ou de desenvolvimento de habilidades.
<b>Metodologia de avaliação</b>	Consiste na sistematização dos métodos que serão utilizados para o acompanhamento e a avaliação das aprendizagens. Os métodos avaliativos devem corresponder aos objetivos de aprendizagem. Em linhas gerais as avaliações permitem o diagnóstico e a correção de possíveis dificuldades que possam ocorrer ao longo deste processo.
<b>Referências bibliográficas</b>	Informações completas do referencial teórico utilizado na elaboração de todos os materiais que serão utilizados na ação educacional. O referencial deve ser o mais atualizado possível, pois assim como outros temas, existe uma evolução constante.

Fonte: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO (2020, p. 173).

## 5. CARACTERIZAÇÃO DOS PRODUTOS

### 5.1 ARTIGO

A partir da primeira etapa, de aplicação do questionário “Pesquisa sobre Cultura de segurança do paciente para Atenção Primária”, os resultados coletados foram organizados e são apresentados a seguir. Os mesmos serão submetidos em formato de artigo científico, apresentando uma análise da cultura de segurança do paciente no município estudado.

#### 5.1.1 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Participaram da pesquisa 71 profissionais da APS do município, totalizando 48,96% (n=145) do número total de profissionais que foram considerados aptos a participar. A maior parte dos profissionais eram médicos (n=24; 33,8%), enfermeiros (n=12; 16,9%) e técnicos de enfermagem (n=11; 15,5%). Na Tabela 1 é apresentado o perfil desses profissionais, em relação a tempo de trabalho no serviço, número de horas de trabalho por semana, o tipo de serviço de APS no qual atuam e a atuação em algum cargo de gerência e/ou administração.

Tabela 1 – Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde (n=71) que responderam o questionário de cultura de segurança do paciente no município investigado

Variável	N	%	
Qual é seu cargo nesse serviço?	Médico	24	33,8
	Enfermeiro	12	16,9
	Técnico de enfermagem	11	15,5
	Agente comunitário de saúde	7	9,9
	Odontólogo	4	5,6
	Gerente de unidade	3	4,2
	Farmacêuticos	2	2,8
	Outro cargo	8	11,3
Há quanto tempo você trabalha neste serviço?	Há menos de 1 ano	18	25,4
	De 1 ano a menos de 3 anos	23	32,4
	De 3 anos a menos de 11 anos	15	21,1
	Há 11 anos ou mais	15	21,1
Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste serviço?	Até 16h	12	16,9
	17 a 32h	13	18,3
	33 a 40h	42	59,2
	>40h	4	5,6

Variável		N	%
Em que tipo de serviço de Atenção Primária você atua?	Estratégia de Saúde da Família	46	64,8
	Unidade Básica de Saúde	15	21,1
	CAIS	5	7,0
	Outro	5	7,0
Você é gestor/administrador ou tem algum cargo de liderança com responsabilidade para tomar decisões financeiras pelo serviço?	Não	62	95,4
	Sim	3	4,6

Fonte: Elaborada pelos autores.

No Quadro 1 são apresentadas as respostas da percepção positiva dos profissionais da APS do município em relação às questões da seção A e B e as 10 dimensões do escopo da cultura de segurança do paciente analisadas.

Realizando uma média das questões positivas de cada aspecto avaliado da cultura de segurança do paciente da APS do município temos o seguinte panorama em ordem decrescente: trabalho em equipe (83,62%), segurança do paciente e qualidade (73,03%), seguimento da assistência do paciente (68,32%), aprendizagem organizacional (68,23%), comunicação aberta (63,50%), percepção geral da segurança do paciente e qualidade (57,12%), troca de informações com outros serviços (56,40%), comunicação sobre o erro (55,0%), processo de trabalho e padronização (45,85%), treinamento da equipe de saúde (34,02%), apoio dos gestores na segurança do paciente (24,50%) e pressão no trabalho e ritmo (17,02%).

Quadro 1 – Percentual de respostas dos profissionais de Atenção Primária em Saúde com percepção positiva das diferentes dimensões do escopo da segurança do paciente

<b>1. QUESTÕES RELACIONADAS COM SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE</b>	
A1: ACESSO AO CUIDADO: Paciente <del>não</del> conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo	60,7%
A2: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: No atendimento de um paciente (não) foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente	86,5%*
A3: PRONTUÁRIOS/REGISTROS: O prontuário/registro de um paciente <del>não</del> estava disponível quando necessário	82,3%*
A4: PRONTUÁRIOS/REGISTROS: Informações clínicas de um paciente (não) foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente	86,8%*

A5: EQUIPAMENTO: Um equipamento necessário ao atendimento <del>não</del> funcionou adequadamente ou não necessitou de reparo ou substituição	57,6%
A6: MEDICAMENTO: O paciente (não) necessitou retornar à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição	72,5%
A7: MEDICAMENTO: Os medicamentos utilizados por um paciente <del>não</del> foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta	92,3%*
A8: DIAGNÓSTICOS E TESTES: Os exames laboratoriais ou de imagem <del>não</del> foram realizados quando necessário	60,0%
A9: DIAGNÓSTICOS E TESTES: Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem (não) estavam disponíveis quando necessário	65,0%
A10: DIAGNÓSTICOS E TESTES: Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem (não) foi acompanhado/avaliado em tempo hábil	66,6%
<b>2. AVALIAÇÃO DA TROCA DE INFORMAÇÕES DA APS COM OS SETORES LISTADOS A SEGUIR</b>	
B1: Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde	69,7 %
B2: Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde	51,6 %
B3: Farmácias	67,8 %
B4: Hospitais	50,0%
B5/B6: Outros	42,9%†
<b>3. TRABALHO EM EQUIPE (alfa de Cronbach = 0,734)</b>	
C1: Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam	82,4%*
C2: Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais	90,2%*
C5: Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito	85,9%*
C13: Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes	76,0%*
<b>4. PRESSÃO NO TRABALHO E RITMO (alfa de Cronbach = 0,803)</b>	
C3: Neste serviço frequentemente (não) nos sentimos apressados ao atender o paciente	26,7%†
C6: Neste serviço a quantidade de pacientes (não) é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis	11,3%†
C11: Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender a quantidade de pacientes	17,4%†
C14: Neste serviço (não) há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente	12,7%†
<b>5. TREINAMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE (alfa de Cronbach = 0,789)</b>	
C4: Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados	31,9%†
C7: Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento	28,9%†
C10: Os profissionais que trabalham neste serviço (não) são solicitados a realizar tarefas para	41,8%†

as quais não foram treinados	
<b>6. PROCESSO DE TRABALHO E PADRONIZAÇÃO (alfa de Cronbach = 0,735)</b>	
C8: Neste serviço a desorganização (não) é maior que o aceitável	58,5%
C9: Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente	40,6%†
C12: Neste serviço (não) há problemas com o fluxo de trabalho	23,5%†
C15: A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades	60,8%
<b>7. COMUNICAÇÃO ABERTA (alfa de Cronbach = 0,769)</b>	
D1: Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho	75,3%*
D2: Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista	66,7%
D4: Neste serviço a equipe (não) tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto	55,9%
D10: Neste serviço (não) é difícil expressar opiniões diferentes	56,1%
<b>8. SEGUIMENTO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE (alfa de Cronbach = 0,763)</b>	
D3: Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina	75,8%*
D5: Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento	67,8%
D6: Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço	49,1%†
D9: Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento	80,6%*
<b>9. COMUNICAÇÃO SOBRE O ERRO (alfa de Cronbach = 0,670)</b>	
D7: A equipe deste serviço (não) acredita que seus erros possam ser usados contra si	18,0%†
D8: A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço	71,4%
D11: Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente	71,5%
D12: Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço	59,1%
<b>10. APOIO DOS GESTORES NA SEGURANÇA DO PACIENTE (alfa de Cronbach = 0,797)</b>	
E1: Eles <del>não</del> estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço	16,4%†
E3: Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes	28,4%†
E4: Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o <del>serviço</del> (paciente) e não no que é melhor para <del>os</del> <u>pacientes</u> (o <u>serviço</u> )	25,7%
<b>11. APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL (alfa de Cronbach = 0,691)</b>	
F1: Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas	92,9%*
F5: Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas	48,6%†

se repitam	
F7: Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam	63,2%
<b>12. PERCEPÇÃO GERAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE (alfa de Cronbach = 0,725)</b>	
F2: Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes	49,2%†
F3: Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria	66,7%
F4: É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes	64,7%
F6: Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado	47,9%†

\* Pontos fortes para cultura de segurança do paciente; † Pontos fracos

Observação: as palavras entre parênteses não fazem parte do questionário, foram incluídas para permitir a avaliação das respostas sob a ótica positiva da dimensão avaliada, assim como algumas palavras foram riscadas para facilitar a leitura positiva da frase.

Fonte: Elaborada pelos autores.

A seção G, relacionada a avaliação geral da segurança do paciente e qualidade foi analisada separadamente, com a possibilidade de identificar diferentes aspectos de uma APS de qualidade em cuidados de saúde, além de avaliar os serviços e processos clínicos utilizados de acordo com uma cultura de segurança do paciente favoráveis a um cuidado seguro. Os mesmos estão demonstrados na Tabela 2.

Tabela 2 – Percentual de respostas dos profissionais de Atenção Primária à Saúde com percepção positiva para a avaliação global da qualidade e segurança do paciente

Pergunta	Respostas positivas (%)
<b>G1: No geral, como você classificaria este serviço de saúde em cada uma das seguintes áreas de qualidade de cuidados em saúde?</b>	
G1A: <u>CENTRADO NO PACIENTE</u> : É sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes	31,0†
G1B: <u>EFETIVO</u> : É baseado no conhecimento científico	42,3†
G1C: <u>PONTUAL</u> : Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais	26,8†
G1D: <u>EFICIENTE</u> : Garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços)	36,6†
G1E: <u>IMPARCIAL</u> : Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de sexo, etnia, status socioeconômico, idioma, etc	63,4
<b>G2: Avaliação geral em segurança do paciente</b>	

G2: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?

26,8†

† Pontos fracos para cultura de segurança do paciente.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Para a análise de associação das respostas com o perfil dos profissionais foram identificados os seguintes resultados: 1) na variável “cargo profissional”, os profissionais médicos apresentaram uma diferença significativa em relação ao aspecto “comunicação aberta” (valor p 0,013). 2) a variável “tempo de serviço” destacou uma maior pontuação no grupo que trabalha 1-3 anos quando comparado aos profissionais que trabalham há mais de 11 anos na rede de saúde em relação à dimensão “comunicação sobre o erro” (valor p 0,024). 3) em relação a “carga horária” dos profissionais avaliados, a dimensão “aprendizagem organizacional” apresentou uma diferença significativa maior entre aqueles que trabalham 33 a 40 horas semanais quando comparado com os que trabalham até 16 horas semanais (valor p 0,008). 4) para a variável “tipo de serviço” destacou-se um percentual positivo maior no quesito “treinamento de equipe” nas ESF quando comparadas com os demais serviços da APS do município (valor p 0,022).

No quadro a seguir (Quadro 2) pode-se verificar a análise de correlações entre as diferentes dimensões do questionário e suas respectivas dimensões da cultura de segurança do paciente, a partir do teste de Pearson.

Quadro 2– Correlações entre os domínios de avaliação de cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde

		<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>
		Troca de informações entre os serviços de APS com outros setores	Trabalho em equipe; Pressão no trabalho; Treinamento da equipe; Processo de trabalho	Comunicação aberta; Assistência ao Paciente; Comunicação sobre o erro	Apoio dos gestores na segurança do paciente	Aprendizagem organizacional ; Percepção Geral da segurança do paciente e Qualidade	Avaliação geral da segurança do paciente e qualidade
<b>A:</b> Questões sobre segurança do paciente e questões de qualidade	r	<b>0,596</b>	0,29	0,407	0,064	0,276	0,212
	p-valor	0,000	0,016	0,001	0,607	0,021	0,079
	N	66	70	69	67	70	70
<b>B:</b> Troca de	r		0,180	0,209	0,015	0,226	0,086
	p-		0,149	0,093	0,907	0,067	0,493

informações entre os serviços de APS com outros setores	valor						
	N		66	66	63	66	66
<b>C:</b> Trabalho em equipe; Pressão no trabalho; Treinamento da equipe; Processo de trabalho	r			<b>0,588</b>	0,437	<b>0,531</b>	0,387
	p-valor			0,000	0,000	0,000	0,001
	N			70	68	71	71
<b>D:</b> Comunicação aberta; Assistência ao Paciente; Comunicação sobre o erro	r				0,354	<b>0,558</b>	0,400
	p-valor				0,003	0,000	0,001
	N				67	70	70
<b>E:</b> Apoio dos gestores na segurança do paciente	r					0,332	0,121
	p-valor					0,006	0,326
	N					68	68
<b>F:</b> Aprendizagem organizacional; Percepção Geral da segurança do paciente e Qualidade	r						<b>0,575</b>
	p-valor						0,000
	N						71

r>0.9 - correlação muito forte; r entre 0.7 a 0.9 - correlação forte; r entre 0.5 a 0.7 - correlação moderada; r entre 0.3 a 0.5 - correlação fraca; r < 0.3 - correlação desprezível

Fonte: Elaborada pelos autores.

Para a pergunta das mudanças percebidas em relação a segurança do paciente devido a pandemia, obtivemos 30 respostas. Duas responderam apenas “não” e um participante respondeu “boa”. As demais respostas foram divididas em categorias identificadas, destacando-se as respostas relacionadas a ocorrência de um aprimoramento na higienização dos ambientes das unidades de saúde e um aumento no uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) por parte dos funcionários da APS do município. Também foi relatado uma percepção maior dos profissionais da rede de saúde sobre a importância da organização dos processos de trabalho da APS para evitar

aglomerações e trabalhar com foco na equidade do cuidado nesse momento de pandemia. Além disso, na última seção do questionário (seção I), 19 pessoas fizeram sugestões para aprimoramento dos serviços. Destacou-se uma percepção dos profissionais sobre a importância do trabalho em equipe e do trabalho com equipes completas para o melhor funcionamento do serviço. Bem como, a necessidade de protocolos de cuidado na APS. A comunicação com outros setores de saúde locais e com a gestão foi citada como um ponto a ser trabalhado cada vez mais. E, por fim, alguns participantes destacaram a evolução na qualidade dos serviços com uma melhora no atendimento aos cidadãos.

Os resultados obtidos, a partir da análise dos dados coletados com o instrumento de pesquisa, serão apresentados à gestão da Secretaria Municipal de Saúde e aos representantes das unidades de saúde do município na oficina proposta. Dessa forma, os resultados da pesquisa poderão ser utilizados pela SMS afim de aprimorar a segurança do paciente na APS municipal, possibilitando intervenções adaptadas a realidade local e monitoramento das mesmas.

## 5.2 OFICINA

### 5.2.1 PLANO DE AÇÃO PEDAGÓGICA

O PAP está dividido nos Quadros 3 e 4, com o primeiro delimitando o público-alvo, carga horária e local de aplicação da oficina, ementa, objetivo geral e específicos, as competências, a delimitação da mediação pedagógica e a avaliação final da oficina. No segundo, a apresentação mais específica dos momentos da oficina, com a apresentação dos objetivos de aprendizagem aplicados em cada momento, os conteúdos abordados, as metodologias e recursos pedagógicos propostos para cada conteúdo, além de estabelecer o tempo para cada momento, com uma avaliação específica para os diferentes objetivos de aprendizagem propostos.

Quadro 3- Plano de Ação Pedagógica de uma oficina de sensibilização sobre segurança do paciente na APS - Parte 1

CURSO: Oficina de sensibilização sobre segurança do paciente na atenção primária a saúde.

PÚBLICO-ALVO: Profissionais e gestores da atenção primária à saúde do município de Passo Fundo/RS.

CARGA HORÁRIA TOTAL: 8 horas (2 turnos de 4 horas).

LOCAL: Presencial ou online.

EMENTA: A oficina aborda o tema de segurança do paciente na APS e sua aplicação prática no processo de trabalho das equipes.

OBJETIVO GERAL: Sensibilizar os profissionais da APS do município de Passo Fundo a respeito da temática da segurança do paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM:

Compreender as metas internacionais de segurança do paciente do PNSP.

Discutir os dados obtidos da avaliação da cultura de segurança do paciente na APS do município.

Refletir sobre a segurança do paciente na realidade de trabalho da APS do município.

Compreender as ferramentas que auxiliam no processo de um cuidado seguro na APS, estimulando o uso das mesmas no cotidiano dos profissionais de saúde envolvidos.

Propagar o conhecimento da oficina a partir do uso dos materiais disponibilizados com as equipes de saúde.

COMPETÊNCIAS:

Contribuir para uma cultura de segurança do paciente no município.

Trabalhar em equipe aspectos da cultura e da segurança do paciente na APS.

Comunicar-se de modo eficiente com as equipes de saúde para a segurança do paciente.

MEDIAÇÃO PEDAGÓGICA: Quatro facilitadores que trabalharão com pequenos grupos quando for oportuno.

AVALIAÇÃO: Aplicação de instrumento avaliativo da oficina ao final da mesma.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quadro 4- Plano de Ação Pedagógica de uma oficina de sensibilização sobre segurança do paciente na APS - Parte 2

<b>Primeiro Turno (4 horas)</b>					
<b>Momentos</b>	<b>Objetivos de Aprendizagem</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologia e Recursos</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Avaliação</b>
<p>Metas Internacionais de segurança do paciente;</p> <p>Cultura de segurança do paciente na APS.</p>	<p>Compreender as metas de segurança do paciente e a aplicabilidade das mesmas no contexto de trabalho da APS;</p> <p>Discutir o significado de uma cultura de segurança do paciente positiva.</p>	<p>Metas Internacionais de segurança do paciente;</p> <p>Processos de trabalho da APS;</p> <p>Significado de Cultura de segurança do paciente na APS.</p>	<p>Leitura prévia de texto sobre segurança do paciente na APS (Material de apoio 1);</p> <p>Caça Palavras sobre as Metas de Segurança;</p> <p>Apresentação do conteúdo de forma breve em apresentação de Power Point.</p>	1h20m	Participação nas atividades propostas e <i>Feedback</i> (parecer).
Resultados da avaliação da cultura de segurança no município.	Analisar os resultados da pesquisa sobre a cultura de segurança do paciente no município.	Dados analisados da pesquisa.	Apresentação de Power Point com tabelas dos dados obtidos.	40m	
Discussão sobre Segurança do paciente no município.	Avaliar a Segurança do paciente nas unidades de saúde do município.	Principais dificuldades do município para uma cultura de segurança positiva.	<p>Brainstorm em pequenos grupos sobre exemplos das dificuldades já encontradas na prática;</p> <p>Apresentação dos exemplos discutidos pelo relator de cada grupo.</p>	2 horas	Participação nas atividades propostas e <i>Debriefing</i> (troca de ideias)

<b>Segundo Turno (4 horas)</b>					
<b>Momentos</b>	<b>Objetivos de Aprendizagem</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologia e Recursos</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Avaliação</b>
Caixa de Ferramentas	Entender a aplicabilidade das ferramentas no cotidiano dos profissionais das unidades de saúde.	Caixa de ferramentas;  Exemplos aplicados ao cotidiano das unidades.	Leitura prévia de texto de apoio sobre as ferramentas (Material de apoio 2);  Divisão em pequenos grupos e discussão de três ferramentas por grupo (40 minutos);  Elaboração por parte dos participantes dos grupos de situações-problemas do cotidiano no qual poderiam aplicar suas ferramentas;  Discussão no grande grupo (1h20m).	2 horas	Participação nas atividades propostas e <i>Debriefing</i> (troca de ideias).
As ferramentas em diferentes cenários de prática.	Avaliar o entendimento dos participantes das diferentes ferramentas e suas aplicabilidades.	Casos clínicos para aplicação das ferramentas.	Dividir os participantes em grupos e repassar casos clínicos para debate e identificação de diferentes ferramentas que podem ser utilizadas em cada caso;  Discussão nos pequenos	1h30m	Participação nas atividades e avaliação do acúmulo de conhecimento obtido até o momento na oficina.

			grupos mediadas pelos facilitadores.		
Finalização da oficina.	Sintetizar os pontos mais importantes abordados.	Segurança e cultura de Segurança do paciente na APS e no município;  Caixa de ferramentas	Apresentação de Power Point com um resumo dos tópicos abordados na oficina e de falas dos participantes (nuvem de palavras), esse material será criado ao longo da oficina.	30 min	Avaliação Final da oficina no google formulários.
<b>Referências Bibliográficas:</b>					
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática. DALCIN, T. C.; DAUDT, C. G. et al. Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre, 220 páginas, 2020.					
FERRAZ, A. M.; BELHOT, R. V. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. Gestão & Produção, São Carlos, v.17, n.2, p.421-431, 2010.					

Fonte: Elaborada pelos autores.

## 5.2.2 MATERIAIS DA OFICINA

### 5.2.2.1 Material de apoio 1

Esse material foi elaborado pelas autoras e será disponibilizado aos participantes da oficina para leitura prévia ao primeiro turno de atividades da mesma.

## OFICINA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO.

Autoras: Laura Guimarães Sandoval, Carine Raquel Blatt e Carmen Giacobbo Daudt

## MATERIAL DE APOIO 1

Caro(a) colega, esse material visa facilitar a compreensão da oficina que será realizada sobre a temática da segurança do paciente na Atenção Primária a Saúde. Solicitamos que realize a leitura prévia desse material antes do nosso primeiro encontro. Após o término da oficina você poderá utilizar esse material para trabalhar os assuntos discutidos com sua equipe de saúde. Boa leitura.

### **“Conhecendo a segurança do paciente na Atenção Primária a Saúde”**

A segurança do paciente ainda é uma temática recente na Atenção Primária à Saúde (APS). Contudo, uma vez que, os atendimentos realizados nesse nível de atenção crescem e aumentam em complexidade e quantidade de pacientes, o número de eventos adversos, também se torna frequente<sup>1</sup>. Serviços que apresentam uma cultura de segurança do paciente, na qual os profissionais da área da saúde compartilham valores, atitudes e comportamentos que afetam seu potencial de apresentar erros e gerar danos, tendem a prestar um cuidado mais seguro e efetivo aos seus pacientes<sup>2</sup>.

A partir da aplicação de um questionário<sup>3</sup> que avaliou a cultura de segurança do paciente na APS do município de Passo Fundo, foi possível identificar alguns fatores da segurança do paciente que necessitam uma abordagem maior para qualificação do tema entre os profissionais da APS local.

Espera-se, a partir do planejamento e aplicação desta oficina, fomentar a temática da segurança do paciente na APS do município e sensibilizar os profissionais de saúde sobre o tema.

#### **a) O que é Segurança do paciente?**

A segurança do paciente é caracterizada por um conjunto de ações que visam o aumento da qualidade do cuidado prestado na área da saúde e a redução de atos inseguros na assistência à saúde. Dessa forma, diminuindo o risco de danos causados nos processos assistenciais prestados<sup>4</sup>.

A Organização Mundial da Saúde define segurança do paciente como a redução máxima do risco de dano desnecessário ao paciente no cuidado em saúde. Ou seja,

diminuição do número de incidentes que ocorrem na assistência. Os incidentes por sua vez, podem ser oriundos de atos intencionais, considerados violações, ou de atos não-intencionais, considerados erros<sup>4</sup>.

Eles são classificados como:

1. Circunstância Notificável: incidentes que ocorrem com potencial para gerar dano ou lesão;
2. “*Near Miss*”: incidentes que não chegam a atingir o paciente;
3. Incidente sem Dano: quando o erro atinge o paciente, porém não causa dano;
4. Incidente com Dano ou Evento Adverso (EA): incidentes que atingem o paciente e resultam em dano ou lesão ao mesmo.

Os sistemas de saúde, em todos seus níveis de atenção, trabalham com o objetivo de prover o melhor cuidado possível a seus pacientes, porém incidentes podem ocorrer em qualquer ambiente de trabalho. Uma vez que, eventos adversos em ambientes hospitalares tendem a gerar danos graves e de alto custo ao serviço de saúde, a segurança do paciente nesse nível de sistema teve um foco maior de estudo inicialmente. Porém, a ampliação da APS e o aumento do número de pacientes atendidos mundialmente nesse nível de cuidado, gerou uma ampliação do escopo da segurança do paciente também para essa área<sup>5</sup>.

Uma revisão de literatura publicada em 2008 demonstrou que incidentes decorrentes do cuidado na APS são frequentes e que a ocorrência dos mesmos em serviços nacionais não era muito diferente dos dados encontrados em outros países<sup>6</sup>. Sendo os erros mais frequentemente encontrados no Brasil os erros de diagnóstico, erros no tratamento, erros relacionados ao tratamento medicamentoso, erros decorrentes da forma de organização dos serviços de saúde e os erros relacionados a dificuldades de comunicação interprofissional e entre profissionais e usuários do sistema de saúde<sup>6,7</sup>.

O Ministério da Saúde em 2013, a fim de instituir a temática da segurança do paciente como um programa de saúde pública, lançou o Programa Nacional de segurança do paciente (PNSP), por meio da portaria GM/MS 529. O PNSP instituiu medidas voltadas à prevenção e redução de danos relacionadas à assistência em saúde. Apesar do foco voltado ao ambiente hospitalar o programa estimula a criação de Núcleos de segurança do paciente (NSP), os quais são responsáveis por direcionar ações específicas de segurança do paciente para os serviços de saúde que coordenam. O NSP é, então, responsável pela instituição de um Plano de segurança do paciente adaptado à realidade local, podendo ser aplicado na APS. O plano de segurança envolve a criação de protocolos

de segurança específicos que visem a mitigação de riscos na prática assistencial e a revisão sistemática de medidas passíveis de gerar danos<sup>8</sup>.

A revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 avança ao trazer a incorporação da temática da segurança do paciente como atributo de todos os profissionais que trabalham no escopo da APS, incentivando dessa forma, a organização dos serviços prestados nesse nível de atenção à saúde a partir de ações e medidas que visem a redução de riscos e eventos adversos. Dessa forma, a segurança do paciente é um dever das instituições de saúde e um direito de todos aqueles que utilizam as mesmas<sup>9</sup>.

#### **b) Metas Internacionais de segurança do paciente:**

Desde a sua criação, a ANVISA vem trabalhando com atividades voltadas a segurança do paciente em serviços de saúde do Brasil, tendo incorporado, em 2007, à suas ações, as Metas Internacionais de Segurança. Estas metas foram desenvolvidas com o objetivo de incentivar o planejamento de ações que aprimorassem a segurança do paciente. As mesmas foram elaboradas pela organização “Joint Commission International” (JCI) em parceria com a OMS<sup>10</sup>. As mesmas são citadas a seguir, com a adaptação das mesmas para a realidade de trabalho da APS<sup>11</sup>:

1. **Identificação correta dos pacientes:** A identificação incorreta de um paciente na APS pode ocorrer em situações nas quais o paciente possui nome semelhante a outros usuários do sistema. Dessa forma, sendo possível a ocorrência de um erro administrativo ao acessar um prontuário e um histórico de saúde errôneo. A fim de evitar tal erro seria importante que cada serviço de saúde padronizasse sua forma de identificação de seus usuários, de acordo com sua realidade. Um exemplo seria a instituição da necessidade de apresentação de um documento de identificação padrão (documento com foto ou cartão SUS) e padronização dos dados essenciais presentes nos sistemas de identificação, como nome completo do paciente e nome da mãe do paciente.
2. **Aprimoramento da comunicação entre os profissionais da assistência:** O cuidado na comunicação dos profissionais de saúde entre si e com os usuários dos serviços de saúde é essencial a um cuidado mais seguro, dessa forma sendo essencial o aprimoramento da mesma com a criação de mecanismos que garantam que a pessoa que recebe as informações está de fato compreendendo o que o

comunicador deseja informar. Na APS é importante atentar a prática da prescrição verbal e telefônica, além da escrita ilegível.

3. **Segurança de medicamentos de alta vigilância:** Os eventos adversos relacionados a medicamentos e prescrições errôneas são prevalentes na APS, dessa forma sendo necessário a implementação de medidas capazes de diminuir os mesmos. É importante ressaltar a existência da lista de Medicamentos Potencialmente Perigosos de Uso Ambulatorial, com a presença de medicamentos como insulina, hipoglicemiantes orais, varfarina, opióides, entre outros. O trabalho em equipe, a instituição na rotina de atendimento de dupla conferência das prescrições e o uso de ferramentas de segurança do paciente no atendimento diário são alguns pontos a serem trabalhados nos serviços de APS.
4. **Cirurgias mais seguras:** Adaptando essa temática à APS deve-se atentar aos procedimentos cirúrgicos odontológicos realizados nas unidades de saúde, além de pequenos procedimentos cirúrgicos como debridamento de feridas e cantoplastia. Sendo assim importante assegurar procedimentos cirúrgicos, local de intervenção e pacientes corretos.
5. **Redução do risco de infecções associadas aos cuidados de saúde:** As medidas orientadas para a redução de infecções estão relacionadas à higienização das mãos, higienização dos ambientes de atendimento, armazenamento, manuseio e descarte adequado dos insumos utilizados na APS, entre outros.
6. **Redução do risco de quedas e lesões dos pacientes:** Dentro do escopo de atendimento da APS, são inúmeros os pacientes que apresentam risco elevado de quedas e assim um aumento do risco de possíveis danos ocasionados pelas mesmas. É necessário que os profissionais atentem a identificação dos riscos, trabalhem, de forma individual e também coletiva, com a prevenção de quedas e estejam aptos a realizar a avaliação clínica adequada após a queda.

c) **O que é Cultura de Segurança do Paciente?**

A cultura de segurança do paciente pode ser definida como um conjunto de competências, valores, atitudes e comportamentos, individuais e coletivos que influenciam diretamente o funcionamento de estabelecimentos de saúde e seus programas de segurança. Também é, essencialmente, uma cultura na qual os profissionais de saúde, tanto individualmente quanto em equipe, possuem um conhecimento constante do

potencial que suas ações possuem de apresentar erros e gerar danos. Dessa forma, organizações de saúde que apresentam uma cultura de segurança do paciente positiva tendem a apresentar resultados de cuidado mais efetivos<sup>12</sup>.

No Brasil o Programa Nacional de segurança do paciente, de 2013, define estratégias para aprimoramento da segurança do paciente nos diferentes serviços de saúde nacionais. A temática da cultura de segurança do paciente, permeia diversos pontos da Política, além de ser apresentada em seu artigo 4º, por meio da delimitação de cinco características organizacionais da mesma, sendo elas<sup>8</sup>:

- I. Cultura na qual os trabalhadores se responsabilizam por sua própria segurança e pela segurança daqueles que os rodeiam (pacientes, colegas, familiares);
- II. Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras;
- III. Cultura que incentiva e recompensa a identificação, notificação e resolução dos problemas relacionados à segurança do paciente;
- IV. Cultura que promove o aprendizado a partir dos incidentes;
- V. Cultura que proporciona a possibilidade de manutenção efetiva da segurança.

Mesquita et al. (2016) afirmam ser de extrema importância abordar e aprimorar a cultura de segurança do paciente na APS, com o objetivo de reduzir erros e tensões entre os profissionais e os usuários desse nível de cuidado, a partir da capacitação dos mesmos para o reconhecimento e gerenciamento adequado de possíveis eventos adversos. Outro ponto que citam é a necessidade de, dentro de uma cultura de segurança do paciente positiva, trabalhar a não culpabilização associada ao erro. A fim de propiciar o aprendizado a partir do erro, ao invés da punição sem discussão e sem espaço para crescimento<sup>13</sup>. Reforçando que a segurança do paciente não depende apenas de um profissional responsável pelo atendimento no momento, ou apenas de uma categoria profissional, mas de processos de trabalho, os quais envolvem mudanças a nível institucional<sup>14</sup>. Além disso, Pronovost et al. (2018) afirmam que avaliar a cultura de segurança do paciente em uma instituição de saúde é o primeiro passo para aprimorar a segurança do paciente no âmbito da saúde, a partir da contextualização dos comportamentos e valores dos profissionais, para posterior planejamento de ações específicas para o mesmo ambiente<sup>15</sup>.

d) **Mapa mental da segurança do paciente:**

Figura 1: MAPA MENTAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE



Fonte: Elaborado - Equipe Projeto segurança do paciente na APS, 2019.

**Referências Bibliográficas:**

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
2. National Patient Safety Agency (NPSA). Seven steps to patient safety for primary care: The full reference guide. United Kingdom: NHS; 2006.
3. Timm M, Rodrigues MCS. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. Acta paul. enferm. 2016; v. 29, n. 1, p. 26-37.
4. World Health Organization (WHO). The conceptual framework for the international classification for patient safety: Final technical report. Geneve: World Health Organization; 2009.
5. Organização Mundial de Saúde. Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: WHO; 2016.
6. Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Methods and measures used in primary care patient safety research. Geneva: World Health Organization; 2008.
7. Marchon SG, Mendes WV. Segurança do paciente na atenção primária a saúde: Revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública. 2014; v. 30, n. 9, p. 1815-1835.
8. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: DOU; 2013.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 2.436/2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DOU; 2017.
10. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Brasília: DOU; 2015.

11. Associação Hospitalar Moinhos de Vento. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática. Dalcin TC, Daudt CG, et al. Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre, 220 páginas, 2020.
12. Lawati MHA, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. BMC Fam. Pract. 2018; 19(1):104.
13. Mesquita KO, Silva LCC, Lira RCM, Freitas CSL, Lira GV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. Cogitare enferm. 2016; 21(2).
14. Mendes CM, Barroso, FF. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. Rev. port. saúde pública. 2014; 32(2):197-205.
15. Provonost P, Ravitz AD, Stoll RA, Kennedy SB. Transforming patient safety: a sector-wide systems approach (Report of the WISH patient safety forum 2015). Ciên. Saúde Colet. 2018; 23(1):161-72.
16. Associação Hospitalar Moinhos De Vento. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática. Dalcin TC, Daudt CG, et al. Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre, 2019.

### 5.2.2.2 Caça palavras

Essa atividade iniciará oficina, após uma breve apresentação dos facilitadores e dos objetivos do encontro. O Caça Palavras sobre as Metas Internacionais de segurança do paciente será disponibilizado por meio de uma plataforma online, disponível no link: <https://wordwall.net/resource/24929311>. Nesse momento os participantes acessarão a ferramenta e completar a atividade. O objetivo é avaliar o aprendizado a partir da leitura prévia do Material de Apoio 1 e fixar o conteúdo a partir de uma abordagem interativa e criativa, compreendendo assim as Metas de Segurança e a aplicabilidade das mesmas no contexto da APS. A visualização das palavras escolhidas e da versão final da atividade podem ser visualizadas na Figura 4.

Figura 4 – Caça Palavras sobre as Metas Internacionais de segurança do paciente



Fonte: Extraído do site Wordwall.

### **5.2.2.3 Apresentações de Powerpoint**

Os dois primeiros momentos da oficina contarão com um espaço para apresentação de conteúdos aos participantes com slides planejados no Power Point. No primeiro momento, será abordada de forma breve a segurança do paciente na APS, com foco nas Metas Internacionais de segurança do paciente, facilitando a compreensão e aplicabilidade das mesmas nos processos de trabalho da APS. Também será abordada a cultura de segurança do paciente na APS, afim de iniciar a discussão sobre o questionário aplicado da pesquisa (Apêndice C).

No segundo momento, serão apresentados, também em slides do Power Point, os principais resultados encontrados na pesquisa aplicada no município. Durante a explicação serão apontados aos participantes os pontos fortes e os pontos fracos da cultura de segurança do paciente na APS de Passo Fundo (Apêndice D).

### **5.2.2.4 Brainstorm**

Essa atividade irá ocorrer em pequenos grupos, nos quais, acompanhados de um facilitador, os participantes irão discutir as principais dificuldades encontradas no município para uma cultura de segurança positiva. Os facilitadores irão questionar os participantes sobre componentes fundamentais de uma cultura de segurança forte para instigar o debate (BCPSQC, 2019) sendo as mesmas listadas a seguir:

- Trabalho em equipe e comunicação: O trabalho em equipe que possui como base forte a comunicação adequada é mais resolutiva. Os problemas interpessoais entre a equipe são resolvidos.

- Clima de segurança: Percepção de que a segurança do paciente é foco de trabalho de toda a equipe.

- Justiça organizacional: Delimita que todos devem ser tratados com respeito e que as práticas organizacionais facilitem as interações entre os profissionais presentes na equipe.

- Transparência: A equipe compartilha informações de forma adequada e com segurança, facilitando os processos de trabalho. Há a valorização de todos os profissionais da equipe.

- Liderança: Profissionais que lideram devem se dedicar a segurança do paciente, facilitando e contribuindo com o trabalho dos colegas de equipe.

- Segurança psicológica: sensação de segurança para se comunicar, auxiliando o profissional a se sentir ouvido e acolhido em suas ideias e práticas.

- Confiança: Os profissionais se sentem seguros para comunicar erros e questionamentos dentro de sua equipe e com a gestão, sem medo de punições. Também confiam uns nos outros, facilitando o trabalho em equipe.

- Condições de trabalho: Presença de treinamento da equipe em novos processos de trabalho e presença de uma carga horária de trabalho adequada.

- Cultura justa: Na qual os profissionais não são culpabilizados por erros decorrentes de processos de trabalho.

#### **5.2.2.5 Material de apoio 2**

Esse material foi extraído do livro “segurança do paciente na Atenção Primária a Saúde: Teoria e Prática” (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO, 2020). O mesmo será disponibilizado aos participantes da oficina para leitura prévia ao segundo turno de atividades da mesma e contempla o capítulo 5 do livro “Ferramentas de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde” (LEITE; FERNANDES; LORENZI, 2020).

Esse capítulo apresenta como pontos de destaque a apresentação e orientação sobre o uso de ferramentas que auxiliam no processo de um cuidado em saúde mais seguro. Além disso, reflete sobre a cultura de segurança do paciente, o trabalho em equipe e sobre a comunicação, reforçando que locais que desenvolvem uma cultura de segurança do paciente na APS positiva favorecem à utilização de ferramentas de segurança do paciente na rotina de trabalho (LEITE; FERNANDES; LORENZI, 2020).

A Figura 5 apresenta a Caixa de ferramentas de Segurança do paciente e o material na íntegra se encontra no (Anexo C).

Figura 5 – Caixa de Ferramentas da segurança do paciente

CAIXA DE FERRAMENTAS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 Momentos para Higiene de Mãos</li> <li>• 5 Momentos de Uso Seguro de Medicamentos da OMS</li> <li>• 9 Certos da Administração de Medicamentos</li> <li>• Dupla Conferência / Dupla Checagem</li> <li>• Ensinar de Volta (Teach Back)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E Se?</li> <li>• Ler de Volta (Read Back)</li> <li>• IDRAW</li> <li>• Palavra PIS</li> <li>• Reunião Rápida de Segurança</li> <li>• SBAR</li> <li>• Tutor de Segurança</li> </ul>

Fonte: Formação sobre segurança do paciente na atenção primária a saúde - Oficina de multiplicadores/material de apoio, 2019 - 39 páginas - Porto Alegre/RS

O segundo turno da oficina terá como foco a aplicabilidade das ferramentas apresentadas no Material de Apoio 2. Em um primeiro momento, divididos em grupos menores, cada facilitador apresentará três ferramentas para o grupo discutir. Nesse momento cada grupo irá elaborar situações-problemas, baseadas em seu cotidiano de trabalho, nas quais poderiam aplicar suas ferramentas.

Em um segundo momento, novamente em grupos menores, os participantes irão receber vídeos de casos clínicos, extraídos do canal do Youtube da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, disponíveis para visualização no link: <https://www.youtube.com/user/SBMFCoficial/videos> (SBMFC, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021). A partir disso deverão avaliar e propor a utilização de diferentes ferramentas, afim de melhorar as situações dos casos. Esse trabalho inverso tem o objetivo de avaliar o entendimento dos participantes das diferentes ferramentas e suas aplicabilidades.

### 5.2.3 AVALIAÇÃO FINAL DA OFICINA

Após a conclusão da oficina, os participantes serão convidados a responder uma avaliação final, que será apresentada em formato de ferramenta online, com uma escala likert de 0-10, sendo 1 a pior nota e 10 a melhor nota. A ferramenta constará com as seguintes perguntas:

1. Em uma escala de 1 a 10, como você avaliaria o tempo de duração dessa oficina?
2. Em uma escala de 1 a 10, como você avaliaria as metodologias de ensino utilizadas nessa oficina?

3. Em uma escala de 1 a 10, como você avaliaria o material de leitura ofertado para a participação na oficina?
4. Em uma escala de 1 a 10, como você avaliaria as discussões realizadas durante essa oficina?
5. Em uma escala de 1 a 10, como você avaliaria a contribuição dessa oficina para o seu conhecimento sobre segurança do paciente na Atenção Primária a Saúde (APS)?
6. Em uma escala de 1 a 10, como você avaliaria o grau de motivação que participar dessa oficina lhe proporcionou para estudar mais sobre o assunto de segurança do paciente na APS?
7. Em uma escala de 1 a 10, que nota geral você daria para essa oficina

#### **5.2.4 APLICABILIDADE DA OFICINA**

Esta oficina ainda não foi aplicada no município devido ao contexto atual de pandemia, que afetou os processos de trabalho nos serviços da APS. No entanto, assim que possível a mesma será reproduzida. A produção e aplicação desta oficina no município poderá auxiliar na qualificação do cuidado em saúde, uma vez que a apresentação dos dados obtidos pela pesquisa aplicada poderá facilitar a identificação dos profissionais com a temática abordada. Além disso os materiais de apoio disponibilizados poderão ser reproduzidos pelos participantes da oficina dentro das equipes de saúde municipais, contribuindo com a diminuição do risco de eventos adversos no escopo da APS.

## 6. CONCLUSÃO

A avaliação geral da cultura de segurança do paciente no município de Passo Fundo apresentou um resultado positivo, ou seja, os profissionais da APS percebem uma cultura favorável à um cuidado seguro dos pacientes. Destaca-se o trabalho em equipe como um ponto forte entre os profissionais que responderam o questionário. No entanto, apesar da percepção geral positiva, alguns pontos importantes da cultura de segurança do paciente podem ser melhorados. Dentre eles, o treinamento das equipes de saúde, o apoio dos gestores na segurança do paciente e a pressão no trabalho e no ritmo de trabalho dos profissionais.

A identificação dos pontos que podem ser melhorados em relação à cultura de segurança na APS é o primeiro passo para o aprimoramento dessa segurança. A partir do diagnóstico torna-se possível a realização de um planejamento de capacitações dos profissionais e de ações de saúde que visem o cuidado seguro, reduzindo erros responsáveis por eventos adversos na APS. Além disso, a fim de garantir o aprimoramento da segurança do paciente, se torna importante a avaliação da cultura de segurança, entre os profissionais do nível primário de atenção à saúde, de forma sistemática, com o intuito de se realizar um monitoramento da efetividade das medidas implementadas e para gerar uma cultura forte de segurança do paciente na APS.

A oficina proposta neste trabalho tem o objetivo de facilitar o aprimoramento da temática no município estudado, uma vez que a metodologia elaborada, dentro do PAP da oficina, busca incentivar os profissionais da APS a refletirem sobre a segurança do paciente em suas realidades de trabalho. Outra competência da oficina, está ligada ao trabalho em equipe, um ponto forte da cultura de segurança do paciente deste município, incentivando os profissionais a reforçarem o enfoque da segurança no trabalho em equipe nas unidades de saúde. A propagação do conhecimento sobre este assunto entre os profissionais da APS, visa diminuir o risco de EA evitáveis nesse nível de atenção à saúde. A pandemia do COVID-19 dificultou a aplicação da oficina no município. No entanto, neste momento há uma redução dos casos e um aumento da cobertura vacinal populacional, assim a SMS reinicia, gradualmente, a realização de capacitações e reuniões com os profissionais de saúde. Dessa forma, assim que possível a mesma será aplicada.

Esta pesquisa possui uma relevância em seu pioneirismo ao abordar a segurança do paciente na APS do município de Passo Fundo, identificando fatores importantes a serem abordados na qualificação do atendimento em saúde local e ressaltando a

importância da temática para um cuidado mais seguro para a população. Este estudo poderá ser reproduzido em diferentes municípios, seja com a possibilidade de realização da aplicação do questionário, seja com o uso do Plano de Apoio Pedagógico de oficina organizado, com o intuito de propagar o fortalecimento da segurança do paciente a nível de Atenção Primária à Saúde no País.

## REFERÊNCIAS

AURAAEN, A.; SLAWOMIRSKI, L.; KLAZINGA, N. The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind. Paris: OECD Health Working Papers, 2018.

ARANAZ, JM et al. Estudio APEAS: Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática. DALCIN, T. C.; DAUDT, C. G. et al. Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre, 2019.

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO. Formação sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: oficina de multiplicadores. DAUDT, C. G. et al. Projeto Segurança do Paciente na APS: Porto Alegre, 220 páginas, 2020.

BC PATIENT SAFETY AND QUALITY CONTROL (BCPSQC). Conjunto de Ferramentas para a mudança de cultura. Tradução Proadi-SUS. 2ª ed. 2019.

BAKER, G. R. et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ - Canadian Medical Association Journal, v. 170, n. 11, p. 1678–86, 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15159366>. Acesso em: 4 maio. 2021.

BARROSO, F. F.; MENDES, C. M. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública, v. 32, n. 2, p. 197-205, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2017a.

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

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul. 2013b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, nov. 2011.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1999a.

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. Diário Oficial da União, Brasília, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Distrito Federal, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, Brasília, 10 jul. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, Brasília, 25 set. 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 22 set. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 426 p., 2018.

BRASIL. Portaria nº. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, 02 abr. 2013a.

CONASS, 2018. A importância da gestão estadual na segurança do paciente. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/importancia-da-gestao-estadual-na-seguranca-paciente/>. Acesso em: 2 de mar. de 2021.

CRESSWELL et al. Electronic Tools: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (DGTI - SES/RS), 2017. Disponível em: <http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>. Acesso em: 05 de maio de 2021.

DESMEDT, M. et al. Systematic psychometric review of self-reported instruments to assess patient safety culture in primary care. Journal of Advanced Nursing, v. 74, n. 3, p. 539-549, 2017.

FAMOLARO, T. et al. Surveys on patient safety culture (SOPS) medical office survey: 2020 user database report. Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville (US). AHRQ Publication No: 20-0034, mar. 2020.

FERRAZ, A. M.; BELHOT, R. V. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. Gestão & Produção, São Carlos, v.17, n.2, p.421-431, 2010.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 21ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

HATOON, J. et al. A Systematic Review of Patient Safety Measures in Adult Primary Care. *American Journal of Medical Quality*, v. 32, n. 3, p. 237–245, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Panorama do município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, 2020*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/passo-fundo/panorama>. Acesso em: 15 de out. 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. The National Academies Press, Washington, Nov. 1999. DOI: 10.17226/9728.

JHA, A.K. et al. The global burden of unsafe medical care: analytical modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf*. 2014. DOI: 10.1136/001748.

LANG, S. et al. Patients' views of adverse events in primary and ambulatory care: A systematic review to assess methods and the content of what patients consider to be adverse events. *BMC Family Practice*, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2016.

LAWATI, H. Al et al. Patient safety and safety culture in primary health care: A systematic review. *BMC Family Practice*, v. 19, n. 1, p. 1-12, 2018.

LEITE, A. T.; FERNANDES, D. H.; LORENZI, M. M. Ferramentas de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. In: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO. *Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática*. DALCIN, T. C.; DAUDT, C. G. et al. Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre, 2020. cap. 05, p. 81-103.

LEWIS, R.Q.; FLETCHER, M. Implementing a national strategy for patient safety: lessons from the National Health Service in England. *Qual Saf Health Care*, v. 14, n. 2, p. 135-139, 2005. DOI: 10.1136/2004.011882.

MAKEHAM, M. et al. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *Med. J. Aust.*, v. 15, n. 177, p. 68-72, 2002.

MAKEHAM, M. et al. *Methods and measures used in primary care patient safety research*. Geneva: World Health Organization, 2008.

MARCHON, S. G. et al. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 11, p. 1-16, 2015.

MARCHON, S. G.; MENDES W. V. Segurança do paciente na atenção primária a saúde: Revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 9, p. 1815-1835, 2014.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 512. Disponível online em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_pri\\_maria\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_pri_maria_saude.pdf). Acesso em: 4 out. 2021.

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev. Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Journal of the International Society for Quality in Health Care*, Oxford, v. 21, n.4, p. 279-284, jun. 2009.

MENDES, W.; SOUSA, P. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro, EaD/ENSP, 452 p. 2014.

MESQUITA, K. O. et al. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: Revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 2, 2016.

MICHEL, P. et al. Patient safety incidents are common in primary care: A national prospective active incident reporting survey. *Plos One*, v. 12, n. 2, p. 1-14, 2017.

MONTSERRAT-CAPELLA, D. et al. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. *International journal for quality in health care; journal of the International Society for Quality in Health Care*, v. 27, p. 52-59, jan. 2015.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY (NPSA). Seven steps to patient safety for primary care: The full reference guide. NHS: United Kingdom, May 2006.

NORC at the University of Chicago and IHI/NPSF Lucian Leape Institute. Americans' Experiences with Medical Errors and Views on Patient Safety. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and NORC at the University of Chicago; 2017

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

PANAGLOTI, M. et al. Multimorbidity and patient safety incidents in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*, v. 10, n. 8, p. 1-30, 2015.

PANESAR, S. S. et al. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Quality and Safety*, v. 25, n. 7, p. 544-553, 2016.

PITTET, D. et al. WHO Global Patient Safety Challenge, World Alliance for Patient Safety. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *Lancet Infect Dis*. v. 6, n. 10, p. 641-52, 2006. DOI: 10.1016/S1473-3099(06)70600-4.

PROADI-SUS. Segurança do Paciente na Atenção Primária a Saúde, 2018. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos/59/aps>. Acesso em: 19 de set. 2020.

PROQUALIS. Erros de Medicação: Série Técnica sobre Atenção Primária mais Segura. Organização Mundial da Saúde, 2016.

PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ. Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente, 2009. Disponível em: <http://proqualis.net/>. Acesso em: nov. 2021.

PROVONOST, P. et al. Transforming Patient Safety: A Sector-Wide Systems Approach. Relatório do Wish Patient Safety Forum. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 161-72, 2018.

RAIMONDI, D. C. et al. Patient safety culture from the perspective of workers and primary health care teams. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, p. 1-8, 2019.

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

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano Municipal de Saúde de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. 2018/2021.

SHEIKH A. et al. The third global patient safety challenge: tackling medication-related harm. *Bull World Health Organ.*, v. 95, n. 8, p. 546-546, 2017. DOI:10.2471/17.198002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). Casos clínicos para a 20a prova de TEMFC. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=C-L-NkRk5YI&list=PLQrz8XN0hbPVpLNRAUcQ7X45DCJgA0yzE&index=114>. Acesso em: nov. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). Casos clínicos para a 21a prova de TEMFC. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=aD5nXocYZ9A&list=PLQrz8XN0hbPVpLNRAUcQ7X45DCJgA0yzE&index=77>. Acesso em: nov. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). Casos clínicos para a 23a prova de TEMFC. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=xSm\\_qiLKRC0&list=PLQrz8XN0hbPVpLNRAUcQ7X45DCJgA0yzE&index=107](https://www.youtube.com/watch?v=xSm_qiLKRC0&list=PLQrz8XN0hbPVpLNRAUcQ7X45DCJgA0yzE&index=107). Acesso em: nov. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). Casos clínicos para a 26a prova de TEMFC. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=i3BASKMRopw&list=PLQrz8XN0hbPVpLNRAUcQ7X45DCJgA0yzE&index=47>. Acesso em: nov. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). Casos clínicos para a 27a prova de TEMFC. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=A8TCooHMqEQ&list=PLQrz8XN0hbPVpLNRAUcQ7X45DCJgA0yzE&index=2>. Acesso em: nov. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). Casos clínicos para a 27a prova de TEMFC. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=VADaj2g7hL4&list=PLQrz8XN0hbPVpLNRAUcQ7X45DCJgA0yzE&index=5>. Acesso em: nov. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). Casos clínicos para a 28a prova de TEMFC. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=C4wsesxDeZc&list=PLQrz8XN0hbPVpLNRAUcQ7X45DCJgA0yzE&index=44>. Acesso em: nov. 2021.

SOUSA P. Patient Safety - A Necessidade de uma Estratégia Nacional. Qualidade em saúde. Acta Med Port, v. 19, p. 309-318, 2006.

SORRA, J. et al. Medical office survey on patient safety culture: user's guide. Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville (US). AHRQ Publication No: 18-0037-EF. July 2018.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde, p. 207-45, 2002.

TASCA R. et al, Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. Rev. panam. salud pública, v. 44, n. 4, 2020. DOI: [10.26633/2020.4](https://doi.org/10.26633/2020.4).

THE HEALTH FOUNDATION. Evidence scan: Levels of harm in primary care. Nov. 2011. Available in: <http://www.health.org.uk/publications/levels-of-harm-in-primary-care/>. Accessed in jul. 2021.

THE CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE (CPSI). The safety competencies: Enhancing patient safety across the health professions. Ottawa: Ontario, 2008.

VERBAKEL, N. et al. Improving Patient Safety Culture in Primary Care: A Systematic Review. Journal Patient Safety, v. 3, n. 7, p. 2029-2036, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. Final Technical Report. Jan. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Health Assembly Resolution and related documents - Quality of care: patient safety (WHA55.18). 18 May 2002.

ZABALA, A. A prática educativa: como ensinar. Artmed: Porto Alegre, 1998. Reimp. 2010.

## APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA – QUESTIONÁRIO



Universidade de Brasília - UnB  
Departamento de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Brasília – DF, 13 de Março de 2020.

A/C Laura Guimarães Sandoval

Prezada,

Agradecemos o interesse pelo estudo “*Adaptação Transcultural do Questionário Medical Office Survey on Patient Culture sobre Segurança do Paciente para Atenção Primária*”.

A respeito de solicitação para o uso do instrumento adaptado e validado “*Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária*” segue o consentimento formal.

### Formulário de Autorização para uso do instrumento:

#### Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária

**Autor responsável:** Enfa. Ma. Márcia Timm

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues

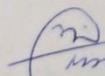
Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

#### Especificações:

- 1- Nenhuma alteração, adição ou deleção é permitida.
- 2- A permissão só se aplica à pesquisa especificada nesta correspondência.
- 3- A fonte original deve ser citada: Timm M, Rodrigues MCS. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. Acta Paul Enferm. 2016; 29(1):26-37.

**Publicado por:** Márcia Timm e Maria Cristina Soares Rodrigues

A permissão das autoras, concedida nos termos supramencionados, é representada por:

 **Inj<sup>a</sup> Márcia Timm**  
SES 1435121-8  
COREN - DF 80073

**Márcia Timm**

Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília.

**Solicitante:** Laura Guimarães Sandoval

**Data:** 11/03/2020

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: **“SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO, RIO GRANDE DO SUL”**. Com o objetivo de avaliar a Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária a Saúde (APS) sob a perspectiva dos profissionais de saúde do município de Passo Fundo/RS, este estudo busca qualificar ainda mais o cuidado em saúde prestado no município.

Caso você aceite participar desta pesquisa, terá acesso a realização de um questionário auto administrado online, com duração aproximada de 15 minutos. O mesmo se encontra dividido em nove sessões assinaladas de A-I. As sete primeiras sessões estão dispostas no formato de perguntas fechadas com cinco opções de resposta, a oitava sessão é também uma pergunta fechada com a opção de respostas do tipo múltipla escolha e a nona sessão é uma questão aberta, cuja resposta deve ser enunciada de forma discursiva. Posteriormente os dados serão apresentados em uma oficina sobre a temática, serão selecionados para participar da oficina apenas profissionais que responderem e aceitarem participar do questionário inicial.

Você não terá despesas pessoais para participar da pesquisa, e também não terá benefícios pessoais da realização da mesma, no entanto ao colaborar com o estudo estará auxiliando no aprimoramento do seu processo de trabalho. Dessa forma, as suas respostas irão contribuir para a elaboração de estratégias para a ampliação da Segurança do Paciente nas Equipes de Saúde do município, o que irá lhe beneficiar indiretamente. No caso de qualquer despesa adicional originada pela participação na pesquisa, esta será absorvida pelo orçamento da pesquisadora.

Essa pesquisa apresenta riscos mínimos, como desconforto ou cansaço em relação ao tempo dispendido para o preenchimento do questionário. Se por algum motivo você sentir alguma forma de desconforto durante a pesquisa, poderá desistir da realização da mesma, ou retirar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A pesquisadora se compromete em manter o sigilo de sua identidade e privacidade, utilizando os dados coletados somente para esta pesquisa que será divulgada em periódicos científicos. Em nenhum momento seus dados serão revelados e as informações utilizadas para publicação não permitirão sua identificação.

Se houver dúvidas ou o desejo de informações adicionais, em qualquer momento da pesquisa, você poderá entrar em contato com a Professora Pesquisadora responsável Carine Raquel Blatt pelo e-mail [carine.blatt@gmail.com](mailto:carine.blatt@gmail.com) ou com a Pesquisadora (mestranda) Laura Guimarães Sandoval pelo telefone (54) 996932106 ou e-mail: [laurasandoval08@gmail.com](mailto:laurasandoval08@gmail.com). E se houver dúvidas referentes aos direitos dos

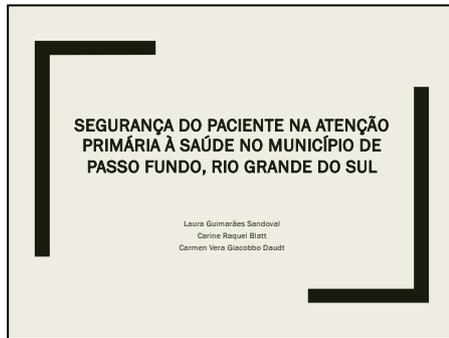
participantes envolvidos ou problemas decorrentes desta pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – CEP/UFCSPA, pelo e-mail: [etica@ufcspa.edu.br](mailto:etica@ufcspa.edu.br), ou no endereço Rua Sarmiento Leite, 245 – sala 518/ prédio 1, Porto Alegre-RS, CEP: 90050-170, ou pelo telefone (51) 3303-8804.

Após aceitar participar desta pesquisa você confirma ter lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ter compreendido as informações nele contidas, também afirma estar satisfeito com as explicações fornecidas decidindo participar voluntariamente deste estudo.

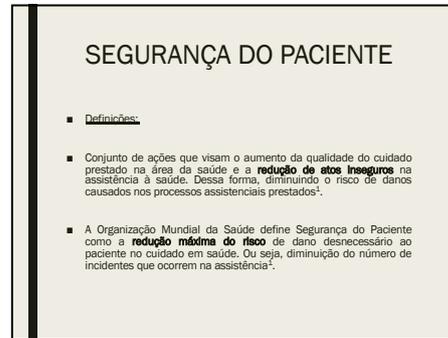
Solicitamos que você imprima ou salve uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a fim de ter acesso a todas as informações nele contidas.

# APÊNDICE C – APRESENTAÇÃO DE POWER POINT 1: SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS

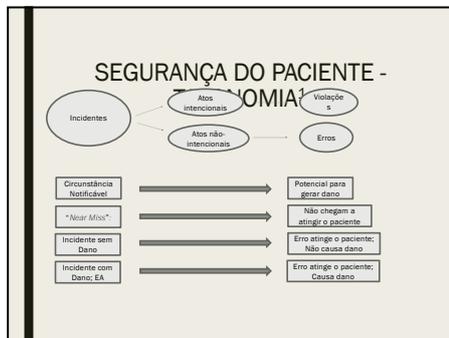
16/11/2021



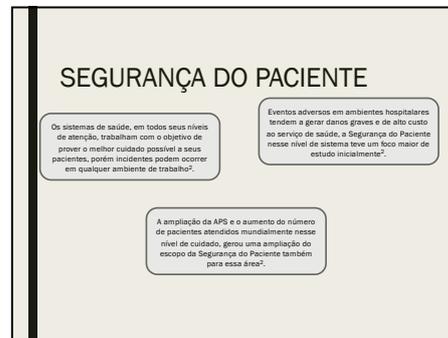
1



2



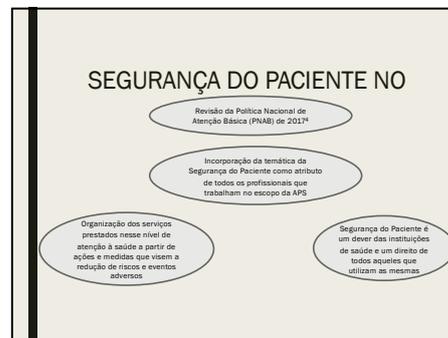
3



4



5



6

16/11/2021

### METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

1. Identificar corretamente o paciente.
2. Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
3. Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
4. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
5. Higienizar as mãos para evitar infecções.
6. Reduzir o risco de quedas e síncopes por prescrição.

Fuente: BRASIL, 2014.

7

### EVENTOS ADVERSOS NA APS

Estado espanhol, publicado em 2008: Prevalência de eventos adversos na APS*	Prevalência de EA: 16,63%
Revisão de quase 100.000 consultas realizadas em centros de atenção primária	EA Graves: 7,3%
	Resultaram em internações hospitalares: 9,8%

8



9

### CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- **Definições:**
- Conjunto de competências, valores, atitudes e comportamentos, **individuais e coletivos** que influenciam diretamente o funcionamento de estabelecimentos de saúde e seus programas de segurança.
- Uma cultura na qual os profissionais de saúde, tanto individualmente quanto em equipe, possuem um **conhecimento** constante do **potencial que suas ações** possuem de apresentar erros e gerar danos.
- Organizações de saúde que apresentam uma cultura de Segurança do Paciente **positiva** tendem a apresentar resultados de cuidado mais **efetivos**<sup>11</sup>.

10



11

### PASSO FUNDO/RS

- Passo Fundo é um município localizado no Planalto Rio-grandense, considerado o terceiro maior polo de saúde da Região Sul do País.
- Possui uma população estimada de 203.275 habitantes, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes à 2020, e pertence à 6<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde.
- Em relação a estrutura da APS, o município possui 35 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que dentre essas 19 estão vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF).
- Além disso, o município também possui cinco Centros de Atendimento Integral a Saúde (CAIS), que são estruturas de saúde que foram inicialmente delimitadas para realizar um atendimento secundário à saúde, porém auxiliam as áreas que ainda não possuem cobertura de APS, realizando atendimentos clínicos e de demanda espontânea aos pacientes.

12

16/11/2021

## PASSO FUNDO/RS

### PESQUISA

- Estudo transversal e descritivo, que visou a aplicação de um questionário com o objetivo de avaliar a cultura de Segurança do Paciente nos profissionais da Atenção Primária à Saúde do município de Passo Fundo.
- O questionário aplicado na pesquisa foi o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS)*, elaborado pela *Agency for Healthcare and Research in Quality* em 2007, originalmente criado para aplicação em ambiente hospitalar e posteriormente adaptado para o nível de atenção primária.
- O mesmo foi adaptado e validado para o Brasil em 2016, sob o nome de "Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária"<sup>12</sup>

13

## MAPA MENTAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE

12. 100. Modelo de Cultura Segura do Paciente em Atenção Primária à Saúde, 2016. 12

14

## Referências Bibliográficas

- World Health Organization (WHO). The essential functions for the health workforce: for patient safety. *World Health Organization*; 2008.
- Agência Nacional de Saúde Reguladora. *Segurança do Paciente em Atenção Primária*. Brasília: ANS; 2016.
- Ministerio de Saúde (MS). *Segurança do Paciente em Atenção Primária*. MEC nº. 18, de 26 de julho de 2013. *Integração entre a segurança do paciente em atenção primária e o sistema de saúde*. Brasília: MS; 2013.
- Ministerio de Saúde (MS). Portaria nº. 1.762/2017. *Resolução da Comissão Nacional de Ética em Saúde, estabelecimento de critérios de aprovação para a implementação de Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: MS; 2017.
- Ministerio de Saúde (MS). *Guia de Referência para a Atenção Primária em Saúde*. Brasília: MS; 2014.
- Assis AM, et al. *Atenção APSB: Estado atual de implementação de um programa em atenção primária de saúde*. *Revista Brasileira de Geriatria*; 2008.
- Martins M, Barros E, Feres M, Longhini S. *Estado atual da atenção primária em atenção primária de saúde*. *Revista Brasileira de Geriatria*; 2008.
- Ministerio de Saúde (MS). *Relatório de implementação de atenção primária em saúde: modelo conceitual*. *Guia de Referência para a Atenção Primária em Saúde*. Brasília: MS; 2014. p. 100-105.
- Levine ML, Barros E, Storti SB, Alencar M. *Patient safety and quality culture in primary health care: an exploratory study*. *BMC Fam Pract*; 2016; 17(1):104.
- Morrongiello RP, et al. *Frequency of accidents and related events in health services: evidence for the SBHRIS/PAIS cultural safety intervention program for quality in health care*. *BMC Fam Pract*; 2016.
- Levine ML, Barros E, Storti SB, Alencar M. *Patient safety and quality culture in primary health care: an exploratory study*. *BMC Fam Pract*; 2016; 17(1):104.
- Tom W, Rodriguez M. *Atenção primária em saúde: implementação de um programa de segurança em um município brasileiro*. *Revista Brasileira de Geriatria*; 2010; 13(1): 1-10.
100. Modelo de Cultura Segura do Paciente em Atenção Primária à Saúde. *Trabalho de Pesquisa em Saúde*. Brasília, D.F.: ANS; 2016. 12 p. 12.

15

# APÊNDICE D – APRESENTAÇÃO DE POWER POINT 2: RESULTADOS DA PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS

15/11/2021

**SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO, RIO GRANDE DO SUL**

Laura Guimarães Sandoval  
Carine Raquel Blatt  
Carmen Vera Giacobbo Daudt

1

**PESQUISA - QUESTIONÁRIO**

# Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC): "Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária"

# O MOSPSC identifica se a cultura de segurança do paciente na APS é positiva/favorável ao cuidado seguro, quando o percentual de respostas positivas for acima de 50%, além de apontar as áreas que necessitam de melhorias

# Identifica os pontos fortes e fracos de diferentes itens no contexto da segurança do paciente, sendo considerados fortes os itens nos quais, pelo menos 75% dos participantes responderam como positivo e fracos os itens com respostas negativas respondidas por um mínimo de 50% dos participantes

2

**PESQUISA – POPULAÇÃO DE ESTUDO**

- Profissionais da área da saúde, com atuação na APS há pelo menos 6 meses
- Em março de 2020, atendendo em serviços de APS deste município:
  - 36 enfermeiros,
  - 28 médicos generalistas,
  - 11 dentistas,
  - 22 gerentes de APS,
  - 2 farmacêuticas,
  - 60 técnicos de enfermagem e
  - 74 agentes comunitários de saúde
- 88 funcionários da APS estavam em afastamento do serviço por auxílio doença ou afastamento por suspeita/confirmção de COVID-19, sendo então excluídos da pesquisa.

3

Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde (n=71) que responderam o questionário de cultura de segurança do paciente no município investigado

Variável	N	%
Qual é seu cargo nesse serviço?		
Médico	24	33,8
Enfermeiro	12	16,9
Técnicos de enfermagem	11	15,5
Agentes comunitários de saúde	7	9,9
Odontólogo	4	5,6
Gerente de unidade	3	4,2
Farmacêutico	2	2,8
Outro cargo	8	11,3
Há quanto tempo você trabalha neste serviço?		
Há menos de 1 ano	18	25,4
De 1 ano a menos de 2 anos	21	29,6
De 2 anos a menos de 10 anos	15	21,1
10 a 15 anos ou mais	16	22,6
Atuam em:		
At. SMI	12	16,9
At. SPS	13	18,3
At. SCS	42	59,2
At. S	4	5,6

4

Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde (n=71) que responderam o questionário de cultura de segurança do paciente no município investigado

Variável	N	%
Em que tipo de serviço de Atenção Primária atua?		
Distrito de Saúde da Família	46	64,8
Unidade Básica de Saúde	15	21,1
CMS	5	7,0
Quase	5	7,0
Você é gestor/administrador ou tem algum cargo de liderança em alguma instituição para a qual você presta serviços para o serviço?		
Sim	62	87,4
Não	3	4,2

5

Percentual de respostas dos profissionais de Atenção Primária em Saúde com percepção positiva das diferentes dimensões do escopo da segurança do paciente

QUESTÕES RELACIONADAS COM SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE	%	QUESTÕES RELACIONADAS COM SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE	%
A1: ACESSO AO CUIDADO: Paciente conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo	60,7%	A7: MEDICAMENTO: O paciente (não) necessita retornar à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição	72,5%
A2: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: No atendimento de um paciente (não) foi utilizado um prontuário/registo de outro paciente	86,5%	A8: DIAGNÓSTICOS E TESTES: Os exames laboratoriais ou de imagem (não) foram realizados quando necessário	82,3%
A3: PRONTUÁRIOS/REGISTROS: O prontuário/registo de um paciente estava disponível quando necessário	82,3%	A9: DIAGNÓSTICOS E TESTES: Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem (não) estavam disponíveis quando necessário	65,0%
		A10: DIAGNÓSTICOS E TESTES: Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem (não) foi acompanhado/avaliado em tempo hábil	66,6%

6

15/11/2021

Percentual de respostas dos profissionais de Atenção Primária em Saúde com percepção positiva das diferentes dimensões do escopo da segurança do paciente

**2. AVALIAÇÃO DA TROCA DE INFORMAÇÕES DA APS COM OS SETORES LISTADOS A SEGUIR** (alfa de Cronbach = 0,734)

B1: Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde	69,7 %
B2: Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde	51,6 %
B3: Farmácias	67,8 %
B4: Hospitais	50,0%
B5/B6: Outros	42,9%†

7

Percentual de respostas dos profissionais de Atenção Primária em Saúde com percepção positiva das diferentes dimensões do escopo da segurança do paciente

**3. TRABALHO EM EQUIPE** (alfa de Cronbach = 0,734)

C1: Quanto agirem neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam	82,4%*
C2: Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais	90,2%*

**3. TRABALHO EM EQUIPE** (alfa de Cronbach = 0,734)

C3: Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito	85,9%*
C13: Este serviço valoriza o trabalho em equipe ao cuidar dos pacientes	76,0%*

**4. PRECISÃO NO TRABALHO E RITMO** (alfa de Cronbach = 0,803)

C3: Neste serviço frequentemente (não) nos sentimos pressionados ao atender o paciente	26,7%†
C6: Neste serviço a quantidade de pacientes (não) é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis	11,3%†
C11: Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender a quantidade de pacientes	17,4%†
C24: Neste serviço (não) há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente	12,7%†

8

Percentual de respostas dos profissionais de Atenção Primária em Saúde com percepção positiva das diferentes dimensões do escopo da segurança do paciente

**5. TREINAMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE** (alfa de Cronbach = 0,789)

C4: Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados	31,9%†
C7: Este serviço garante que sua equipe reciba atualizações necessárias ao atendimento	28,9%†
C10: Os profissionais que trabalham neste serviço (não) são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados	41,8%†

**6. PROCESSO DE TRABALHO E PADRONIZAÇÃO** (alfa de Cronbach = 0,735)

C8: Neste serviço a desorganização (não) é maior que o aceitável	58,5%
C9: Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente	40,6%†
C12: Neste serviço (não) há problemas com o fluxo de trabalho	23,5%†
C15: A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades	60,8%

9

Percentual de respostas dos profissionais de Atenção Primária em Saúde com percepção positiva das diferentes dimensões do escopo da segurança do paciente

**7. COMUNICAÇÃO ABERTA** (alfa de Cronbach = 0,769)

D1: Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho	75,3%*
D2: Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista	66,7%
D4: Neste serviço a equipe (não) tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto	55,9%
D10: Neste serviço (não) é difícil expressar opiniões diferentes	56,1%

**8. SEGUIMENTO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE** (alfa de Cronbach = 0,763)

D3: Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina	75,8%*
D5: Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento	67,8%
D6: Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esportado de outro serviço	49,1%†
D9: Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento	80,6%*

10

Percentual de respostas dos profissionais de Atenção Primária em Saúde com percepção positiva das diferentes dimensões do escopo da segurança do paciente

**9. COMUNICAÇÃO SOBRE O ERRO** (alfa de Cronbach = 0,670)

D7: A equipe deste serviço (não) acredita que seus erros possam ser usados contra si	18,0%†
D8: A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço	71,4%
D11: Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente	71,5%
D12: Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço	59,1%

**10. APOIO DOS GESTORES NA SEGURANÇA DO PACIENTE** (alfa de Cronbach = 0,797)

E1: Eles estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço	16,4%
E3: Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes	28,4%
E4: Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o paciente e não no que é melhor para o <u>serviço</u>	25,7%

11

Percentual de respostas dos profissionais de Atenção Primária em Saúde com percepção positiva das diferentes dimensões do escopo da segurança do paciente

**11. APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL** (alfa de Cronbach = 0,691)

F1: Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas	92,9%*
F5: Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam	48,6%†
F7: Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam	63,2%

**12. PERCEPÇÃO GERAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE** (alfa de Cronbach = 0,725)

F2: Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes	49,2%†
F3: Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria	66,7%
F4: É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes	64,7%
F6: Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado	47,9%†

12



## ANEXO A - INSTRUMENTO DE PESQUISA – QUESTIONÁRIO “PESQUISA SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA”

Timm M, Rodrigues MC

Anexo 1. Instrumento adaptado e validado

### Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária

#### 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/agudo.	<input type="checkbox"/> 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
<b>Identificação do paciente</b>							
2. No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registo de outro paciente.	<input type="checkbox"/> 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
<b>Prontuários/registros</b>							
3. O prontuário/registo de um paciente não estava disponível quando necessário.	<input type="checkbox"/> 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
4. Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registo de outro paciente.	<input type="checkbox"/> 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
<b>Equipamento</b>							
5. Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.	<input type="checkbox"/> 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

**SEÇÃO A: Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade (continuação)**

Com que frequência os fatos listados abaixo aconteceram em seu local de trabalho NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Medicamento	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
6. O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.	<input type="checkbox"/> 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
7. Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta.	<input type="checkbox"/> 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
<b>Diagnósticos &amp; testes</b>							
8. Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.	<input type="checkbox"/> 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
9. Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.	<input type="checkbox"/> 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
10. Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil.	<input type="checkbox"/> 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

**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?	<input type="checkbox"/> 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
2. Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde?	<input type="checkbox"/> 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
3. Farmácias?	<input type="checkbox"/> 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
4. Hospitais?	<input type="checkbox"/> 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
Outros? Por favor, especifique: _____	<input type="checkbox"/> 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

**SEÇÃO C: Trabalhando neste serviço de saúde**

Quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1. Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

4. Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
15. A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

### SEÇÃO D: Comunicação e Acompanhamento

Com que frequência os fatos a seguir ocorrem neste serviço?	Nunca	Raramente	Às 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.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 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 Seção F*

2 Não → *Continue abaixo*

## Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária

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

## SEÇÃO F: Seu serviço de saúde

Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	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.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 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 às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Efetivo:	É baseado no conhecimento científico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Pontual:	Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Eficiente:	Garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Imparcial:	Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de sexo, etnia, status socioeconômico, idioma etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### SEÇÃO H: Questões sobre a prática profissional

1. Há quanto tempo você trabalha neste serviço?

- a. Há menos de 2 meses
- b. De 2 meses a menos de 1 ano
- c. De 1 ano a menos de 3 anos
- d. De 3 anos a menos de 6 anos
- e. De 6 anos a menos de 11 anos
- f. Há 11 anos ou mais

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

- a. 1 a 4 horas por semana
- b. 5 a 16 horas por semana
- c. 17 a 24 horas por semana
- d. 25 a 32 horas por semana
- e. 33 a 40 horas por semana
- 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.

- a. Médico
- b. Enfermeiro
- c. Gerência  
Administrador  
Gerente de Enfermagem  
Gerente de laboratório  
Outro gerente \_\_\_\_\_
- d. Equipe administrativa  
Registros médicos  
Recepção  
Recepcionista  
Encarregado dos agendamentos (consultas, exames, cirurgia etc.),  
Outro cargo administrativo: \_\_\_\_\_
- e. Técnico de Enfermagem
- f. Outro pessoal clínico:  
Técnico de Laboratório  
Técnico em Saúde Bucal
- Odontólogo       Fisioterapeuta       Nutricionista
- Farmacêutico       Psicólogo       Terapeuta Ocupacional
- Assistente Social       Agente Comunitário de Saúde
- Outra função. Por favor, especifique: \_\_\_\_\_

### 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.

OBRIGADO POR COMPLETAR ESTA PESQUISA.

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO, RIO GRANDE DO SUL.

**Pesquisador:** Carine Raquel Blatt

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 36764620.2.0000.5345

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.271.367

#### Apresentação do Projeto:

Desenho:

O estudo será dividido em três etapas, a primeira consiste de um estudo transversal e descritivo, que visa a aplicação de um questionário com o objetivo de avaliar a cultura de segurança do paciente nos profissionais da Atenção Primária a Saúde do município de Passo Fundo. A segunda e terceira etapa, consiste na elaboração de um metodologia e aplicação de oficina para profissionais de saúde da APS sobre segurança do paciente na APS.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar um diagnóstico da cultura de segurança do paciente na APS e elaborar uma formação sobre o tema para profissionais de saúde.

Objetivo Secundário:

1. Investigar a cultura de segurança do paciente entre os profissionais das unidades de atenção primária a saúde do município de Passo Fundo.
2. Elaborar uma metodologia de oficina de segurança do paciente na APS para os profissionais da área da saúde.
3. Realizar uma oficina de segurança do paciente na APS para os profissionais da área da saúde.

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245

**Bairro:** Sarmento

**CEP:** 90.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 4.271.367

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A pesquisa implica em riscos mínimos aos participantes, os quais podem incluir um desconforto ou cansaço para responder as questões sobre segurança do paciente ou sensações como medo, ansiedade e estresse por promover uma reflexão sobre o processo de trabalho dos participantes.

Benefícios:

Os resultados do projeto poderão trazer benefícios para os próprios profissionais, para os usuários dos serviços de atenção primária e para o município, com a possibilidade de ampliar a qualidade do cuidado em saúde local.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa exclusivamente on-line, na qual os prováveis riscos são devidamente relatados pelas pesquisadoras.

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

Os documentos estão adequados para a pesquisa de configuração on-line.

**Recomendações:**

não se aplica

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

Não foram constatados óbices éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com o parecer do relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1527978.pdf	17/08/2020 19:18:59		Aceito
Outros	RELATORIO.pdf	17/08/2020 15:38:50	LAURA GUIMARAES SANDOVAL	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	17/08/2020 15:34:03	LAURA GUIMARAES SANDOVAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/08/2020 15:31:36	LAURA GUIMARAES SANDOVAL	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto.docx	17/08/2020	LAURA GUIMARAES	Aceito

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245  
**Bairro:** Sarmento **CEP:** 90.050-170  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 4.271.367

/ Brochura Investigador	Projeto.docx	15:26:21	SANDOVAL	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	17/08/2020 15:22:20	LAURA GUIMARAES SANDOVAL	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 11 de Setembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Fernanda Bordignon Nunes**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245

**Bairro:** Sarmento

**CEP:** 90.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

**ANEXO C – MATERIAL DE APOIO 2: FERRAMENTAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (CAP. 5 DO LIVRO “SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: TEORIA E PRÁTICA”, 2020)**

Capítulo 05

## Ferramentas de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

Ana Paula Tussi Leite  
Deysi Heck Fernandes  
Michelli Milleto Lorenzi

### Pontos de Destaque:

- O uso de ferramentas que auxiliam no processo de cuidar e que aumentam a eficiência e a segurança do paciente;
- Uma breve reflexão sobre a cultura de segurança, do trabalho em equipe e da comunicação;
- O desenvolvimento de uma cultura de segurança na APS cria um ambiente favorável à utilização de ferramentas de segurança do paciente.

### Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada, o primeiro contato da pessoa, da família e da comunidade com o sistema de saúde nacional.

*“A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que a orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população,*

*restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível” (MENDES, 2015, p. 32).*

*“A demanda na APS é muito complexa, por suas dimensões quantitativa e qualitativa e por sua diversidade. A diversidade da demanda na APS representa um desafio para os profissionais de saúde” (MENDES, 2015, p.31).*

Ela tem como definição ser um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de



danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (PNAB, 2017). Também pode ser entendida como um cuidado acessível, coordenado, integral e contínuo durante o tempo, atendendo as mais diversas necessidades de saúde da população (MENDES, 2015).

Para o aumento da eficiência e segurança do paciente pode-se utilizar uma série de ferramentas que auxiliam no cuidado em saúde. Estas ferramentas são estratégias que facilitam o processo de trabalho, visto que a APS possui uma complexidade de informações e muitos profissionais envolvidos.

fissionais de saúde, que aumentam entrosamento na equipe diminuindo erros, e pacientes que acessam serviços de maior qualidade (KENNEDY, 2018).

A proposta deste capítulo é sensibilizar, auxiliar, qualificar e instrumentalizar profissionais da APS quanto ao uso de ferramentas de segurança do paciente que possam auxiliar no processo de trabalho e qualificar os serviços de saúde.

Sendo assim, sugerimos começar a introdução das ferramentas de segurança do paciente com a caixa de ferramentas produzida pelo Projeto PROADI-SUS Formação sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. A mesma foi aplicada e testada durante as 27 oficinas de multiplicadores realizadas em 22 Estados do Brasil e no Distrito Federal.

**Quadro 1** – Caixa de ferramentas de segurança do paciente: cultura de segurança, trabalho em equipe e comunicação

CAIXA DE FERRAMENTAS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 Momentos para Higiene de Mãos</li> <li>• 5 Momentos de Uso Seguro de Medicamentos da OMS</li> <li>• 9 Certos da Administração de Medicamentos</li> <li>• Dupla Conferência / Dupla Checagem</li> <li>• Ensinar de Voila (Teach Back)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E Se?</li> <li>• Ler de Volta (Read Back)</li> <li>• IDRAW</li> <li>• Palavra PIS</li> <li>• Reunião Rápida de Segurança</li> <li>• SBAR</li> <li>• Tutor de Segurança</li> </ul>

**Fonte:** Formação sobre segurança do paciente na atenção primária a saúde - Oficina de multiplicadores/material de apoio, 2019 - 39 páginas - Porto Alegre/RS

As ferramentas para a segurança do paciente na área da saúde são utilizadas para aprimorar os seus produtos, processos, sistemas e projetos, para melhorar a qualidade e prevenir eventuais erros. Permitem, ainda, que se faça análise crítica da ineficácia e dos aspectos negativos de um processo em questão, possibilitando que os serviços de saúde inovem na forma de atuação, beneficiando os pro-

- Como abordar a cultura de segurança, o trabalho em equipe e a comunicação usando a caixa de ferramentas de SP adaptadas para APS
- Cultura de segurança, trabalho em equipe e comunicação



Para priorizar as ações a serem realizadas, bem como escolher as ferramentas utilizadas é fundamental um bom planejamento. É importante refletir previamente sobre como está o seu ambiente de trabalho e, para isso, sugerimos alguns passos a seguir, a partir da análise da Cultura de Segurança, trabalho em equipe e comunicação, antes de falarmos diretamente sobre as ferramentas de segurança do paciente na APS.

Podemos citar uma ferramenta disponível para a língua portuguesa: *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC).

Atualmente, a constante mudança global que envolve os segmentos econômicos, sociais, tecnológicos e científicos, impulsiona os serviços de saúde a buscar constantes melhorias na qualidade assistencial, e consequentemente nos processos de trabalho (BOHRER *et al.*, 2016).

Para alcançar a qualidade dos serviços, um dos marcos indispensáveis é a gestão e a redução de riscos de forma sistêmica associada a assistência em saúde. A qualidade dos serviços vai além das pesquisas de satisfação e do sistema organizacional das instituições (missão, visão e valores) (BOHRER *et al.*, 2016).

Tanto quanto a gestão e redução de riscos, a segurança do paciente é um dos pilares diretamente associados à qualidade assistencial, assim como, os riscos, que são notórios e presentes diariamente nos atendimentos em saúde (BOHRER *et al.*, 2016).

A segurança do paciente é capaz de gerar a mudança das práticas assistenciais e nos processos de trabalho na busca da qualidade, sob influência da cultura organizacional. Neste contexto, configura-se a cultura de segurança como:

*“cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança”* (BRASIL, 2014, p.15).

A cultura de segurança interfere na maneira como a instituição estabelece seus processos, trata seus colaboradores e seus usuários.

Para gerir e reduzir riscos, introduzir a segurança do paciente no processo de cuidado e buscar a qualidade da assistência é necessário que haja além de uma postura organizacional proativa, o desenvolvimento de uma cultura de segurança na organização por meio da estruturação de processos de trabalho que apoiem atitudes seguras. Dentre esses fatores, o trabalho em equipe e a comunicação efetiva são alicerces fundamentais para a construção desse novo cenário em saúde (KAWATA *et al.*, 2009).

Em um sistema de saúde seguro, considera-se que a mudança cultural é um grande desafio. Por isso, para realizar a promoção da cultura de segurança do paciente envolve o engajamento de toda a instituição. A organização deve proporcionar um ambiente onde os profissionais colaborem com sugestões em prol de uma assistência segura, gerando o sentimento de empoderamento. Instituições de alta confiabilidade possuem uma forte cultura de segurança.



Os componentes fundamentais de uma cultura forte são semelhantes às engrenagens de uma máquina, todos se conectam e são essenciais para uma equipe de sucesso com uma base forte de cultura. Os componentes são: liderança, cultura justa, segurança psicológica, confiança, condições de trabalho, clima de segurança, justiça organizacional, transparência e trabalho em equipe e comunicação.

Não é possível construir uma cultura de segurança sem o desenvolvimento de equipes. Trabalho em equipe na atenção primária à saúde vai além de níveis hierárquicos técnicos e de tarefas organizacionais dentro dos processos de assistência, para tanto, deve-se estimular o trabalho social entre os atores envolvidos, promovendo um trabalho em equipe horizontalizado e flexível, para que todos possam atuar na tomada de decisões e desenvolver maior autonomia e criatividade de expressão, e assim, maior integração da equipe de saúde (KAWATA *et al.*, 2009).

Aliás, este é um dos grandes e atuais desafios das equipes de saúde de atenção primária, pois se essa completa integração não ocorrer, há grandes chances de se reproduzir o modelo de atenção fragmentado, com divisões de trabalho de forma hierárquica e centrado na recuperação biológica individual. É muito importante que a equipe trace objetivos, partilhe e construa projetos em comum.

Para desenvolver uma equipe multidisciplinar de atenção primária em atuação integrada é importante a construção de novas articulações e ações em comum a esta equipe, assim como o envolvimento dos sujeitos que estão atuantes nos processos de trabalho do cotidiano de forma ética e respeitosa entre equipe e usuários (ALMEIDA & MISHIMA, 2001).

Outro pilar importante para a construção da integração entre os atores é a comunicação efetiva, considerada o denominador comum do trabalho

em equipe, decorrente de uma relação mútua entre trabalho e integração.

Para desenvolver esta habilidade é necessário que esteja claro as três diferentes formas de se comunicar. A primeira delas é externa ao trabalho, ou seja, não é exercida, ou quando exercida, é realizada apenas de forma técnica, ocorrendo restrição de interação entre os profissionais. A segunda é a comunicação de caráter pessoal, dando destaque às relações pessoais e não as de trabalho. E a última forma, que deve ser almejada, é aquela em que a comunicação é elaborada e praticada como dimensão essencial para a fluidez do trabalho em equipe, destacando-se a elaboração conjunta de diversos aspectos: linguagens, objetivos, propostas e cultura comum, ou seja, construção e desenvolvimento de projetos assistenciais comuns por meio das complexas relações entre a execução das atividades técnicas e comunicação efetiva entre os profissionais (PEDUZZI *et al.*, 2011). As atividades técnicas e a comunicação entre a equipe de trabalho agem como sinalizadores em termos de integração e formam um eixo norteador durante a dinâmica assistencial cotidiana e o processo de interação.

É importante considerar também que uma boa coordenação e gestão auxilia como um instrumento que define claramente as responsabilidades das pessoas envolvidas no processo, visando facilitar o alcance das finalidades propostas, de modo que possibilite redução dos atritos e a condução do processo de trabalho mais colaborativo.

A construção do trabalho em equipe e da comunicação efetiva na rotina assistencial da atenção primária em saúde serve como alicerce para o desenvolvimento e a manutenção da cultura de segurança, que é elaborada nas instituições com a estratégia de estimular o comportamento seguro dos profissionais, proporcionando a promoção da segurança do paciente.



Em um sistema de saúde seguro, considera-se que a mudança cultural é um grande desafio. Por isso para realizar a promoção da cultura de segurança do paciente envolve o engajamento de toda a instituição. A organização deve proporcionar um ambiente onde os profissionais colaborem com sugestões em prol de uma assistência segura, gerando o sentimento de empoderamento e pertencimento. Instituições de alta confiabilidade possuem uma forte cultura de segurança.

Os componentes fundamentais de uma cultura forte são semelhantes a engrenagens de uma máquina, todos se conectam e são essenciais para uma equipe de sucesso com uma base forte de cultura. Os componentes são: liderança, cultura justa, segurança psicológica, confiança, condições de trabalho, clima de segurança, justiça organizacional, transparência e trabalho em equipe e comunicação (KENNEDY, 2018).

*“A cultura organizacional é outro fator que influi na governança das RASs. De um lado, porque a implantação de objetivos e estratégias das RASs requer que seus membros aceitem e compartilhem visão, missão e objetivos comuns; de outro, porque a cultura de cada organização componente dessas redes deve estar alinhada com a missão e com os objetivos. Valores presentes nas organizações como atitudes de cooperação, interdependência, trabalho em equipe e orientação para resultados são fundamentais. Além disso, é importante que haja, na governança das RASs, uma liderança orientada para a ação cooperativa e para a comunicação de objetivos e de estratégias e seu aprendizado.”* (MENDES, 2011, p. 159).

Trabalho em equipe de alta qualidade, comunicação, colaboração e resolução de conflitos também levam a uma cultura de segurança fortalecida. Sabe-se que um bom trabalho em equipe e comunicação são construídos com o tempo. Por isso para começar, opte por trabalhar inicialmente por algum ponto de tensão, processo/problema que esteja afetando no trabalho em equipe. Iniciar por um ponto de insatisfação pode ajudar a equipe a ver o valor de uma mudança (SOUSA, 2014).

## Uso de Ferramentas para Implantação de uma Cultura de Segurança

Para estabelecer e desenvolver a cultura de segurança na APS e criar um ambiente favorável à utilização de ferramentas de segurança do paciente, segue aqui uma sugestão de alguns passos a seguir (adaptado de Conjunto de ferramentas para mudança de cultura):

### 1. Engajar as pessoas: Como?

- Desde o início do processo;
- Definir o tutor de segurança (pessoa referência que ajudará nas questões de segurança), esta ferramenta será abordada mais adiante no capítulo;
- Optar sempre por conversas rápida e simples.

### Sugestão de ferramenta:

**Conversa de corredor:** explicação objetiva com duração de aproximadamente 30 segundos clarificando o que pretendemos atingir e porque a equipe deve aderir a essa ideia. Por exemplo: o tutor de segurança encontra um colega da equipe no intervalo de uma consulta e tem a seguinte conversa de corredor: “Sabemos que para uma cultura forte de segurança



do paciente, o envolvimento do paciente no cuidado é fundamental. Uma das propostas que pretendemos implementar na nossa unidade é o Ensinar de Volta, uma ferramenta de segurança do paciente que contribui com a comunicação efetiva e segura. Vamos falar mais sobre ela na reunião de equipe.”

## 2. Estabelecer as bases: Como?

- Estabelecendo uma base sólida: revisando/reforçando visão e valores institucionais (se não os tiver, construa junto com sua equipe).

- Confirmando que todos da equipe compreendem suas funções/responsabilidades.

**DICA:** cada profissional pode compartilhar em equipe a descrição de sua função e responsabilidades.

- Realizando treinamentos de todos os membros da equipe (atuais e novos).

**DICA:** pergunte a equipe o que eles gostariam de aprender e defina em conjunto como acontecerá.

- Limitando interrupções: diminuir a quantidade de interrupções durante a jornada de trabalho, otimizando o tempo.

- Realizando reuniões de equipe interdisciplinar: Em formato que todos da equipe tenham uma visão compartilhada do trabalho, compartilhem informações e expectativas.

**DICA:** através de fóruns impressos, virtuais, bate-papos, troca de ideias, murais informativos.

- Revisando e testando documentações: revisar e testar os documentos em uso da equipe, principalmente os novos antes de torná-los padrão.

- Transferindo responsabilidade/atendimento de paciente ou de um profissional para outro é importante estar atento a comunicação.

**DICA:** utilizar o SBAR e/ou o IDRAW para estruturar esta comunicação (estas ferramentas serão abordadas mais adiante no capítulo).

- Administrando conflitos: devem ser conduzidos de modo eficaz e solucionados o quanto antes.

**DICA:** intensifique medidas para melhorar a comunicação, como a escuta ativa, pois ela estabelece uma conexão entre quem está falando e o ouvinte, mostrando atenção e interesse.

- Engajando pacientes: fortalecer a cultura de segurança de forma positiva envolvendo os pacientes, tornando-os parceiros no cuidado e não somente como receptores passivos de atendimento.

## 3. Avaliar o cenário atual: Como?

- Avaliando os processos de forma concreta: através de pesquisa, entrevistas, observações, treinamentos.



Além das contribuições para o SUS, o objetivo da utilização de ferramentas é ampliar o debate sobre segurança do paciente para o âmbito da APS, proporcionando ações reflexivas aos gestores e trabalhadores e propondo o desenvolvimento de estratégias que fortaleçam a APS forte e resolutiva, coordenadora do cuidado do usuário com resultados melhores na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde.

**Dica:** Considerar sempre a participação de todos durante esse processo, deixando claro o que está bom, o que pode melhorar e compartilhar os resultados.

#### Dicas de Ferramenta para Avaliação do Cenário:

**Mapeamento de Processos:** ajuda a entender como sua equipe está trabalhando e desenvolver o trabalho em equipe. É importante incluir todos os profissionais envolvidos no processo em discussão.

**Como fazer?** Criar mapas a partir de discussões em grande grupo. Escolher o processo a ser discutido, pensar em todo caminho a ser percorrido, com o auxílio da equipe, listar as etapas do processo, utilizar post-its, fazer desenhos, gráficos, setas e símbolos. O mapeamento do acolhimento da Unidade de Saúde pode ser um exemplo de como organizar o fluxo de trabalho através dessa ferramenta.

**Brainstorming/chuva de ideias:** utilizada para melhoria de processos, por meio de uma reunião de equipe com o objetivo de criar soluções para um problema específico, promovendo a inovação através do estímulo da criatividade coletiva.

**Como fazer?** Os participantes podem ser anônimos e irão colocar suas ideias em papéis escritos ou de forma estruturada, onde cada integrante expõe sua ideia em um tempo determinado, ambas

as formas garantem a participação de todos membros da equipe. Após a exposição de todas as ideias para a solução do problema, se realiza o julgamento final de qual a melhor solução para o problema definido.

**Os 5 porquês:** auxilia no processo para entender melhor um determinado problema. Antes de chegar às soluções, considera-se uma boa prática entender totalmente o problema primeiro.

**Como fazer?** você vai fazendo a pergunta “por quê” e esgotando possibilidades de respostas e potenciais ideias para uma mudança. Fique atento, pois as perguntas não são um interrogatório, mas sim uma conversa para entender os aspectos e causas sequenciais do problema. A equipe conversar sobre os “porquês” de um medicamento ter sido dispensado da forma equivocada é um caso em que pode ser utilizada a ferramenta, a fim de que esta situação não se repita.

#### 4. Identificar e analisar oportunidades: Como?

- Através da análise de resultados das etapas anteriores e debate sobre o que pode ser melhorado, garantindo tempo para manifestação de todos os envolvidos;

- Mantendo os profissionais engajados, através da valorização das contribuições da equipe;

- Elegendo as prioridades de melhoria através das ferramentas citadas - pode iniciar pelo pior



resultado. Criando um plano de ação em conjunto com a equipe utilizando o pensamento crítico.

### 5. Escolher as ferramentas: Como?

As ferramentas devem ser escolhidas de acordo com o propósito.

Independente da ferramenta que for escolhida, lembre-se:

- São apenas sugestões, você e sua equipe também podem ter outras ideias que possam ser utilizadas;
- Escolhendo algumas ferramentas e começando a aplicar/testar no seu ambiente de trabalho;
- Iniciando em um turno e depois que a equipe estiver habituada ir expandido;
- Realizando simulações com debrief (troca de ideias) estruturado a fim de otimizar as ações e aumentar a satisfação da equipe.

### 6. Testar as mudanças: Como?

- Valorizando e estimulando a equipe a criar um espaço para testar e aperfeiçoar;
- Buscar uma forma mais simples de executar o processo de forma mais segura;
- Questionando: o que podemos fazer melhor? Importante realizar feedbacks (pareceres) e debriefings (troca de ideias).

**Fonte:** Adaptado de Conjunto de ferramentas para mudança de cultura.

Como sabemos, realizar mudanças nem sempre é uma tarefa fácil. Durante o percurso exis-

tirão pessoas resistentes, pessimistas, mas também aquelas que irão alavancar e garantir que as mudanças sejam implementadas. Mudanças positivas ajudam a criar um ambiente de trabalho feliz, com melhor comunicação, resultando em um melhor atendimento aos pacientes e melhor satisfação profissional (KENNEDY, 2018). Lembre-se sempre de comemorar as vitórias, elogiar a equipe e valorizar as mudanças que foram realizadas!

Para tornar a APS mais segura existem ferramentas de segurança que podem ser utilizadas entre as equipes de saúde, após ser realizada essa etapa de análise de prioridades e identificados os pontos de maior fragilidade nos processos de trabalho, para tanto apresentamos a seguir a caixa de ferramentas de segurança do paciente na APS.

## Prática das Ferramentas de Segurança do Paciente: Cardápio e Exemplos

### Ferramenta E se?

**Objetivo:** Incentivar percepção de risco para questões de segurança.

**O que é:** Ferramenta estruturada para levantar possíveis falhas de processo, com o consequente desenvolvimento de barreiras de prevenção. Identificação, análise e tratamento dos riscos.

Pode ser utilizada quando a intenção for aproveitar o conhecimento dos profissionais para identificar qualitativamente os principais riscos para os pacientes, estimular a criatividade na proposição de intervenções potencialmente úteis para reduzir os riscos dos serviços de saúde.



### Como fazer:

#### 1. Definição do objetivo e do contexto:

A reunião deve começar com a definição clara do objetivo. É interessante anotar para que todos tenham em mente o objetivo durante toda a reunião. Também é recomendável descrever o contexto em que surgiu a necessidade da aplicação da técnica.

#### 2. Relembrar as regras da técnica:

#### 3. Exemplo inicial de ideia pelo moderador:

Com a finalidade de descontrair o grupo e estimular a criatividade, o condutor pode apresentar um exemplo de ideia para a solução do problema em questão.

#### 4. Geração de ideias pelo grupo:

Neste momento, começa a sessão de perguntas sobre as ideias de cada pessoa para mitigar os riscos. Os participantes devem apresentar uma ideia por vez, para que a discussão não fique polarizada em direção das pessoas mais participativas.

**Importante:** incentivar as novas ideias (o que mais?) e jamais criticar as ideias que forem expostas.

**Exemplo:** Durante uma reunião rápida de segurança a equipe de saúde se propôs a testar a ferramenta “E se?”, para estimular suas percepções de risco e saber como funcionava na prática a ferramenta. Na reunião, todos os membros da equipe estavam presentes (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes comunitários de Saúde (ACS), equipe de saúde bucal, recepcionista, porteiro e higienização). A enfermeira então, pediu que cada um fizesse uma reflexão sobre os possíveis problemas da Unidade de saúde, cada um então, teve sua vez de falar e perguntar em voz

alta, e se? E se a caixa de perfuro cortante que hoje está armazenada fora da haste metálica caísse no chão? Poderia facilmente causar um acidente com perfuros? E se fizéssemos a dupla conferência com dois identificadores durante todo o atendimento ao paciente? Evitaria uma troca de prontuários? E se segregássemos os medicamentos de alta vigilância? Poderia ser evitado uma dispensação ou uso de forma incorreta? Assim, a equipe pode elencar os principais riscos dos processos e trabalhar com planos de ação para melhorá-los.

**Referência:** : adaptado de CARD, Alan J.; WARD, James R.; CLARKSON, P. John. Beyond FMEA: the structured what-if technique (swift). *Journal Of Healthcare Risk Management*, [S.L.], v. 31, n. 4, p. 23-29, 2012. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/jhrm.20101>.

### Ferramenta Reunião Rápida de Segurança

**Objetivo:** Incentivar cultura de segurança na organização dos processos de trabalho.

**O que é:** As reuniões rápidas são encontros breves (em torno de cinco minutos, não mais do que quinze minutos) agendados regularmente para falar sobre segurança do paciente. Funcionam para pautar tópicos importantes de segurança a serem realizados ao longo do dia ou da semana. Esta ação pode melhorar o clima de segurança, trabalho em equipe, comunicação e liderança.

**Como fazer:** Para implantar as reuniões rápidas, deve-se começar com quem é engajado e quer participar, explicando o objetivo da reunião e como vai funcionar. No processo de implantação, podem ser abordados problemas passados ou da literatura, como forma de incentivar a cultura não punitiva e tornar o assunto natural. Após o senso de



cultura justa criado, nas próximas reuniões rápidas podem ser abordados problemas de segurança atuais ou preocupações futuras relativas à instituição e população adscrita.

A reunião deve ser estruturada, com a participação de todos os membros da equipe, transparente quanto aos tópicos abordados e encaminhamentos pertinentes. É importante se estabelecer a periodicidade das reuniões rápidas (agendamento das reuniões), podendo ser realizadas diariamente no início ou término da jornada de trabalho, por exemplo. Ainda, recomenda-se que se tenha um condutor para agilizar o processo, espaço de fala para cada membro da equipe para preocupações de segurança do paciente no processo de trabalho, pactuação das ações prioritizadas (com nomeação do responsável e período de tempo de execução de cada tarefa) e retomada do assunto nas próximas reuniões.

É importante ajustar a estrutura da reunião usando um primeiro grupo de experimentação para depois expandir para realizá-la com mais frequência ou com mais colaboradores. Ser transparente quanto ao acompanhamento e compartilhamento dos resultados é essencial para engajamento da equipe e desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva. Outro aspecto que merece atenção é o treinamento de outros membros da equipe para coordenar as reuniões rápidas.

**Exemplo:** A reunião rápida de segurança da Unidade de Saúde (US) será coordenada pelo dentista e ocorrerá uma vez por semana. A equipe identificou falha no armazenamento da soroterapia na farmácia, pois as caixas estavam no chão e também baixa adesão ao protocolo de higienização de mãos (consumo de álcool gel da Unidade estava abaixo do previsto). Então, durante a discussão dos problemas levantados, a equipe decidiu rever o local de armazenamento da soroterapia na farmácia e de realizar o dia D de higienização das mãos, onde farão a

revisão da técnica correta e também sensibilizar sobre os riscos e o motivo pelo qual a higienização é necessária. Ficou definido que a farmácia irá rever o processo de soroterapia e a enfermeira organizará o dia D juntamente com a equipe multiprofissional. A pessoa responsável pela próxima reunião rápida será a técnica de enfermagem.

**Referência:** Conjunto de ferramentas para a mudança de cultura: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/08/Conjunto-de-ferramentas-para-a-mudan-a-de-cultura.pdf>

### Ferramenta Dupla Checagem/Dupla Conferência

**Objetivo:** Conferir informações importantes a fim de evitar erros.

**O que é:** Técnica de conferir duas vezes algum processo de trabalho, informação ou material. A dupla conferência é importante em processos mais críticos que possuem potencial de erro e refere-se especificamente à checagem de itens de uma prescrição a fim de garantir o seu cumprimento.

**Como fazer:** A técnica consiste em verificar as informações duas vezes por pessoas diferentes ou instrumentos diferentes (eletrônico e manual por exemplo), registrando as conferências. A maneira de fazer e registrar a dupla conferência pode ser variável. O importante é aumentar a atenção para etapas críticas do processo incluindo duas conferências de origem distinta, no sentido de minimizar os erros por lapsos de memória. Esta ferramenta pode ser utilizada em associação com demais ferramentas, como o uso de uma lista de verificação (checklist) ou dos 9 certos da administração de medicamentos ou ainda incorporada a um formulário já existente ou registrado em prontuário. A mudança de hábito é gradual e para implementar a ferramenta será necessário vontade, conhecimento, teste, adequação, e



ajustes necessários para incorporar de forma simples ao trabalho diário.

Existem diferentes formas e momentos para a realização da dupla conferência. Seguem alguns exemplos em determinados processos:

a. Processos de controle de estoque (verificação de recebimento, conferência do estoque físico com estoque no sistema eletrônico, solicitação de abastecimento);

b. Dispensação de medicamentos (separação e entrega de medicamentos por pessoas distintas, conferência junto ao paciente dos medicamentos dispensados, dispensação com código de barras conferindo item a item da prescrição);

c. Identificação do paciente antes de realizar algum procedimento (conferência utilizando dois identificadores, conferência da identidade feita pelo profissional e pelo paciente);

A dupla checagem está mais voltada ao cumprimento da prescrição, sendo realizado no preparo da medicação e administração dos medicamentos.

**Exemplo Situacional:** Dona Márcia da Silva, usuária da UBS Mendes precisava marcar uma consulta médica de rotina para acompanhamento de HAS e DM, foi então até a Unidade de Saúde para realizar o agendamento, chegando lá, dirigiu-se à recepção e solicitou a marcação. A recepcionista solicitou sua carteira de identificação e no momento que foi agendar a consulta conferiu todos os identificadores que são padronizados na Unidade (nome completo e data de nascimento) e perguntou a Dona Márcia seu nome completo e data de nascimento além de conferir as informações no sistema informatizado, para segurança no processo que estava sendo solicitado, evitando uma possível troca de usuários para a mesma consulta.

Este caso ilustra a primeira oportunidade de utilizar a dupla checagem para prevenir troca do paciente atendido. Mas existe outra oportunidade preciosa de utilizar essa ferramenta, que é a dispensação e a administração de medicamentos. Imagine as consequências de entregar uma medicação contraindicada para grávidas ou de aplicar uma vacina contraindicada para pessoas com alergia a ovo? Pois bem, as consequências podem ser desastrosas e até mortais a depender da situação.

**Referência:** BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html).

### Ferramenta Ensinar de Volta (*Teach Back*)

**Objetivo:** Melhorar comunicação e educação ao paciente.

**O que é:** Uma técnica para checar se o que o profissional de saúde explicou foi claramente compreendido pelo paciente. Esta técnica vai além de perguntas “você entendeu?” ou “está claro?”. Ao contrário, o profissional de saúde pede ao paciente explicar ou demonstrar, usando suas próprias palavras, o que acabou de ser discutido. O ensinar de volta não testa o conhecimento do paciente, mas sim checa se a comunicação foi efetiva entre o profissional e o paciente, ou mesmo entre profissionais.

**Como fazer:** Depois das orientações, existem algumas formas de verificar qual o entendimento do paciente utilize perguntas abertas, como:

a. “Para eu ter certeza que não esqueci de nada, você poderia me explicar como você vai tomar este medicamento?”



b. “Nós conversamos bastante hoje. O que você achou mais importante?”

c. “Para eu ter certeza que te passei as informações claras, por favor me mostre como você vai usar seu dispositivo para asma em casa?”

Depois de escutar atentamente o que o paciente relatar, reoriente somente o que ainda não foi compreendido pelo paciente. Pode utilizar desenhos, diagramas, formas de simplificar as explicações.

Dependendo da complexidade e quantidade de informações, separe em partes as orientações, verificando a compreensão do conhecimento em cada “bloco” de orientações.

Aplique novamente as perguntas do “ensinar de volta”. Se depois de duas ou três tentativas o paciente ainda não souber explicar, peça ajuda para outro colega que pode ter uma abordagem diferente da sua ou considere utilizar outro método para orientar o paciente ou mesmo solicite apoio de familiar/ rede de apoio se possível.

#### DICAS:

Inicialmente a equipe deve ser encorajada a aprender a técnica para aprimorar suas habilidades de comunicação. Deve-se começar com um paciente em um dia, testar a técnica e escrever a reflexão (como foi a experiência? Tem algo diferente que deveria ter feito? Há algum desconforto/preocupação do paciente em utilizar esta técnica?). Depois de iniciar o teste com um paciente, estudar o que deu certo e o que deu errado, adequar a técnica, pode expandir o teste para dois pacientes por dia e assim por diante, sempre estudando e adequando conforme a reflexão das experiências. É preciso praticar, praticar, praticar até virar um hábito e fazer parte da rotina.

Recomenda-se o uso da ferramenta sempre quando tiver contato com paciente, durante as consultas, orientações e visitas. É importante utilizar uma linguagem clara, empática, apropriada para o paciente para que as orientações sejam compreendidas. Evite utilizar perguntas fechadas como “isto está claro?” ou “você entendeu tudo direitinho?”.

**Exemplo situacional:** A enfermeira Clara da US Mendes estava em consulta de enfermagem com o seu Carlos Guimarães, pois ele precisava coletar exames laboratoriais após ter passado pela consulta médica. Ele era diabético e fazia uso de medicações de controle glicêmico. Um dos exames laboratoriais prescritos era a glicemia de jejum, para isso, seu Carlos precisaria fazer jejum de no mínimo 8h e no máximo 12h. Como já se passavam das 16h e a coleta de exames seria no outro dia às 8h da manhã, a enfermeira Clara orientou o usuário que ele poderia ingerir alimentos até a meia noite, e beber água sem restrições e levar seu documento de identificação. Para se certificar que seu Carlos entendeu todas as orientações, a enfermeira Clara perguntou se ele poderia repetir todas as orientações que ela havia lhe informado.

Seu Carlos disse que teria de trazer o documento de identidade, que podia beber água normalmente, mas que só poderia comer até o final do dia de hoje. Tranquila com a compreensão e resposta de Carlos a consulta terminou. No dia seguinte, o exame transcorreu em segurança.

**Referência:** Scottish Health Council, Making sure your voice counts. Teach Back. Disponível em: <https://www.hisengage.scot/> Acesso em: 09 set. 2020.

#### Ferramenta IDRAW

**Objetivo:** Estruturar informações para melhorar a comunicação durante uma transferência de paciente.



**O que é:** Ferramenta para melhorar a comunicação durante uma transferência através de um formato padronizado de comunicação. O IDRAW possui cinco componentes:

- I:** de identidade;
- D:** de diagnóstico;
- R:** de recentes mudanças;
- A:** de antecipação de mudanças;
- W:** do inglês “What else should I be worried about?” que significa “Com o que mais eu deveria me preocupar?”.

É aplicável em diferentes ambientes de assistência à saúde, podendo ser realizado pessoalmente, verbalmente, por telefone, em formulários ou reuniões.

**Como fazer:** O IDRAW é uma ferramenta para estruturar informações utilizada especificamente para transferência de cuidados entre diferentes instituições de saúde. Da mesma forma que demais ferramentas, primeiro deve-se começar o teste do uso da ferramenta em pequena escala, adequar conforme cada realidade para depois expandir sobre a ferramenta em si, abaixo estão descritos os componentes: identidade de dois identificadores de pacientes e identidade do prestador principal.

**Exemplo Situacional:** Sr. Antônio Fernandes da Cunha chega à US às pressas com queixa de dor no peito e é diretamente encaminhado para a triagem da equipe de enfermagem, apresentando sinais vitais e glicemia alterados e sugestivos de síndrome coronariana aguda. A médica da US decide transferir para o serviço hospitalar e assim realiza a ligação para regular o paciente e passar o caso.

**I:** Antônio Fernandes da Cunha, nascido em 18/04/1954, veio à Unidade de Saúde Americana referindo dor no peito.

**D:** Possui 65 anos, é hipertenso e diabético há 10 anos. Faz uso de captopril (25mg vo 12/12h), met-

formina (850mg vo 3x/dia), sinvastatina (20 mg vo à noite) e hidroclorotiazida (25mg vo pela manhã).

**R:** Encontra-se com PA 190/110 mmHg, HGT 390 mg/dL e dor torácica em pontada com início às três e meia da tarde.

**A:** Ele precisa de monitoramento dos sinais vitais e realização de ECG.

**W:** O caso sugere uma Síndrome coronariana aguda.

**Referência:** Conjunto de ferramentas para a mudança de cultura: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/08/Conjunto-de-ferramentas-para-a-mudan-a-de-cultura.pdf>

## Ferramenta SBAR

**Objetivo:** Estruturar informações para melhorar a comunicação da equipe.

**O que é:** Ferramenta para melhorar a comunicação através de um formato padronizado de comunicação. O SBAR possui quatro componentes: S de situação, B de background, A de avaliação e R de recomendação. É aplicável em diferentes ambientes de assistência à saúde, podendo ser realizado pessoalmente, verbalmente, por telefone, em formulários ou reuniões.

### Como fazer:

#### a. Preparação da equipe para utilizar:

Como toda a ferramenta com objetivo de melhorar a comunicação, ela deve ser utilizada e de conhecimento de todos da equipe. Para começar a utilizar a ferramenta, comece encontrando pessoas que estejam interessadas em utilizá-la. Depois pense em como aplicá-la a ferramenta, se será por meio de um formulário (onde ficará este formulário? Para quais situações será utilizado? Precisa adequar



alguma pergunta?), se será durante a passagem de informações por telefone (terá algum lembrete no lado do telefone?), se será para estruturar reuniões de equipe sobre situações clínicas do paciente, etc. Pratique seu uso com alguns membros da equipe e faça alterações necessárias a partir destas experiências. Teste novamente com as alterações até ver se a ferramenta é aplicável para somente depois expandir a experiência. É importante sanar todas as dúvidas bem como deixar claro o porquê de seu uso para todos da equipe.

**b. Utilização:**

Entenda o que significa cada letra da palavra SBAR. Esse formato auxilia a lembrança do quais questões devem ser abordadas.

**Situação:** Qual é a situação atual?

Descreva a história do paciente de forma resumida e objetiva. Comorbidades importantes e eventos prévios devem ser abordados aqui, por exemplo: cirurgias, alergias, sinais vitais anteriores, etc.

**Background:** Quais são as informações relevantes sobre os antecedentes do paciente, história clínica?

Descreve a história resumida e relevante do paciente. Comorbidades importantes e eventos prévios devem estar registrados aqui, por exemplo: cirurgias, alergias, sinais vitais anteriores, etc.

**Avaliação:** Qual é a sua avaliação da situação?

Trata-se de sua avaliação. Aqui você pode destacar os dados que embasaram a sua avaliação (dados de exame físico, exames complementares, por exemplo).

**Recomendação:** O que você avalia que deve ser feito ou do que você precisa nesse momento? Qual é a solução/ encaminhamento específico para o problema?

Trata-se da sua recomendação a partir da sua avaliação. Defina a sugestão do plano terapêutico, qual encaminhamento, quais exames ou procedimentos devem ser feitos, mudanças nas prescrições, etc.

**IMPORTANTE:** Lembre-se de fazer os registros de comunicação e atendimento utilizando o SOAP usualmente utilizado.

**Exemplo:** Sr. Antônio Chagas chegou à US pois tinha consulta médica de rotina agendada. Ao ser verificado seus sinais vitais e glicemia antes da consulta, foram observados importantes alterações nos mesmos e assim encaminhados ao médico que iria atendê-lo. A técnica de enfermagem que verificou os sinais vitais e glicemia e foi comunicar ao médico a situação do paciente:

**Situação:** Boa Tarde, Dra Bruna, o Sr Antônio Chagas veio para consulta de rotina, está com HGT 390 mg/dL, PA 190/110 mmHg com dor no peito tipo pontada, sem piora ao respirar.

**Background/Histórico:** Ele tem 65 anos, apresenta HAS e DM, faz uso de captopril, metformina, hidroclorotiazida e sinvastatina. Nos últimos dois dias diz que não está tomando captopril e metformina.

**Avaliação:** Agora o paciente está hipertenso, hiperglicêmico e com dor no peito.

**Recomendação:** Preciso que a senhora avale o paciente urgentemente pois provavelmente ele terá que ser transferido.



**Referência:** <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/08/Conjunto-de-ferramentas-para-a-mudan--a-de-cultura.pdf>

### Ferramenta Palavra PIS

**Objetivo:** Comunicar e aumentar priorização de questões de segurança.

**O que é:** PIS é um acrônimo que significa o seguinte:

“Estou preocupado...”, “Estou incomodado...”, “Isso é inseguro...”, “Estou assustado...”, “Essa é uma questão de segurança...”, “PARE”. A palavra PIS trata de uma palavra, uma frase ou até mesmo um gesto para ser utilizado durante o processo de trabalho entre os membros da equipe a fim de chamar atenção para alguma questão de segurança. A ideia de utilizar a palavra PIS é parar ou tomar alguma atitude de “contingência” diante de um risco durante o processo de trabalho. Esta ferramenta serve para aumentar o nível de preocupação com questões de segurança, sem gerar confronto direto. Sua utilização na equipe de saúde facilita o diálogo em relação à segurança de maneira fácil e automática.

**Como fazer:** Acordar com a equipe o uso da Palavra PIS. Escolher quais serão as palavras PIS da equipe, que faz sentido para todos. Alguns exemplos são: “Incomodado”, “Inseguro”, etc. Divulgar a palavra PIS acordado de forma a ser de conhecimento geral da equipe quais essas palavras serão utilizadas com o objetivo de sinalizar situações preocupantes de segurança. Recomenda-se testar, e ajustar o uso da Palavra PIS para ver sua adequação para cada realidade da equipe, além de realizar o treinamento da ferramenta.

**Exemplo:** A equipe de saúde está implementando a ferramenta “palavra PIS” na US. Eles sabem que precisam escolher uma palavra que irá

representar um sinal de alerta para a equipe e todos devem saber, pois quando ela for dita, tudo que se está fazendo no momento deve ser parado e reavaliado. A palavra PIS escolhida pela equipe da US Mendes é: “Cheguei” e já foi utilizada em algumas situações.

Um exemplo aconteceu quando o ACS e a enfermeira foram visitar dona Carmem de Arruda. A visita tinha por objetivo saber como andava a saúde dela e como estava a cicatrização de uma ferida na perna. As profissionais foram recebidas com um bom dia e chamadas a entrar pela filha. A enfermeira pediu então para ver dona Carmem e já ia verificar o curativo, quando o ACS diz “Cheguei” com um toque no ombro da enfermeira. Ela então se tocou que tinha esquecido de higienizar as mãos antes de tocar a paciente. Foi por pouco, mas a técnica deu certo e a enfermeira conseguiu higienizar as mãos graças à intervenção da colega.

Em outros momentos a técnica é usada de outra forma como uma forma de abordar chefias ou outras classes profissionais. Como no caso a seguir: Dr João, estou preocupada com a situação de dona Antonia amorim que acabou de sair, pois ela me relatou que tem sentido muito enjojo com a medicação que está usando. Será que o senhor pode conversar com ela pra saber se precisa trocar o medicamento?

**Referência:** <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/08/Conjunto-de-ferramentas-para-a-mudan--a-de-cultura.pdf>

### Ferramenta Tutor de Segurança

**Objetivo:** Incentivar cultura de segurança do paciente e desenvolver ações de segurança do paciente.

**O que é:** Escolher um “tutor de segurança”. Este é alguém que tem o conhecimento e as habilidades para ser um recurso para todos acessarem sempre que precisarem de orientação. serve para orientar e incen-



tiar o restante da equipe para aprimorar processos de trabalho voltadas à temática. Lembre-se que a segurança é responsabilidade de todos.

Ter um tutor simboliza a importância que a instituição dá para segurança do paciente, sendo uma ferramenta para incentivar uma cultura de segurança positiva.

**Como fazer:**

a. A escolha do tutor deve ter um caráter voluntário preferencialmente. Qualquer membro da sua unidade pode ser um tutor de segurança. É mais importante escolher um voluntário do que alguém que tenha um cargo específico;

b. Capacite essa pessoa em segurança do paciente e melhoria da qualidade;

c. Esclarece primeiramente a todos o intuito de se ter um tutor: O objetivo é atuar como um mediador para todos os colegas, promovendo uma abordagem não punitiva à segurança;

d. Dê ao tutor da segurança mais capacidade de agir em questões de segurança, como a autoridade para fazer certos tipos de melhorias nos processos ou ter um tempo alocado durante as reuniões para trabalhar a segurança do paciente na unidade;

e. O tutor da segurança deve ser apresentado pelo responsável técnico aos outros membros da equipe como seu aliado. Garanta que essa função seja realmente não punitiva para permitir que o tutor atue como um recurso para os outros.

Outros critérios importantes são: conhecimento e habilidades relativas à segurança do paciente (como trabalhar de maneira colaborativa, justa,

comunicativa, pró-ativa e motivadora) e liberdade para propor e executar ações (mudança de processos e reuniões, por exemplo).

Garantir o treinamento sobre tópicos e ferramentas de segurança do paciente para que este tutor seja essencial, uma vez que será a pessoa referência sobre o assunto para os demais membros da equipe. A disponibilidade, comprometimento e bom relacionamento são atributos interessantes para o desempenho da figura do tutor.

**Exemplo:** As manhãs da UBS Mendes eram bastante movimentadas, mas principalmente naquele dia, a enfermeira Maria que era a tutora de segurança da US estava recebendo muitas informações dos seus colegas de equipe a respeito de várias questões preocupantes referente à segurança do paciente nos processos de trabalho. Ela mesma tinha se disponibilizado a ser tutora naquele mês pois ela gosta muito de estudar sobre a temática e tem uma ótima relação de trabalho com seus colegas. A enfermeira Maria ficou preocupada com as seguintes sinalizações: O Dr. Antero, médico da Unidade de Saúde, alertou sobre a troca de prontuários que ocorreu pela segunda vez naquela semana com ele antes de suas consultas e que por ter realizado a dupla conferência do nome completo e data de nascimento com os pacientes antes de iniciar as consultas conseguiu barrar o provável erro. A tutora de segurança, escolhida para aquele semestre, recebeu a sugestão de um colega para disponibilizar uma lista de verificação com quatro itens em cada mesa para evitar troca de prontuários. Os colegas testaram e após 2 ajustes, começaram a utilizar esse dispositivo para evitar confusão na unidade de saúde.

**Referência:** <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/08/Conjunto-de-ferramentas-para-a-mudan--a-de-cultura.pdf>



## Ferramenta 9 Certos de Administração de Medicamentos

**Objetivo:** Conferir itens importantes durante a administração de medicamentos.

**O que é:** Trata-se de um conjunto de medidas a ser verificadas antes da administração de medicamentos para assegurar seu uso de forma segura. São nove itens que necessitam estar adequados (ou seja, certos) para uma medicação segura, que são: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa. Servem para alertar os profissionais sobre fatores que podem ocasionar os erros de medicação. Cada um dos “certos” funciona como uma barreira efetiva para evitar as ocorrências de eventos indesejados ao paciente.

**Como fazer:** O uso da ferramenta deve ser realizada antes da administração de um medicamento, seguindo a conferência dos itens. Cada item serve como barreira de segurança, não devendo seguir o processo caso esteja inadequado. A fim de facilitar o processo, um exemplo é utilizar uma lista de verificação (checklist) com os 9 certos de administração de medicamentos, com o registro de cada certo verificado. Como verificar os certos?

**Paciente certo:** Perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar dupla conferência (no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto);

**Medicamento certo:** Checar se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito. O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado;

**Via certa:** Identificar a via de administração prescrita e a ser realizada;

**Hora certa:** Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica;

**Dose certa:** Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento. Atentar para o rótulo do medicamento, bem como a dose preparada;

**Registro certo:** Registrar na prescrição/prontuário o horário da administração do medicamento. Checar o horário da administração do medicamento a cada dose;

**Ação certa:** Garantir que o medicamento é prescrito pela razão certa;

**Forma certa:** Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica adequada ao paciente.

**Resposta certa:** Observar o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado.

**Exemplo:** A sala de medicação é sempre bastante movimentada e na US Mendes não é diferente. Todos os dias algumas verificações de segurança são realizadas para que os profissionais de saúde que lá atendem possam ofertar um cuidado mais seguro aos seus usuários. Recentemente incorporando a rotina de cuidados e verificações da sala de medicação, a equipe está testando um novo check list com o objetivo de deixar o processo medicamentoso mais seguro, nesse check list está disposto os 9 certos da medicação, assim, toda a vez que o profissional for administrar qualquer medicação, ele precisa realizar os 9 certos para se certificar que o processo está correto, e após deverá anexar o documento no prontuário do usuário, mantendo também as informações atualizadas. Faz 10 dias que a equipe de saúde incorporou esse novo



processo a rotina e não apresentou mais nenhuma quase falha ou erro de medicação. Ficou combinado que no 15º dia de teste será realizada uma reavaliação para possíveis ajustes.

**Referência:** BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (ed). Anexo 03: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Distrito Federal. 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo-Medicamentos.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020

### Ferramenta 5 Momentos para Higiene de Mãos

**Objetivo:** Identificar os momentos para higienização de mãos e realizar a prática nesses momentos a fim de reduzir o risco de transmissão de infecções via contato.

**O que é:** São momentos para lembrar de higienizar as mãos antes, durante e após o atendimento ao paciente. São eles: 1) Antes de tocar o paciente; 2) Antes de realizar procedimento limpo ou asséptico; 3) Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções; 4) Após tocar o paciente; 5) Após tocar superfícies próximas ao paciente.

**Como Fazer:** Para utilização da ferramenta, sugere-se treinamento e engajamentos de todos da equipe de saúde, incluindo o próprio paciente. Ampla divulgação dos momentos por meio de recursos visuais é uma estratégia. Acesso aos dispensadores de álcool 70%, pias, água e sabão é de extrema importância para a adesão aos momentos de higienização, bem como a técnica correta da higienização.

**Exemplo:** Hoje é um dia muito especial para a US Mendes, pois está sendo realizado “o dia D de higiene de mãos”, onde os profissionais de saúde estão autoavaliando uns aos outros e realizando

atividades lúdicas para saberem se realmente estão utilizando a técnica correta deste processo. Eles tiveram essa ideia pois durante uma reunião de equipe foram levantadas algumas questões de necessidade dos próprios profissionais em resgatar o processo de higiene em todos os 5 momentos que se aplicam, para assim, poderem orientar de forma mais segura os usuários que frequentam a US. A ação do dia D foi um sucesso propagando a técnica correta de higiene de mãos e também os 5 momentos em que deve ser realizada para equipes e usuários e acompanhantes. O momento foi utilizado também para sinalizar as necessidades de mais dispositivos de sabão e álcool gel que precisam ser dispostos na US principalmente na recepção.

**Referência:** BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (ed). Anexo 01: Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. Distrito Federal, 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/PROTOCOLO-HIGIENE-DAS-M--OS.pdf>. Acesso: 09 set. 2020.

### Ferramenta 5 Momentos de Uso Seguro de Medicamentos da OMS

**Objetivo:** Incentivar envolvimento do paciente quanto ao uso de seus medicamentos.

**O que é:** Ferramenta desenvolvida pela OMS para o terceiro desafio global de segurança do paciente “Medicação sem danos”. Trata-se de perguntas que o paciente deve fazer ao profissional de saúde sobre seus medicamentos nos cinco momentos críticos a seguir: início, durante o uso, quando adiciona algum medicamento ao seu tratamento, quando revisa os medicamentos em uso e quando para o uso de um medicamento.

**Como fazer:** A utilização da ferramenta útil para estimular a participação do paciente no seu cuidado por meio de educação. Para isso, as perguntas



dos 5 momentos podem ser divulgadas em diferentes meios de comunicação, como: cartazes, folders, panfletos, livretos e ilustrações. As perguntas são aplicáveis em diferentes níveis de atendimento e em diferentes configurações e contextos. Paciente, cuidador e família devem ser estimulados a questionar sobre seus medicamentos aos profissionais de saúde durante todo o seu itinerário terapêutico, como por exemplo, em unidades de saúde, consultas a profissionais de saúde, visitas domiciliares, na farmácia, em ambulatórios. Dessa maneira o usuário tira suas dúvidas durante a consulta, aprende como utilizar corretamente a medicação, sabe o efeito esperado como também fica alerta aos efeitos adversos que a medicação pode causar e em que situações deveria retornar e procurar ajuda.

**Exemplo:** Após ter implantado a ferramenta dos 9 certos de medicação e ter apresentando ótimos resultados a equipe de saúde da Unidade de Saúde Mendes resolveu dar continuidade a tornar os processos de medicação mais seguros. Desta vez,

optaram por testar a ferramenta 5 momentos do uso seguro dos medicamentos, durante as consultas de enfermagem. A Enfermeira Carla tinha uma consulta de enfermagem agendada para a usuária Alice que estava gestante de 9 semanas e iria iniciar com uma medicação antiemética para náuseas e enjoos. Carla aproveitou então para utilizar a cartilha dos 5 momentos do uso seguro de medicação e chamou a farmacêutica Joana para orientar a paciente na introdução dessa medicação prescrita pelo médico da Unidade de Saúde.

Iniciou as orientações apresentando o nome do medicamento e para o que ele servirá (Dramin B6, 50mg, 8/8h, se necessário), falou sobre os possíveis efeitos adversos, orientou sobre quando e quanto ela deveria utilizar esse medicamento, explicou porque ela precisaria tomar essa medicação e se poderia interagir com algum outro medicamento de uso eventual, por quanto tempo deverá utilizá-lo, quando deve para de tomar e a quem ela deveria procurar em caso de algum efeito indesejável.

Figura 1 – 5 momentos para uso seguro de medicamentos



Fonte: WHO, 2020



Ao final da consulta, Alice tirou as dúvidas com a equipe. Joana e Carla notaram que a consulta foi ágil e objetiva pelo simples fato de terem utilizado a técnica estruturada dos 5 MOMENTOS PARA MEDICAÇÃO”

**Referência:** WHO. 5 Moments for medication safety. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/5moments/en/>. Acesso em: 09 set. 2020.

### Ferramenta Leia de Volta (Read Back)

**Objetivo:** Apoiar comunicação efetiva por meio de conferência e anotação de informações

**O que é:** Técnica de conferência de passagem de informação a fim de tornar comunicação efetiva. Trata-se de anotar a informação passada, ler de volta o que foi anotado e validar informação com o emissor, fazendo o circuito fechado de comunicação. É uma ferramenta útil para comunicação de forma geral, sendo usada principalmente para passagem de informações por telefone.

**Como fazer:** Da mesma forma que demais ferramentas de comunicação, primeiro deve começar o teste do uso da ferramenta em pequena escala, adequar conforme cada realidade para depois expandir. Praticar, praticar, praticar até virar um hábito e fazer parte do processo de trabalho. Os passos para execução da ferramenta são:

1 - Escutar a informação emitida (por exemplo, resultado de exame, orientação de cuidado, etc);

2 - Anotar a informação na íntegra, contemplando os dados necessários (por exemplo, identidade do paciente, resultado de exame, etc);

3 - Ler em voz alta a informação anotada na íntegra ao emissor;

4 - Confirmar a informação com o emissor.

**Exemplo:** Durante uma visita domiciliar a técnica de enfermagem Ângela estava avaliando o usuário José Carlos, ele lhe falou que estava a alguns dias sem as medicações de uso contínuo para hipertensão, Ângela então aferiu seus sinais vitais e verificou que seu José estava hipertenso. Logo ligou para US e solicitou falar com a Enfermeira Daniela, que prontamente se dirigiu à recepção e agendou uma consulta de urgência com médico de família da US. Falou para a técnica que a consulta seria naquele dia mesmo dia 16/07, às 15h com o Dr. Paulo. Ângela então anotou essas informações, repetiu a informação para Daniela, que confirmou os dados. Assim foram repassados com segurança ao Sr. José Carlos.

**Referência:** WHO. Communication during patient hand-overs. Patient Safety Solutions, vol 1, 2007. Disponível em: [https://www.okhealthcareworkforce.com/Conferences/documents/JCO\\_CommunicationDuringPatientHandovers.pdf](https://www.okhealthcareworkforce.com/Conferences/documents/JCO_CommunicationDuringPatientHandovers.pdf). Acesso em: 09 set. 2020

### Aprendendo com os Erros

Os “sete níveis de segurança” estabelece as questões que interferem na segurança do paciente de acordo com as seguintes categorias: fatores ligados ao paciente, à tarefa, aos profissionais individuais, à equipe, às condições de trabalho, à organização e ao contexto institucional mais amplo (Tabela 1).

O protocolo ALARM/LONDRES estabeleceu uma metodologia estruturada para avaliar e conduzir um incidente.



Aprenda mais no manual “Aprendendo com os erros” produzido pela OMS e traduzido no Brasil que ensina os profissionais a fazer uma oficina disponível no link: <https://proqualis.net/livro/oficina-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-aprendendo-com-os-erros>

## Considerações Finais

Agora que você já conhece algumas ferramentas de segurança do paciente, inicie a implementação das mesmas na sua Unidade de saúde e

**Tabela 1** — O referencial ALARM/LONDRES de fatores contribuintes

Tipos de fatores:	Exemplos de fatores contribuintes:
Fatores ligados ao paciente	Complexidade e gravidade da doença
	Idioma e comunicação
	Personalidade e fatores sociais
Fatores ligados à tarefa e à tecnologia	Desenho e clareza da tarefa
	Disponibilidade e uso de protocolos
	Disponibilidade e precisão dos resultados de exames
	Métodos de apoio à tomada de decisões
Fatores individuais (ligados aos profissionais)	Atitudes, conhecimentos e habilidades
	Competência
	Saúde mental e física
Fatores ligados à equipe	Comunicação verbal
	Comunicação escrita
	Supervisão e pedidos de ajuda
	Estrutura de equipe (congruência, consistência, liderança)
Fatores ligados ao ambiente de trabalho	Contingente de pessoal e conjunto de habilidades
	Carga de trabalho e turnos de trabalho
	Desenho, disponibilidade e manutenção dos equipamentos
	Suporte administrativo
	Ambiente físico
Fatores organizacionais e administrativos	Recursos financeiros e restrições
	Estrutura organizacional
	Políticas, normas e metas
	Cultura de segurança e prioridades
Fatores ligados ao contexto institucional	Contexto econômico e regulamentar
	Ambiente mais amplo dos serviços de saúde
	Relações com organizações externas

Fonte: VINCENT & ALMABERTI, 2016



desenvolva uma cultura de segurança. Lembre-se: converse com sua equipe antes e defina qual ou quais ferramentas serão implementadas e testadas, veja o que precisa ser ajustado e só então use de forma ampla no serviço. Não desista, você consegue.

A utilização de ferramentas auxilia na estruturação da comunicação, do trabalho em equipe e da organização do trabalho. Cada um fazendo a sua parte, todos ficam mais seguros!

## Leituras Sugeridas

Conjunto de ferramentas para a mudança de cultura:

pg 98 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html).

pg 107:: WHO. 5 Moments for medication safety. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/5moments/en/>. Acesso em: 09 set. 2020.

WHO. Communication during patient hand-overs. Patient Safety Solutions, vol 1, 2007. Disponível em: [https://www.okheal-thcareworkforce.com/Conferences/documents/JCO\\_CommunicationDuringPatientHandovers.pdf](https://www.okheal-thcareworkforce.com/Conferences/documents/JCO_CommunicationDuringPatientHandovers.pdf). Acesso em: 09 set. 2020.

Boletim Ismp Brasil. Desafio Global De Segurança Do Paciente Medicação Sem Danos. | Volume 7 | Número 1 | Fevereiro 2018

## Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; MISHIMA, Silvana Martins. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 5, n. 9, p.150-3, 2001.

BOHRER, Cristina Daiana. et al. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. Revista de Enfermagem da UFSM, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 50-60, jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html). Acesso em: 09 set. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 03: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo-Medicamentos.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 01: Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002347fQHsQg.pdf>. Acesso: 24 jun. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2014.

CARD, Alan J.; WARD, James R.; CLARKSON, P. John. Beyond FMEA: the structured what-if technique (swift). Journal Of Healthcare Risk Management, Nova Jersey, v. 31, n. 4, p. 23-29, 2012.



KAWATA, Lauren Suemi. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 313-320, jun. 2009.

KENNEDY, Colleen. *Culture Change Toolbox*. Patient Safety & Quality Council, Vancouver, 2018. Disponível em: <https://bcpsqc.ca/resource/culture-change-toolbox/>. Acesso em: 09 set. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Desafios do SUS*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019.

PEDUZZI, Marina. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

SOUSA, Paulo. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. In: SOUZA, Paulo; MENDES WALTER (ORG). *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014, capítulo 7.

WHO. *Communication during patient hand-overs*. Patient Safety Solutions, vol 1, 2007. Disponível em: [https://www.okhealthcareworkforce.com/Conferences/documents/JCO\\_CommunicationDuringPatientHandovers.pdf](https://www.okhealthcareworkforce.com/Conferences/documents/JCO_CommunicationDuringPatientHandovers.pdf). Acesso em: 09 set. 2020.

WHO. *5 Moments for medication safety*. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/5moments/en/>. Acesso em: 09 set. 2020.