



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

LUIZ HENRIQUE FERNANDES MUSMANNO

**PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE
A SEGURANÇA DO PACIENTE**

**GOIÂNIA
2015**

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Luiz Henrique Fernandes Musmanno		
E-mail:	musmanno@gmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vínculo empregatício do autor	Servidor público municipal (Médico)		
Agência de fomento:		Sigla:	
País:	UF:	CNPJ:	
Título:	Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Segurança do Paciente.		
Palavras-chave:	Atenção Primária. Agentes Comunitários de Saúde. Segurança do Paciente. Profissionais de Saúde.		
Título em outra língua:	Perceptions of Community Health Agents on Patient Safety.		
Palavras-chave em outra língua:	Primary Health Care. Community Health Agents. Patient Safety. Health professionals.		
Área de concentração:	Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.		
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	30/03/2015.		
Programa de Pós-Graduação:	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva.		
Orientador (a):	Profª. Drª. Ana Lúcia Queiroz Bezerra.		
E-mail:	analuciaqueiroz@uol.com.br		
Coorientador (a):*	Profª. Drª. Maria Aparecida de Souza Melo		
E-mail:	cida.souza.melo@gmail.com		

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: 30 / 03 / 2015

Assinatura do (a) autor (a)

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

LUIZ HENRIQUE FERNANDES MUSMANNO

**PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE
A SEGURANÇA DO PACIENTE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Queiroz Bezerra

GOIÂNIA

2015

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

Musmanno, Luiz Henrique Fernandes

Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Segurança do Paciente [manuscrito] / Luiz Henrique Fernandes Musmanno. - 2015.

xiv, 100 f.

Orientador: Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra; co-orientadora Dra. Maria Aparecida de Souza Melo.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2015.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui abreviaturas, tabelas.

1. Atenção Primária em Saúde. 2. Agentes Comunitários de Saúde. 3. Segurança do Paciente. 4. Profissionais de Saúde. I. Bezerra, Ana Lúcia Queiroz, orient. II. Melo, Maria Aparecida de Souza, co-orient. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

LUIZ HENRIQUE FERNANDES MUSMANNO

PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 30/03/2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Queiroz Bezerra – Orientadora e Presidente
Faculdade de Enfermagem/Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade
Federal de Goiás

Prof^a. Dr^a. Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá – Membro Efetivo Externo
Ciências da Saúde – Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Claci Fátima Weirich Rosso – Membro Efetivo Interno
Faculdade de Enfermagem/Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade
Federal de Goiás

Prof^a. Dr^a. Marinésia Aparecida Prado Pallos – Membro Suplente
Faculdade de Enfermagem/Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade
Federal de Goiás

Prof^a. Dr^a. Ana Elisa Bauer Camargo Silva – Membro Suplente
Faculdade de Enfermagem/Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade Federal de
Goiás

DEDICATÓRIA

**Este trabalho é dedicado a Deus e à Nossa Senhora das Graças.
Se sou o que sou é porque tenho em meu coração a certeza de que amo a
Deus sobre todas as coisas e tenho Nossa Senhora das Graças
como minha Mãe dada pelo próprio Jesus.
Tudo por Jesus, nada sem Maria...**

AGRADECIMENTOS

A Deus, Criador de todas as coisas, que sempre está presente em todos os momentos de minha vida, carregando-me no seu colo de PAI nos momentos difíceis, agradeço mais uma vez Seu Infinito Amor, Sua Misericórdia, por mais uma vitória.

À minha amada esposa Cristina Luiza Dália Pereira Paragó Musmanno, companheira de todas as horas, cúmplice inseparável de todas as minhas conquistas, agradeço pelo seu Amor, Carinho e Dedicção, entendendo todos os meus momentos e construindo comigo os alicerces da nossa família.

Às minhas amadas filhas Clara Paragó Musmanno e Luiza Paragó Musmanno presentes que Deus generosamente me concedeu e que me conquistam todos os dias, com a pureza, simplicidade, amor, carinho e alegria que fazem parte de suas vidas.

Aos meus pais Orlando Musmanno e Maria Dulcelina Fernandes Musmanno que sempre me apoiaram em todas as minhas escolhas e que foram os responsáveis pela minha formação pessoal de valores de vida, de religião e de família. Sem isso teria sido impossível chegar até aqui.

Ao meu irmão Marco Aurélio Fernandes Musmanno que sempre me incentivou nos meus projetos profissionais, acreditando nas minhas potencialidades, e à minha cunhada Alessandra Panza Musmanno.

Aos meus sobrinhos Pedro Henrique Panza Musmanno, Guilherme Panza Musmanno e Patrícia Guimarães Musmanno que mesmo distantes fazem os momentos se tornarem especiais quando nos encontramos.

À minha orientadora Prof^a. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra pela sua sabedoria nos ensinamentos, paciência e compreensão comigo. Sempre contribuindo através dos seus ensinamentos para um crescimento pessoal e profissional. Sua presença e sabedoria foram fundamentais para esta conquista.

À minha coorientadora Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida de Souza Melo, por sua solidariedade, empenho, paciência e desprendimento na transmissão de seu conhecimento, principalmente durante os momentos finais desta caminhada.

À Dra. Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá, doutora pela Faculdade de Enfermagem da UFG, pelos muitos trabalhos enviados, pelas palavras de motivação e parceria para a construção deste trabalho.

À Enf^a. Weslane Souza de A. Santos, apoiadora do Distrito Sanitário Noroeste, pelo auxílio e parceria durante a coleta de dados junto aos Agentes Comunitários de Saúde e pelas ideias e considerações durante a realização deste trabalho.

À Kellen Cristina Fernandes de Oliveira, psicóloga do Distrito Sanitário Noroeste, pelos trabalhos importantes que muito contribuíram para a realização deste estudo.

Ao Jáder Clemente Soares, farmacêutico do Distrito Sanitário Noroeste, pelo auxílio durante a coleta de dados junto aos Agentes Comunitários de Saúde.

À Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia que permitiu e acreditou nesse projeto de vida.

Ao Distrito Sanitário Noroeste e à sua direção, distrito ao qual tenho um carinho todo especial, pois me acolheu quando cheguei do Rio de Janeiro e que hoje dedico meu trabalho a ele. Obrigado por permitir realizar este estudo.

Aos colegas Apoiadores Técnicos do Distrito Sanitário Noroeste na Estratégia de Saúde da Família e todos os outros que compõem a equipe distrital por entenderem minha ausência em alguns momentos, incentivando-me na conclusão deste projeto.

Aos Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste que sempre me receberam em suas unidades com imenso carinho e, quando convidados a participarem deste trabalho, mais uma vez mostraram porque são especiais.

À Coordenação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva pelo carinho, cuidado, e respeito com os quais sempre fomos tratados, fazendo-nos sentir não discentes de mais uma turma de mestrado, mas integrantes de uma grande família que se forma com a experiência e vontade de ver no outro a potencialidade de crescimento.

Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva que sempre se dedicaram de forma incansável para que tivéssemos uma boa formação e o entendimento do papel transformador que assumimos a partir de agora.

Às Secretárias do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Suiany e Gleida) pela paciência, carinho e dedicação. Sempre

nos atendendo de forma disponível e nos orientando da melhor forma para que pudéssemos chegar ao objetivo final.

À turma III do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva pelo convívio, amizade e parceria. Compartilhamos momentos alegres, conquistas e vitórias. Dividimos momentos de dificuldade de muitos, no seu trabalho, na vida pessoal e na família. Levarei sempre comigo as amizades estreitadas, o respeito e admiração que tenho com relação a cada um de vocês! Essa vitória é nossa!

MUSMANNO, L.H.F. **Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Segurança do Paciente.** [Dissertação]: Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (UFG/NESC/SMS); 2015.

RESUMO

Este estudo objetivou analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde do Distrito Sanitário Noroeste do município de Goiânia sobre segurança do paciente. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa desenvolvido junto a 169 agentes comunitários de saúde de Centros de Saúde da Família da Região Noroeste do município de Goiânia, Goiás. A coleta dos dados foi precedida de oficinas educativas sobre segurança do paciente, direcionada aos profissionais que compunham o universo amostral, para o que foi utilizado um instrumento autoaplicável para avaliação da percepção sobre segurança do paciente. Os dados foram sistematizados por meio de análises descritiva e temática. Dos participantes, 93,5% eram do sexo feminino; a idade variou de 19 a 63 anos; 63,3% possuíam o ensino médio completo. O tempo de atuação como agente comunitário de saúde variou de um mês a 16 anos; 73% já tinham ouvido falar sobre segurança do paciente e 96% se sentiam seguros com a qualidade das informações prestadas aos usuários. Quanto ao conhecimento de ocorrência de incidentes nas unidades de saúde, somente 37% identificaram a sua ocorrência. As principais causas dos incidentes, na percepção desta amostra, referem-se à falta de comunicação; erros de medicação e queda do paciente. O perfil de usuários que mais solicita informação foram, respectivamente, os idosos, hipertensos, diabéticos e gestantes. Os ACS consideraram a temática segurança do paciente importante para a sua qualificação e melhoria do atendimento junto aos usuários. O estudo aponta para a necessidade de socialização dessa abordagem junto aos profissionais das demais equipes de saúde, com vistas à ampliação da sua qualificação e transferência do conhecimento no atendimento à população, o que tem a capacidade de colaborar com a prevenção de incidentes. No entanto se faz necessária a ampliação de estratégias educativas como um caminho ao alcance do atendimento em saúde, qualificado e seguro, como preconiza o sistema de saúde brasileiro.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Segurança do Paciente; Profissionais de Saúde.

MUSMANNO, L.H.F. **Perceptions of Community Health Agents on Patient Safety.** [Dissertation]: Professional Master's Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva and Goiânia's Health Municipal Secretary (UFG/NESC/SMS); 2015.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the perception of community health agents of the Northwest Sanitary District in the city of Goiania on patient safety. This is a descriptive, exploratory, qualitative quantitative nature developed with 169 community workers Health Centers of Health of the Family of Northwest region of the city of Goiânia, Goiás. Data collection was preceded by educational workshops on security patient, directed to professionals who made up the sample universe for which we used a self-administered instrument to evaluate the perception of patient safety. The data were systematized through descriptive and thematic. Of the participants, 93.5% were female; aged between 19-63 years; 63.3% had completed high school. Operating time as community health worker varied from one month to 16 years; 73% had heard about patient safety and 96% felt safe with the quality of information provided to users. Regarding knowledge of incidents occurring in healthcare facilities, only 37% identified their occurrence. The main cause of incidents, the perception of this sample refers to the lack of communication; medication errors and fall of the patient. The profile of users who request more information were, respectively, the elderly, hypertensive, diabetic and pregnant women. It was observed that the theme patient safety a novelty in the family health strategy, especially with community health workers. The study points to the need for socialization of this approach with professionals from other health teams, in order to expand its training and transfer of knowledge in service to the population, which has the ability to collaborate with the prevention of incidents. There is need to expand educational strategies as a way to reach the health care, skilled and safe, as recommended by the Brazilian health system.

Keywords: Primary Health Care; Community Health Agents; Patient Safety; Health professionals.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam no Distrito Sanitário Noroeste de Goiânia, Goiás, 2014.....	45
Tabela 2. Categoria “Significado do conceito de segurança do paciente para os agentes comunitários de saúde” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.....	49
Tabela 3. Categoria “Segurança do ACS durante o atendimento” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.....	51
Tabela 4. Categoria “Segurança da comunidade no atendimento realizado pelo ACS” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.....	54
Tabela 5. Categoria “Principais dúvidas apresentadas pelos usuários durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.....	56
Tabela 6. Categoria “Grupos de atendimento que mais solicitam informações aos ACS” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.....	59
Tabela 7. Categoria “Conhecimento técnico suficiente do ACS para prestar as informações solicitadas pelo usuário” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.....	60
Tabela 8. Categoria “Conduta adotada pelo ACS quando diante de uma pergunta que não saiba a resposta” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.....	62
Tabela 9. Categoria “Reconhecimento do ACS sobre a ocorrência e o tipo de incidentes/iatrogenias/erro em decorrência do seu atendimento ou se o ACS soube de algum caso dessa natureza” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.....	64
Tabela 10. Categoria “Reconhecimento pelos ACS dos detalhes relacionados ao incidente ocorrido” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.....	66
Tabela 11. Categoria “Atitude empreendida pelo ACS para solucionar o incidente e possível ajuda recebida” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.....	68
Tabela 12. Categoria “Consequências do incidente para o usuário, relatadas pelo ACS” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.....	71

Tabela 13. Categoria “Fatores facilitadores para a ocorrência do incidente, na percepção do ACS” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.....72

Tabela 14. Categoria “Medidas tomadas ou não para a prevenção de novos incidentes e os profissionais envolvidos nessa decisão” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.....75

Tabela 15. Categoria “Temas a serem abordados em programas de Educação Permanente com o objetivo de melhor preparar o profissional para o trabalho, na percepção do ACS” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.....78

Tabela 16. Categoria “Conhecimento do ACS sobre a importância da notificação dos incidentes ocorridos e para quem notificar” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.....82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Central de Atendimento Telefônico e Eletrônico da ANVISA
CGLAB - Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública
CIEP - Centro Integrado de Educação Pública
CN - Circunstância Notificável
CS - Centro de Saúde
CSF - Centro de Saúde da Família
CURAREM - Comitê Técnico Assessor para Uso Racional de Antimicrobianos e Resistência Microbiana
EA - Evento Adverso
EPS - Educação Permanente em Saúde
ESF - Estratégia de Saúde da Família
HAS - Hipertensão arterial sistêmica
INC - Incidente
INCSD - Incidente Sem Dano
IRAS - Infecções Relacionadas à Saúde
MERCOSUL - Mercado Comum do Cone Sul
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOTIVISA - Sistema Nacional de Notificações em Vigilância Sanitária
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PACS - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP - Procedimento Operacional Padrão
PROVAB - Programa de Valorização da Atenção Básica
QE - Quase Erro
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
REDE REM - Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana
RENISS - Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde

REMUME - Rede Municipal de Medicamentos Essenciais

SGT-11 - Subgrupo de Trabalho para Questões de Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINVISA - Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SISAB - Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade de Atenção Básica

UFG - Universidade Federal de Goiás

VIGIPÓS - Vigilância Pós-Comercialização

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

RESUMO E PALAVRAS-CHAVE

ABSTRACT AND KEYWORDS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1 APRESENTAÇÃO.....	15
2 INTRODUÇÃO.....	18
3 OBJETIVOS.....	23
3.1 Objetivo Geral.....	23
3.2 Objetivos Específicos.....	23
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	24
4.1 Política Nacional de Atenção Primária à Saúde.....	24
4.2 Os Agentes Comunitários de Saúde.....	26
4.3 A Segurança do Paciente e o Atendimento em Saúde.....	30
5 METODOLOGIA.....	39
5.1 Tipo de Estudo.....	39
5.2 Local do Estudo.....	39
5.3 População.....	40
5.4 Critérios de Inclusão.....	41
5.5 Procedimento para Coleta de Dados.....	41
5.6 Análise dos Dados.....	42
5.7 Aspectos Éticos.....	43
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
6.1 Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste.....	44
6.2 Categorias Temáticas.....	49
7 CONCLUSÃO.....	85
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS.....	89

ANEXO - Cópia da Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.....	95
APÊNDICES.....	96
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Distribuído aos Agentes Comunitários de Saúde.....	96
Apêndice B - Instrumento de Coleta de Dados.....	98

1 APRESENTAÇÃO

Segurança do Paciente é um tema que está em discussão mundialmente, em função da sua importância em termos de contribuição para a melhoria da qualidade da assistência no atendimento à população. A segurança do paciente se faz necessária nas ações de atenção à saúde, desenvolvidas pelos profissionais, em todos os cenários de prática, especialmente na porta de entrada da rede de atendimento, ou seja, na atenção primária, especificamente na Estratégia de Saúde da Família. Essas ações podem ocorrer por meio da adoção de técnicas educativas, da comunicação eficiente e de normas e protocolos que garantem a sistematização da assistência aos usuários (RIGOBELLO *et al.*, 2012).

Para melhor contextualização do interesse de estudar sobre essa temática, faz-se necessário apresentar o percurso profissional desenvolvido e que me levou à realizar esta investigação. Graduado em enfermagem há vinte e três anos, possuo vivência profissional em unidades hospitalares em meu município natal, Niterói, no Estado do Rio de Janeiro. Atuei como enfermeiro, coordenador do Núcleo de Saúde do Centro Integrado de Educação Pública (CIEP), que era a unidade modelo para aquele Estado. Também graduado em medicina, há dezesseis anos, com experiência profissional em unidades hospitalares de urgência, urgência obstétrica e em unidades de atenção primária do Programa da Estratégia de Saúde da Família, sempre observei a importância de estudos sobre esta temática nesses contextos de prática.

Em janeiro de 2008, por opção de toda a família, decidi mudar para Goiânia, capital do Estado de Goiás, onde por dez meses atuei como médico de uma das equipes da Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário Noroeste. Posteriormente, convidado pelo Diretor Geral desse Distrito Sanitário, assumi o Apoio Técnico Distrital das equipes, no qual permaneci por quase três anos, quando fui convidado pela Diretora de Atenção à Saúde da época a assumir a Coordenação Ambulatorial da rede municipal.

Atualmente, após dois anos e dois meses na função de coordenador, retornei ao distrito de origem, não mais como apoiador das equipes que compõem a Estratégia de Saúde da Família, e sim como apoiador institucional da Atenção Primária,

atribuição que integra todas as modalidades de atendimento, como rege o novo organograma do sistema de saúde do município de Goiânia.

Nesse tempo, ingressei no Programa de Mestrado Profissional da Universidade Federal de Goiás (UFG), importante ferramenta para a construção conjunta do conhecimento entre a academia e o serviço. Fui apresentado à temática segurança do paciente pela orientadora deste estudo que coordena um projeto de pesquisa na área. A professora me fez pensar sobre a importância do papel do agente comunitário de saúde (ACS) na Atenção Primária e o reflexo da qualidade da assistência prestada por esse profissional para um atendimento mais seguro.

Nesse contexto de experiência vivenciada, foi possível observar o pouco conhecimento da equipe de profissionais de saúde, especialmente dos ACS em relação aos conceitos e às medidas preventivas a serem implementadas para garantir a segurança do paciente. Quando o incidente (INC) ocorre, estabelece-se a necessidade de corrigir, através da adoção de estratégias preventivas, como por exemplo, a educação permanente que tem como foco melhorar a qualificação do atendimento do profissional.

Dentre os membros da equipe da Estratégia de Saúde da Família, atenção especial deve ser dispensada aos ACS, pelo papel que desempenham no acompanhamento domiciliar das famílias da sua região adstrita, assim como pelas ações e atribuições que lhe são conferidas. O ACS tem, assim, papel fundamental no processo de assistência à saúde, em função das orientações que repassa à sua comunidade e na representatividade que possui enquanto parte integrante da equipe à qual se encontra vinculado.

Por esse motivo, surge o interesse em conhecer a percepção dos ACS sobre os aspectos da segurança do paciente na sua prática diária, com o intuito de reforçar a sua qualificação por meio da disseminação de conhecimentos sobre o tema e da adoção de estratégias que fortaleçam essas práticas. Acredita-se que a qualificação tem o papel de minimizar e evitar problemas que possam interferir na qualidade do serviço prestado por esses profissionais, com reflexos na segurança da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste de Goiânia.

O tema do presente estudo está sendo inserido no contexto da Atenção Primária, especificamente na Estratégia de Saúde da Família, tendo como principais atores os

ACS e sua percepção sobre Segurança do Paciente. Está elaborado no formato das etapas de uma dissertação de mestrado.

2 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a preocupação com o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente tornou-se assunto de grande importância na área da saúde. Clima de segurança traz enormes benefícios a todos os envolvidos, mesmo sendo a ocorrência de erros possível com consequências de diferentes graus. A segurança do paciente pode ser definida como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento de saúde (RIGOBELLO *et al.*, 2012).

Incidentes são definidos como eventos ou circunstâncias não esperadas, decorrentes do cuidado prestado e não associados à doença de base que podem resultar ou resultam em dano desnecessário ao paciente. O termo desnecessário se refere à identificação na ocorrência de violações, abusos, erros e atos inseguros evidenciados nos serviços de saúde (OMS, 2009).

Os incidentes são classificados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) como circunstância notificável (CN), quase erro (QE), incidente sem dano (INCSO) e evento adverso (EA). É definida como circunstância notificável uma situação com grande potencial de dano, porém o incidente não aconteceu. O quase erro é definido como incidente que não chegou a atingir o paciente. O incidente sem dano é um evento que ocorre devido a uma conduta no paciente, porém sem gerar dano. O evento adverso é um efeito resultante de um dano gerado no paciente.

Segundo Padilha (2001), eventos adversos são incidentes indesejáveis, porém podem ser previsíveis, ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e resultam em danos ao paciente. Podem gerar um comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou algum efeito nocivo, como doença, lesão, incapacidade ou morte, e ainda, esse ser de caráter físico, social e/ou psicológico.

Reason (1990) mostra que o erro é fruto da falha do sistema e, por isso, deve ser estudado de forma ampliada. Refere-se à incapacidade de uma ação planejada ser concluída ou entendida (erro de execução), ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo (erro de planejamento).

Nesse contexto, o princípio de que os pacientes não devem sofrer danos tem assumido destaque importante na qualidade da assistência em vários países (BEZERRA *et al.*, 2009).

Nos EUA, a magnitude dos erros médicos e dos eventos adversos com drogas representam cerca de um milhão de pacientes/vítimas anualmente e representam a quarta causa de óbito no país. Como fatores predisponentes são considerados os ambientais, tais como barulho e calor; psicológicos, tédio, ansiedade e estresse; e fisiológicos representados por fadiga e sono (CARVALHO e CASSIANI, 2002).

Estima-se que 50% a 60% desses fatores são atribuídos à negligência em diversos setores de saúde, os quais são considerados passíveis de prevenção. Nessa perspectiva, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente em conjunto com a Organização Mundial de Saúde desenvolveram o Programa de Segurança do Paciente, cujo objetivo é enfatizar a colaboração dos pacientes no esforço de melhorar a qualidade e a segurança dos serviços de saúde (OMS, 2008).

Mendes *et al.* (2005) comentam que países como Nova Zelândia, Dinamarca e Espanha possuem mais de 40% dos incidentes que poderiam ser evitáveis através de medidas de proteção.

Em 2001, no Brasil, como ação na área de segurança do paciente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou o Projeto “Hospitais Sentinelas” com o objetivo de sistematizar a vigilância de produtos e serviços de saúde e garantir mais segurança e qualidade na assistência aos pacientes. A ocorrência de eventos adversos é o indicador para monitoramento e avaliação da qualidade da assistência prestada ao paciente (CARNEIRO *et al.*, 2011).

Estudos apontam que a incidência de incidentes em hospitais brasileiros é de 38,4% e uma pesquisa realizada em três hospitais de diferentes regiões do país mostrou que oito em cada cem pacientes sofrem um ou mais eventos nas situações de atendimento (MENDES *et al.*, 2005).

Mendes *et al.* (2009) demonstram que 66,7% dos eventos adversos ocorridos em três hospitais de ensino no Brasil podem ser evitados, que a incidência de eventos adversos é semelhante a estudos desenvolvidos em outros países e que a proporção de eventos adversos evitáveis é muito maior nos hospitais brasileiros.

Os autores também verificam que de cada dez pacientes atendidos em um hospital, um paciente sofre, pelo menos, um efeito adverso, como: queda, administração incorreta de medicamentos, falhas na identificação do paciente, erros em procedimentos cirúrgicos, infecções e mau uso dos dispositivos médicos (MENDES *et al.*, 2009).

Carneiro *et al.* (2011) ressaltam a importância da elaboração de instrumentos de notificação de eventos adversos como subsídios para ações de enfermagem e como forma de permitir uma melhor investigação e gerenciamento desses eventos. Tais instrumentos têm a capacidade de serem utilizados como indicadores de resultados com vistas à melhoria da qualidade do serviço e estímulo ao desenvolvimento de uma cultura de segurança institucional.

Já Carvalho e Cassiani (2002) apontam a importância do ato de comunicar e documentar o erro de medicação e o benefício que esse ato pode trazer aos pacientes, pois ameniza os efeitos apresentados e impede o agravamento das suas condições físicas.

Através de ações de controle sanitário e regulamentação, é possível identificar precocemente a ocorrência de eventos que afetem a segurança do paciente, reduzir o dano e evitar riscos futuros. Além de colaborar para o atendimento à exigência da própria sociedade por melhor qualidade dos serviços de saúde, através do uso de boas práticas regulamentadas e passíveis de fiscalização.

Nesse sentido, recentemente o Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançam o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 529, de 1º de abril de 2013. O principal objetivo desse programa é prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos, que são os incidentes que resultam em danos ao paciente, como por exemplo: quedas, administração incorreta de medicamentos e erros em procedimentos cirúrgicos, em todos os serviços de saúde, públicos e privados (BRASIL, 2013).

Ainda são poucos os estudos desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde (APS) e que contemplem os aspectos discutidos para a sistematização do processo de trabalho que envolvem as equipes da Estratégia de Saúde da Família (EFS). Faz-se necessária a motivação para se estudar sobre o tema que certamente contribuirá

para a qualificação do atendimento em saúde na APS (MARCHON e MENDES JUNIOR, 2014).

Quanto ao ACS, foco desta pesquisa, não foram identificados na literatura estudos que relacionem a segurança do paciente e o atendimento realizado por esse profissional.

Acredita-se que, a partir do fortalecimento do vínculo entre o profissional e a comunidade, se estabelece a corresponsabilização dos usuários nas ações de saúde, ao propiciar a consolidação dos princípios do SUS e favorecer um cuidado humanizado e integral. A proximidade do ACS com a realidade local e a importância da sua atuação junto à equipe para o planejamento das ações de saúde justificam a importância da qualificação desse profissional na identificação dos riscos, danos e necessidades de saúde da população (JESUS *et al.*, 2014).

Além disso, o trabalho do ACS envolve ações, como medida de peso, altura e controle do estado vacinal das crianças. Essa relação próxima entre o serviço de saúde e a comunidade possibilita a escuta sensível dos usuários para que se sintam acolhidos e inseridos de maneira proativa na produção do cuidado (JESUS *et al.*, 2014).

O ACS é o profissional da equipe da ESF que consegue ao mesmo tempo estar inserido na equipe e na comunidade. Desse modo, fortalece-se a possibilidade do ACS estabelecer uma relação de acolhimento e vínculo junto às famílias com as quais atua e, a partir desse vínculo, tornar possível a criação de um elo de confiança entre a comunidade e a equipe de saúde, o que geralmente é reconhecido pela comunidade. Isso permite o desenvolvimento de suas atribuições de modo mais efetivo e afetivo e desperta a construção da cidadania (JESUS *et al.*, 2014).

No Município de Goiânia, o setor Saúde é de responsabilidade direta da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a rede de serviços ambulatoriais e hospitalares distribui-se, segundo sua natureza, em públicos, filantrópicos, privados conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e privados (GOIÂNIA, 2009).

A Assistência à Saúde na SMS está dividida em vários modelos assistenciais, entre eles, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que possui 186 equipes de saúde distribuídas em seis Distritos Sanitários, com exceção do Distrito Sanitário Sul.

Outro modelo, considerado tradicional, está distribuído em todos os sete Distritos Sanitários e é denominado como Rede Ambulatorial (GOIÂNIA, 2009).

O Distrito Sanitário Noroeste, que é o cenário deste estudo, está distante 18 quilômetros do centro da cidade Goiânia. Possui uma população estimada em 269.672 habitantes, sendo que 92% dessa população está na faixa de baixa renda e atua no mercado de trabalho informal. Dessa forma, essa comunidade é dependente do atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família (GOIÂNIA, 2009).

Não diferente do que ocorre em todo o mundo, a maioria dos profissionais de saúde do município desconhece a necessidade de notificação quando da ocorrência de algum incidente durante o atendimento, ou até mesmo se dá conta de que está perante algum incidente durante algum atendimento ao paciente.

Sendo assim, em consonância com essa realidade no Brasil, faz-se necessário o conhecimento da percepção dos profissionais da categoria dos ACS sobre os incidentes decorridos dos atendimentos realizados por esses profissionais da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Trata-se do primeiro trabalho realizado baseado na percepção dos ACS no tema segurança do paciente. Com isso, este estudo poderá ser um norteador para a tomada de decisões pelos gestores do setor, assim como servir de base para a construção de medidas preventivas para a segurança do paciente no atendimento realizado, bem como na educação permanente desses profissionais.

Este estudo foi pensado como fruto da inquietude do pesquisador em não conseguir identificar como os ACS do Distrito Sanitário Noroeste percebem a Segurança do Paciente. Esse suposto desconhecimento do tema por esses profissionais trouxe a preocupação sobre a possibilidade de ocorrência de incidentes em função do atendimento realizado e que poderia ser evitada, se eles soubessem reconhecer os incidentes como risco iminente.

Espera-se que a partir deste estudo no Município de Goiânia possam ser recomendadas ações que permitirão colocar outras Unidades da Rede SUS do município de Goiânia dentro das exigências estabelecidas na legislação vigente, ou seja, inseridas o mais breve possível no Programa Nacional de Segurança do Paciente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar as percepções dos ACS quanto à segurança do paciente no contexto da sua prática, junto aos usuários.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população do estudo, quanto aos aspectos sócio demográficos;
- Realizar oficina sobre segurança do paciente com os ACS do Distrito Sanitário Noroeste do município de Goiânia, Goiás;
- Identificar os incidentes ocorridos, as condutas adotadas e as consequências para o paciente.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Política Nacional de Atenção Primária à Saúde

O Ministério da Saúde define como Atenção Primária à Saúde as ações individualizadas ou coletivas que são realizadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviço de saúde que dentro suas competências, destacam-se a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação. Constitui-se a porta de entrada do sistema de saúde para todas as demandas, direciona a atenção sobre o indivíduo, além de coordenar ou integrar a ação ofertada em algum outro nível de atenção à saúde. O novo modelo de assistência à saúde do SUS vem como uma nova proposta de modelo assistencial em relação ao anterior que permaneceu por longo período e que já não conseguia mais atender às necessidades da população (MARIN, MARCHIOLI e MORACVICK, 2013).

No Brasil, a APS é desenvolvida através da descentralização e ocorre no local mais próximo da residência dos usuários. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprovou a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Dispõe sobre as diretrizes que nortearão seu processo de atuação e define a Atenção Primária como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Tem por objetivo desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família diferem do modelo tradicional, pois são identificados como modelos inovadores, com ações direcionadas para a ênfase nas questões da coletividade, no enfoque à saúde e nos fatores que os determinam. Ao contrário do modelo tradicional que enfatiza o cuidado no aspecto biológico e na atenção centrada ao indivíduo.

O PACS e a ESF contribuem para que as atribuições e as responsabilidades da Atenção Primária sejam realizadas de modo a transformarem paradigmas e a permitirem que os serviços de saúde atinjam uma efetiva mudança na própria organização, o que leva à melhoria da qualidade da assistência prestada (BARALHAS e PEREIRA, 2013).

De acordo com Marin, Marchioli e Moracvick (2013), a Estratégia de Saúde da Família propõe uma reorientação do modelo de atenção à saúde que resgata as diversas dimensões que envolvem a atenção à saúde, através da aproximação da equipe no convívio diário na vida das pessoas.

A consolidação e o aprimoramento da Atenção Primária como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requerem um saber e um fazer em Educação Permanente em Saúde (EPS) que além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada, também, como uma importante “estratégia de gestão”. Tal estratégia possui grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho. Deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, que envolva práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa) (BRASIL, 2012).

Outro pressuposto importante da EPS é o planejamento/programação educativa ascendente que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão. Isso possibilita a construção contextualizada de estratégias que promova o

diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, além de estimular experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

A vinculação dos processos de Educação Permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Primária, na medida em que aumentam as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano (BRASIL, 2012).

As atribuições dos profissionais das equipes de Atenção Primária devem seguir as disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões. É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às suas atribuições.

4.2 Os Agentes Comunitários de Saúde

O Ministério da Saúde criou no ano de 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde com a finalidade de enfrentar situações de risco nas populações de maior vulnerabilidade, através de ações de saúde que superassem as práticas focais e isoladas. Foi efetivamente instituído e regulamentado, em 1997, através da consolidação da descentralização de recursos do SUS (GOIÂNIA, 2012).

A partir de 1993, quando começou a ser pensada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o PACS passou a ser implantado de forma transitória, pois a ESF objetivava estabelecer e garantir os princípios doutrinários do SUS (universalidade, integralidade e equidade). Dessa forma, o ACS tornou-se importante ator já que se tratava de morador da própria comunidade atuando na área, assim como integrante da equipe de saúde local (GOIÂNIA, 2012).

Para Fontoura (2004), morar na comunidade onde atua pode ser um aspecto facilitador para o desenvolvimento das ações pertinentes ao ACS, principalmente por conhecer a cultura e a linguagem que deve ser utilizada para a comunicação.

Porém, Ferreira *et al.* (2009) destacam no exercício da ética, algumas dificuldades encontradas, como por exemplo: o atendimento apressado, orientações incorretas e

a ocorrência de fofocas, oriundas tanto dos ACS, quanto por parte da comunidade, principalmente por serem os ACS moradores da área e possuírem acesso às informações restritas.

Conforme Cardoso *et al.* (2011), os ACS possuem deveres com a comunidade local tais como: identificar sinais e situações de risco; orientar as famílias e comunidade e encaminhar/comunicar à equipe os casos e situações identificados.

A comunicação desses profissionais com a comunidade deve ser acessível e de fácil compreensão. A atenção ao indivíduo deverá ser constante durante o atendimento prestado, principalmente com relação à pessoa idosa e permitir, assim, que seja estabelecido maior vínculo construído a partir da credibilidade e confiança no profissional. Assim como entre os componentes da equipe, a comunicação deverá ser clara, sem deixar margens às interpretações pessoais, de forma a facilitar o trabalho e a confiança entre todos da equipe (CARDOSO *et al.*, 2011).

Segundo Baralhas e Pereira (2013), a atuação dos ACS é determinada pelas políticas locais. Em algumas vezes, é determinada pela falta de comprometimento da família ou do próprio indivíduo assistido em não se responsabilizar por sua adesão ao tratamento estabelecido ou ao tratamento de um ente familiar. Assim sendo, transfere o cuidado para os profissionais de saúde, principalmente aos ACS, pois esses estão, na maior parte do tempo, em contato com a comunidade local. Isso torna as ações de saúde dificultadas e contribui para que os ACS não consigam efetivar as propostas de prevenção e promoção da saúde frente à comunidade.

O reconhecimento do trabalho realizado, através da aceitação dos usuários, tem enorme significância quanto à gratificação e, quando isso não acontece, acarreta sofrimento para os ACS. A dedicação e o comprometimento desses profissionais perante os usuários, na tentativa de sensibilizá-los a seguir as orientações propostas pela equipe de saúde, estão diretamente ligados ao tempo de atuação como ACS. Quanto maior for o tempo atuando nessa função, maior será a resistência em aceitar a rejeição e a reprova de suas ações (BARALHAS e PEREIRA, 2013).

O trabalho em equipe de saúde, frente a ESF, é essencialmente coletivo, de forma que a participação de cada componente é fundamental na construção dos saberes, na manutenção e na qualidade da assistência prestada (RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004).

As dificuldades encontradas no trabalho em equipe assim como as facilidades desenvolvidas demandam estratégias de aprimoramento através da Política de Educação Permanente, estabelecida pelo Ministério da Saúde. Essa política incentiva a problematização das situações reais vivenciadas pela equipe, em busca de soluções conjuntas para as dificuldades do dia a dia. Além disso, valoriza a capacidade de diálogo entre os membros da equipe e a ampliação da percepção das dimensões individuais e coletivas de todo o processo de trabalho (PEDUZZI *et al.*, 2009).

Assim, quando se pensa em definir algumas características consideradas imprescindíveis para ser um ACS, destacam-se a responsabilidade, proatividade, sigilo-ética, autonomia, raciocínio lógico, dinamismo, metodologia, agilidade e carisma. A importância do ACS frente à sua comunidade, através das atividades por ele desenvolvidas nas visitas domiciliares, ações desempenhadas e as atividades exercidas dentro dos Centros de Saúde da Família (CSF), cada vez mais evidencia a necessidade da qualificação desse profissional. Além disso, torna-se possível a identificação de vulnerabilidades, riscos à segurança do paciente, notificação de incidentes e circunstâncias que ocorram dentro e fora das unidades e que comprometam a qualidade da assistência prestada (NUNES *et al.*, 2002; TOMAZ, 2002; MENDONÇA, 2004).

O exercício da atividade profissional, as atribuições e diretrizes para o exercício das atividades dos ACS encontram-se regulamentados pela Portaria nº 11.350, de 05 de outubro de 2006. Tal legislação possibilita uma proposta qualitativa de ações e destaca o perfil profissional com atividades desenvolvidas na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças, pela mobilização de recursos e práticas sociais de promoção da vida e cidadania. Também, pela orientação de indivíduos, grupos e populações, com características de educação popular em saúde e acompanhamento de famílias (BRASIL, 2006).

Na proposta de fortalecimento do Sistema Único de Saúde, o ACS tem sido um personagem de extrema importância para a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária com a comunidade. Na equipe multidisciplinar que deve, obrigatoriamente, atuar na Estratégia de Saúde da Família, modelo criado para reordenar a assistência à saúde no Brasil, essa categoria profissional vem atuando como mediadora entre as famílias e as equipes (SILVA e RIBEIRO, 2009).

O cotidiano do ACS envolve atividades variadas que vão desde a assistência direta aos indivíduos e famílias, o apoio educativo e tarefas administrativas, até o cadastramento familiar. Ele realiza o preenchimento de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; o registro de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde e visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família (LIMA, CORRÊA e OLIVEIRA, 2012).

Essa categoria profissional apresenta sintomas de estresse com relação aos demais membros da equipe, pelo fato de atuar na criação de vínculos com a comunidade que assiste, sem ter recebido formação adequada e treinamento específico para o enfrentamento de possíveis dificuldades encontradas na relação estabelecida com o usuário (LIMA, CORRÊA e OLIVEIRA, 2012).

Conforme Baralhas e Pereira (2013), os ACS estão em diferente situação quando comparados aos outros membros da equipe de saúde. Enquanto o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem estão quase todo o tempo sob certa proteção da Unidade Básica de Saúde (UBS), os ACS estão nas ruas, expostos às várias situações, em nome da UBS. Em ocorrências imprevistas, acolhidos em alguns momentos, mas em outros, expostos às circunstâncias conflitantes, podendo até enfrentar a estranheza da população.

Pode-se enfatizar que o trabalho dos ACS, desenvolvido principalmente em área urbana, traz novos desafios, o que implica na necessidade de estudos mais abrangentes a respeito dessa peculiaridade. Isso pode contribuir para melhor entendimento do significado do trabalho do ACS na perspectiva do SUS, com efeitos benéficos para as discussões sobre o próprio processo de trabalho. Além disso, as dificuldades encontradas em área urbana ultrapassam o campo da saúde e requerem uma ação intersetorial mais efetiva, devido aos problemas e agravos relacionados à violência, ao desemprego, à fome e a outros fatores (BARALHAS e PEREIRA, 2013).

Um aspecto relevante a respeito do trabalho dos ACS se refere aos limites de atuação que muitas vezes é determinado pelas políticas locais ou pelo fato da família ou indivíduo assistido não se comprometer em cuidar de seu próprio estado de saúde ou de um ente familiar. Esse comportamento de transferência dos

problemas de saúde para os profissionais, principalmente para os ACS, que estão a todo tempo em contato com a comunidade, leva à dificuldade das ações, pois essa categoria profissional pode não conseguir a efetivação das propostas pretendidas de prevenção e promoção da saúde (BARALHAS e PEREIRA, 2013).

Os ACS estão direcionados e orientados para a execução de suas ações, conforme portarias editadas pelo Ministério da Saúde. Muitas vezes, como é permitido adaptação de acordo com a realidade local, esses profissionais carregam uma quantidade de atribuições muito mais extensas do que aquelas definidas na proposta do PACS e da ESF (BARALHAS e PEREIRA, 2013).

Assim, estes profissionais que atuam na Estratégia da Saúde da Família destacam-se como os mais próximos dos usuários, por residirem na área de atuação e realizarem visitas domiciliares diariamente. O ACS desenvolve diversas ações no intuito de favorecer a integração entre a família e a equipe de saúde e, além disso, é responsável por atividades específicas como adscrição das famílias, cadastramento das pessoas de sua microárea, orientação sobre a utilização dos serviços de saúde disponíveis, realização de atividades programadas, ações educativas, entre outras (JESUS *et al.*, 2014).

4.3 A Segurança do Paciente e o Atendimento em Saúde

O termo Cultura de Segurança foi utilizado pela primeira vez pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear ao publicar o relatório sobre o acidente nuclear de Chernobyl em 1986. De acordo com esse grupo, cultura de segurança é um conjunto de valores, atitudes, percepções e competências, coletivas e individuais, que determina um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento de segurança da instituição. O termo Clima de Segurança ou *Safety Climate* tem sido amplamente discutido na área de segurança do paciente como medida temporal do estado da cultura de segurança da instituição que pode ser medido pelas percepções individuais sobre as atitudes da organização quanto à cultura de segurança (RIGOBELLO *et al.*, 2012).

Implementar a cultura de segurança, nas unidades de saúde da Atenção Primária, pode ter associação direta com a diminuição dos eventos adversos e mortalidade e implicar em melhorias na qualidade da assistência à saúde. Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, por meio do programa da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, diretrizes e estratégias para incentivar e divulgar práticas que garantissem a segurança do paciente. Desde então, várias pesquisas surgiram com o objetivo de avaliar o clima de segurança nas instituições de saúde (RIGOBELLO *et al.*, 2012).

Quando uma pessoa procura um serviço de saúde, pressupõe-se que o profissional esteja habilitado, capacitado e qualificado para atendê-la com segurança nos procedimentos que integram a assistência. A segurança, frequentemente definida como sensação de liberdade de lesão psicológica e física, é uma necessidade humana básica que deve ser considerada. O cuidado em saúde prestado de maneira sistematizada em um ambiente coletivo seguro é essencial para a garantia da qualidade da assistência e bem-estar do usuário. Otimiza a capacidade de contribuir para a redução de atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde, assim como para a utilização de boas práticas com vistas a alcançar ótimos resultados para o usuário (CORBELLINI *et al.*, 2011).

Para evitar que erros aconteçam, as Instituições de Saúde têm se preocupado em adotar a política de segurança do paciente. Para tanto, é necessário que os erros sejam relatados e notificados para que se conheça a causa do problema e se possa intervir em caráter educativo, preventivo e não punitivo (CORBELLINI *et al.*, 2011).

A elaboração de Procedimento Operacional Padrão (POP) para a sistematização da assistência através do detalhamento escrito dos procedimentos a serem realizados garante o passo a passo na segurança da realização dos mesmos e diminui a possibilidade de ocorrência de incidentes no contexto da qualidade nas unidades de estratégia de saúde da família (CORBELLINI *et al.*, 2011).

Qualidade é definida como a obtenção de maiores benefícios com os menores riscos ao paciente e com menor custo (DONABEDIAN, 1978).

A Organização Mundial de Saúde estima que haja a ocorrência de danos a dezenas de milhares de pessoas em todo o mundo em função de erros relacionados ao

cuidado na assistência. O *Institute of Medicine* aponta que tais erros causam entre 44.000 a 98.000 eventos ao ano nos hospitais americanos (KOHN *et al*, 2000).

Um marco importante na preocupação pela qualidade da assistência ao paciente foi quando a OMS, em 2004, lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente durante a 57^a Assembleia Mundial da Saúde, ocasião em que foram alertados os países sobre a priorização com a segurança aos pacientes. Desde então, os países têm se organizado para o cumprimento das ações previstas na Aliança Mundial para a segurança ao paciente (OMS, 2008).

Diante desse compromisso firmado, os países devem se comprometer a efetivar o compromisso político de realizar planos, alertas, sobre aspectos sistêmicos e técnicos, assim como criar iniciativas que venham garantir a segurança dos pacientes baseadas nas metas internacionais preconizadas (OMS, 2008).

No ano de 2007, na XXII Reunião de Ministros da Saúde do Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL), houve a primeira manifestação do bloco de apoio à primeira meta da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Com isso, estabeleceu-se o compromisso internacional de se aplicar os Planos Nacionais de Segurança ao Paciente, não somente com o intuito de garantir a redução de riscos ao cuidado prestado, mas também de garantir ao indivíduo o direito à saúde. Nesse encontro, os ministros dos Estados Membros assinaram a Declaração de Compromisso na Luta Contra as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), com a presença das delegações do Brasil, Argentina, Paraguai, Uruguai, Bolívia, Chile e Equador (MERCOSUL, 2007).

Em 2009, um subgrupo de trabalho, denominado Subgrupo de Trabalho para Questões de Saúde (SGT-11) pela Comissão de Produtos para a Saúde, proveniente da Subcomissão de Avaliação e uso de Tecnologias em Serviços de Saúde, insere na agenda o projeto de Resolução nº 12, de 2001, que trata dos mecanismos de alertas sobre os eventos adversos causados por dispositivos médicos (MERCOSUL, 2009).

Foi colocado em consulta pública o projeto de Resolução nº 04, de 2011, com a íntegra de um regulamento em vigor no Brasil desde 2010, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA nº 42, de 25 de outubro de 2010, que trata da disponibilização alcoólica para a fricção antisséptica das mãos para ser usada pelos

serviços de saúde (ANVISA, 2010b). Tal Resolução foi aprovada na XXXVI Reunião Ordinária do SGT-11, realizada em abril de 2011, em Assunção, Paraguai.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2013) determina algumas ações para a Segurança do Paciente:

1) Desafio Global para a Segurança do Paciente que inclui: a) higienização das mãos; b) procedimentos clínicos seguros; c) segurança do sangue e de hemoderivados; d) administração segura de injetáveis e de imunobiológicos; e e) segurança da água e manejo de resíduos.

2) Paciente pela Segurança do Paciente – o paciente como partícipe dessa relação bilateral nos serviços de saúde constitui-se extrema importância para que se estabeleça a qualidade assistencial do serviço executado. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SINAVISA) estabelece assim a comunicação com a sociedade para que possam ser denunciadas suspeitas de irregularidades pela central de atendimento telefônico da ANVISA, o ANVISATENDE, o que inclui denúncias técnicas tais como pós-comercialização de medicamentos, produtos para a saúde, saneantes e outros pelo NOTIVISA, o Sistema Nacional de Notificações em Vigilância Sanitária, e até um informativo direcionado ao paciente, ao acompanhante/cuidador e à sociedade como um todo (ANVISA, 2004).

3) Pesquisa em Segurança do Paciente – implementadas em 2007, ocorrem as primeiras iniciativas nacionais de participação em pesquisas relacionadas aos desafios globais para a segurança do paciente.

4) Taxonomia e Classificação Internacional – a OMS lança um documento que subsidia a harmonização conceitual no território nacional brasileiro.

5) Educação para o Cuidado Seguro e Promoção do Relato e Aprendizagem.

Para se construir um espaço para enfrentamento dos erros, eventos adversos e incidentes decorridos da assistência prestada, e que coloca em risco a segurança do paciente, são necessários o conhecimento da abrangência e magnitude de tais fatos. Isso permitirá o estabelecimento de um sistema informatizado que proporcione a possibilidade da notificação de dados qualificados, que subsidiem na elaboração de medidas a serem construídas por meio dos gestores, dos profissionais de saúde e do próprio paciente (BRASIL, 2013).

O Brasil se organiza em diversos campos no sentido de capacitar os serviços, assim como os profissionais de saúde, para a identificação, notificação, gerenciamento de risco relacionado à assistência em saúde. Nesse sentido a ANVISA começa a definir medidas para o uso adequado de medicamentos, na prevenção e controle da resistência a micro-organismos. Em 2004 foi criada a Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (RENISS) com o propósito de se criar um grupo de profissionais treinados e habilitados para investigar os surtos e eventos adversos hospitalares. Tal medida visa intervir de forma rápida em situações de risco sanitário, reduzir a gravidade dos casos e consequentemente o número de pessoas afetadas pelas infecções hospitalares (ANVISA, 2004).

Dentre essas ações decorrentes dos processos investigativos encontra-se a publicação da regulamentação sobre o gerenciamento de tecnologias em serviços de saúde, a RDC nº 02, de 25 de janeiro de 2010, com vistas a garantir a melhoria da segurança do paciente. Contém orientações para o processamento de instrumentais, artigos hospitalares, identificação, prevenção, controle de infecções e manuais (ANVISA, 2010a).

Foi criado, também, o Projeto Hospitais Sentinelas com mais de 200 gerentes de riscos capacitados na identificação e notificação de eventos relacionados à farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância. Os Hospitais Sentinelas atuam no Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) com a finalidade de monitorar medicamentos, vacinas, sangue e hemoderivados, equipamentos hospitalares, imunoglobulinas etc. (BRASIL, 2009).

Antes o que era um projeto, efetiva-se como estratégia de vigilância pós-comercialização. Em 2005, o Ministério da Saúde cria o Comitê Técnico Assessor para Uso Racional de Antimicrobianos e Resistência Microbiana (CURAREM) com formação de diversos representantes do Ministério da Saúde, ANVISA e de diversas entidades de classe. O CURAREM definiu as diretrizes para a prevenção e controle da resistência microbiana (BRASIL, 2005).

Em 2006 é instituída a parceria da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com a Coordenação Geral de Laboratórios em Saúde Pública (CGLAB) para criar a Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana, conhecida como Rede

REM. A Rede se forma através dos Hospitais Sentinelas, Laboratórios de Saúde Pública, Vigilâncias Sanitárias e Coordenações de Controle de Infecção Hospitalar, além de comissões atuantes dentro dos hospitais (ANVISA, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõem metas, e entre essas, o Brasil avança na Aliança Mundial para Segurança do Paciente, através do monitoramento das infecções hospitalares e fortalecimento da Rede REM e a RENISS. Avança também em medidas de prevenção, com a implantação da estratégia multimodal para higienização das mãos em serviços hospitalares e começa a implantação do desafio da cirurgia segura, além do NOTIVISA voltado para a vigilância pós-comercialização (VIGIPÓS) e queixas técnicas (ANVISA, 2006).

Atualmente o Brasil conta com mais de 200 mil estabelecimentos assistenciais de saúde que estão expostos às tecnologias em saúde e às intervenções de profissionais da área da saúde que são susceptíveis aos eventos adversos, erros e aos incidentes. Porém, apesar dos avanços que já foram conquistados, ainda há necessidade de se difundir a cultura da segurança do paciente e a responsabilização dos profissionais de saúde em notificar os eventos ocorridos (ANVISA, 2006).

Outro aspecto a destacar diz respeito à tecnologia para a segurança do paciente que se faz necessária por meio da utilização de recursos para a avaliação de tecnologias em saúde. Isso se organiza através da formação de núcleos voltados para a investigação da efetividade e segurança, o estabelecimento da relação risco-benefício, benefício-custo e a utilização de outros indicadores que possam orientar no momento da decisão de incorporar novas tecnologias em saúde ou mesmo desconsiderá-las. A ANVISA vem estimulando a implantação dos Núcleos de Avaliação de Tecnologia em Saúde nos hospitais de ensino e pesquisa para implantar, fortalecer e disseminar a cultura da avaliação de tecnologias em serviços de saúde (ANVISA, 2013).

Ressalta-se ainda o desenvolvimento de *check-list* para a área da saúde. A ANVISA, em parceria com a OPAS, disponibilizam os instrumentos para a implantação da cirurgia segura dentro dos serviços de saúde do Brasil, o que inclui o guia para a implantação, a lista de verificação de segurança cirúrgica e o manual “Cirurgias Salvam Vidas” (ANVISA, 2013).

Relacionado a isso está em todas as instâncias a procura pela Qualidade do Serviço, seja na natureza privada, seja na pública das instituições de saúde. O primeiro grupo está focado na qualidade e refere-se às metas competitivas para a manutenção e expansão do mercado. Já o setor público busca como meta a excelência no atendimento a todos os cidadãos, já que todos pagam pelo serviço através dos impostos. De acordo com o cenário atual, encontra-se em franco desenvolvimento, nas organizações públicas, o Programa de Qualidade do Governo Federal, fundamentado na Gestão pela Qualidade (ANVISA, 2006).

O referido Programa se preocupa não somente com aqueles que utilizam um serviço, mas também com os que executam esses serviços. Possui como diretrizes: ações para qualidade no atendimento; estabelecimento e divulgação de padrões de qualidade; avaliação continuada dos níveis de satisfação; avaliação e implementação de melhorias contínuas de gestão; foco nos resultados e gastos e reconhecimento e premiação de organizações públicas que se destacarem pelo desempenho (ANVISA, 2006).

É sabido que o setor Saúde também se preocupa com a qualidade, até mesmo porque é senso comum que não há qualidade de vida sem saúde de qualidade. Mas o setor Saúde tem realizado esforços há mais de dez anos através de discussões para a implantação de projetos específicos com vistas às melhorias na gestão pública e à garantia da qualidade.

Com relação aos serviços de saúde no âmbito do SUS, muito tem sido falado, inclusive críticas e questionamentos no sentido de que os serviços, ditos públicos, tornem-se cada vez mais eficazes. Por isso, renovações estruturais e operacionais têm sido buscadas visando atender às expectativas dos usuários que a cada dia se mostram mais exigentes e conhecedores de seus direitos (ALMEIDA, 2001).

Eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade são princípios adotados pelo SUS que são associados e aplicados às ferramentas de gestão pela qualidade para propiciar maiores benefícios e menores riscos para a saúde dos usuários. A qualidade é alcançada na saúde com a sistematização de todos os seus processos, em todas as suas áreas, desde a gestão até a assistência, levando ao paciente conforto e bem-estar (ALMEIDA, 2001).

Para Almeida (2001), apesar de não existir um padrão universal, muito menos um padrão nacional, do que venha a ser um bom atendimento em saúde, a qualidade no SUS pode ser resumida em satisfação dos usuários com os serviços e produtos, assim como satisfação dos profissionais que executam os serviços com as condições de trabalho oferecidas.

A mais recente intervenção do Ministério da Saúde, acontece através da ANVISA, delineada na Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Possui o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Além disso, possui como objetivos específicos: 1) a promoção e o apoio à implementação de iniciativas com foco na segurança do paciente nas diversas áreas da atenção, gestão e organização, através da implantação da gestão do risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; 2) o envolvimento da família e os próprios pacientes nas ações voltadas a esse tema; 3) a ampliação do acesso pela sociedade às informações sobre segurança do paciente; 4) a produção, sistematização e difusão do conhecimento sobre o tema; e 5) a inclusão desse assunto no ensino técnico, de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013).

No artigo 4º da Portaria nº 529 estão definidos os conceitos fundamentais para as discussões sobre segurança do paciente, como por exemplo, a própria expressão segurança do paciente como sendo a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”. Nesse artigo também são definidos, entre outros, os conceitos de dano, incidente e evento adverso (BRASIL, 2013).

Dano refere-se ao “comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo”, que pode variar desde uma lesão até a morte, nos níveis físico, social ou psicológico. Incidente é definido como “evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário” e evento adverso como “incidente que resulta em dano ao paciente” (BRASIL, 2013).

Para que o PNSP possa ser implementado, tal a legislação traça as estratégias necessárias que envolvem, por exemplo, desde a promoção de capacitação dos atores envolvidos, criação de protocolos e outras fontes de informação sobre

segurança do paciente, até a inclusão de mecanismos de avaliação através de indicadores e metas e a vigilância e monitoramento dos incidentes (BRASIL, 2013).

Os artigos finais da Portaria instituem o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Caracterizam e definem as competências e composição do comitê, além de concluírem que o MS reservará incentivos financeiros que subsidiem as ações e atividades no âmbito do PNSP (BRASIL, 2013).

Concluída a apresentação do referencial que suporta o presente estudo, o capítulo seguinte discorre sobre a metodologia utilizada com vistas ao alcance dos objetivos propostos.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo, de natureza quantitativa. De acordo com Aragão (2011), os estudos descritivos descrevem a realidade e não se destinam a explicá-la ou nela intervir, de forma que são fundamentais quando pouco se conhece sobre um determinado assunto. Outro importante papel desse tipo de estudo se refere à possibilidade de dar conhecimento aos profissionais de uma determinada área ou setor sobre seus dados demográficos, sendo chamados, muitas vezes, de estudos de incidência. Portanto, esse tipo de estudo pode ser uma ferramenta de gestão importante em sistemas de saúde já que contribui para caracterizar a demanda de seus serviços.

De acordo com Salomon (2001), os estudos exploratórios e descritivos são os que têm por objetivo definir melhor o problema e levar às chamadas intuições de solução, descrever comportamentos de fenômenos, definir e classificar fatos.

5.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido nos Centros de Saúde da Família do Distrito Sanitário Noroeste do município de Goiânia, Estado de Goiás, Brasil.

O município de Goiânia possui 1.302.767 habitantes (IBGE, 2014). A Atenção Primária tem suas ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde que está organizada em sete regiões administrativas denominadas Distritos Sanitários, a saber: Campinas-Centro, Leste, Noroeste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul. Cada um dos Distritos Sanitários conta com áreas e populações estabelecidas a partir dos aspectos geográficos, econômicos e sociais, que reúnem unidades de saúde nas suas diferentes complexidades (baixa, média e alta complexidades) e demais equipamentos sociais que compõem a região distrital (GOIÂNIA, 2012).

Essa divisão em regiões administrativas é necessária para que a oferta de atendimentos na Atenção Primária garanta à população o acesso à atenção à saúde de qualidade, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

O Distrito Sanitário Noroeste, local deste estudo, possui uma população de 269.672 habitantes. O atendimento em saúde é realizado por 51 equipes distribuídas em 18 Centros de Saúde da Família: CSF JD Primavera, CSF Estrela Dalva, CSF São Carlos, CSF JD Curitiba I, CSF JD Curitiba II, CSF JD Curitiba III, CSF Bairro da Vitória, CSF JD Colorado, CSF Brisas da Mata, CSF Barravento, CSF Recanto do Bosque, CSF VF-18, CSF Boa Vista/Floresta, CSF Tremendão, CSF Novo Planalto, CSF Morada do Sol, CSF Cais Finsocial e Unidade Escola da Saúde da Família (UESF) Vila Mutirão. Essa última, uma unidade escola em Residência Médica na ESF (GOIÂNIA, 2012).

Cada Distrito Sanitário possui Centros de Saúde (CS) e Centros de Saúde da Família (CSF), exceto o Distrito Sul que possui somente o primeiro modelo de assistência à saúde e o Distrito Noroeste que possui somente os Centros de Saúde da Família (CSF). As unidades têm como finalidade prestar atendimento para a população de sua área de abrangência, na Atenção Primária, nas áreas de pediatria, clínica médica, ginecologia, obstetrícia, odontologia e enfermagem (GOIÂNIA, 2012).

5.3 População

Participam do estudo 169 (70%) do total de 242 ACS; 46 (20%) estavam de folga, em período de férias, licença médica, licença prêmio ou licença por interesse particular e 27 (10%) ACS não se apresentaram voluntariamente para participar da pesquisa.

5.4 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão para participação nesta pesquisa foram: ser ACS e estar lotado no Distrito Sanitário Noroeste da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

5.5 Procedimento para Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no mês de dezembro de 2013, durante dois dias, após a realização de oficinas com o grupo de ACS sobre Segurança do Paciente. O primeiro encontro ocorreu no auditório da UESF Vila Mutirão e o segundo momento no auditório do Centro de Apoio Psicossocial Noroeste, em ambos os períodos de trabalho, matutino e vespertino.

Antes da coleta de dados, a Diretoria do Distrito Sanitário Noroeste foi informada sobre os objetivos da pesquisa e solicitada autorização da mesma para a condução da pesquisa. A partir da autorização da Diretoria, foram convidados todos os ACS pertencentes ao Distrito para participarem inicialmente das oficinas sobre segurança do paciente. Os ACS foram divididos de acordo com a disponibilidade de horário em quatro grupos, respeitando-se o período de trabalho, para a realização das oficinas.

Foi realizada uma oficina com quatro grupos diferentes e com a duração de duas horas cada uma, conduzidas pelo próprio mestrando com auxílio de enfermeiro da unidade de saúde. O conteúdo programático abordou aspectos conceituais sobre segurança do paciente, incidentes e situações de riscos baseados no contexto da prática nas unidades de saúde e domicílio. Slides ilustrativos e simulações do cotidiano foram estratégias utilizadas. As oficinas foram pensadas como maneira de oferecer aos ACS subsídios para que, ao responderem ao questionário, pudessem buscar, na sua memória, situações que eles identificassem como riscos à segurança dos pacientes atendidos nas unidades de saúde.

Após cada oficina e esclarecimento de dúvidas surgidas, os ACS foram convidados a participarem da pesquisa, ocasião que foram explicados os objetivos da pesquisa, a garantia do sigilo sobre os dados coletados e do retorno dos resultados da pesquisa ao campo. Aos que aderiram à pesquisa foi solicitada a assinatura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e distribuído o instrumento de coleta de dados. Este documento foi um questionário autoaplicável, construído especificamente para os ACS e submetido a teste piloto. O documento constava de 22 questões, das quais oito fechadas e 14 abertas, as quais tratam de aspectos relacionados ao perfil dos ACS, as suas percepções sobre conceitos de segurança do paciente e identificação das situações de riscos ocorridas durante o atendimento à comunidade. As respostas aos questionários foram realizadas individualmente e o tempo gasto para o preenchimento foi em torno de uma hora. Os questionários respondidos eram devolvidos ao pesquisador e eram colocados em envelopes que não continham a identificação do respondente.

5.6 Análise dos dados

Os dados quantitativos obtidos foram estruturados, inseridos em planilha eletrônica no *software Excell*, analisados descritivamente. As variáveis foram analisadas em forma de frequências absolutas e relativas apresentadas em forma de tabelas.

As respostas obtidas por meio do questionário foram agrupadas por aproximação e distribuídas em tabelas, com categorias pré-definidas e subdivididas em subcategorias.

Para a realização da categorização das respostas obtidas do questionário, foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo conforme Bardin (1979).

O teor das falas foi categorizado previamente com base no instrumento e no processo de análise, de acordo com Minayo (2000), compreendendo as etapas seguintes: 1) fase de organização e sistematização das ideias, conforme as respostas dos participantes e os objetivos iniciais da pesquisa. Posteriormente foi realizada a leitura do material e a organização dos dados; 2) a exploração do material, fase em que os dados do material foram codificados para alcance da compreensão do texto e codificação das categorias temáticas, e 3) fase de interpretação dos dados obtidos.

Os dados foram submetidos a análise, a fim de se tornarem significativos e válidos e evidenciarem as informações obtidas. Foram discutidos com inferências e apoio da literatura específica.

5.7 Aspectos Éticos

O estudo está vinculado ao projeto intitulado “Análise de ocorrências de eventos adversos em um hospital da Rede Sentinela da Região Centro-Oeste”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Protocolo nº064/2008). Os demais aspectos éticos encontram-se em conformidade com o Conselho Nacional de Saúde e atualizados de acordo com a Resolução nº466/2012.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão divididos em duas partes. A primeira descreve o perfil onde constam dados de caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde que participaram da pesquisa e atuam no Distrito Sanitário da Região Noroeste de Goiânia.

A segunda parte dos resultados descreve a percepção dos ACS sobre a segurança do paciente no contexto da prática e estão distribuídos em 16 categorias temáticas.

6.1 Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde pertencentes ao Distrito Sanitário Noroeste do município de Goiânia

Participaram do estudo 169 (70%) Agentes Comunitários de Saúde pertencentes ao Distrito Sanitário Noroeste e caracterizados conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam no Distrito Sanitário Noroeste de Goiânia, Goiás, 2014.

CARACTERIZAÇÃO	Nº	%
Sexo		
Feminino	158	93,5%
Masculino	07	4,1%
Não informado	04	2,4%
Faixa etária		
19 – 28 anos	22	13,0%
29 – 38 anos	77	45,6%
39 – 48 anos	42	24,8%
49 – 58 anos	13	7,7%
59 – 68 anos	03	1,8%
Não informado	12	7,1%
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	01	0,6%
Ensino Fundamental completo	05	2,9%
Ensino Médio incompleto	04	2,4%
Ensino Médio completo	107	63,3%
Curso Técnico	11	6,5%
Ensino Superior incompleto	23	13,6%
Superior completo	17	10,1%
Pós-Graduação incompleta	01	0,6%
Tempo de atuação como ACS		
De 1 a 6 meses	33	19,5%
De 7 a 11 meses	19	11,2%
De 1 a 5 anos	12	7,1%
De 6 a 10 anos	40	23,7%
De 11 e 15 anos	57	33,7%
Acima de 16 anos	07	4,2%
Não informado	01	0,6%
Curso para ACS		
Sim	119	70,4%
Não	50	29,6%
Nº famílias visitadas		
01 – 20 famílias	04	2,4%
21 – 40 famílias	119	70,4%
41 – 60 famílias	43	25,4%
61 – 80 famílias	01	0,6%
81 – 100 famílias	-	--
101 – 120 famílias	-	--
121 – 140 famílias	01	0,6%
Mais de 141 famílias	01	0,6%
Tempo de atuação na área adscrita		
De 1 a 6 meses	36	21,3%
De 7 a 11 meses	23	13,6%
De 1 a 5 anos	43	25,4%
De 6 a 10 anos	32	18,9%
De 11 a 15 anos	28	16,6%
Acima de 16 anos	04	2,4%
Não informado	03	1,8%
Carga horária de trabalho semanal		
40 horas	169	100%
TOTAL	169	100%

A amostra foi predominantemente feminina com 93,5%, o que corrobora as mudanças ocorridas nas últimas décadas em que houve uma crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho, aumentando o número de mulheres economicamente ativas em relação a um discreto aumento do masculino (MÉDICI, 1989; PALMEZONI e MIRANDA, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2012; BATUSTINI e FIGUEIREDO, 2014). Enquanto a taxa de atividade masculina apresenta oscilações com decréscimo, as taxas de atividade feminina vêm crescendo, mesmo com a crise, no mercado formal (CASTRO, 1990).

Ainda assim, a inserção da mulher no mercado de trabalho continua se dando em menores proporções e de modo diferenciado da masculina. O subemprego em atividades de baixa produtividade, baixo prestígio e baixa remuneração atinge mais o trabalho feminino. De qualquer modo, essa diferença faz com que a inserção masculina e feminina no mercado de trabalho seja vista e analisada de formas diferentes, sendo o trabalho masculino considerado fundamental e o trabalho da mulher complementar, além de ser forçada a trabalhar em horário integral, por razões financeiras, sem ficar isenta da dupla jornada de trabalho (BARROSO, 1982).

Machado-Neto (1987) demonstra que a influência do papel da mulher na sociedade é tão grande que a própria escolha do emprego, das jornadas e dos turnos de trabalho profissional inclui entre os critérios a possibilidade de se conciliar com o cuidado da casa e da família. Além disso, revela que a proximidade entre a residência e o local de trabalho é um dos critérios de escolha do emprego, mesmo em detrimento de outros como o salário e a satisfação profissional.

Muitas mulheres optam, quando é possível, por jornadas de meio período, mesmo com prejuízos salariais e de progressão funcional, para poderem se dedicar mais aos filhos pequenos. Por isso mesmo, Lavinás e Castro (1990) chamam a atenção para a importância assumida na compreensão do trabalho exercido pelas mulheres.

Na visão da sociedade, ocorre o reconhecimento da mulher como a principal provedora de cuidados de saúde. Assim, as ações desenvolvidas pelos ACS se envolvem em torno do cuidado à saúde dos indivíduos, o que faz com que haja a predominância do trabalho feminino que pode estar relacionada ao papel que a mulher desempenha como cuidadora nos diferentes cenários da sociedade e em relação à família (WEGNER e PEDRO, 2010).

A faixa etária dos ACS encontra-se entre 29 e 38 anos, seguida de 39 e 48 anos, o que demonstra amadurecimento dessa população para a atividade. Resultados semelhantes foram evidenciados nos estudos de FERRAZ E AERTS (2005); QUATRIN (2009); SAKATA (2009); SANTOS (2011); OLIVEIRA (2012).

Esses dados se conformam com um dos pré-requisitos estabelecidos pelo MS para o exercício do cargo de ACS que é o de ter idade acima de 18 anos, isto é, deve possuir capacidade civil plena, sem limite máximo de idade (QUATRIN, 2009).

Relacionado à escolaridade, evidenciou-se que dos 169 ACS, 107 possuem o ensino médio completo e 23 o curso superior incompleto. A exigência estabelecida pelo MS quanto ao nível de escolaridade para o exercício desta profissão se limita ao ensino fundamental completo (BRASIL,2011). Porém, Mendonça (2004) esclarece que os conhecimentos exigidos e vivenciados no decorrer das atividades profissionais dentro do processo de trabalho dos ACS requerem nível de conhecimento maior, devido à complexidade e à diversificação das situações apresentadas a eles na sua comunidade.

Tomaz (2002) afirma que essa vivência experimentada por esses profissionais faz com que eles busquem novos conhecimentos e melhorem em muito o nível de escolaridade, com vistas a exercer com qualidade o que essa profissão exige em termos de desempenho.

De acordo com Nunes *et al.* (2002), os ACS, por serem parte integrante das equipes de saúde, são levados a identificar-se com certos conteúdos e práticas, inerentes ao conhecimento médico.

De acordo com todo esse perfil profissional que se desenha, evidencia-se que é imposto aos ACS postura diferenciada na sua qualificação para o exercício legal da profissão, já que tais profissionais são diferenciados nas suas diversificadas ações e metodologias que desenvolvem no processo de trabalho realizado frente à comunidade.

Quanto ao tempo de atuação como ACS, 33,7% possui entre 11 e 15 anos. Assim possibilita o exercício das características que se consideram de extrema importância para o desempenho da profissão. Esse tempo vivenciado no campo torna-se valorizado à medida que se coloca em prática a responsabilidade que cada agente comunitário deve ter com a sua comunidade e no saber lidar com as pessoas.

Quanto a receber formação para o desempenho da função, 119 informam positivamente e 50 informam que não tiveram nenhuma formação para o cargo. Dentre os que tiveram formação, todos referenciam os cursos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Quanto ao número de famílias visitadas por semana pelos ACS, a maioria informa que realiza visita domiciliar entre 21 e 40 famílias por semana e o restante visita entre 41 e 60 famílias semanalmente. O número de famílias visitadas por semana varia para cada ACS, já que são responsáveis por determinado número de famílias no âmbito da sua área de atuação. O acompanhamento do número de famílias visitadas é feito pelo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) que registra as informações do território através dos domicílios, núcleos familiares e indivíduos.

O tempo de atuação do ACS na área adscrita foi variável e constitui-se indicador importante, pois reflete a atuação e a criação de vínculo desse profissional com a comunidade local. Reconhecer as necessidades referentes à determinada área, identificar os problemas e trazer soluções para a comunidade fortalece o vínculo entre comunidade e unidade de saúde, já que estabelece os laços de confiabilidade, credibilidade nas propostas oferecidas pelas equipes de saúde da estratégia de saúde da família. Morar na comunidade onde atua pode ser um aspecto facilitador para o desenvolvimento das ações pelos ACS, principalmente por conhecerem a cultura e a linguagem que deve ser utilizada para a comunicação (FONTOURA, 2004).

Um dos problemas mais graves no município, foco deste estudo, diz respeito ao grande número de microáreas descobertas ou sem a presença dos ACS. Isso faz com que aumentem as vulnerabilidades daquela região e favoreça o aparecimento de agravos que não são identificados. Essa situação pode ser minimizada com o mutirão de cadastramento em tais áreas, com o objetivo de atualizar alguns e cadastrar novos moradores para que se possa ter informações fidedignas sobre a composição da região. A grande dificuldade é que, na maioria das vezes, o ACS também demonstra resistência a essa ação, pois aumentam muito as suas demandas e, assim, ele não consegue garantir atendimento a essa área desprovida de cobertura quanto ao acesso e ao acolhimento adequado.

Com isso, torna-se um gargalo a ser trabalhado, pois os moradores residentes dessas áreas procuram a unidade por demanda espontânea, somente quando entendem estar doentes, não sendo garantidas a eles a promoção e a prevenção em saúde que são de competência da Atenção Primária.

Independente do tempo de atuação como ACS ou o período de atuação na área adscrita, todos os 169 entrevistados possuem a carga horária semanal de 40 horas, que é uma exigência legal para o desempenho dessa função.

6.2 Categorias Temáticas

As categorias temáticas e as subcategorias estão descritas nas Tabelas 2 a 16. Correspondem à percepção dos ACS sobre o seu conhecimento, sobre segurança do paciente, assim como aspectos do ambiente de trabalho relacionados à estrutura e organização, às relações com outros profissionais que interferem na segurança e como a comunidade entende o atendimento prestado pelo ACS na unidade de saúde e no domicílio.

A Tabela 2 apresenta a categoria “Significado do conceito de segurança do paciente para os ACS”, na qual observa-se que do total de ACS que respondeu sobre o significado do conceito de segurança do paciente, 81 relacionaram o significado do conceito com os procedimentos operacionais padrão.

Tabela 2. Categoria “Significado do conceito de segurança do paciente para os agentes comunitários de saúde” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.

Subcategorias	Frequência	Definição da subcategoria
Segurança no atendimento prestado	58	Compreensão do ACS sobre o atendimento prestado por ele na ESF
Segurança no conhecimento técnico do ACS	33	Forma como o ACS dispõe do conhecimento técnico durante o atendimento
Atendimento humanizado	41	Entendimento do ACS sobre a humanização durante o atendimento
Gerenciamento de risco/Vigilância	41	Conhecimento do ACS sobre os riscos relacionados aos incidentes
Aplicabilidade dos procedimentos operacionais padrão	81	Procedimentos operacionais padrão a serem seguidos durante a consulta
Vínculo do ACS com o usuário	09	Relação profissional que se estabelece entre o usuário e o ACS

A falta de padronização dos procedimentos no atendimento, a inexistência de normas e rotinas criam um sentimento de insegurança no profissional durante a assistência. Isso ocorre pela falta de aplicabilidade dos procedimentos, o que demonstra pouca organização no serviço ofertado devido às diferentes formas de condução dos casos apresentados. Os fluxos são definidos e estabelecidos com vistas à construção de diretrizes e protocolos para o controle e melhoria contínua da qualidade. Os cuidados padronizados tornam-se diretrizes detalhadas que representam o atendimento previsível, indicado para determinadas situações, o que irá alavancar a melhoria da qualidade do atendimento, com melhores resultados (GUERREIRO, BECCARIA e TREVISAN, 2008).

Quanto ao conhecimento dos ACS do Distrito Sanitário Noroeste de Goiânia sobre a temática segurança do paciente, no contexto da prática ou por informação, 73% dos ACS já tinham ouvido falar sobre esse tema, enquanto os outros referiram não ter nenhuma informação.

Os relatos mais significativos estão relacionados a seguir:

“Cuidados para prevenir acidentes e minimizar danos aos pacientes.” ACS 10.

“É o cuidado que o paciente deve receber, quando procura um atendimento médico, sem oferecer riscos ou danos à sua saúde ou de sua família.” ACS 15.

“Segurança do Paciente é seguir as normas para não ocorrer erros.” ACS 18.

“Qualquer atendimento prestado ao paciente, com informações corretas e seguras.” ACS 22.

“Evitar que o paciente sofra algum dano.” ACS 77.

“São métodos e condutas adotadas, para garantir a segurança e integridade do paciente.” ACS 122.

Embora a maioria dos ACS tenha ouvido falar em segurança do paciente, 27% demonstraram compreensão pouco ampliada sobre o tema proposto.

O tema “Segurança do Paciente” é discutido mundialmente. A construção de protocolos e diretrizes que venha direcionar as ações e procedimentos executados

pelos profissionais de saúde diminuirá as iatrogenias e os danos gerados pela fragilidade na qualidade da assistência ofertada.

Os resultados da categoria do tema “Segurança do ACS durante o atendimento” encontram-se apresentados na Tabela 3. Para os ACS, a segurança do atendimento por eles prestada está diretamente relacionada com o grau de comprometimento pessoal que cada um tem em repassar, de forma competente, as informações e orientações à comunidade, dependendo do perfil profissional e da responsabilidade pela busca da informação. Alguns não se sentem seguros no atendimento que proporcionam à comunidade e relacionam tal insegurança à falta de uma educação permanente para o enfrentamento das situações do cotidiano e aos espaços geográficos e às condições sociais da população assistida.

Tabela 3. Categoria “**Segurança do ACS durante o atendimento**” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.

Subcategorias	Frequência		Definição da subcategoria
	Sim	Não	
Recursos físicos e materiais	-	04	Existência ou não de recursos e/ou condições físicas e materiais oferecidos pela SMS interfere na segurança do ACS
Recursos humanos/apoio técnico da equipe	15	03	Disponibilização ou não de apoio técnico pela equipe durante as situações de atendimento é componente da segurança do ACS
Educação Permanente	37	17	Oferta ou não de Educação Permanente aos ACS interfere na segurança do ACS
Procedimento Operacional Padrão	01	-	Protocolos e fluxos implantados ou não na ESF são fatores componentes da segurança do ACS
Relação com a comunidade	33	06	A relação do ACS com a comunidade e/ou com a família visitada é importante ou não para a segurança do ACS durante o atendimento
Espaço geográfico e condições sociais	05	20	A situação em que se encontra a família visitada que pode ou não constituir-se risco para o ACS
Comprometimento pessoal	57	06	Compromisso pessoal do ACS em repassar informações/orientações de maneira correta ou não afeta a segurança do ACS
Tempo de atuação como ACS	04	03	O tempo de exercício do profissional como ACS pode interferir ou não na sua segurança
Reconhecimento da comunidade	02	-	O reconhecimento da comunidade pelo atendimento do ACS constitui-se ou não aspecto da segurança desse profissional

Pode-se, assim, identificar tais situações de acordo com as transcrições a seguir:

“Porque o meu trabalho é orientar o paciente e para isso é preciso buscar sempre conhecimento.” ACS 27.

“Porque me atualizo para repassar as informações, para que o paciente se previna de possíveis doenças.” ACS 30.

“Tento me atualizar estudando e adquirindo novos conhecimentos.” ACS 31.

“Eu fui capacitada para prestar qualquer orientação sobre prevenção e saúde.” ACS 36.

“Muitas vezes não temos capacitações suficientes para orientar bem o paciente.” ACS 18.

“Por estar trabalhando há pouco tempo como ACS, ainda não conheço toda a comunidade e muitas vezes temos que visitar sozinhos, lugares perigosos, usuários de drogas.” ACS 42.

“Faço o melhor que posso, procurando me informar com outros ACS ou com a minha enfermeira.” ACS 109.

“Muitas vezes acontecem situações tais como, uso de drogas, ataque de cães e pacientes com transtornos mentais.” ACS 112.

“Como ACS o que faço é passar as informações. Quando não sei, pergunto a médica ou a enfermeira, e respondo somente o que está na minha obrigação de ACS.” ACS 150.

“Oriento conforme o que foi passado a mim, em capacitação com meus superiores.” ACS 159.

“Existe um vínculo e tudo que é informado ao paciente, é orientação da equipe.” ACS 163.

Dos ACS, 72% demonstrou segurança quanto às informações e orientações que são transmitidas por eles à comunidade. Quando por eventualidade não se sentem seguros em relação a algum questionamento específico, buscam respostas junto aos profissionais que compõem sua equipe de trabalho.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a educação permanente deve ser um processo pedagógico que contemple desde a aquisição e atualização de

conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, o que envolve práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (BRASIL, 2012).

Médicos e enfermeiros são os profissionais mais procurados por eles, pois são os profissionais diretamente ligados à assistência e que, através do conhecimento científico adquirido na sua formação, podem transmitir com confiabilidade a resposta às demandas apresentadas. Isso, de alguma forma, possibilita o estreitamento das relações profissionais entre os componentes da equipe, estabelece vínculos de confiança e credibilidade e fortalece o trabalho em equipe (BRASIL, 2012).

Conforme as atribuições do profissional médico na Atenção Primária, é de sua responsabilidade contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe. Quanto ao profissional enfermeiro é sua responsabilidade contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e de outros membros da equipe. Assim, esses profissionais devem planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe (BRASIL, 2012).

Dentre os ACS, 43% ainda sentem também a necessidade de qualificação para exercerem, de forma ampliada, a sua função de ACS. Entende-se que uma educação permanente seria, adequadamente, proporcionar tal qualificação aos ACS. Outros ainda confundem a segurança no atendimento que faz em domicílio com a segurança física à qual todos estão expostos nas ações realizadas todos os dias.

Quanto ao sentimento de segurança da comunidade em relação ao atendimento realizado pelo ACS, os dados das categorizações estão representados na Tabela 4. O conhecimento técnico para o repasse das informações e orientações prestadas por esse profissional foi o principal fator de interferência na segurança da comunidade em relação ao atendimento prestado pelo ACS. A necessidade de ACS bem treinados e qualificados para a realização das ações por eles executadas transmite para a comunidade o sentimento de credibilidade e de confiança que se estabelece, por meio do vínculo que se forma, a partir do contato direto com o usuário, e esses fatores interferem na segurança da comunidade em relação ao atendimento prestado pelo ACS.

Tabela 4. Categoria “**Segurança da comunidade no atendimento realizado pelo ACS**” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.

Subcategorias	Frequência		Definição da subcategoria
	Sim	Não	
Confiança demonstrada pelo usuário	24	-	Confiança ou falta da mesma demonstrada pelo usuário durante o atendimento realizado pelo ACS é fator constituinte da segurança da comunidade
Conhecimento técnico do ACS	64	01	Conhecimento técnico do ACS interfere ou não na segurança da comunidade durante o atendimento realizado
Vínculo do ACS com o usuário	61	03	A relação profissional que se estabelece entre o usuário e o ACS interfere ou não na segurança da comunidade
Busca da informação pelo ACS	19	-	A capacidade do ACS para buscar informações em outras fontes e/ou profissionais interfere ou não na segurança da comunidade
Reconhecimento da Comunidade	16	-	O reconhecimento da comunidade pelo atendimento do ACS é importante ou não em termos de segurança da comunidade
Trabalho em Equipe	05	01	O trabalho realizado pelo ACS em conjunto com toda a equipe de saúde interfere ou não na segurança da comunidade
Não respondida	10	01	Respostas incompletas ou em branco

O vínculo estabelecido com o usuário, o estreitamento das relações e o conhecimento da comunidade a qual está inserido são fundamentais para a construção de confiabilidade do trabalho executado por ele ou o sentimento de descrença e desconfiança que poderá ser atribuído ao seu trabalho, o que se estende a toda a equipe de saúde da unidade (SILVA e RIBEIRO, 2009).

O sentimento de reconhecer que transmite segurança nas informações prestadas ao usuário e que percebe esse reconhecimento nos usuários estão diretamente vinculados à parceria que se estabelece e aos laços que se fortalecem quando o ACS tem total conhecimento dos problemas da sua comunidade, conhece as famílias as quais ele é responsável. As soluções por ele trazidas a essas famílias permitem que o usuário reconheça, na pessoa do ACS, a extensão da qualidade da assistência que pode ser oferecida por aquela equipe à qual ele está vinculado (MARIN, MARCHIOLI e MORACVICK, 2013).

Para Marin, Marchioli e Moracvick (2013), é necessário que a Atenção Primária em Saúde possa ter como característica central o vínculo com a comunidade e a longitudinalidade que cria relação de responsabilidade e confiança, principalmente

no acompanhamento do usuário, o que determina diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficazes.

As respostas dos ACS categorizadas na Tabela 4 são ilustradas com os relatos a seguir:

“Sim. Pelo conhecimento transmitido com embasamento científico e feedback.” ACS 3.

“Sim. Porque eu esclareço o que eu sei e quando tenho alguma dúvida eu procuro me informar para maior explicação ao paciente.” ACS 39.

“Sim. Porque tento passar informações corretas e quando fico em dúvida, procuro saber logo o certo e foco naquela família para não deixar passar nada.” ACS 46.

“Sim. Porque procuro passar informações e orientar o paciente de forma segura, transmitindo-lhe confiança.” ACS 98.

“Sim. Porque eu levo esclarecimento sobre as dúvidas frequentes.” ACS 136.

“Sim. Tento ser o mais claro possível nas informações e não deixar nenhuma dúvida para trás.” ACS 165.

A aceitação do trabalho realizado através do reconhecimento do usuário possui enorme significância quanto à gratidão e quando tal reconhecimento não acontece, acarreta sofrimento para os ACS. A dedicação e o comprometimento desses profissionais frente aos usuários, na tentativa de sensibilizá-los a seguir as orientações propostas pela equipe de saúde, estão diretamente ligados ao tempo de atuação como ACS. Quanto maior for o tempo atuando como ACS, maior será a resistência em aceitar a rejeição e a reprova de suas ações (BARALHAS e PEREIRA, 2013).

Sobre as principais dúvidas apresentadas pelos usuários durante as visitas domiciliares realizadas pelo ACS, categorizadas na Tabela 5, observa-se que os CSF ainda geram dúvidas para os usuários quanto à sua dinâmica de funcionamento.

Estão nessa Tabela 5 o horário de funcionamento, o agendamento de consultas, questões administrativas e as competências da estratégia de saúde da família. Sugere-se que tal fato acontece em decorrência dos rodízios de profissionais dentro

das unidades, principalmente profissionais médicos que muitas vezes iniciam suas atividades nesse modelo de atenção e estabelecem-se por algum tempo nesse vínculo.

À medida que procuram a formação nas especialidades, com a aprovação em concursos de residências, desligam-se de suas equipes e a substituição é realizada. Assim, com a chegada de um novo profissional que possui ou não vivência no atendimento à comunidade ou a introdução de novas ideias, podem ocorrer modificações em estratégias que eram adotadas pela equipe anteriormente. Dessa forma, até que se repasse a nova forma de trabalho dessa nova equipe para a comunidade, criam-se dúvidas e confusão nas novas orientações apresentadas.

Tabela 5. Categoria “Principais dúvidas apresentadas pelos usuários durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.

Subcategorias	Frequência	Definição da subcategoria
Estado de saúde do usuário	04	Dúvidas sobre a condição clínica em que se encontra o usuário
Funcionamento da Unidade de Saúde	106	Dúvidas sobre o funcionamento da Unidade: horário de funcionamento, marcação de consultas, questões administrativas e sobre ESF
Serviços ofertados	28	Dúvidas sobre os tipos de atendimentos oferecidos na Unidade, tais como: tipos de consultas, vacinas e receitas
Uso de medicação	46	Dúvidas sobre o uso correto da medicação prescrita
Realização de exames	35	Dúvidas sobre tipos de exames, como retirar o vale-exame, cartão SUS e encaminhamento para outras especialidades
Promoção da saúde	38	Dúvidas relacionadas às diversas doenças e respectiva prevenção, assim como assuntos considerados como sendo tabus
Informações Profissionais	07	Dúvidas com relação aos profissionais e à qualidade do serviço prestado pelos mesmos
Não respondida	11	Respostas incompletas ou em branco

Também, com diferentes vínculos de contratos e diferentes formas de cumprimento da carga horária na assistência, diferentes modelos são estabelecidos dentro de uma mesma unidade de saúde, tais como o Programa Mais Médicos, Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), médicos contratados e efetivos da SMS e preceptoria da Residência Médica na Estratégia Saúde da Família.

As mudanças estabelecidas, definidas e sugeridas pelo nível central, também são fatores que impõem readequações nos processos de trabalho das unidades, o que

exige tempo de adaptação para que se aprenda a trabalhar com as novas orientações. Todas essas diferentes formas de agendamento de consultas, horários de trabalho, ocasionam dúvidas à comunidade que não consegue respostas para várias formas de atendimento dentro de um mesmo local de trabalho.

Ainda, surgem outras dúvidas relacionadas à assistência, como quanto ao uso correto de determinados medicamentos, em decorrência do perfil de usuário, dificuldade de interpretar a receita, dificuldades de não se sentir à vontade durante o atendimento com o profissional de saúde para esclarecer a dúvida, ou mesmo identificar o que foi prescrito pelo profissional.

Essas dúvidas estão relacionadas, muitas vezes, à falta de conhecimento que o usuário ainda possui em relação aos seus direitos conquistados e que se tornaram diretrizes do SUS quando esse foi implantado. As dúvidas quanto ao funcionamento da unidade, horário de atendimento, a forma de agendamento e como dar continuidade aos encaminhamentos demonstram a dificuldade ao se transmitir informações básicas para a população.

Alguns relatos dos ACS, quanto às dúvidas dos usuários em relação ao funcionamento, marcação de consultas e encaminhamentos, são apresentados a seguir:

“O que é PSF.” ACS 144.

“Quanto aos horários de funcionamento da unidade, quanto às doenças que possam ocorrer na família.” ACS 145.

“Sobre atendimento na unidade, sobre questões sociais.” ACS 146.

“Sobre exames e encaminhamentos.” ACS 149.

“Quanto ao uso da medicação. Muitos são analfabetos e não sabem que medicação tomar.” ACS 152.

“Como agendar consulta. Confundem a unidade com CAIS. Perguntam o que é atendimento de urgência.” ACS 162.

Assim, mais uma vez, faz-se necessário tempo para que os assistidos pela equipe de saúde possam encontrar respostas às suas dúvidas que surgem constantemente, principalmente, quando ocorrem mudanças na dinâmica de trabalho da equipe. A

confiança e a credibilidade deverão ser conquistadas por aqueles que, agora, chegam e precisarão de tempo para se fazerem conhecer por seus assistidos. Dessa forma, a comunidade vai reconhecendo de novo, naquele novo profissional, a pessoa que poderá dar a resposta às suas inquietudes, na condução de seu acompanhamento.

Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis consta no item III, das atribuições dos ACS na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Na categorização das respostas dos ACS participantes deste estudo sobre os grupos de atendimento que mais solicitam informações (Tabela 6), encontrou-se que os idosos possuem expressiva frequência.

Os adultos com 65 anos ou mais, apresentam diversas necessidades de saúde, o que exige dos ACS dedicação para o esclarecimento das questões por eles apresentadas.

Quando o ACS realiza sua visita domiciliar, muitas vezes, são identificadas situações de abandono, solidão, violência nas suas diversas formas, de modo que o atendimento por ele realizado se transforma na única forma de acolhimento e assistência prestada àquele indivíduo. Muitos com dificuldades de locomoção para irem até a unidade de saúde, de entendimento da prescrição de medicamentos e seu uso. Isso se agrava porque muitos usuários da região distrital estudada não são alfabetizados, o que traz dificuldades para o reconhecimento da linguagem escrita. Alguns moram sozinhos e ainda possuem alguma atividade de trabalho para sustento próprio ou da família, complementando ou mesmo provendo de forma ampla.

Muitos são portadores de uma ou mais doenças crônicas ou apresentam necessidades específicas que necessitam de maior orientação por parte dos ACS, confirmando, assim, o que foi identificado neste estudo.

Dúvidas quanto à administração de medicamentos, prevenção de agravos e medidas de promoção da saúde são algumas das mais frequentes.

Tabela 6. Categoria “**Grupos de atendimento que mais solicitam informações aos ACS**” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.

Subcategorias	Frequência	Definição da subcategoria
Idosos	103	Grupo de pessoas com 65 anos ou mais
Hipertensão	123	Grupo de pessoas portadoras de HAS e Diabete Mellitus
Gestantes	37	Grupo de mulheres grávidas
Doenças transmissíveis	02	Grupo de pessoas portadoras de Hanseníase e Tuberculose
Mães de crianças	05	Grupo de responsáveis por crianças
Obesos	01	Grupo de pessoas acima do peso ideal
Adolescentes	02	Grupo de pessoas com mais de 12 e até 21 anos
Dependentes químicos	01	Grupo de pessoas dependentes em uso de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas
Troca de receita	01	Pacientes que necessitam de nova receita
Mulheres	03	Pacientes nos diferentes ciclos de vida
Todos	36	Respostas nas quais são citados todos os grupos mencionados

Os grupos que apresentaram mais dúvidas e procuraram informação estão descritos a seguir:

“Idosos, hipertensos e diabéticos, gestantes de primeira gravidez.” ACS 3.

“Idosos.” ACS 146.

“São os grupos prioritários, pois são os que mais necessitam do SUS.” ACS 149.

“Hipertensos, diabéticos e gestantes.” ACS 152.

Os idosos da região noroeste de Goiânia, na maioria das vezes, apresentam dificuldade de entendimento da informação que lhes é repassada, o que muitas vezes exige da equipe criatividade para que eles, ao receberem o ACS em sua residência e/ou retornarem para sua residência, não tenham dúvidas quanto à forma de se tomar a medicação, horários, número de comprimidos e outras orientações para o dia a dia.

Para Cardoso *et al.* (2011), a atenção ao indivíduo deverá ser uma constante durante o atendimento prestado pelo ACS, principalmente com relação à pessoa idosa que necessita do estabelecimento de maior vínculo construído a partir da credibilidade e confiança no profissional.

Conforme Tabela 7, quando perguntado se o conhecimento técnico que os ACS possuem é suficiente para prestarem atendimentos aos usuários, 43% do total

acreditam não possuir conhecimento suficiente para orientar corretamente os usuários. As justificativas variam desde a carência de capacitações, o pouco tempo como ACS, a falta de comunicação dentro da Unidade ou da Secretaria de Saúde, até a falta de tempo para o estudo individualizado. Somente 37% acreditam ter o conhecimento suficiente para o desenvolvimento do seu trabalho de orientação ao paciente. Dentre os ACS entrevistados, 20% acreditam ter o conhecimento em determinadas situações, seja pelo domínio de alguns temas e carência de conhecimento em outros, seja por achar que nunca terão o conhecimento completo porque devem estar continuamente sendo capacitados.

Tabela 7. Categoria “**Conhecimento técnico suficiente do ACS para prestar as informações solicitadas pelo usuário**” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.

Subcategorias	Frequência		Definição da subcategoria
	Sim	Não	
Tempo de atuação como ACS	05	05	Conhecimento do ACS possui ou não relação com o tempo de atuação no exercício da função de ACS
Vínculo do ACS com o usuário	01	-	Conhecimento do ACS está relacionado ou não com a relação profissional entre o usuário e o ACS
Educação permanente	19	41	Conhecimento do ACS possui relação ou não com eventos relacionados à Educação permanente
Busca de informação pelo ACS	12	12	Conhecimento está relacionado ou não com a busca pessoal do ACS em outras fontes de informação que não no momento da Educação permanente
Apoio da equipe	24	09	Conhecimento do ACS está relacionado ou não com a participação da equipe de saúde em ações ou com a orientação ao ACS
Autossuficiência do ACS	03	01	O ACS possui ou não o conhecimento pleno para prestar informações ou ter informado todo o conteúdo necessário
Aprendizado constante	07	30	O ACS acredita ou não estar em constante aprendizado ou ainda possuir pouco conhecimento técnico
Possuir conhecimentos específicos	05	04	O ACS possui ou não conhecimento específico sobre os programas desenvolvidos dentro da ESF
Não respondida	01	02	Respostas incompletas ou em branco

A busca pela informação através da equipe possibilita a construção e o compartilhamento dos diversos saberes existentes em cada categoria profissional, aumenta a troca de informações, estreita os laços profissionais entre os membros da

equipe e fortalece a confiança do trabalho em equipe dentro de uma unidade da estratégia saúde da família (PEDUZZI *et al.*, 2009).

Também é importante perceber a importância que a educação permanente tem na qualificação das diversas categorias profissionais, como subsídio técnico na formação de agentes transformadores da realidade na qual estão inseridos. Somente através da educação permanente é que se constroem os diferentes saberes com as diversas parcerias para se transformar a realidade de determinada comunidade. (PEDUZZI *et al.*, 2009).

Dentre os entrevistados, 41 dos ACS responderam a esse item não se sentem com nível de conhecimento técnico suficiente para desempenharem suas funções e entendem que as demandas trazidas pelos usuários exigem a busca constante pelo conhecimento, pois, a cada momento, novas situações acontecem e exigem desses profissionais as respostas imediatas.

As justificativas variam desde a carência de momentos de qualificação, o pouco tempo de atuação como ACS, a falta de comunicação na Unidade ou na Secretaria de Saúde, até a falta de tempo para o estudo individualizado. Seguem uma amostra dos relatos apresentados:

“Sim. Pelas minhas informações/conhecimento adquiridos ao longo da vida.” ACS 3.

“Algumas informações não. Mas procuro saber com a enfermeira ou médico, e levo a informação solicitada ao paciente.” ACS 10.

“Nem sempre, acho que os ACS precisam ter mais capacitações.” ACS 15.

“Não. Porque as informações mudam muito e tinha que ter mais capacitações.” ACS 71.

“Não. Tenho pouco tempo de ACS e sempre busco aprender mais para meu próprio conhecimento e auxílio dos pacientes.” ACS 74.

“Não. Porque às vezes eu preciso ir atrás para dar a resposta.” ACS 76.

A auto avaliação sobre suas potencialidades quando o ACS foi questionado sobre o domínio de conhecimento necessário para o repasse de informações, muitos mostraram-se inseguros, pois as demandas surgem diariamente e exigem do profissional atualização constante sobre diferentes temas que se apresentam.

Acredita-se que somente esperar que a informação chegue de forma definitiva não condiz com o perfil de profissional de saúde, que deveria se antecipar na sua qualificação, quando identifica riscos e deficiências aos quais todos estão sujeitos e precisam melhorar enquanto profissionais que são.

A vinculação dos processos de Educação Permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Primária, na medida em que aumentam proporcionalmente aprendizagem por meio de trocas de experiências e discussão de situações reais, tornando-se uma alternativa para o enfrentamento de dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano (BRASIL, 2012).

Com relação à conduta adotada pelos ACS, quando estão diante de uma pergunta que não sabem responder, as respostas obtidas foram categorizadas na Tabela 8. A principal conduta observada se refere à resposta ao usuário após buscar informação, com 91 vezes relatadas. Recorrer à equipe para buscar a informação solicitada pelo usuário foi referida 72 vezes. Essa busca, em geral, ocorre de diferentes formas, como por meio da procura por informação através de livros, manuais, protocolos e folders explicativos ou através dos profissionais médico, enfermeiro ou mesmo qualquer outro da equipe de saúde.

Tabela 8. Categoria “Conduta adotada pelo ACS quando diante de uma pergunta que não saiba a resposta” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.

Subcategorias	Frequência	Definição da subcategoria
Busca de informação pelo ACS	09	Busca individual do ACS pela informação e indicação da fonte quando da resposta ao usuário
Recorre à Equipe	72	Busca do ACS pela informação junto à sua equipe de saúde para o retorno da resposta ao usuário
Retorno posterior da informação	91	O ACS explica ao usuário que procurará a informação, sem citar a fonte e que retornará com a resposta ao usuário posteriormente
Encaminhamento do usuário	09	O ACS informa ao usuário que deverá buscar a informação necessária na Unidade de Saúde ou com outros profissionais da equipe de saúde
Justifica-se com o usuário	01	O ACS justifica ao usuário não ter o conhecimento devido à sua pouca experiência na função de ACS
Autossuficiência	01	O ACS não reconhece suas limitações referentes ao conhecimento

É importante e adequada a iniciativa de buscar informações em decorrência da responsabilidade que esse profissional tem na orientação de forma qualificada e de acordo com as necessidades dos usuários. A opção de encontrar as suas respostas através dos apoiadores técnicos distritais e/ou do Núcleo de Apoio de Saúde da Família aumenta a construção da rede de atenção e estabelece parcerias através dos diferentes níveis de suporte técnico. Os relatos a seguir são ilustrativos:

“Eu levo até a equipe, procuro uma resposta e depois volto até aquela família para respondê-la.” ACS 4.

“Procuro na equipe, se não conseguir, procuro com o apoiador distrital da equipe ou a equipe do NASF.” ACS 20.

“Digo a ele que vou levar o caso para a enfermeira ou o médico e depois retorno com a resposta ao seu questionamento.” ACS 40.

“Anoto a pergunta no caderno, aviso ao paciente que vou verificar. Ao conseguir a resposta, retorno no domicílio e passo a informação ao paciente.” ACS 64.

“Não respondo. Mas vou buscar esclarecimento com a equipe médica, enfermeiro ou outros.” ACS 80.

“Vou procurar informação na unidade e retorno com a resposta.” ACS 101.

Legalmente, as atribuições dos profissionais médico e enfermeiro na Atenção Primária é contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; assim como de planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe (BRASIL, 2012).

Quanto ao reconhecimento dos ACS sobre a ocorrência e tipo de incidentes (Tabela 9), 26 dos ACS participantes deste estudo identificaram a comunicação como sendo o principal incidente decorrido do seu atendimento. Todos eles reportaram que já ocorreu algum tipo de incidente em decorrência do seu atendimento ou que teve conhecimento de algum caso. Quanto aos demais incidentes decorridos da assistência, foram relatados os relacionados aos medicamentos, tanto na troca do medicamento a ser utilizado, como na forma correta de administração. Incidentes relacionados com a queda do paciente, totalizaram três. Identificados na categoria “outros”, porém não citados na entrevista, totalizaram 11.

Tabela 9. Categoria “Reconhecimento do ACS sobre a ocorrência e o tipo de incidentes/iatrogenias/erro em decorrência do seu atendimento ou se o ACS soube de algum caso dessa natureza” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.

Subcategorias	Frequência		Definição da subcategoria
	Sim	Não	
Medicação	22	-	Ocorrência ou não de incidentes relacionados à medicação
Comunicação	26	-	Ocorrência ou não de incidentes relacionados a problemas ocorridos em função da comunicação verbal ou escrita
Queda do paciente	03	-	Ocorrência ou não de incidentes relacionados à queda do paciente
Diagnóstico errado	01	-	Ocorrência ou não de erro no diagnóstico realizado
Outros	11	-	Ocorrência ou não de outros tipos de incidentes não especificados

Também a maior dificuldade encontrada tem sido a comunicação verbal, já que cada vez as pessoas estão distantes umas das outras, restringindo-se aos recursos, que nem sempre garantem a comunicação que se precisa estabelecer. Em pleno século XXI, com inúmeras possibilidades de comunicação, através das redes sociais, correio eletrônico, ainda assim existe a dificuldade de uma comunicação clara, sem ruídos, para que não haja dúvidas entre o comunicador e o receptor da informação (CARVALHO e CASSIANI, 2002).

Após a oficina realizada para os ACS do Distrito Sanitário Noroeste de Goiânia, observou-se que alguns conseguiram buscar, na sua memória, situações vivenciadas dentro das Unidades e/ou em decorrência do momento da visita domiciliar. Assim, puderam, sistematicamente, classificá-las.

“Sim. Eu era responsável por um grupo de caminhada de minha microárea, fazíamos a atividade em lugar impróprio, porém para manter o grupo, caminhávamos 1x/semana. Num determinado dia, uma idosa tropeçou e caiu. Não houve maiores repercussões. Levei a idosa para a unidade e desisti de manter o grupo.” ACS 31.

“Sim. Paciente com o mesmo nome, moradora da mesma quadra. Uma é obesa e hipertensa, a outra, hipertensa e diabética. Na visita domiciliar com a paciente obesa, foi o prontuário da paciente diabética. Informe o ocorrido a ACS novata

sobre as duas pessoas, orientei a não confundir de novo e informei à médica.” ACS 150.

Ferreira *et al.* (2009) referem algumas dificuldades encontradas, como por exemplo: o atendimento apressado, orientações incorretas e a ocorrência de fofocas, oriundas tanto desses profissionais, quanto por parte da comunidade, principalmente pelo fato de os ACS serem moradores da área adscrita e terem acesso às informações restritas.

No que diz respeito ao reconhecimento pelos ACS dos detalhes relacionados aos incidentes ocorridos, dentre os profissionais que responderam a esta questão, 40 disseram que há participação de outras pessoas envolvidas como agentes indutores, nas situações em que ocorreram os incidentes (Tabela 10). Todas essas pessoas, de alguma forma, sejam profissionais de saúde, recepcionistas, gestores, fazem parte de uma rede de assistência com a qual todos têm responsabilização, nas ações desempenhadas durante o atendimento realizado.

Tabela 10. Categoria “Reconhecimento pelos ACS dos detalhes relacionados ao incidente ocorrido” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.

Subcategorias	Frequência	Definição da subcategoria
Usuário	17	Usuário como indutor do incidente
Local	05	Local ocorrência como indutor do incidente
Horário	01	Horário da ocorrência como indutor do incidente
Pessoas envolvidas	40	Outras pessoas envolvidas como indutoras do incidente
Confiança	01	Perda da confiança do usuário com relação ao ACS e/ou equipe de saúde
Óbito	02	Óbito do assistido após o atendimento
Complexidade do atendimento	02	Falta de conhecimento pelo usuário sobre a rede de atenção como indutora do incidente
Falta de cuidado	13	Falta de cuidado, POP, compromisso e zelo com documentos, informações e durante o momento do atendimento
Comunicação escrita	06	Problemas na comunicação escrita
Comunicação verbal	10	Problemas na comunicação verbal
Recursos materiais	02	Falta de recursos materiais para a realização do atendimento ao paciente de outra equipe da mesma unidade de saúde
Terceiros	01	O ACS e a equipe de saúde não são responsáveis pela ocorrência do incidente
Queda	01	Queda do paciente durante o atendimento
Assunto	04	Apenas o assunto que envolve o incidente é citado
Acidente de trabalho	02	Ocorrência de acidente de trabalho com o ACS e não de incidente
Sem informação	03	O ACS que não possui recordação sobre os detalhes do incidente
Não respondida	03	Resposta incompleta ou em branco
Não ocorreu	100	Nenhum incidente ocorrido com o ACS

É importante ressaltar que a ocorrência de incidentes não está vinculada à ação final em si ou ao profissional que por último realizou a ação, mas caracteriza-se pela falha de um sistema que muito deixa a desejar e que propicia lacunas para que o incidente ocorra. Não é falha individual ou pessoal, mas sim de todo um sistema desorganizado no seu processo de trabalho (SILVA *et al.*, 2010; BRASIL, 2011).

Neste estudo, observou-se que entre os ACS, 17 reconhecem o usuário como o indivíduo que induz a situação contribuidora para que o incidente se estabeleça. Esse reconhecimento ocorre devido à postura que muitos usuários assumem diante de um atendimento.

Segundo Baralhas e Pereira (2013), a atuação dos ACS é determinada pelas políticas locais, em algumas vezes, pela falta de comprometimento da família ou do

próprio indivíduo assistido em não se responsabilizar por sua adesão ao tratamento estabelecido ou ao tratamento de um ente familiar.

Tal situação faz com que aumente a responsabilidade do ACS na orientação daquele usuário, bem como o desinteresse por parte de usuário, no decorrer de uma consulta e que pode desencadear situações que contribuam para o surgimento de incidentes. A dúvida não esclarecida durante esse momento pode levar a erros no entendimento do uso da medicação, horários de administração, orientações e compreensão errônea das informações fornecidas.

Um total 13 ACS vinculou a falta de cuidado como um dos detalhamentos que contribuem para que o incidente ocorra. A ausência de procedimentos padrão, o descompromisso com as atividades desempenhadas e a falta de atenção dispensada no momento da realização dos procedimentos potencializam e determinam diretamente a possibilidade de o erro acontecer (SILVA *et al.*, 2010).

Quanto ao entendimento sobre incidente em si, dois ACS confundiram acidente de trabalho como sendo incidentes que ocorreram no exercício de seu atendimento. Assim, percebe-se a confusão no entendimento que o termo ainda oferece pela falta de conhecimentos desses profissionais em relação aos conceitos estabelecidos através da taxonomia própria.

A importância da comunicação verbal para o entendimento no repasse das informações foi citada por dez ACS. A comunicação desses profissionais com a comunidade deverá ser clara, acessível e de fácil compreensão, sem deixar margens às interpretações pessoais, de forma a facilitar o trabalho e a confiança entre os membros da equipe (CARDOSO *et al.*, 2011). Seguem alguns relatos:

“Em uma visita domiciliar, encontrei uma senhora que ia medicar uma criança com o pó da amoxicilina”. ACS 24

“Um paciente idoso que não sabia ler, estava tomando a medicação de forma errada”. ACS 82

“Por falta de atenção da técnica de enfermagem, houve troca de prontuário, prescrição dos medicamentos”. ACS 80

“A mãe levou a criança para tomar a vitamina A e a auxiliar deu a dosagem maior”. ACS 162

“Paciente de outra equipe da mesma unidade de saúde, procura informação sobre consulta, é atendida pelo profissional de outra equipe que não informa adequadamente, e o paciente sai nervoso sem resolver o seu problema”. ACS 99

Ao lidar com a administração de medicamentos, deve-se levar em conta alguns passos a serem seguidos para evitar a ocorrência de incidentes decorridos de falhas no manejo incorreto do medicamento no que concerne à dose, paciente, via e horário da administração e documentação (COBERLLINI *et al.*, 2011).

Em estudo realizado no ano de 2003, evidenciou-se como primeira causa de erros na administração de medicamentos, a letra ilegível e como segunda causa, a sobrecarga de trabalho de quem administra a medicação (COBERLLINI *et al.*, 2011).

Quanto à categoria que se refere à atitude empreendida pelo ACS para solucionar o incidente e possível ajuda recebida (Tabela 11), 32 respondentes encontraram na equipe a solução do problema através da ação de outro profissional (médico, enfermeiro ou gestor de unidade).

Tabela 11. Categoria “Atitude empreendida pelo ACS para solucionar o incidente e possível ajuda recebida” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.

Subcategorias	Frequência	Definição da subcategoria
Resolução pelo ACS	28	O ACS solucionou sozinho o incidente
Encaminhamento	08	O ACS encaminhou o usuário para outra referência
Equipe	32	Houve auxílio da equipe de saúde na resolução do incidente
Diálogo	23	Resolução do incidente por meio de diálogo
Resgate da confiança	01	Tentativa de resgatar a confiança do usuário no ACS ou na equipe de saúde
Escuta	02	Escuta sensível realizada pelo ACS
Processo de trabalho	01	Mudança do processo de trabalho da equipe de saúde
Busca de informação	06	O ACS busca outras fontes de informação para a resolução do incidente
Unidade	08	Encaminhamento do usuário para sua Unidade de referência
Procedimento Operacional Padrão	08	Construção dos procedimentos operacionais padrão a ser seguido para a resolução do incidente
Comunidade	01	Participação de alguém da comunidade na resolução do incidente
Acidente de trabalho	02	Ocorrência de acidente de trabalho com o ACS e não de incidente
Não ocorreu	36	Nenhum incidente ocorrido com o ACS
Não respondida	74	Resposta incompleta ou em branco

Alguns dos relatos são discorridos a seguir:

“Fui à unidade e pedi para o médico me explicar.” ACS 18.

“Levei a paciente até a unidade para ser atendida pelo médico e decidi não mais fazer o grupo.” ACS 31.

“Lamentei muito e fui consolar a mãe.” ACS 34.

“Informei à ACS novata sobre as duas pessoas e à médica.” ACS 150.

“Visitava constantemente para acompanhar a evolução do caso.” ACS 162.

Entre as respostas, 28 indivíduos disseram que a resolução do incidente aconteceu pela própria ação do ACS. Quando se observa que o ACS assume a conduta para a resolução do incidente ocorrido, isso leva ao entendimento de que ele se apodera do conhecimento adquirido através das vivências experimentadas durante o seu tempo de atuação.

As qualificações oferecidas a esses se efetivam na proposta de empoderamento do profissional para o reconhecimento dos incidentes ocorridos na unidade. Mas, quando não encontram sozinhos as condições necessárias para tal resolução, procuram em determinada categoria, a resposta para solucioná-las.

Nem sempre as soluções para tais incidentes são tão simples ao ponto de somente um profissional da equipe ser capaz de resolvê-las. Assim, dispõe-se do que tem de melhor e mais forte no processo de trabalho enquanto Estratégia de Saúde da Família, que é o trabalho em equipe. Trabalho esse que reúne os saberes de diversas categorias, desde aqueles que são mínimos para a formação, enquanto todos os outros, adquiridos e conquistados através da formação acadêmica e interesses individuais, na construção alicerçada pelas vivências e experiências de anos de exercício profissional ou talvez somente, a intensidade do trabalho.

O trabalho em equipe é desenvolvido através das reuniões de equipe e constitui-se condições ideais para a resolução de certos problemas que necessitam de vários saberes para a escolha da melhor conduta na resolução do problema. Com isso, as relações profissionais de confiança e de credibilidade se reforçam e são repassadas para a comunidade.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica são atribuições comuns a todos os profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família realizar reuniões de equipe para discutir, em conjunto, o planejamento e a avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis. Também, acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, com vistas à readequação do processo de trabalho; realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações (BRASIL, 2012).

O diálogo direto com a comunidade foi citado em 23 respostas como a possibilidade de resolução dos incidentes, utilizando o vínculo estabelecido com os usuários, através das ações desempenhadas por eles no seu cotidiano.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Recomenda ao ACS desenvolver ações educativas e de vigilância em saúde, com foco na melhoria da qualidade de vida da comunidade, na promoção e na preservação do meio ambiente (BRASIL, 2011).

No que se refere às consequências do incidente para o usuário, relatadas pelos ACS participantes deste estudo (Tabela 12), 100 profissionais afirmaram que não houve nenhum incidente ocorrido em decorrência de seu atendimento. Porém, 36 relataram a ocorrência de incidente, mas sem dano ao usuário e cinco constataram lesão física desenvolvida como consequência de seu desempenho. Outras consequências foram relatadas em menores números.

Tabela 12. Categoria “Consequências do incidente para o usuário, relatadas pelo ACS” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.

Subcategorias	Frequência	Definição da subcategoria
Procedimento médico	01	Usuário foi submetido a algum procedimento médico
Atendimento	01	Usuário teve que ser atendido logo após o incidente
Encaminhamento	03	Usuário encaminhado para outra Unidade e/ou para internação
Afastamento	02	Usuário se afastou da Unidade
Óbito	02	Óbito do assistido após o atendimento
Sem danos	36	Ocorrência do incidente, porém sem danos ao usuário
Descompensação	03	Paciente descompensou clinicamente
Instabilidade emocional	02	Paciente se desestabilizou emocionalmente
Lesão	05	Ocorrência de lesão física ao usuário
Falha no atendimento	03	Atendimento não garantido ou sem a sua continuidade
Acidente de trabalho	02	Ocorrência de acidente de trabalho com o ACS
Não ocorreu	100	Nenhum incidente ocorrido com o ACS
Não respondida	08	Resposta incompleta ou em branco

Seguem os relatos mencionados sobre as consequências relatadas pelos ACS:

“Escoriações na pele, mãos e joelho.” ACS 31.

“O óbito do familiar.” ACS 34.

“Nenhuma consequência, pois foi logo identificado o problema.” ACS 150.

“Nenhuma.” ACS 162.

“As escaras cresceram e se tornaram profundas”. ACS 112

“Um pequeno ferimento na perna”. ACS 151

Os danos desenvolvidos em decorrência dos atendimentos prestados refletem em toda a equipe e acarretam desconfiança que se estabelece quando o cuidado não foi realizado de forma integral e com equidade às situações apresentadas. Mesmo quando os danos não ocorrem, a insegurança se estabelece na própria equipe, o que dificulta o processo de trabalho e expõe o profissional entre os seus componentes (SANTOS *et al.*, 2007).

Quando o dano acontece sob a forma de erro é necessário o amadurecimento para assumi-lo, de modo que o apoio ao profissional deverá ser garantido para que se possa recuperá-lo através da educação permanente e o erro não se repita. Quando há o julgamento apenas, sem oferecer condições de recuperação profissional, contribui-se para o desenvolvimento de um profissional cada vez mais inseguro e

vulnerável quando a mesma situação se apresentar. O medo faz com a pessoa omita as informações pela sensação de culpa (SANTOS *et al.*, 2007). Ninguém quer errar ou mesmo lesar o outro, mas deve ter a humildade em reconhecer as limitações e buscar qualificação para diminuir as chances de causar algum dano.

Sobre os fatores que facilitam a ocorrência do incidente, na percepção dos ACS (Tabela 13), 96 relataram não terem identificado nenhum fator que facilitasse a ocorrência de incidentes. Porém, 25 atribuíram a falta de cuidado como um fator facilitador para a sua ocorrência e 19 evidenciaram a falha na comunicação como um fator facilitador para que os incidentes ocorressem.

Tabela 13. Categoria “Fatores facilitadores para a ocorrência do incidente, na percepção do ACS” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.

Subcategorias	Frequência	Definição da subcategoria
Conhecimento técnico	05	Falta de conhecimento técnico para informar ou realizar a conduta
Educação permanente	02	Falta de Educação permanente para os ACS
Recursos materiais	02	Falta de recursos materiais disponibilizados para a realização das atividades
Pressa no atendimento	01	Atendimento realizado com pressa
Falha de comunicação	19	Comunicação deficiente
Confiança do usuário	01	Falta de confiança do usuário com relação ao profissional
Falta de cuidado	25	Falta de atenção, zelo, compromisso, responsabilidade durante a realização do trabalho
Equipe	03	Falta de trabalho em equipe
Falta de procedimento operacional padrão	04	Inexistência de procedimentos operacionais padrão na Unidade
Usuário	05	Falta de atenção do usuário diante das orientações profissionais fornecidas durante o atendimento
Carga horária de trabalho	02	Carga horária excessiva de trabalho realizada pelo profissional de saúde
Desatenção do usuário	07	Falta de atenção do usuário às orientações profissionais fornecidas durante o atendimento
Acidente de trabalho	02	Ocorrência de acidente de trabalho com o ACS e não de incidente
Não ocorreu	96	Nenhum incidente ocorrido com o ACS
Não respondida	09	Resposta incompleta ou em branco

A falta de atenção durante o atendimento prestado ou mesmo durante a realização de algum procedimento técnico, não seguindo a um procedimento operacional padrão que sistematize o atendimento, criará situações de riscos e vulnerabilidades

que fragilizam esse atendimento e conseqüentemente geram incidentes (SILVA *et al.*, 2010).

O zelo, o compromisso profissional, o uso de protocolos e a responsabilização, durante o processo de trabalho, são instrumentos disponíveis que contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento ofertado e estabelecem a cultura de segurança ao paciente. A melhor forma de comunicação com a comunidade se estabelece na construção dos saberes por ela construída nas diversas instâncias e parcerias, por meio da valorização da cultura local, dos valores e hábitos da comunidade. A melhoria da comunicação deve acontecer, eficaz e claramente, não deixando dúvidas aos usuários para se colocarem e sanarem seus questionamentos. A linguagem verbal deverá ser falada como a comunidade se expressa e se comunica (CARDOSO *et al.*, 2011).

Quanto ao conhecimento técnico, cinco ACS relataram que a falta de qualificação profissional, a busca do conhecimento e a educação permanente são alguns dos fatores facilitadores para a ocorrência de incidentes. São da competência municipal a operacionalização e organização dos meios para a qualificação de seus profissionais em decorrência da necessidade temporal e diagnóstico de área.

As demandas surgem independentemente de previsibilidades, e a qualificação constante e rotineira, através da educação permanente, fortalece o conhecimento técnico que auxilia em tempo real as necessidades que os ACS demandam diariamente. Porém, sabe-se que não é assim que as coisas acontecem e nem sempre se têm todas as respostas para as demandas surgidas. A vinculação dos processos de Educação Permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Primária, na medida em que aumentam as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano (BRASIL, 2012).

Somente esperar que a informação chegue definitivamente, não condiz com o perfil do profissional de saúde que deve se antecipar na prevenção de riscos e buscar melhorias para suprir deficiências na formação. Seguem os relatos dos ACS:

“Falta de atenção”. ACS 4

“A simples falta de atenção e consideração com o paciente”. ACS18

“Falta de conhecimento quanto aos riscos e responsabilidade na falta de estrutura, lugar adequado.” ACS 31

“Por ser analfabeto, não ter uma pessoa que possa ajudar”. ACS 57

“O idoso mora sozinho”. ACS 63

“O paciente é idoso e não entendeu”. ACS 72

“A correria e a falta de atenção”. ACS 73

“Nenhum treinamento, capacitação ou formação”. ACS 109

“Falta de compromisso”. ACS124

Entre os ACS, cinco deles ainda atribuíram como fatores facilitadores para a ocorrência de incidentes a falta de atenção do usuário durante as explicações, bem como a falta de atenção do profissional durante o atendimento.

A participação direta do usuário durante uma consulta é a relação de vínculo que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente, e é ali que se comunga da responsabilização do profissional em oferecer o que se tem de melhor como conduta a ser adotada no caso, mas da responsabilidade do usuário em ouvir e aderir ao que está sendo proposto a ele enquanto tratamento (MARIN, MARCHIOLI e MORACVICK, 2013).

A relação de confiança se estabelece entre ambos, o que diminui as chances de desatenção entre profissional-usuário e o que está sendo exigido dele enquanto participação ativa e erros de comunicação entre ambos.

Buscou-se saber as medidas tomadas ou não para a prevenção de novos incidentes e os profissionais envolvidos nessa decisão, cujos resultados foram categorizados na Tabela 14. Dentre os entrevistados que reconheceram medidas preventivas, 29 referiram à participação efetiva da unidade ou de outro profissional de saúde que não o ACS para a implantação de medidas preventivas que evitassem novas ocorrências de incidentes.

Assim, através dos profissionais médicos, enfermeiros, dentistas e gestores, pode-se buscar proposta para mudança do processo de trabalho, como a implantação de protocolos e diretrizes que irão contribuir de forma direta no reconhecimento dos

riscos e vulnerabilidades decorrentes do atendimento e que podem ser previsíveis e evitados através de ações desenvolvidas na unidade de saúde.

Tabela 14. Categoria “Medidas tomadas ou não para a prevenção de novos incidentes e os profissionais envolvidos nessa decisão” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.

Subcategorias	Frequência		Definição da subcategoria
	Sim	Não	
Equipe	05	-	Participação ou não de toda a equipe de saúde no estabelecimento de ações para evitar novos acidentes
Educação em saúde	08	-	Adoção ou não de medidas preventivas, utilizando a Educação em Saúde como estratégia
Diálogo	12	-	Adoção ou não de medidas preventivas através do diálogo
Procedimento operacional padrão	18	-	Mudança ou não dos procedimentos operacionais padrão
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	01	-	Participação ou não do NASF como matriciador da ESF
Unidade	29	-	Participação ou não da Unidade ou de qualquer outro profissional que não o ACS
ACS	18	-	Participação ou não do ACS
Usuário	06	-	Participação ou não do usuário ou da comunidade
Medida preventiva não adotada	-	08	Adoção ou não de medida preventiva
Atenção e cuidado	10	-	Maior cuidado e atenção ou não pelo ACS durante o atendimento
Busca de informação	01	-	Busca ou não de informação através de fontes que não a Educação permanente
Encaminhamento	01	-	Encaminhamento ou não para outra Unidade
Sem informação	-	01	O ACS não soube responder por possuir ou não esta informação
Acidente de trabalho	01	01	Ocorrência ou não de acidente de trabalho com o ACS
Não respondida	01	02	Resposta incompleta ou em branco

Mais uma vez, a participação dos diferentes atores se apresenta nesse contexto, por meio do estabelecimento de compromissos e responsabilidades compartilhadas através da construção dos saberes e do poder do trabalho em equipe (RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004). Entre os ACS, 18 encontram nos procedimentos operacionais padrão a segurança para a sistematização do atendimento realizado por diferentes categorias profissionais, promovendo a cultura de segurança do paciente. Outros 18 impõem ao ACS a responsabilidade construída por esse profissional de saúde dentro do novo modelo de atenção, imputando a ele toda a

condição de reconhecimento das vulnerabilidades sociais nas quais os usuários se encontram.

Através do estreitamento de vínculo que se forma desse profissional-morador e do reconhecimento do seu trabalho e acesso a esses usuários, o ACS tem o reconhecimento da comunidade, a valorização das ações estabelecidas e a comunicação própria dessa comunidade para agir como agente transformador da realidade local (JESUS *et al.*, 2014).

O diálogo como a melhor medida implantada para a prevenção de novos incidentes foi citado por 12 ACS, já que é por meio da comunicação que se constroem laços de parcerias, estreitam-se os laços de afetividade e amizade, para que a confiança e a credibilidade profissional estejam estabelecidas, alicerçadas e compartilhadas entre os profissionais, equipes e unidade de saúde (CARDOSO *et al.*, 2011).

O dano gerado por algum profissional da equipe constitui-se responsabilidade de toda a equipe o trabalho para a sua reversão. A participação de gestores e profissionais de saúde para a resolução do dano, com consequências ou sem grandes consequências para o usuário, mostra a responsabilidade que, enquanto trabalho de equipe, representa determinada unidade de saúde.

Como medidas adotadas para a prevenção de incidentes, dez ACS citaram a atenção e o cuidado na realização do atendimento. Um dos aspectos que contribuem para a desatenção do profissional durante o atendimento pode estar atrelado à carga horária excessiva de trabalho, pois são raros os profissionais de saúde que possuem somente um vínculo empregatício. Situações rotineiras como a simples conferência de dados pessoais, assim como quaisquer outros dados que na maioria das vezes não são valorizados pelos profissionais de saúde na hora do atendimento podem propiciar e potencializar fatores de risco para o desenvolvimento de possíveis incidentes que poderiam ser evitados se fossem seguidos os protocolos.

Os relatos dos ACS estão a seguir:

“Sim. Informar aos familiares para acompanhar os idosos nas consultas.” ACS 51.

“Sim. Anotar, falar pausadamente, ainda que esteja com pressa.” ACS 72.

“Sim. Não deixá-lo sozinho. Presença da família.” ACS 84.

“Sim. Ficar mais atento.” ACS 94.

“Sim. Melhorar a comunicação, utilização do quadro e caderno de recados, reuniões.” ACS 117.

No que concerne aos temas a serem abordados em programas de educação permanente com o objetivo de melhor preparar o profissional para o trabalho (Tabela 15), os ACS percebem a necessidade de qualificação na formação e destacam temas que poderiam ser discutidos nesses mesmos programas. Entre os entrevistados, 21 gostariam de ser qualificados em relação às doenças e agravos que fazem parte do diagnóstico de área de suas equipes. Considerando que a saúde é definida como o completo bem estar biopsicossocial e não apenas ausência de doença (OMS, 1946), entender os fatores de riscos pode torná-los fortalecidos para o atendimento.

Tabela 15. Categoria “Temas a serem abordados em programas de Educação Permanente com o objetivo de melhor preparar o profissional para o trabalho, na percepção do ACS” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.

Subcategorias	Frequência	Definição da subcategoria
Humanização	04	Conteúdos que reforcem a questão do atendimento humanizado
Medicação	17	Informações corretas sobre o uso de medicamentos
Segurança do paciente	03	Aprimoramento do tema segurança do paciente
Segurança no trabalho	02	Aprimoramento do tema segurança no trabalho
Saúde mental	05	Temas pertinentes à saúde mental
Farmácia	01	Conhecimentos específicos sobre o serviço de farmácia na unidade
Doenças transmissíveis	09	Conhecimentos que reforcem o atendimento a pacientes portadores de Hanseníase e Tuberculose
Hiperdia	10	Conhecimentos sobre o atendimento a pacientes portadores de HAS e Diabete Mellitus
Câncer	03	Temas pertinentes ao atendimento a pacientes portadores de câncer
Dengue	01	Conteúdos sobre o atendimento a pacientes portadores de Dengue
Gestação na adolescência	01	Conhecimentos sobre o atendimento às adolescentes gestantes
Gestação de alto risco	01	Conteúdos sobre o atendimento às gestantes de alto risco
Obesidade	01	Temas pertinentes ao atendimento a pacientes portadores de obesidade
Infecções	01	Informações sobre o atendimento a pacientes portadores de infecções diversas
Visitas domiciliares	03	Temas voltados para a abordagem durante as visitas domiciliares
Imunização	13	Conhecimentos sobre o calendário vacinal brasileiro
Drogas	05	Temas específicos sobre a abordagem a pacientes usuários de álcool e de outras drogas
Saúde do idoso	09	Conteúdos sobre o atendimento a pacientes com 65 anos de idade ou mais
Saúde da mulher	02	Informações específicas sobre o atendimento da mulher nos diferentes ciclos de vida
Gestação	02	Conteúdos sobre o atendimento à gestante
Doenças e agravos	21	Temas que abordem as doenças e agravos de acordo com o diagnóstico de área da comunidade
Encaminhamentos	01	Conteúdos sobre a forma de se realizar o encaminhamento de forma correta dentro da rede de atenção
Promoção da saúde	09	Assuntos voltados para o aprimoramento das estratégias utilizadas para a promoção da saúde
Vínculo	01	Conteúdos que reforcem o estabelecimento de vínculo entre o ACS e o usuário/comunidade
Cuidado	04	Informações para o aprimoramento do ACS quanto ao conhecimento técnico para o cuidado
Comunicação	01	Conteúdos que melhorem a estratégia de comunicação e relacionamento com a comunidade
Atribuição do ACS	07	Informações sobre as atribuições do ACS no seu desempenho junto à comunidade e à Unidade

Subcategorias	Frequência	Definição da subcategoria
Cuidador	01	Assuntos voltados para empoderar o cuidador para evitar a ocorrência de incidentes domésticos
Informática	01	Conhecimentos de informática
Artesanato	01	Conhecimentos sobre artesanato
Acidentes domésticos	01	Refere-se à necessidade de aprimoramento das informações para a prevenção de acidentes domésticos
Não respondida	04	Resposta incompleta ou em branco

Ter informações sobre medicamentos, principalmente aqueles disponíveis dentro da Rede Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), foi citado por 17 ACS. Com isso, poderiam orientar melhor, principalmente os idosos, nas administrações e orientações quanto aos efeitos, já que muitas são as dúvidas relacionadas a essa questão e a todos os outros usuários que se enquadram em diferentes outros programas e que também buscam informações em relação à sua doença, tratamento e possibilidades terapêuticas.

Quanto à imunização, 13 ACS gostariam de ter informações quanto à caderneta vacinal, pois fazem orientação e frequentemente são feitas atualizações e inclusão de novas vacinas no calendário nacional; nove citaram temas relacionados à saúde do idoso. Muitos usuários são idosos e demandam mais atenção às diversas necessidades apresentadas, desde a administração de medicamentos até a orientação a ser repassada ao cuidador (BRASIL, 2006).

Assim, faz-se necessária a formação através da educação em saúde para que se possa atender o usuário nas suas diversas necessidades, independente do grupo de atendimento. A preocupação dos ACS quanto à qualificação diz respeito ao fato de que ainda não existe educação permanente sistematizada e voltada para a formação do ACS, ficando essa formação, muitas vezes, dependente da vontade dos profissionais de saúde da equipe em repassar como multiplicadores alguma informação. Portanto, ainda não se dispõe de uma formação planejada voltada para repassar, de forma homogênea e qualificada, as orientações necessárias para o desenvolvimento profissional, ficando a cargo do ACS encontrar a motivação para o seu crescimento profissional (SILVA e DALMASO, 2004).

Ainda, nove ACS solicitaram estratégias para o planejamento e desenvolvimento de ações voltadas para a promoção de saúde, já que essas ações auxiliam na melhoria do estilo e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos usuários. As ações de

promoção e prevenção dentro da Atenção Primária são de extrema importância na melhoria dos indicadores de saúde da população e direcionam para a mudança de hábitos de vida que, muitas vezes, erroneamente fazem parte do cotidiano desses profissionais. Alguns relatos podem ser observados a seguir:

“Sim, sobre reações/indicação de medicamentos.” ACS 3

“Sim, conhecimentos sobre medicação e problemas de saúde mais comuns na comunidade.” ACS 11

“Sim, sobre as principais doenças e prevenção delas.” ACS 19

“Sim, sobre adaptação de hábitos saudáveis de vida e alimentos dentro do padrão de vida da comunidade.” ACS 31

“Sim, curso de como cuidar do paciente idoso que mora sozinho, como lidar com os dependentes químicos, etc.” ACS 70

“Sim, sobre vacinas.” ACS 80

“Sim, todos relacionados com nosso campo de atuação.” ACS 87

A qualificação da assistência através da educação permanente proporcionada aos profissionais de saúde é sugerida para todas as categorias que compõem as equipes da Estratégia de Saúde da Família. Qualificações referentes a todos esses temas citados são disponibilizados através de momentos propostos pela Secretaria Municipal de Goiânia, quando se aborda sobre ciclos de vida, usuários de álcool e drogas, humanização do atendimento ou mesmo daqueles temas trabalhados quase que anualmente, como imunização, doenças sexualmente transmissíveis ou dengue (TOMAZ, 2002).

A busca pelo conhecimento é incessante porque as demandas também o são, o que exige, a todo momento, postura diferenciada dos profissionais de saúde. As necessidades mudam em função do perfil populacional e das novas doenças que chegam aos países que não as tinham, exigindo medidas de controle e prevenção junto às comunidades (TOMAZ, 2002).

O redirecionamento do modelo de atenção impõe a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes,

exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2012).

Em relação à importância da notificação dos incidentes ocorridos e para quem notificá-los (Tabela 16), dois ACS não acharam importante e um acredita que a notificação deveria ser encaminhada à unidade e/ou à própria equipe. Já outro ACS entende que a notificação deveria ser encaminhada ao gestor da unidade para tomar as devidas providências em relação ao caso. Porém, o fluxo da notificação variou. Entre as respostas, a maioria dos ACS percebe na notificação a importância para correção dos incidentes ocorridos, sendo que 89 relatam ser um instrumento para a construção de medidas preventivas que deverão ser implantadas na unidade para a redução e correção das condutas, para que não mais ocorram incidentes decorrentes do atendimento.

A Equipe de Saúde foi a mais citada pelos entrevistados como responsável por receber a notificação; 68 ACS acreditam que a notificação deveria ser encaminhada para a equipe responsável pelo incidente como forma de alerta e estratégia de se discutir as causas, por possibilitar a análise de onde ocorreu a falha do sistema dentro do processo de trabalho da equipe; 52 ACS entendem que a notificação deveria ser feita ao gestor da unidade, como forma de gerenciamento do funcionamento da unidade e como autoridade dentro desse cenário de trabalho, o que possibilita a discussão em busca da melhoria das ações desempenhadas pelos diferentes profissionais e com reflexos em todo o processo de trabalho da equipe e da unidade de forma mais ampla; 35 acreditam que as notificações deveriam ser encaminhadas ao distrito sanitário, através de seus apoiadores, para que possa, em parceria com a equipe, efetuar as correções decorrentes da falha do sistema.

Para 35 ACS, a notificação é a melhor possibilidade de resolução dos incidentes ocorridos, pois possibilita identificar as possíveis falhas decorrentes das ações desempenhadas, além de identificar o causador e educar toda a equipe para o trabalho com vistas à melhoria da qualidade da atenção. Já 33 ACS acreditam que a notificação deveria acontecer diretamente para o profissional que proporcionou o incidente, como forma de rever as atitudes e condutas adotadas por ele. Também

acreditam ser uma forma de reeducar e qualificar o profissional, uma maneira de motivá-lo e qualificá-lo para o reconhecimento de possíveis novos incidentes.

Tabela 16. Categoria “Conhecimento do ACS sobre a importância da notificação dos incidentes ocorridos e para quem notificar” e respectivas subcategorias, segundo descrição e frequência das respostas dos ACS, Goiânia, Goiás, 2014.

Subcategorias	Frequência		Definição da subcategoria
	Sim	Não	
SMS	10	-	Notificação que deve ser encaminhada ou não à SMS
NASF	01	-	Notificação que deve ser encaminhada ou não ao NASF
Equipe/Unidade	68	01	Notificação que deve ser encaminhada ou não à Unidade ou à equipe de saúde
Distrito Sanitário	35	-	Notificação que deve ser encaminhada ou não ao Distrito Sanitário
Sindicato	01	-	Notificação que deve ser encaminhada ou não ao Sindicato, porém sem especificação
Ouvidoria da SMS	01	-	Notificação que deve ser encaminhada ou não à Ouvidoria da SMS
Profissional	33	-	Notificação que deve ser encaminhada ou não ao profissional que desencadeou o incidente
Gestor da Unidade	52	01	Notificação que deve ser encaminhada ou não ao Gestor da Unidade
Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	01	-	Notificação que deve ser encaminhada ou não ao SINAN
Usuário	02	-	Notificação que deve ser encaminhada ou não ao usuário envolvido no incidente
Ética	05	-	Notificação como conduta ética ou não
Importância da Notificação	06	-	A importância da notificação como estratégia educativa ou não
Medida Preventiva	89	-	A importância da notificação como estratégia para a prevenção de novos incidentes ou não
Registro	29	-	A importância da notificação apenas como dado para registro ou não
Resolução	35	-	Notificação como estratégia para resolução do incidente ou não
Aprimoramento profissional	03	-	Notificação como estratégia de Educação permanente para aprimoramento profissional ou não
Sensibilização profissional	02	-	Notificação como estratégia de sensibilização de todos os profissionais da equipe de saúde/unidade ou não
Inespecífico	20	-	Sem identificar a quem notificar

Alguns relatos sobre essa questão estão listados a seguir:

“Sim, para tentar resolver e não repetir mais.” ACS 6.

“Sim, para não permanecer no erro.” ACS 16.

“Sim, para se reduzir os danos.” ACS 37.

“Sim, para evitar que casos futuros ocorram.” ACS 46.

“Sim, só assim poderão ser tomadas medidas para que no futuro não voltem a ocorrer.” ACS 112.

“Sim, para evitar que aconteçam novos casos similares e também para que se tenha registro.” ACS 143.

“Sim, para que sejam tomadas medidas para que esses eventos venham a diminuir.” ACS 168.

Acredita-se que a notificação é de extrema importância para se conhecer a dimensão exata das situações ocorridas nas unidades de saúde, assim como para levantar demandas sobre a educação em saúde como forma de qualificação dos profissionais de saúde e usuários. A notificação não deve ser usada como prova processual, mas sim como forma de identificação da ocorrência de incidente, pois possibilita identificar o causador e, educativamente, recuperá-lo, apagando as sequelas deixadas tanto por quem foi prejudicado pelo atendimento equivocado, quanto pelo peso que o profissional causador carrega. Quando não é dada ao profissional a chance de se qualificar adequadamente, ele se tornará cada vez mais inseguro (BARROSO, 2013).

A notificação deve partir da comunicação do fato pela unidade de saúde, direcionada para o distrito sanitário para que o nível central possa averiguar o ocorrido e estipular as condutas a serem tomadas. A Ouvidoria também é uma forma direta de a população se comunicar com o nível central, já que possibilita que esse órgão entre em contato com o distrito sanitário e levante as informações com a unidade e assim, devolva as informações para o nível central para que se estabeleçam as medidas cabíveis de correção da ocorrência (BRASIL, 2014).

São atribuições comuns a todos os profissionais da Atenção Primária realizar a busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local com vista a garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Primária (BRASIL, 2011).

Portanto, foi observada uma grande diversidade de opiniões, o que demonstra a falta de informação quanto ao fluxo correto que a notificação deve seguir, conforme se depreende de parte das falas a seguir transcritas.

“Equipe de Trabalho e Distrito Sanitário.” ACS 9.

“Para a Direção da Unidade.” ACS 14.

“Sim. Para melhorar o atendimento e não ocorrer mais. Para direção, distrito sanitário e secretaria municipal de saúde.” ACS 20.

“Sim, para evitar ocorrer outros fatos. A ouvidoria.” ACS 23.

“Para a Secretaria Municipal de Saúde.” ACS 133.

Para Cardoso *et. al.* (2009), a notificação possui relevância, pois resulta na construção de perfis epidemiológicos que servem como subsídios para a elaboração de ações e políticas públicas.

Concluída esta fase da transcrição dos resultados das análises dos dados coletados, o capítulo seguinte discorre as conclusões que podem ser extraídas deste estudo, a partir dos objetivos propostos.

7 CONCLUSÃO

Consideramos alcançado o objetivo que se pretendeu com este estudo, na medida em que foram levantadas e analisadas as percepções dos ACS sobre a segurança do paciente, tema atual e em discussão em função da sua importância e capacidade que possui de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde das populações. Dentre as principais conclusões, destacam-se:

Dos 169 ACS que participaram do estudo, a maioria era do sexo feminino, com a faixa etária de 19 a 63 anos de idade; com o ensino médio completo e pequeno grupo com o nível superior completo e já participaram de algum curso de formação voltado para o desempenho da função, apesar de não ser a totalidade do grupo e as ações de Educação Permanente em Saúde ainda serem insuficientes.

Quanto ao número de famílias visitado pelos ACS, a maioria visita entre 21 a 40 famílias por semana e o restante, entre 41 e 60 famílias. O tempo de atuação na área adscrita variou de um mês a 16 anos, além do que todos informaram que cumprem a jornada de 40 horas semanais, conforme preconizado pela Portaria Ministerial nº 2488, de 21 de outubro de 2011.

Quanto ao conhecimento sobre segurança do paciente, a maioria relatou que ouviu falar do assunto mas não conseguiu relacionar esse tema diretamente com a qualidade da assistência prestada; enquanto o restante não conhecia o tema, mas podemos concluir que trata-se de conhecimentos ainda frágeis necessitando de reforços na Educação Permanente em Saúde.

Em se tratando do sentimento de segurança percebido pelos ACS durante a visita domiciliar, 72% relataram que se sentiam seguros e 96% reconheceram que os usuários visitados têm confiança e credibilidade no trabalho que eles desenvolvem e estão satisfeitos com as orientações recebidas.

As principais dúvidas dos usuários, durante o atendimento e visita domiciliar, realizadas pelos ACS são relacionadas ao funcionamento do Sistema Único de Saúde na Unidade de Saúde, como as que dizem respeito à marcação de consultas e aos fluxos de encaminhamentos para os diversos tipos de atendimentos. Os grupos que apresentaram mais dúvidas que são direcionadas a esses profissionais foram respectivamente, os idosos, os hipertensos, diabéticos e gestantes.

Quanto ao conhecimento que os ACS possuem para prestar informações e orientações aos usuários, 43% relataram que o acham suficiente, 37% têm conhecimento e 20% possuem conhecimento, somente, em determinadas situações.

Com relação à percepção de incidentes, relacionados ao atendimento que prestam, 63% dos ACS não os identificaram e 37% reconheceram algum tipo de incidente ocorrido, como falha na comunicação, troca de medicação e queda do paciente. Já a conduta adotada por esses profissionais, durante a percepção da ocorrência de um incidente, foi comunicar a um dos profissionais da equipe para obter orientação.

Danos sofridos pelos usuários em decorrência do incidente foram relatados por 68% dos participantes desta amostra e a providência mais comumente mencionada foi o encaminhamento dos pacientes para a unidade de saúde. As consequências identificadas para os pacientes em função dos danos sofridos foram a perda de tempo no retorno à Unidade, a indignação do paciente e a insegurança desses gerada com relação à Unidade e à equipe. Em alguns casos, o dano causado foi sanado a partir de um novo atendimento e respectiva conduta adotada e, em outros, apenas danos pequenos foram relatados. Mesmo assim, três entrevistados citaram as consequências como sendo graves, dentre as quais duas com óbitos.

Quanto às medidas preventivas adotadas para que outros incidentes não ocorram, 69% dos ACS não citaram ou não souberam responder, e 31% afirmaram que as desconhecem.

A necessidade de capacitação para a melhoria das informações a serem repassadas para a comunidade foi mencionada pela maioria (96%) dos ACS participantes deste estudo. Também, a necessidade de notificação do incidente ocorrido foi referida por todos os ACS como importante para o monitoramento das ocorrências das unidades de saúde e para a identificação do agente causador do incidente com vistas à sua capacitação profissional. A notificação consiste no relato da informação e reflete a responsabilidade das ações desempenhadas pelos ACS no atendimento ofertado.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fragilidades foram identificadas quanto à percepção dos ACS no que concerne ao tema segurança do paciente, já que houve confusão com outros contextos da segurança, o que evidencia a falta de informação adequada a esses profissionais para o correto exercício da profissão.

É clara a necessidade de qualificação dos ACS quanto ao tema em estudo, ou seja, segurança do paciente no contexto da prática. Tal limitação pode ser sanada por meio da educação permanente, a fim de que eles possam reconhecer adequadamente os riscos de ocorrência e os incidentes ocorridos durante o atendimento, antevendo-se aos possíveis danos e erros gerados.

Os riscos à segurança do paciente não são ações isoladas do mau atendimento realizado pelos profissionais de saúde, já que se constituem falhas de todo um sistema que apresenta fragilidades e lacunas. Tais falhas poderão ser minimizadas a partir da consolidação dos saberes construídos pelos profissionais das equipes de saúde, do reconhecimento das necessidades dos usuários, da atuação adequada do controle social e dos gestores, assim como da responsabilização de cada um desses atores pelos resultados da qualidade das ações assistenciais às comunidades às quais estão vinculadas as equipes de saúde.

A utilização do instrumento de notificação é uma forma adequada de monitorar e avaliar, sistematicamente, as ocorrências de incidentes durante o atendimento e pode ser introduzida na Unidade de Saúde.

Evidencia-se um desafio com longo processo de qualificação dos vários atores para a construção da garantia da qualidade da assistência prestada pelo sistema de saúde, retratando a relevância deste estudo para o serviço na construção e sistematização das ações com vistas à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos assistidos, assim como ao desenvolvimento e construção de políticas públicas pelos gestores do setor.

Para a academia, fica a sugestão de aprofundamento do tema a partir deste estudo, uma vez que se trata de um assunto ainda novo no país e que mostra a necessidade de pesquisas que envolvam todos os aspectos que o tema sugere, para que se

possa avançar nos diversos desdobramentos e especificidades da segurança do paciente e contribuir com avanços reais na qualidade da assistência ao paciente.

Para o serviço, fica a sugestão de construção de uma Educação Permanente, levando em consideração o tema deste estudo. Também a adequação de fluxos e protocolos que deverão ser utilizados em todas as unidades de saúde do município para cada vez mais garantir a qualidade do atendimento prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H.M.S. Programa de Qualidade do Governo Federal aplicado à saúde. *RAS*, v.3, n.12, p.5-10, 2001.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (RENISS)*. Folder. Edição: Assessoria de Comunicação da ANVISA. Brasília, 2004.

_____. *Monitoramento e Prevenção da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde*. Termo de Cooperação da ANVISA com a Organização Pan-Americana de Saúde em parceria com a Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública, Brasília, 2006.

_____. *RDC nº2 de 25 de janeiro de 2010*. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Brasília, 2010a.

_____. *RDC nº42 de 25 de outubro de 2010*. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. Brasília, 2010b.

_____. *Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>>. Acesso em: 07/Abr/2013.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Práxis*, III, n.6, p.59-62, 2011.

BARALHAS, M.; PEREIRA, M.A.O. Prática diária dos ACS: dificuldades e limitações da assistência. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.66, n.3, 2013.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROSO, C. *Mulher, Sociedade e Estado no Brasil*. São Paulo: Unicef/Brasiliense.

BARROSO, F.F.M. *Sistema de notificação de incidentes: organização de uma estrutura interna de trabalho*. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/FernandoFaustoMBarroso/organizacao-estrutura-internasistemannotificacaoincidenteseeventosadversos>>. Acesso em: 07/Abr/2013.

BATUSTINI, R.A.; FIGUEIREDO, T.A.M. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. *Ambiente & Sociedade*. São Paulo, v.17, n.2, p.53-70, 2014.

BEZERRA, A.L.Q. *et. al.* Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.467-472, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº198/GM de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. *Ministério da Saúde e ANVISA anunciam ações para segurança do paciente*. 2005. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/10070/162/ms-e-anvisa-anunciam-acoes-para-seguranca-do-paciente.html>>. Acesso em: 07/Abr/2013.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº11.350 de 05 de outubro de 2006.*

Regulamenta o parágrafo 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº2.528 19 de outubro de 2006.* Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº1996 de 20 de agosto de 2007.* Dispõe sobre as Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº1660 de 22 de julho de 2009.* Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde - SUS.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.* Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Procedimentos.* Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos/Cadernos de Atenção Primária, nº30).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.: il. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº529 de 1º de abril de 2013.* Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Manual das Ouvidorias do SUS.* Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Brasília, 2014. 178 p.: il.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v.57, n.5, p.611-614, 2004.

CAPELLE, M.C.A.; MELO, M.C.O.L.; GONÇALVES, C.A. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. *Univ. Fed. Lavras*, v.5, n.1, 15p., 2003.

CARNEIRO, F.S. *et. al.* Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.204-211, 2011.

CARDOSO, F.A. *et. al.* Capacitação de agentes comunitários de saúde: experiência de ensino e prática com alunos de Enfermagem. *Rev.Bras.Enferm.*, Brasília, v.64, n.5, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-7167201000500026>>.

CARVALHO, M.; CASSIANI, S.H.B. Erros na medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.10, n.4, p.523-529, 2002.

CASTRO, M.G. Mulher e crise no Brasil: A mulher no mercado de trabalho urbano dos anos 80. *Cadernos do CEAS*, v.129, p.64-79, 1990.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

_____. Educação Permanente em Saúde: Um desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

CORBELLINI, V. L. *et. al.* Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev.Bras.Enferm.*, Brasília, v.64, n.2, p.241-247, 2011.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. *Science*, n.200, p.856-864, 1978.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência e saúde coletiva*, Porto Alegre, v.10, n. 2, p.347-355, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a12v10n2.pdf>>. Acesso em: 01/Out/2013.

FERREIRA, V.S.C. *et. al.* Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n.4, p.898-906, 2009.

FONTOURA, M.D. Dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Rev.Saúde Distrito Federal*. Distrito Federal, v.15, n.3/4, p.66-67, 2004.

GOIÂNIA (Município). Secretaria de Saúde. *Plano Municipal de Saúde Gestão 2010-2013*. Prefeitura de Goiânia, 2009. 76p.

_____. *Curso de formação básica para agente comunitário de saúde de Goiânia*. Goiânia. SMS, 2012. 96p.

GUERREIRO, G.P.; BECCARIA, L.M.; TREVISAN, M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. *Rev. Lat. Amerc. Enfer.*, v.16, n.6, 2008.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE *Cidades*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 30/Mar/2013.

_____. IBGE *Cidades*. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=520870&search=goias|goiania>>. Acessado em: 03/Jan/2014.

JESUS, A.S. *et. al.* Atuação do agente comunitário de saúde: conhecimento de usuários. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.239-244, 2004.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000.

LAVINAS, L.; CASTRO, M. G. *Do Feminino ao Gênero: a Construção de um Objeto. Estudos sobre a Mulher no Brasil: Avaliação e Perspectivas*. 1990. São Paulo: Fundação Carlos Chagas.

LIMA, A.P.; CORRÊA, A.C.P.; OLIVEIRA, Q.C. Conhecimento de agentes Comunitários de Saúde sobre os instrumentos de coleta de dados do SIAB. *Rev Bras. Enferm.*, Brasília, v.65, n.1, p.121-127, 2012.

MACHADO-NETO, Z. A força de trabalho da mulher no espaço do bairro. *Caderno do NEIM*, Salvador, v.4, p.08-16, 1987.

MARCHON, S.G.; MENDES JUNIOR, W.V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, n.9. p.1-21, 2014.

MARIN, M.J.S; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M.Y.A.D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v.22, n.3, p.780-788, 2013.

MÉDICI, A. C. Mulher brasileira: muito prazer. *In: Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil* (E. Labra,org), pp. 71-118, Petrópolis: Vozes/ Rio de Janeiro: Abrasco. 1989.

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

MENDES, W. *et. al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int. J. Qual Health Care*, v.21, n.4, p.279-284, 2009.

MENDONÇA, M. H. M. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 2, n. 2, p.353-356, 2004.

MERCOSUL. Mercado Comum do Cone Sul. *Acta n°2/2007*. XXIII Reunión de Ministros de Salud del Mercosur. Montevideo, 2007. 6p.

_____. *Acta n°02/2009*. XXXII Reunión Ordinaria del Subgrupo de Trabajo n°11. Montevideo, 2009. 12p.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269p.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NUNES, M. O. *et. al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Publica*, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1639-1646, 2002.

OLIVEIRA, D.T. *et al.* Percepções do ACS sobre sua atuação na ESF. *Cogitare Enferm.*, jan/mar, v.17, n.1, p.132-137, 2012.

OLIVEIRA, E. R. A. *et al.* Gênero e qualidade de vida percebida-estudo com professores da área da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.17 n. 3, mar, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300021&script=sci_arttext>. Acesso em: 28/Set/2013.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). 1946. *In: Comissão de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo*. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 09/Fev/2015.

_____. *Patient Safety: Rapid Assessment Methods for Estimating Hazards*. Genève (SWI), 2003.

_____. World Alliance for Patient Safety. *Forward Program 2008-2009*. Genève; 2008.

_____. World Alliance for Patient Safety. *Taxonomy*. The conceptual framework for the international classification for patient safety. Genève; 2009.

PADILHA, K.G. Ocorrências iatrogênicas nas UTI e o enfoque de qualidade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.9, n.5, p.114-118, 2001.

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

PALMEZONI, V.P.; MIRANDA, F.J.S. A identificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelos ACS. *Saúde Coletiva*, v. 08, n.49, p.88-92, 2011.

PEDUZZI, M. *et. al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.30, p.121-34, 2009.

REASON, J.T. *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 438-446, 2004.

RIGOBELLO, M.C.G. *et. al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul. Enferm*, v.25, n.5, p.728-735, 2012.

SAKATA, K.N. *A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto (SP), 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-08062009-114108/ptbr.php>>. Acesso em: 19/Set/2013.

SALOMON, D.V. *Como fazer uma monografia*. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

SANTOS, I.E.R. *Estresse ocupacional em agentes comunitários de saúde da cidade de Aracaju-Sergipe*. Dissertação (Mestrado-Saúde e Ambiente) – Universidade Tiradentes, Aracajú, 2011. Disponível em: <http://ww3.unit.br/mestrados/saude_ambiente/wpcontent/uploads/2012/04/Dissertacao-MSAItalodocx.pdf>. Acesso em: 13/Out/2013.

SANTOS, J.O. *et. al.* Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. *Acta Paul. Enferm.*, v.20, n.4, p.483-488, 2007.

SILVA, I.F. *et. al.* Construção de procedimento operacional padrão das farmácias dos centros de saúde da família do município de Sobral, Ceará. *SANARE*, Sobral, v.9, n.1, 33-37, 2010.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1433-1437, 2004.

SILVA, P.R.; RIBEIRO, G.T.F. ACS: Elo de ligação entre comunidade carente e a ESF. *Vita et Sanitas*, Trindade-GO, v.3, 2009.

SOUZA, P. Patientsafety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Med Port.*, v.19, p.309-318, 2006.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”.
Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.10, p.75-94, 2002.

WEGNER, W.; PEDRO, E.N.R. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. *Rev. Gaúcha Enferm*. Porto Alegre, v.31, n.2, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472010000200019>.
Acesso em: 29/Ago/2013.

ANEXO – Cópia da Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

HC

PROCOLO CEPMHA/HC/UFG N.º 064/2008 Goiânia, 29/05/2008

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): *Orientadora: Prof.ª Ana Lúcia Queiroz Bezerra.*
Acadêmicos: Nayla Cecília Silvestre da Silva Branquinho, Julia Carneiro Godoy de Sousa, Thayanne Tanferri de Brito Pranagnia, Stefany Rezende Abraão e Danúbia Franco

TÍTULO *“Análise de Ocorrências de Eventos Adversos em um Hospital da Rede Sentinela na Região Centro Oeste”*

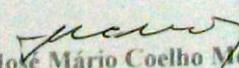
Área Temática: *Grupo III*
Local de Realização: *HC UFG*

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, após análise, **aprovou**, o projeto de Pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e estes foram considerados em acordo com os princípios éticos vigentes.

→ Informamos que não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

→ O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

→ O CEPMHA/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa - Item 13)


Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido distribuído aos Agentes Comunitários de Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “Segurança do paciente na percepção do Agente Comunitário de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste do município de Goiânia”

Pesquisador: Luiz Henrique Fernandes Musmanno sob orientação da Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Queiroz Bezerra.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo geral é avaliar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste sobre a segurança do paciente.

O projeto desta pesquisa foi analisado e aprovado por uma Comissão de Ética em Pesquisa em seres humanos através do número de protocolo de aprovação 064/2008, conforme preconizado pela Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Sua participação é muito importante e se dará por meio de preenchimento de questionário individual.

Garantimos que o Sr.(a) não sentirá nenhum constrangimento, nem terá riscos ou prejuízos e que não acarretará em nenhum tipo de ônus próprio ou para a Unidade ao participar do estudo. Assim como, terá total liberdade de se recusar a participar ou retirar o consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista sem sanção ou prejuízo. Não haverá nenhuma forma de pagamento ou ressarcimento de despesas (compensação financeira) relacionado a sua participação e às informações fornecidas.

Os benefícios esperados com os resultados da pesquisa poderão contribuir para determinar a melhoria da qualidade da assistência prestada com a diminuição da ocorrência de efeitos adversos decorrentes do atendimento realizado pelos profissionais envolvidos.

Asseguramos que, em momento algum, o(a) Sr.(a) ou a Unidade a qual está vinculado(a) serão identificados na pesquisa. Garantimos que os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros. Fica garantido, também o direito de ser mantido informado sobre os resultados parciais e finais.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Luiz Henrique Fernandes Musmanno, pelo telefone: (62)99808703 e email:

Título da Pesquisa: “Segurança do paciente na percepção do Agente Comunitário de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste do município de Goiânia”

Nome e Rubrica do pesquisador: Luiz Henrique Fernandes Musmanno

Rubrica do sujeito participante:

TCLE – Pág. Nº01

musmanno@gmail.com. O pesquisador citado é médico, aluno do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás (NESC/UFG), professor da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), além de Apoiador Técnico do Distrito Sanitário Noroeste da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: (62) 32698338/32698426 ou no endereço: Primeira Avenida s/nº, Setor Leste Universitário, Goiânia, GO, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar.

Caso o(a) Sr.(a) concorde em participar do estudo, peço-lhe o obséquio de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias. Uma é sua e a outra do pesquisador responsável.

Colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento que julgar necessário.

Luiz Henrique Fernandes Musmanno
Pesquisador Responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG nº: _____, CPF nº: _____, abaixo assinado, concordo em participar como sujeito da pesquisa, por livre e espontânea vontade.

Declaro que fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa a ser realizada, que compreendi as informações e os procedimentos nela envolvidos, assim como os benefícios decorrentes de minha participação. Concordo com que as informações por mim prestadas sejam utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa, que sejam analisadas por pessoas autorizadas pelo pesquisador, assim como a publicação dos dados que tenham relação com o estudo.

Estou ciente de que a qualquer momento posso retirar meu consentimento sem risco de qualquer constrangimento ou penalidade.

Local e data: _____

Nome e assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____
Nome: _____ Assinatura: _____

Título da Pesquisa: "Segurança do paciente na percepção do Agente Comunitário de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste do município de Goiânia"

Nome e Rubrica do pesquisador: Luiz Henrique Fernandes Musmanno

Rubrica do sujeito participante:

TCLE – Pág. Nº02

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DAS EQUIPES DA ESF DO DISTRITO SANITÁRIO NOROESTE

Data: ___/___/___ Unidade de Saúde que trabalha: _____

Idade: _____ Sexo: () M () F

1) Nível de escolaridade:

a) () Fundamental incompleto

b) () Fundamental completo

c) () Médio incompleto

d) () Médio completo

e) () Técnico. Qual o curso: _____

f) () Superior incompleto. Curso: _____

g) () Superior completo. Curso: _____

2). Tempo que você atua como Agente Comunitário de Saúde: _____

3) Curso para atuar como Agente Comunitário de Saúde:

a) () sim Qual? _____

Instituição que ofereceu o curso: _____

b) () não

4) Quantas famílias você visita por semana: _____

5) Tempo de atuação na sua área adstricta: _____

6) Qual a sua carga horária de trabalho semanal total? _____ horas/semana.

7) Você já ouviu falar em segurança do paciente? () Sim () Não

8) Descreva o que você entende sobre segurança do paciente?

9) Você se sente seguro ao prestar atendimento ao paciente no domicílio?

() Sim () Não

Por quê? _____

10) Você acredita que o paciente e seus familiares se sentem seguros com a assistência prestada por você? () Sim () Não

Por quê? _____

11) Quais as principais dúvidas que as pessoas apresentam durante as visitas domiciliares?

12) Quais os pacientes que mais pedem informações? (idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos, etc)

13) Você considera ter conhecimentos suficientes para dar as informações solicitadas? Por quê?

14) O que você costuma fazer quando lhe fazem alguma pergunta, durante a visita ao paciente, e você não sabe responder?

15) Já ocorreu algum incidente\iatrogenia\erro durante o atendimento ao usuário no domicílio com você ou que você ficou sabendo? Sim () Não ()

Tipos de incidentes:

() Medicação. Qual?

() Comunicação. Qual?

() Queda do paciente. Como?

() Outros. Qual?

16) Relate, detalhadamente, o incidente ocorrido com você ou que você tenha tido conhecimento: (local, horário, pessoas envolvidas e o fato)

17) Qual a conduta que você adotou na ocorrência desse incidente? Quem lhe ajudou a resolver e como?

18) Qual foi a consequência para o paciente?

19) Em sua opinião, quais são os fatores que contribuíram para ocorrência desse incidente?

20) Foi tomada alguma medida para prevenir uma nova ocorrência de incidentes?
Quais

a) () não

b) () sim Qual? _____

Por quem? _____

21) Você sente necessidade de fazer algum curso de capacitação para atender e orientar corretamente as famílias para evitar ocorrência de incidentes? Sobre que assunto?

22) Você acha importante comunicar/notificar a ocorrência dos eventos adversos?

a) () Sim. Por quê? _____

b) () Não. Por quê? _____

c) () Para quem deve ser comunicado? _____