



PERCEPÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

PERCEPTION OF COMMUNITY HEALTH AGENTS ABOUT PATIENT SAFETY

PERCEPCIONES DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Luiz Henrique Fernandes Musmanno¹, Ana Lúcia Queiroz Bezerra², Maria Aparecida de Souza Melo³, Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá⁴, Gabriela Camargo Tobias⁵, Cristiane Chagas Teixeira⁶

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre segurança do paciente. **Método:** trata-se de estudo qualitativo, descritivo, exploratório, com 51 equipes da Estratégia Saúde da Família, envolvendo-se 169 agentes e coletaram-se os dados por meio de questionário, precedida de oficinas. Submeteram-se os dados a técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática. **Resultados:** obtiveram-se da análise temática as categorias: << Compreensão sobre o significado de segurança do paciente >> e << Corresponsabilização pela segurança do paciente >>. **Conclusão:** evidenciou-se que os agentes possuem conhecimento limitado sobre segurança do paciente, porém conseguem identificar a ocorrência de incidentes sensíveis à atenção primária, constituindo importantes atores na continuidade de cuidados seguros. Considera-se que a educação permanente sistemática pode ser o caminho a seguir pelos gestores para o desenvolvimento de uma cultura de segurança e de melhorias no cuidado aos usuários atendidos nos serviços de saúde da família regional e nacional. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Gestão de Riscos.

ABSTRACT

Objective: to analyze the perception of community health agents about patient safety. **Method:** This is a qualitative, descriptive, exploratory study with 51 Family Health Strategy teams, involving 169 agents. Data were collected through a questionnaire preceded by workshops, and then submitted to descriptive and thematic analysis. **Results:** the following categories were created in the thematic analysis: << Understanding the meaning of patient safety >> and << Co-responsibility for patient safety >>. **Conclusion:** it was evidenced that the agents have a limited knowledge about patient safety, but they are able to identify the occurrence of incidents sensitive to primary care, and they represent important actors in the continuity of safe care. Systematic continued education is considered to be the way to be followed by managers to develop a safety culture and improvements in care for users assisted in regional and national health services. **Descriptors:** Primary Health Care; Community Health Agents; Patient safety; Quality of Health Care; Risk management.

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción de los agentes comunitarios de salud sobre seguridad del paciente. **Método:** se trata de estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio, con 51 equipos de la Estrategia Salud de la Familia, envolviendo 169 agentes y con recolección de datos por medio de un cuestionario, precedida de talleres. Se sometieron al análisis descriptivo y temático. **Resultados:** las siguientes categorías surgieron del análisis: << Comprensión sobre el significado de seguridad del paciente >> y << Corresponsabilización por la seguridad del paciente >>. **Conclusión:** se evidenció que los agentes poseen conocimiento limitado sobre seguridad del paciente, sin embargo consiguen identificar incidentes sensibles a la atención primaria, constituyendo importantes actores en la continuidad de cuidados seguros. Se considera que la educación permanente sistemática puede ser el camino a seguir por los administradores para el desarrollo de una cultura de seguridad y de mejorías en el cuidado a los usuarios atendidos en los servicios de salud de la familia regional y nacional. **Descriptores:** Atención Primaria de Salud; Agentes Comunitarios de Salud; Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención de Salud; Gestión de Riesgos; Humanización de la Atención.

¹Mestre, Professor da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: musmanno@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4837-4864>; ²Doutora, Professor Associado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: analuciaqueiroz@uol.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6439-9829>; ³Doutora, Professor Associado da Universidade Estadual de Goiás. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: cida.souza.melo@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2282-2350>; ⁴Doutora, Professor Adjunto da Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília (DF), Brasil. E-mail: ttb.paranagua@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0562-8975>; ⁵Mestre, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical da Universidade Federal de Goiás. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: gabicamargo22@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0607-4687>; ⁶Mestre, Doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: cc-teixeira@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4752-0439>

INTRODUÇÃO

Configuram-se as discussões sobre segurança do paciente nos serviços de saúde como tema relevante e de debate mundial, em função da sua relação com a melhoria dos processos de trabalho e da qualidade da assistência à população. Destaca-se que, apesar das discussões, o erro humano ainda é apontado na mídia em decorrência da diversidade e magnitude de suas consequências aos profissionais, instituições e usuários do sistema de saúde.¹⁻³

Enfatiza-se a ocorrência de erros na atenção à saúde, como problemas nas ações desenvolvidas pelos profissionais, nos diversos cenários de prática, incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS), mais especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada a porta de entrada da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).⁴ Tem-se a sua melhoria como foco de planejamento de ações que podem ocorrer por meio da adoção de técnicas educativas, da comunicação eficiente de normas e protocolos que garantam a sistematização da assistência aos usuários.¹⁻⁴

Salienta-se a escassez de estudos desenvolvidos na APS que contemplem os aspectos discutidos para a sistematização do processo de trabalho seguro e que envolvam as equipes da ESF. Podem-se pela diversidade da estrutura e processo oferecer oportunidades para a ocorrência de falhas e faz-se necessário motivação para a realização de estudos sobre o tema que, certamente, contribuirão para a qualificação do atendimento na Atenção Primária à Saúde.⁴

Entende-se que, no contexto da ESF, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) envolve ações cuidativas diretas, de orientações e essa relação próxima entre o serviço de saúde e a comunidade possibilita a escuta sensível dos usuários, uma forma de acolhimento dos mesmos e inserção de maneira proativa na produção do cuidado.⁵

Identifica-se que o ACS é o profissional da equipe da ESF que consegue ao mesmo tempo estar inserido na equipe e na comunidade. Ressalta-se a possibilidade de o ACS estabelecer uma relação de acolhimento e vínculo com as famílias com as quais atuam 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, bem como desperta para a construção da cidadania.⁵⁻⁶

Compreende-se que a proximidade do ACS com a realidade local e a importância da sua atuação com a 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.^{5,7} Não se identificaram estudos que relacionem a segurança do paciente e a qualidade no atendimento realizado por esse profissional, o que se justifica a necessidade de investigar o entendimento desse importante profissional sobre segurança do paciente a fim de subsidiar o direcionamento de ações educativas com a população.

OBJETIVO

♦ Analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre segurança do paciente.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, que teve como cenário a Estratégia Saúde da Família do Distrito Sanitário Noroeste, Goiânia, Goiás, Brasil, envolvendo todas as 51 equipes distribuídas em 18 Centros de Saúde da Família. Revela-se que a população participante da pesquisa foram 169 Agentes Comunitários de Saúde, do total de 242 ACS que atuavam na ESF. Consideraram-se como critérios de inclusão estar atuando há pelo menos 3 meses em uma das equipes da ESF do cenário da pesquisa, excluindo-se, consequentemente, aqueles que estavam em afastamento oficial do serviço, como férias e licença, e os profissionais que não possuíam disponibilidade de tempo para participar de uma oficina.

Coletaram-se os dados por meio de oficinas realizadas no mês de dezembro de 2013. Deslocaram-se os pesquisadores até o Distrito Noroeste em data previamente agendada com a coordenação local e os ACS.

Realizaram-se as oficinas em um auditório de um dos Centros de Saúde que comportassem todos os participantes. Dividiram-se os ACS de acordo com a disponibilidade de horário, respeitando o período de trabalho. Realizaram-se quatro oficinas com grupos diferentes, com duração de duas horas cada uma, conduzidas pelo próprio pesquisador, com auxílio do enfermeiro da unidade de saúde.

Abordaram-se, como conteúdo programático aspectos conceituais sobre segurança do paciente, incidentes e situações de riscos baseadas no contexto da prática nas unidades de saúde e domicílio. Utilizaram-se, como estratégias, *slides* ilustrativos e

simulações do cotidiano. Pensaram-se as oficinas como maneira de oferecer aos Agentes Comunitários de Saúde subsídios para que, ao responderem ao instrumento, pudessem buscar, na sua memória, situações que eles identificassem como riscos à segurança dos pacientes atendidos nas unidades de saúde.

Convidaram-se, após cada oficina, os ACS a participarem da pesquisa, ocasião em que se esclareceram os objetivos e se solicitou a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se para a coleta de dados um instrumento autoaplicável, constituído por oito questões fechadas para caracterizar o perfil do participante e 14 questões abertas para investigar a percepção sobre a segurança do paciente e situações de riscos ocorridas durante o atendimento à comunidade.

Transcreveram-se e se analisaram os dados descritivamente, na fase de análise. Procedeu-se com a categorização das respostas a partir da técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática de conteúdo com a finalidade de condensar as unidades de contexto para favorecer o entendimento.⁸

Distribuíram-se os resultados em quadros contento as unidades de registro (palavras e frases) que tiveram maior frequência de citação e que puderam ser agrupadas por semelhanças de sentido; e unidades de contexto que compõem a comunicação, trecho de falas, relato cuja frequência de aparição pode apresentar alguns significados com o objetivo analítico escolhido. Emergiram-se da técnica de Análise de Conteúdo as categorias temáticas⁸: “Compreensão sobre o significado de segurança do paciente” e “Corresponsabilização pela segurança do paciente”.

Precedeu-se este estudo pela aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/UFGO. Seguiram-se todos os preceitos éticos recomendados pela Resolução 466/12 do CNS/MS, que aborda aspectos relacionados à pesquisa com seres humanos.⁹ Assinou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, para garantir o anonimato, identificaram-se os relatos pela codificação da equipe.

RESULTADOS

Selecionaram-se, a participar do estudo, 169 ACS, correspondendo a 70% da população total, 46 (20%) estavam de férias ou licença e 27 (10%) ACS não compareceram voluntariamente.

Predominou-se o sexo feminino (158; 93,5%), com faixa etária entre os 29 aos 38 anos

(77; 45,6%), ensino médio completo (107; 63,3%) e tempo de atuação na profissão entre os 11 aos 15 anos (97; 57,4%). Viu-se que a maioria (119; 70,4%) recebeu formação para o desempenho da função e informou que realiza entre 21 e 40 visitas domiciliares por semana. Observou-se que o tempo de atuação como ACS na área adscrita foi de 1 a 5 anos para 43 (25,4%) ACS e de mais de 5 até 15 anos para 60 (35,5%) ACS. Relataram-se pelos 169 ACS, independentemente do tempo de atuação como ACS ou do período de atuação na área adscrita, carga horária semanal de 40 horas.

Limita-se o conceito, de modo geral, ao controle de danos, na categoria “Compreensão sobre o significado de segurança do paciente”, em que grande parte (81; 47,9%) dos ACS associa a segurança com os Procedimentos Operacionais Padrão (POP):

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); Evitar que o paciente sofra algum dano (ACS 77).

Percebe-se, quanto ao entendimento sobre a ocorrência de incidente, que dois ACS confundiram o termo com acidente de trabalho, entretanto ficou evidente que a ocorrência de incidentes de segurança do paciente no contexto da ESF é uma realidade, e 63 (37,3%) ACS relataram associação com o processo de medicação, comunicação, queda e diagnóstico errado. No entanto, diante de um incidente, o serviço parece não estar preparado para agir proativamente, interferindo na continuidade de importantes ações programáticas:

Eu era responsável por um grupo de caminhada de minha microárea, fazíamos a atividade em lugar impróprio, porém, para manter o grupo, caminhávamos uma vez por semana. Num determinado dia, uma idosa tropeçou e caiu. Levei a idosa para a unidade e desisti de manter o grupo (ACS 31); 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. Informei o ocorrido à ACS novata sobre as duas pessoas, orientei a não confundir de novo e informei à médica (ACS 150); Em uma visita domiciliar, encontrei uma senhora que ia medicar uma criança com o pó da amoxicilina (ACS 24).

Evidenciou-se, sobre os aspectos que facilitam a ocorrência do incidente, que 56,8% (96) dos ACS não conseguiram descrever os

Musmanno LHF, Bezerra ALQ, Melo MAS et al.

fatores contribuintes, entretanto, nos relatos dos demais profissionais, destacaram-se a falta de conhecimento do profissional, a falta de atenção com o paciente, a falha na comunicação e na estrutura do serviço:

Falta de conhecimento quanto aos riscos e responsabilidade na falta de estrutura, lugar adequado (ACS 31); Nenhum treinamento, capacitação ou formação (ACS 109); A simples falta de atenção e consideração com o paciente (ACS18).

Destacou-se, ainda, a capacidade do paciente em entender as orientações e dar continuidade ao tratamento da forma correta e a grande demanda de atividades:

Por ser analfabeto, não ter uma pessoa que possa ajudar (ACS 57); O paciente é idoso e não entendeu (ACS 72); A correria e a falta de atenção (ACS 73).

Percebe-se, em relação à notificação dos incidentes, a importância atribuída a essa ação pelos ACS para a abordagem educativa e prevenção de novas ocorrências:

Só assim poderão ser tomadas medidas para que no futuro não voltem a ocorrer (ACS 112); Para evitar que aconteçam novos casos similares e também para que se tenha registro (ACS 143). Porém foi unânime o desconhecimento sobre as orientações do Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária como sistema oficial de monitoramento dos incidentes e falta de informação quanto ao fluxo correto da notificação: Equipe de Trabalho e Distrito Sanitário (ACS 9); Para a Direção da Unidade (ACS 14); Para Direção, Distrito Sanitário e Secretaria Municipal de Saúde (ACS 20); A ouvidoria (ACS 23); Para a Secretaria Municipal de Saúde (ACS 133).

Tem-se, na categoria “Corresponsabilização pela segurança do paciente”, a relação do ACS como mediador do processo de educação em saúde, sendo predominante o aparecimento de registros sobre o compromisso pessoal desse profissional em repassar informações/orientações de maneira correta como contribuição ao cuidado seguro.

Notou-se, quanto ao sentimento de segurança percebido pelos ACS durante a visita domiciliar, que 122 (72%) sentiram-se seguros e 162 (96%) reconheceram que os usuários visitados têm confiança e credibilidade no seu trabalho e estão satisfeitos com as orientações recebidas.

A responsabilidade dos ACS em oferecer orientações corretas aos pacientes está associada à necessidade de um programa de qualificação permanente, fortemente relatada pelos participantes: *Porque o meu trabalho é orientar o paciente e para isso é preciso buscar sempre conhecimento (ACS 27); Tento me atualizar estudando e*

Percepção de agentes comunitários de saúde...

adquirindo novos conhecimentos (ACS 31); Eu fui capacitada para prestar qualquer orientação sobre prevenção e saúde (ACS 36).

Evidenciou-se também, em relação às dúvidas apresentadas pelos usuários durante as visitas domiciliares, que 106 (62,7%) ACS relataram situações envolvendo desde o funcionamento da unidade até questões mais complexas, como conhecimentos técnico-científicos:

Quanto aos horários de funcionamento da unidade, quanto às doenças que possam ocorrer na família (ACS 145); Sobre exames e encaminhamentos (ACS 149).

Identificou-se que, diante de uma questão da qual não sabia a resposta, 91 (53,8%) ACS tiveram como principal conduta solicitar ao usuário um tempo para busca da informação e 72 (42,6%) ACS recorreram à equipe para informar-se:

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).

Constata-se claramente nesses relatos o papel fundamental do ACS como elo entre equipe multiprofissional e comunidade, envolvendo todos na colaboração e contribuição no processo de desenvolvimento da autonomia do paciente para o autocuidado. Ressalta-se que em decorrência disso, 61,5% (104) dos ACS destacaram a necessidade de desenvolverem conhecimento técnico-científico para atender de forma mais assertiva às demandas dos pacientes, recorrendo a diversas estratégias, como o suporte para aprendizagem organizacional, embora reconheçam a necessidade de sistematizar o processo de educação permanente no serviço:

Procuro saber com a enfermeira ou médico, e levo a informação solicitada ao paciente (ACS 10); Porque as informações mudam muito e tinha que ter mais capacitações (ACS 71); Pelas minhas informações/conhecimentos adquiridos ao longo da vida (ACS 3).

Percebeu-se, nos relatos dos ACS, partindo da perspectiva de corresponsabilidade da garantia de segurança, a necessidade de envolver o paciente e os familiares, além de buscar estratégias que facilitem o processo de comunicação entre esses atores:

Informar aos familiares para acompanhar os idosos nas consultas (ACS 51); Anotar, falar pausadamente, ainda que esteja com pressa (ACS 72); Melhorar a comunicação, utilização do quadro, caderno de recados e reuniões (ACS 117).

DISCUSSÃO

Predominou-se, neste estudo, a amostra feminina (93,5%), o que corrobora com as mudanças ocorridas nas últimas décadas, em que houve crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho, aumentando o número de mulheres economicamente ativas em relação a um discreto aumento do masculino.¹⁰⁻¹³

Destaca-se que 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 enfrentamento emocional no desempenho de suas atividades com a comunidade.¹⁴ Estabeleceu-se pelo Ministério da Saúde do Brasil como exigência o nível de escolaridade para o exercício dessa profissão limitado ao ensino fundamental completo.¹⁵ Porém, 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 comunidade.¹⁶

Verificou-se na área adscrita que o tempo de atuação do ACS variou e se constituiu em indicador importante, pois reflete a atuação e a criação de vínculo desse profissional com a comunidade local. Recomenda-se reconhecer as necessidades referentes à determinada área, identificar os problemas e trazer soluções para a comunidade promove a formação de vínculo entre comunidade e unidade de saúde, como também fortalece os laços de confiabilidade e credibilidade nas propostas que as equipes de saúde da ESF ofereceram. Entretanto, morar na comunidade onde atua pode ser um aspecto facilitador para o desenvolvimento das ações pelos ACS, especialmente pelo conhecimento da cultura e linguagem que deve ser utilizada para eficácia da comunicação no contexto da prática em saúde.^{6,17}

Evidencia-se que o significado de segurança do paciente para os ACS mostrou limitações. Reconhece-se a necessidade de controlar os danos e seguir normas operacionais, todavia a segurança também deve ser analisada sob a ótica de um processo contínuo de melhoria. Observa-se a ocorrência de incidentes relatados pelos ACS também mostrou a necessidade de ampliar o olhar da gestão para essas situações e sistematizar o fluxo do registro/notificação que subsidie a consolidação de dados para tomada de decisões.

Considera-se que a falta de padronização dos procedimentos no atendimento e a inexistência de normas e rotinas podem

motivar 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.¹⁸⁻¹⁹

Constatou-se que 72% dos ACS demonstraram segurança quanto às informações e orientações que são transmitidas por eles à comunidade. Vê-se que quando, eventualmente, sentem-se inseguros em relação a algum questionamento específico, buscam respostas com os profissionais da sua equipe de trabalho. Deve-se, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a educação permanente 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 a serem definidas por múltiplos fatores.²⁰⁻¹

Mostra-se, assim, que favorecer o processo de transferência de conhecimento entre a equipe é de extrema importância para a qualidade do cuidado e para a padronização das ações. Destaca-se que, além de promover oportunidades de aprendizado, é necessário estimular e oferecer suporte para que a aprendizagem ocorra, além de avaliar os resultados obtidos, a fim de estimar a relação entre o tempo investido e a contribuição para a melhoria e transformação dos processos de trabalho e das pessoas no ambiente da prática em saúde.²²

Percebe-se, no que se refere às principais dúvidas apresentadas pelos usuários durante as visitas domiciliares, que quando se sentem inseguros, os ACS buscam a equipe de saúde e orientam as famílias quanto à utilização dos serviços disponíveis, conforme as atribuições dos ACS estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica.^{5,20}

Compreende-se que médicos e enfermeiros são os profissionais mais procurados pelos ACS, uma vez que são os profissionais diretamente ligados à assistência e que, através do conhecimento científico adquirido na sua formação, podem transmitir com confiabilidade uma resposta às demandas apresentadas. Possibilita-se com isso, de alguma forma, o estreitamento das relações profissionais entre os componentes da equipe, estabelece vínculos de confiança, credibilidade e fortalece o trabalho em equipe.^{20,22}

Sinaliza-se que, muitas vezes, os pacientes apresentam dificuldades de entendimento da informação oferecida, o que exige da equipe criatividade para garantir que ao receberem o ACS em sua residência e/ou retornarem para

sua residência não tenham dúvidas quanto à forma de uso da medicação, horários, dosagem e outras orientações da vida diária.⁶ Considera-se que essa realidade pode piorar quando se analisa que 43% do total dos ACS acreditam não possuir conhecimento técnico suficiente para orientar corretamente os usuários. Ressaltam-se que 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.

Faz-se necessário sistematizar o processo de educação permanente no ambiente de trabalho como uma ferramenta técnica-educativa na continuidade da formação e qualificação desses profissionais. Pode-se pela vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional potencializar o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Primária à Saúde, na medida em que aumentam, proporcionalmente, a 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.^{20,23}

Deve-se, legalmente, como atribuições dos profissionais médico e enfermeiro na APS, contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe, assim como planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe e contribuir para a qualidade da assistência e segurança do paciente.^{2,20,24-26}

Ressalta-se que o compromisso em resolver as demandas levantadas pelos pacientes e esse movimento de vínculo entre paciente, ACS e equipe são fundamentais para o desenvolvimento de ações que estimulem a relação de confiança, favorecendo um ambiente de promoção de mudanças, onde o principal ator deve ser o paciente.⁴

Tende-se a ignorar as preferências pessoais sobre a abordagem tradicional e paternalistas do cuidado de saúde e se promove dependência do paciente, portanto deve haver mudança em direção ao cuidado centrado no paciente.²⁷ Precisa-se nessa perspectiva, engajar os pacientes no cuidado, orientando-lhes para desenvolver autonomia para assumirem o controle da sua situação de saúde, terem iniciativa, resolverem problemas e tomarem decisões. Considerando-se a proximidade do ACS com a comunidade e equipe de saúde, esse profissional pode exercer um papel fundamental no desenvolvimento da autonomia do paciente em relação ao próprio cuidado.^{16,27}

Sabe-se que os danos ao paciente podem aumentar a necessidade de cuidados de saúde e, portanto, torna-se elementar identificar essas ocorrências o mais brevemente possível a fim de mitigar seus efeitos. Desse modo, o diagnóstico sobre a percepção do ACS em relação à segurança do paciente pode subsidiar a preparação desse profissional para um olhar mais crítico e abrangente, o que permite garantir a segurança do cuidado mesmo em domicílio e ampliar a resolutividade da assistência à saúde.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que os ACS possuem conhecimento limitado sobre segurança do paciente, no entanto conseguem identificar a ocorrência de incidentes sensíveis à atenção primária, constituindo importantes atores na continuidade de cuidados seguros. Destacaram-se que os riscos à segurança do paciente não são ações isoladas do atendimento realizado pelos profissionais de saúde, já que se constituem falhas de todo um sistema que apresenta fragilidades e lacunas. Observa-se que a construção de saberes por meio da educação permanente pode auxiliar a sanar as fragilidades quanto à percepção dos ACS sobre o tema segurança do paciente, no reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários e a antever-se aos possíveis danos e erros a serem gerados em decorrência da assistência.

Propõe-se que o monitoramento, a avaliação de incidentes e a sistematização da educação permanente com os ACS no contexto da ESF pode ser o caminho a ser trilhado pelos gestores a fim de gerar informações com vistas à ampliação da qualificação desses profissionais, no intuito de desenvolver uma cultura de segurança no ambiente de trabalho, visando melhorias no cuidado aos usuários atendidos no contexto da saúde da família regional e nacional.

REFERÊNCIAS

1. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. The climate of patient safety: perception of nursing professionals. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2012 [cited 2017 Apr 10];25(5):728-35. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/en_13.pdf
2. Verbakel NJ, Bont AA, Verheij TJ, Wagner C, Zwart DL. Improving patient safety culture in general practice: an interview study. *Br J Gen Pract [Internet]*. 2015 [cited 2017 Apr 13];65(641):822-28. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4655736/>

3. Tobias GC, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Silva AEBC. Safety culture in a teaching hospital: strengths and weaknesses perceived in nurses. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 11];10(3):1063-071. Available from:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11059/12479>

4. Marchon SG, Junior WVM. Patient safety in primary health care: a systematic review. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 12];30(9):1815-835. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/0102-311X-csp-30-9-1815.pdf>

5. Jesus AS, Santos FPA, Rodrigues VP, Nery AA, Machado JC, Couto TA. Atuação do agente comunitário de saúde: conhecimento de usuários. Rev enferm UERJ [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 11];22(2):239-44. Available from:

<http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a15.pdf>

6. Machado LM, Mattos KM, Colomé JS, Freitas NQ, Sangoi TP. Family health strategy: the perception of community health agents concerning their work. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 12];14(2):1105-112. Available from:

http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article/view/22612/pdf_361

7. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. Rev Eletr Enf [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 10];16(1):161-69. Available from:

https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a19.pdf

8. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2010.

9. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 Mar 26]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

10. Médiçi AC. Mulher brasileira: muito prazer. In: Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil, Petrópolis: Vozes. Rio de Janeiro: Abrasco; 1989.

11. Palmezoni VP, Miranda FJS. A identificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelos ACS. Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [cited 2017 Apr 11];08(49):88-92. Available from:

<https://www.researchgate.net/publication/2>

[37040938_A_identificacao_da_violencia_intrafamiliar_contra_crianças_e_adolescentes_pelo_agente_comunitario_de_saude](#)

12. Oliveira DT, Ferreira PJO, Mendonça LBA, Oliveira HS. Percepções do agente comunitário de saúde sobre sua atuação na estratégia saúde da família. Cogitare Enferm [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar 13];17(1):132-37. Available from:

<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26386/17580>

13. Baptistini RA, Figueiredo TAM. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. Ambiente e Sociedade [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 10];17(2):53-70. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/asoc/v17n2/a05v17n2.pdf>

14. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2005 [cited 2017 Mar 12];10(2):347-55. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

15. Ministério da Saúde (BR). 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) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2017 Mar 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

16. Mendonça MHM. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. Trab Educ Saúde [Internet]. 2004 [cited 2017 Apr 11];2(2):353-65. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v2n2/09.pdf>

17. Fontoura MD, Almeida AP, Marques CMS, Prado MM, Portilho JAC. Dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Rev Saúde Dist Fed [Internet]. 2004 [cited 2017 Mar 13];15(3):66-77. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=420733&indexSearch=ID>

18. Guerrero GP, Beccaria LM, Trevisan MA. Standard operating procedure: use in nursing care in hospital services. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2008 [cited 2017 Apr 13];16(6):966-72. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/05.pdf>

19. Capucho HC, Cassiani SHB. The need to establish a national patient safety program in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 10];47(4):1-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/en_0034-8910-rsp-47-04-0791.pdf
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 Mar 28]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
21. Peixoto LS, Gonçalves LC, Costa TD, Tavares T, Melo CM, Cavalcanti ACD, et al. Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos. *Enfermería Global* [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 10];12(29):307-22. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100017
22. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Tobias GC, Ciosak SI. Support for learning in the perspective of patient safety in primary health care. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 13];24:e2771. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02771.pdf
23. Bomfim ES, Araújo IB, Oliveira BG, Moreira RM, Rocha RM, Boery RNRSO. Continuing health education: discussion of educational practices in the family health strategy. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 13];10(8):2833-337. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11350/13067>
24. Carson-Stevens A, Hibbert P, Williams H, Evans HP, Cooper A, Rees P, et al. Characterising the nature of primary care patient safety incident reports in the England and Wales National Reporting and Learning System: a mixed-methods agenda-setting study for general practice. *Health Serv Res* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 13];4(27):1-108. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK385186/>
25. Durgun H, Kaya H. The attitudes of emergency department nurses towards patient safety. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2017 [cited 2017 Mar 13];1(16):30113-116. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29174645>
26. Boamah SA, Spence Laschinger HK, Wong C, Clarke S. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nurs Outlook* [Internet]. 2018 [cited 2017 Mar 13];66(2):180-89. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29174629>

27. European Network on Patient Empowerment (ENOPE). Editorial: patient empowerment - Who empowers whom? *The Lancet* [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 06];379(9827):1677. Available from: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanet/PIIS0140-6736\(12\)60699-0.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanet/PIIS0140-6736(12)60699-0.pdf)

Submissão: 01/03/2018

Aceito: 17/08/2018

Publicado: 01/11/2018

Correspondência

Gabriela Camargo Tobias
Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública
- IPTSP
Universidade Federal de Goiás/UFG
Rua 235 - s/n - Setor Universitário
CEP: 74605-450 – Goiânia (GO), Brasil