

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Tatiana Nunes Carvalho

**CULTURA ORGANIZACIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM
FARMÁCIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte

2022

Tatiana Nunes Carvalho

**CULTURA ORGANIZACIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM
FARMÁCIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de Concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Tecnologias Gerenciais em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adriane Vieira

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Karla Rona da Silva

Belo Horizonte

2022

Carvalho, Tatiana Nunes.
C331c Cultura organizacional para segurança do paciente em farmácias da
Atenção Primária em Belo Horizonte [manuscrito]. / Tatiana Nunes
Carvalho. - - Belo Horizonte: 2022.
186f.: il.
Orientador (a): Adriane Vieira.
Coorientador (a): Karla Rona da Silva.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Segurança do Paciente. 2. Cultura Organizacional. 3. Assistência
Farmacêutica. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Dissertação Acadêmica. I.
Vieira, Adriane. II. Silva, Karla Rona da. III. Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WX 185

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 56 (CINQUENTA E SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA TATIANA NUNES CARVALHO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 18 (dezoito) dias do mês de fevereiro de dois mil e vinte e dois, às 14:30 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "CULTURA ORGANIZACIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE", da aluna *Tatiana Nunes Carvalho*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Tecnologias Gerenciais em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Adriane Vieira, Karla Rona da Silva, Marina Guimarães Lima e Fátima Ferreira Roquete, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADO;
- APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
- REPROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 18 de fevereiro de 2022.

Prof^a. Dr^a. Adriane Vieira
Orientadora (UFMG)

Prof^a. Dr^a. Karla Rona da Silva
Coorientadora (UFMG)

Prof^a. Dr^a. Marina Guimarães Lima
Membro Titular (UFMG)

Prof^a. Dr^a. Fátima Ferreira Roquete
Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Adriane Vieira, Professora do Magistério Superior**, em 24/02/2022, às 11:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Karla Rona da Silva, Professora do Magistério Superior**, em 24/02/2022, às 18:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marina Guimaraes Lima**, Professora do Magistério Superior, em 26/02/2022, às 11:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fatima Ferreira Roquete**, Professora do Magistério Superior, em 08/03/2022, às 16:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Davidson Luis Braga Lopes**, Secretário(a), em 08/03/2022, às 18:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1276018** e o código CRC **0E6CD6DE**.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer que não somos ninguém sozinhos!

E olhar para trás, para aquele mês de março de 2020, é remeter a um tempo que parece tão distante diante de tudo que aconteceu... Não sabíamos o que nos aguardava! Éramos apenas uma turma de 30 pessoas, com nossa bagagem, formações tão diferentes que significaram e ressignificaram a riqueza desse curso, com a nossa diversidade e disposição para encarar um mestrado profissional. Foram apenas dois encontros presenciais, que nos apresentaram uns aos outros, e, em seguida, se transformaram em encontros síncronos, com novos desafios e novas adaptações. Estávamos diante do obscuro, com medo, mas prosseguindo, a maioria na linha de frente contra o ser invisível que modificou nossas vidas para sempre, e, ao mesmo tempo, conectados no período noturno na busca por um objetivo comum. Fomos persistentes e caminhamos, dia após dia, ainda que diante de uma pandemia, com a fragilidade aguçada, porém com a esperança de que tudo daria certo. E não é que deu?

Agradeço a Deus pelo dom da vida, por ter me sustentado quando fui contaminada naquele início de pandemia e por ter me permitido viver! Agradeço por ser minha rocha e fortaleza, lâmpada para meus pés e luz para meus caminhos, por me amparar e conduzir, por ser meu refúgio na dificuldade e meu guia em todos os meus passos, por ter iluminado minha trajetória neste mestrado me permitindo concretizá-lo. “Porque Dele e por Ele, para Ele são todas as coisas.”

Agradeço ao meu PORTO SEGURO, minha base e alicerce: mamãe e papai. À minha amada mãe Ana Maria, que sempre me motivou e me deu forças para não desistir. Que sempre tem e teve a palavra de apoio, de conforto, de fé e de esperança que eu precisava. Que através de suas orações sinceras me protegeu e protege, que me ajudou diretamente na minha conquista e teve paciência nas esperas em minha coleta de dados. Que está ao meu lado sempre e nunca deixa eu me sentir só. Ao meu amado pai Artur, que se faz presente em minha vida todos os dias. Que torce por mim e sei que se orgulha e vibra com cada vitória e cada conquista minha. Que está sempre ao meu lado, preocupado e atento às minhas necessidades e ao meu bem estar. Que é meu suporte, ouvido e segurança.

Ao meu amado irmão Eric e cunhada Poliana, que são meus companheiros de vida, meus grandes amigos, meus conselheiros, que me escutam, que me acolhem, que torcem por mim, me ajudam, dividem a vida comigo, me encorajam, se preocupam e cuidam de mim, sempre. E não foi diferente neste tempo de mestrado, de cansaço e de necessidade de abrigo e colo.

Ao meu amado sobrinho Davi, minha luz nesses dias escuros, meu anjo, meu afago, minha esperança, que me arrancou sorrisos e preencheu meu coração de tanto amor, mesmo nos dias mais difíceis. Ele não nasceu de mim, mas é parte da minha alma inteira.

Ao meu amado noivo Phillipe, por estar ao meu lado, por ter me incentivado e encorajado a continuar, todas as vezes que pensei em desistir. Por ter se colocado disponível e ter me buscado na UFMG ao fim das aulas presenciais, por ter sido companheiro, zeloso e por ter dedicado tempo para me acompanhar em minha coleta de dados, esperando com paciência e solicitude. Por ter compreendido a necessidade de momentos de dedicação ao mestrado e por todo carinho e cuidado comigo.

A minha amada vizinha Namyr, tão serena, que todos os dias me ensina o valor da gratidão em nossas vidas.

A todos os meus familiares, amigos sinceros, colegas de trabalho que me desejam o bem, se fazem e se fizeram presentes nesses dois anos com gestos de gentileza, afeto, orações e torcida.

Às minhas amigas-irmãs Fernanda Lucena, Jacqueline, Cláudia e Nayarinha, que são presença constante em minha vida, com as quais divido meus momentos, minhas escolhas, sonhos, decisões e o meu dia-a-dia. Com as quais vivencio a reciprocidade de um querer bem sincero, podendo ser eu mesma sem receios, que acompanharam minha trajetória no mestrado, sempre torcendo pelo meu bem.

Às minhas amigas do NASF, Letícia, Nayara e Sylvia, que são muito mais do que companheiras de trabalho. Dividem comigo a vida, tendo sempre uma palavra de encorajamento. Em especial Nayara, que trilhou o caminho do mestrado antes de mim e tornou minha trajetória mais fácil. Desde o processo seletivo até a minha defesa, foi fundamental seu apoio, ajuda, troca, disponibilidade, esclarecimentos,

conversas, presença e nosso compartilhamento. Sou extremamente grata por ter caminhado comigo e trazido leveza diante dos meus receios e dificuldades.

À minha amiga Izabela Mansur, que sempre aparecia para saber como eu estava, para me ouvir e oferecer palavras de apoio e gentileza que tanto significaram para mim durante esse período. À minha amiga Mayara, pela ajuda técnica com o inglês nesta reta final, mostrando-se disponível e solícita.

À minha amiga Vanessa Detomi, cujo amor pela profissão é transparente e o que nos tornou tão próximas. Gratidão pela presença, por ter se mostrado disponível em me ajudar, sempre, por suas palavras de apoio e por nossa similaridade de essência que nos fortalece na caminhada.

À minha amiga Ana Flávia Thomaz, que é companheira de profissão e que me acolheu e ouviu tantas vezes em nossos almoços rápidos. Desde o processo seletivo me fez acreditar que era possível, sempre com palavras positivas e de motivação, sempre com acolhimento e carinho.

A todos os meus colegas de turma, que se transformaram em pessoas queridas, sobretudo pelo companheirismo e união em todos os momentos desse mestrado. Encontramos apoio uns nos outros, nos ajudamos, sorrimos, tivemos momentos leves, outros nem tanto, porém reconheço o quanto essa turma foi especial nesses dias, às vezes tão sombrios e cheios de incertezas. De maneira especial à Caroline Schilling e Mariane Coimbra, que compuseram “meu trio”, foram parceiras nos trabalhos e disciplinas, nas trocas, no apoio mútuo, nas dúvidas e nos desabafos. Pessoas que admiro e às quais desejo muito sucesso.

A minha orientadora Adriane Vieira, pela direção, orientação e confiança. Por ter me permitido caminhar de forma autônoma, mas sem me perder. Por sua motivação para ensinar, que demonstra paixão pelo que faz, e por todo conhecimento que me foi transmitido durante a minha orientação.

A minha coorientadora Karla Rona, pela assertividade nas ponderações realizadas, pela presteza e segurança nesta condução. Pela disponibilidade durante o mestrado e por ter agregado leveza neste período difícil, mas de muito crescimento e aprendizado.

A todos os professores que conduziram as disciplinas do mestrado, que participaram da minha banca de qualificação e banca final, por toda paciência,

flexibilidade, compreensão, riqueza das disciplinas e discussões, conhecimento compartilhado e contribuições à minha formação e a este trabalho.

Ao Davidson, que fica nos bastidores, mas foi sempre muito solícito, respondendo e atendendo minhas solicitações com presteza e competência. Ao Gesner e Gabriela, pela ajuda na busca de artigos científicos para a revisão de literatura. À Álida, pelo compromisso e ajuda com a análise estatística.

A todos os profissionais que trabalham nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde da regional nordeste de Belo Horizonte, que participaram desta pesquisa e tornaram possível a obtenção de relevantes informações sobre o clima de segurança das farmácias. Gratidão pelo tempo despendido e boa vontade em participar. Em especial, aos farmacêuticos da regional nordeste que foram essenciais e fundamentais ao participarem diretamente da pesquisa e ajudarem na coleta de dados. Sem essa ajuda e essa disponibilidade este trabalho não poderia ter sido concretizado. A vocês minha gratidão sincera e a dedicação da riqueza desses resultados para futuras melhorias em nosso processo de trabalho.

Fazer mestrado é uma atividade solitária! E apesar do paradoxo dessa afirmação, nunca estive sozinha, foram várias as mãos que me ajudaram e tornaram essa realização possível. GRATIDÃO é o que transborda no meu peito neste momento! É aqui dentro que o sentimento pulsa e que verdadeiramente me transforma, sem que me esqueça de que onde eu estiver e o que fizer, que seja sempre com o coração!

“Há um motivo pelo qual devemos enfrentar tantas desavenças. É um momento no qual há um milhão de coisas que podem dar errado e provavelmente darão. A única coisa que faz as pessoas não desistirem é a absoluta convicção em sua inspiração e um amor incondicional pelo que fazem” (ANTHONY, 2012).

RESUMO

CARVALHO, Tatiana Nunes. **Cultura organizacional para segurança do paciente em farmácias da atenção primária em Belo Horizonte**. 2022. 186 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

Nos últimos anos, a preocupação mundial com a segurança do paciente tem aumentado e, para que iniciativas que priorizem a segurança do paciente sejam realizadas, o conhecimento referente ao gerenciamento da segurança relacionado à cultura organizacional é relevante. Neste sentido, um dos importantes instrumentos para avaliar a visão individual dos profissionais sobre a segurança em sua organização, em momento particular do tempo, é a avaliação do clima de segurança. O objetivo deste trabalho foi analisar as atitudes de segurança no ambiente de trabalho que evidenciam o clima de segurança do paciente, a partir da visão dos profissionais que atuam nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde de uma regional de Belo Horizonte. Trata-se de estudo transversal, com abordagem qualitativa, cujo método foi o estudo de caso descritivo. A amostra do estudo foi composta por 94 profissionais de nível médio/técnico e 10 farmacêuticos que atuam nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde da Regional Nordeste de Belo Horizonte, que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa, após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Os profissionais de nível médio/técnico são escalados na farmácia em esquema de rodízio, de acordo com escala elaborada por enfermeiros, e os farmacêuticos integram o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e possuem atribuições técnico-gerenciais e assistenciais. A coleta de dados foi realizada através de Questionário de Caracterização Pessoal e Profissional e Questionário de Atitudes de Segurança (QAS), em sua versão curta, adaptada e validada para a língua portuguesa, com adequação para a realidade das farmácias. Esse questionário é composto por seis domínios, que são: (1) Clima de Trabalho em Equipe; (2) Satisfação no Trabalho; (3) Percepção da Gerência; (4) Clima de segurança, (5) Condições de Trabalho e (6) Percepção do Estresse. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os 10 farmacêuticos sobre a gestão das farmácias, dificuldades e facilidades para sustentação de uma cultura de segurança no setor. Os dados coletados por meio dos Questionários de Caracterização Pessoal e Profissional e QAS foram submetidos à análise estatística do tipo descritiva, além de análise estatística para correlações entre as variáveis. Foi realizado o cálculo da média geral do questionário e a média de pontuação por domínio, com avaliação da confiabilidade pelo Coeficiente *Alfa de Cronbach*. Foram correlacionados dados sociodemográficos com os escores do QAS. Os dados obtidos através das entrevistas com os farmacêuticos foram submetidos à análise de conteúdo do tipo categorial temática. O grupo pesquisado apresentou predominância do sexo feminino (94,2%), 71,2% dos participantes foram técnicos de enfermagem, 11,5% auxiliares de enfermagem, 9,6% farmacêuticos, 5,8% técnicos de farmácia e 1,9% outros e o tipo de vínculo predominante foi o contrato administrativo temporário, que evidencia precarização do trabalho. A avaliação geral do QAS demonstrou percepção baixa quanto ao clima de segurança das farmácias, com escore de 74,7. Dos 6 domínios do QAS, apenas 2 foram considerados positivos:

Satisfação no Trabalho (81,7) e Clima de Trabalho em Equipe (77,2). Em contrapartida, os domínios com pontuações mais baixas foram Condições de Trabalho (70,1), seguido por Percepção da Gerência (71,7). A média geral do QAS e de todos os domínios foi menor para o grupo dos farmacêuticos, exceto Percepção do Estresse. O domínio Satisfação no Trabalho apresentou correlação negativa com tempo de experiência. Os dados coletados através das entrevistas com farmacêuticos foram organizados em 5 categorias: Perfil dos profissionais que trabalham nas farmácias, Dificuldades na gestão das farmácias e sustentação de uma cultura de segurança no setor; Facilidades na gestão das farmácias e sustentação de uma cultura de segurança no setor, Compreensão dos participantes sobre a cultura de segurança do paciente; Sugestões para melhorias no processo de trabalho e cultura de segurança da farmácia. As dificuldades percebidas pelos farmacêuticos para sustentação de uma cultura de segurança no setor foram relacionadas à visão simplista do trabalho desenvolvido na farmácia, que muitas vezes não é encarado como serviço de saúde, à ausência de equipe fixa e de profissionais com formação técnica específica no setor, alta rotatividade de profissionais, sobrecarga de trabalho do farmacêutico e ausência de apoio do gerente da unidade de saúde. Conclui-se que o clima de segurança das farmácias das Unidades Básicas de Saúde precisa ser aperfeiçoado e prestar cuidados seguros significa mudar atitudes e práticas de todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente, através do desenvolvimento de uma cultura não punitiva e investimento em capacitações, reuniões e treinamentos. Como produto técnico deste estudo foi elaborado um relatório técnico a ser apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a fim de fomentar o aperfeiçoamento da cultura de segurança das farmácias.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cultura de segurança. Cultura organizacional. Assistência Farmacêutica. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

CARVALHO, Tatiana Nunes. **Organizational Culture for patient safety in primary care pharmacies in Belo Horizonte**. 2022. 186 f. Dissertation (Professional Master in Health Services Management) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2022.

In recent years, worldwide concern about patient safety has increased and, for initiatives that prioritize patient safety to be carried out, knowledge regarding safety management related to organizational culture is relevant. In this sense, one of the important instruments to assess the individual view of professionals about safety in their organization, at a particular moment in time, is the assessment of the safety climate. The objective of this work was to analyze the safety attitudes in the work environment that evidence the patient safety climate, from the perspective of professionals who work in the pharmacies of the Basic Health Units of a region in Belo Horizonte. This is a cross-sectional study, with a qualitative approach, whose method was the descriptive case study. The study sample consisted of 94 high school/technical professionals and 10 pharmacists who work at the pharmacies of the Basic Health Units of the Northeast Region of Belo Horizonte, who agreed to voluntarily participate in the research, after signing the Informed Consent Form. High school/technical professionals are assigned to a pharmacy on a rotating basis, according to a schedule prepared by nurses, and pharmacists are part of the Family Health Support Group and have management, technical and assistance assignments. Data collection was carried out through the Personal and Professional Characterization Questionnaire and the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), in its short version, adapted and validated for the Portuguese language, with adaptation to the reality of the pharmacies. This questionnaire is composed of six domains, which are: (1) Teamwork Climate; (2) Job Satisfaction; (3) Management Perception; (4) Safety climate, (5) Working Conditions and (6) Stress Perception. Semi-structured interviews were also carried out with the 10 pharmacists about the management of pharmacies, difficulties and easiness in supporting a safety culture in the department. Data collected through Personal and Professional Characterization Questionnaires and SAQ were subjected to descriptive statistical analysis, in addition to statistical analysis for correlations between variables. The general mean of the questionnaire and the mean score per domain were calculated, with reliability assessment using Cronbach's Alpha Coefficient. Sociodemographic data were correlated with SAQ scores. The data obtained through interviews with pharmacists were submitted to thematic categorical content analysis. The group studied was predominantly female (94.2%), 71.2% of the participants were nursing technicians, 11.5% nursing assistants, 9.6% pharmacists, 5.8% pharmacy technicians and 1, 9% others and the predominant type of bond was the temporary administrative contract, which shows precarization of work. The general assessment of the SAQ shows a low perception of the safety climate in pharmacies, with a score of 74.7. Of the 6 SAQ domains, only 2 were considered positive: Job Satisfaction (81.7) and Teamwork Climate (77.2). In contrast, the domains with the lowest scores were Working Conditions (70.1), followed by Management Perception (71.7). The overall mean of the SAQ and of all domains was lower for the pharmacists group, except for the Perception of Stress.

The Job Satisfaction domain showed a negative correlation with time of experience. The data collected through interviews with pharmacists were organized into 5 categories: Profile of professionals working in pharmacies, Difficulties in managing pharmacies and sustaining a safety culture in the department; Easiness in the management of pharmacies and support of a safety culture in the department, Participants' understanding of the patient safety culture; Suggestions for improvements in the work process and safety culture in the pharmacy. The difficulties perceived by pharmacists in sustaining a safety culture in the department are related to the simplistic view of the work developed in the pharmacy, which is often not seen as a health service, the absence of a fixed team and professionals with specific technical training in the department, high turnover of professionals, pharmacist's workload and lack of support from the health unit manager. We concluded that the safety climate of pharmacies in basic health units needs to be improved and providing safe care means changing attitudes and practices of all professionals involved in patient care, through the development of a non-punitive culture and investment in instruction, meetings and training. As a technical product of this study, a technical report was prepared to be presented to the Municipal Health Department of Belo Horizonte in order to promote the improvement of the safety culture of pharmacies.

Keywords: Patient safety. Safety culture. Organizational culture. Pharmaceutical Care. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de artigos selecionados.....	40
Figura 3 – Regionais de Saúde de Belo Horizonte.....	56
Figura 4 – Estrutura Organizacional da Assistência Farmacêutica na Prefeitura de Belo Horizonte.....	60
Figura 5 – Diagrama da prática farmacêutica no SUS em Belo Horizonte.....	61
Figura 6 – Categorias profissionais que participaram da pesquisa	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descritores utilizados nas buscas nas bases de dados	39
Quadro 2 – Quantitativo de profissionais de nível médio/técnico atuantes nas farmácias.....	47
Quadro 3 – Adaptação do Questionário de Atitudes de Segurança para o cenário em estudo	49
Quadro 4 – Domínios do Questionário de Atitudes de Segurança.....	50
Quadro 5 – Abrangência dos POLOS NASF da regional Nordeste.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise descritiva das variáveis qualitativas para caracterização dos participantes da pesquisa (n = 104)	64
Tabla 2 – Renda por vínculo para o grupo dos farmacêuticos	67
Tabela 3 – Renda por vínculo para o grupo de profissionais de nível técnico/médio	67
Tabela 4 – Tempo de experiência por vínculo	68
Tabela 5 – <i>Alpha de Cronbach</i> do QAS e seus domínios	69
Tabela 6 – Dimensões do instrumento QAS	70
Tabela 7 – Comparações das dimensões do QAS para os dois grupos: farmacêuticos e demais profissionais que atuam nas farmácias	74
Tabela 8 – Comparações das dimensões do QAS para estatutário e contratado/celetista.	76
Tabela 9 – Comparações dos domínios do QAS por renda	77
Tabela 10 – Correlação entre tempo de experiência na função e domínios do QAS.....	78
Tabela 11 – Correlação entre idade e domínios do QAS.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	<i>Alpha de Cronbach</i>
AF	Assistência Farmacêutica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
GAFIE	Gerência de Assistência Farmacêutica e Insumos Essenciais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
QAS	Questionário de Atitudes de Segurança
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	19
1	INTRODUÇÃO	21
1.1	Objetivo geral.....	23
1.1.1	<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>23</i>
1.2	Justificativa.....	24
2	REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1	Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde	25
2.2	Cultura e clima organizacional.....	30
2.3	Segurança do paciente e clima de segurança	34
2.4	Cultura e clima de segurança na Atenção Primária à Saúde.....	38
3	METODOLOGIA	44
3.1	Abordagem da pesquisa e método	44
3.2	Unidade de análise e seleção dos participantes da pesquisa.....	45
3.3	Técnicas de coleta de dados	48
3.4	Técnicas de análise de dados	53
3.5	Cuidados éticos.....	55
3.6	Caracterização do trabalho nas farmácias.....	55
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
4.1	Perfil sociodemográfico e profissional dos trabalhadores das farmácias.....	63
4.2	Análise do clima de segurança das farmácias	69
4.3	Entrevistas com farmacêuticos.....	80
4.3.1	<i>Perfil dos profissionais que trabalham nas farmácias.....</i>	<i>80</i>
4.3.1.1	<i>Perfil inadequado de profissionais.....</i>	<i>81</i>
4.3.1.2	<i>Perfil adequado de profissionais.....</i>	<i>83</i>
4.3.2	<i>Dificuldades na gestão das farmácias e sustentação de uma cultura de segurança no setor</i>	<i>85</i>
4.3.3	<i>Facilidades no processo de gestão das farmácias</i>	<i>97</i>
4.3.4	<i>Cultura de segurança do paciente: compreensão dos participantes</i>	<i>102</i>
4.3.5	<i>Sugestões para melhorias no processo de gestão e cultura de segurança das farmácias.....</i>	<i>106</i>
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
	REFERÊNCIAS.....	119
	ANEXO A – NOTA TÉCNICA COVID-19 Nº007/2020.....	131
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFMG.....	133
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/SMSA.....	138
	ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (QAS).....	142

APÊNDICE A – SÍNTESE DOS RESULTADOS DA BUSCA BIBLIOGRÁFICA.....	143
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL.....	153
APÊNDICE C – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA COM OS FARMACÊUTICOS: VISÃO DOS FARMACÊUTICOS SOBRE A GESTÃO DAS FARMÁCIAS E CULTURA DE SEGURANÇA NO SETOR.....	155
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA.....	156
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA COM FARMACÊUTICOS.....	158
APÊNDICE F – PRODUTO TÉCNICO: RELATÓRIO TÉCNICO.....	160

APRESENTAÇÃO

Sou Tatiana, filha de Ana Maria e Artur, irmã de Eric, cunhada de Poliana, titia do Davi, neta de Joaquim Nunes, Namyr e Zilda, noiva do Phillipe. Sou das famílias “Botelho Nunes” e “Carvalho”.

Sou mulher de fé inabalável, “Deus é o centro da minha vida”, meu guia e minha direção. Alicerçada pela minha família, amor genuíno e essencial, nossa união faz de nós o que somos. Apaixonada pelas pequenezas de cada dia, com muita gratidão pela vida e com brilho nos olhos e orgulho da minha profissão, que eu escolhi e que me escolheu.

Sou graduada em farmácia com habilitação em Análises Clínicas e Toxicológicas, pela Universidade Federal de Minas Gerais, concluída em 2010. Posteriormente, realizei duas especializações *lato sensu* nos anos de 2016 e 2017, respectivamente em “Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica”, pelo Centro Universitário Newton Paiva, em convênio com a Associação Mineira de Farmacêuticos, e em “Gestão da Assistência Farmacêutica EaD”, pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Minha trajetória profissional no cargo de Técnico Superior de Saúde, farmacêutica de medicamentos, na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, teve início em julho de 2013 e se mantém até a presente data. O farmacêutico da Atenção Primária à Saúde (APS) em Belo Horizonte está inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e presta assistência aos usuários sob a lógica do matriciamento e gestão compartilhada de casos clínicos e cuidado, além de ações de promoção e prevenção à saúde. Além disso, o farmacêutico é o gestor das farmácias das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que ficam sob coordenação direta da categoria, tanto do ponto de vista da logística de medicamentos quanto gestão dos profissionais que trabalham no setor. Cada núcleo multiprofissional do NASF presta apoio a até duas UBS, no meu caso, atualmente são duas: Centro de Saúde Cidade Ozanan e Centro de Saúde Leopoldo Chrisóstomo de Castro.

Ser Farmacêutica da APS em Belo Horizonte é um desafio, sobretudo pela dualidade de competências e atribuições que se dividem em funções técnico-gerenciais e assistenciais. Fica claro para mim que as duas funções são

indissociáveis e complementares, com o objetivo maior de promover a segurança e o uso racional de medicamentos, propiciando repercussões positivas na saúde dos usuários. No entanto, a gestão das farmácias locais, tendo em vista o lugar que ocupam na UBS, a movimentação financeira, a regulamentação rígida, a necessidade de controle, os profissionais que rotineiramente exercem o serviço, o acesso aos medicamentos como ponto de conflito, a singularidade do trabalho, que está muito além da entrega de medicamentos, é função preponderante. Exige o desenvolvimento de competências e habilidades em vários campos, sobretudo das relações interpessoais, no contato com os usuários e com os profissionais que atuam no setor, em sua maioria técnicos de enfermagem em esquema de rodízio.

O lugar de profissional de apoio não se configura nessa função do farmacêutico, pois é o agente principal nesse processo, tendo sob sua responsabilidade a gestão de um serviço de saúde com valor agregado, envolvendo uma tecnologia: o medicamento, com características culturais de valorização no cuidado à saúde pela população, porém com riscos e possibilidade de dano aos pacientes se todas as etapas envolvidas na assistência: prescrição, dispensação, utilização não forem realizadas de modo racional e seguro.

Dessa forma, o mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, na linha de pesquisa: Tecnologias Gerenciais em Saúde, apresentou-se como oportunidade ímpar de adquirir e aperfeiçoar conhecimento aplicado à prática de trabalho, com o objetivo de subsidiar o desenvolvimento de habilidades de gestão que possam ter repercussão positiva no serviço prestado. Desenvolver um projeto a partir dessa realidade exigiu reflexão dos nós críticos, embasamento teórico, levantamento bibliográfico de trabalhos envolvendo as farmácias na APS, sobre os profissionais que executam a entrega de medicamentos e condições de trabalho, com escassez de material e respostas.

Desse modo, objetivou-se com este trabalho conhecer o clima de segurança das farmácias das UBS da regional nordeste de Belo Horizonte, que é a regional onde atuo, de modo a obter respostas importantes ao serviço e à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte sobre o clima de segurança, processo e relações de trabalho nas farmácias, com possibilidade de proposição de intervenções para melhoria da qualidade do serviço e segurança do paciente.

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública, como direito de cidadania e dever do estado, no Brasil, tem como um dos princípios norteadores a integralidade, que se efetiva, necessariamente, com a consolidação da Assistência Farmacêutica (AF) como política de Estado, cujo objetivo principal é a garantia do acesso aos medicamentos e seu uso seguro e racional (SOUZA *et al.*, 2017). Entretanto, a inserção mais concreta do farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente na Atenção Primária à Saúde (APS), se deu somente a partir de 2008 com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que ampliou o escopo de ações e a resolubilidade deste nível de atenção (BRASIL, 2008, 2010, 2014).

Na APS, porta de entrada do sistema de saúde e coordenadora do cuidado, o acesso aos medicamentos essenciais nos pontos de atenção, próximos ao usuário, consiste em um dos seus objetivos (BRASIL, 2013a). Os medicamentos distribuídos neste nível são essenciais para a efetividade do sistema de saúde, pois são aqueles que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde básicas da maioria da população, com evidências sobre eficácia e segurança. No entanto, o impacto positivo dos medicamentos, na saúde, depende de estruturação, qualificação do serviço e racionalidade da dispensação (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2011).

Em Belo Horizonte, todas as UBS apresentam farmácias e não há cargo específico para o desenvolvimento do serviço neste setor. Em sua maioria o trabalho é desempenhado por profissionais de nível médio/técnico, da equipe de enfermagem, em sistema de rodízio segundo escala dos enfermeiros, coordenados pelo farmacêutico do NASF. As responsabilidades direcionadas aos profissionais que atuam na farmácia visam à garantia do acesso aos medicamentos, à racionalidade do uso e ao comprometimento com a segurança, assistência e cuidado à saúde do paciente (BELO HORIZONTE, 2018a).

Nos últimos anos, tem aumentado a preocupação mundial com a segurança do paciente, que é elemento essencial para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde (SOUZA, 2015; REIS; SILVA, 2016). Os serviços relacionados aos medicamentos implicam riscos para a saúde dos usuários, pois podem ser altamente danosos e letais se dispensados ou utilizados de modo irracional, demandando

estratégias de aperfeiçoamento contínuo dos processos de trabalho para qualificação do serviço prestado (CARVALHO *et al.*, 2015).

As discussões sobre segurança na APS são incipientes e o conhecimento sobre os riscos neste nível de atenção são escassos (RODRIGUES *et al.*, 2017). Desse modo, torna-se relevante e oportuno conhecer e refletir sobre a segurança do paciente relacionada ao gerenciamento de segurança e à cultura organizacional neste contexto (TOBIAS *et al.*, 2014). Essa análise visa relacionar o impacto que o comportamento dos indivíduos e dos grupos e a estrutura organizacional têm sobre o comportamento de cada pessoa dentro das organizações, a segurança e o trabalho desempenhado (ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2010; BAPTISTA, 2014; ALMEIDA; BAPTISTA, 2017).

Para que iniciativas que priorizem a segurança do paciente sejam realizadas, um dos instrumentos para mensurar a cultura de segurança entre os profissionais, com o objetivo de identificar os pontos que requeiram maior investimento, é a avaliação do clima de segurança (CARVALHO, 2011; SOUZA, 2015). O clima de segurança é considerado a medida temporal do estado da cultura de segurança da instituição e pode ser medido pela percepção dos profissionais sobre atitudes e iniciativas de segurança em seu ambiente de trabalho, em determinado tempo (YULE, 2003; WIEGMANN; VON THADEN; GIBBONS, 2007; SINGER *et al.*, 2009). Devido à especificidade de instituições de saúde, setor específico, como a farmácia, com dinâmica própria, pode ser avaliado individualmente (CARVALHO, 2011; SANTIAGO; TURRINI, 2015; SOUZA, 2015).

Nesse processo, a participação dos trabalhadores deve ser ativa, sendo esses valorizados como sujeitos na construção de mudanças, aptos a contribuir com seu saber para compreensão das condições de trabalho, o que demanda um diagnóstico de perfis profissionais e da visão de cada um sobre o serviço. Faz-se necessário, dessa forma, uma abordagem transdisciplinar na busca por melhorias das condições e ambiente laboral, que impacte positivamente no ambiente interno e segurança do paciente (TOMASI *et al.*, 2008; COSTA *et al.*, 2013).

Não foram encontrados estudos na literatura, até o momento, sobre clima de segurança desenvolvidos especificamente em farmácias da APS. Em vista do exposto, este estudo se propõe a responder a seguinte pergunta: na visão dos

profissionais que atuam nas farmácias das UBS de uma regional de Belo Horizonte, quais são as atitudes de segurança no ambiente de trabalho que evidenciam o clima de segurança do paciente?

Com o objetivo de responder essa questão e avaliar o clima de segurança das farmácias, foi selecionado o Questionário de Atitudes de Segurança – QAS, em sua versão curta, adaptada e validada para a língua portuguesa (CARVALHO, 2011), com adequação para a realidade das farmácias das UBS. Esse questionário é composto por seis domínios, que são: (1) Clima de Trabalho em Equipe; (2) Satisfação no Trabalho; (3) Percepção da Gerência; (4) Clima de segurança, (5) Condições de Trabalho e (6) Percepção do Estresse (CARVALHO, 2011; PAESE; SASSO, 2013). Foi também avaliada a visão dos farmacêuticos sobre a gestão das farmácias, além de dificuldades e facilidades para sustentação de uma cultura de segurança no setor, a partir de entrevista semiestruturada.

O produto técnico deste trabalho é um relatório técnico-científico, a ser apresentado à Secretaria Municipal de Saúde, com proposta de ações para fortalecer a cultura de segurança das farmácias das UBS.

1.1 Objetivo geral

Analisar as atitudes de segurança no ambiente de trabalho que evidenciam o clima de segurança do paciente, a partir da visão dos profissionais que atuam nas farmácias das UBS de uma regional de Belo Horizonte.

1.1.1 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e profissional, formação e experiência, dos profissionais que atuam nas farmácias;
- Descrever os escores de Atitudes de Segurança do paciente, na visão dos profissionais que atuam nas farmácias;
- Correlacionar variáveis sociodemográficas e profissionais com domínios do Questionário de Atitudes de Segurança;

- Identificar e descrever as dificuldades enfrentadas pelos farmacêuticos, gestores das farmácias, para sustentação de uma cultura de segurança no setor;
- Elaborar proposta de ações para fortalecer a cultura de segurança nas farmácias das UBS.

1.2 Justificativa

O desenvolvimento da AF e do cuidado ao paciente, tendo por base o aspecto dual do medicamento, de benefícios e riscos, envolve o aperfeiçoamento contínuo dos processos de trabalho nas farmácias para qualificação da prática, do saber, da qualidade no trabalho e do serviço prestado. Os estudos referentes à avaliação do trabalho em farmácias de UBS são escassos e apontam para a complexidade da prática, que é limitada por deficiência nos aspectos de organização, estrutura, operacionalidade, recursos humanos, com potencial impacto na vida e segurança de trabalhadores e usuários (LEITE *et al.*, 2017).

Tendo em vista que toda e qualquer organização e serviço dependem, em maior ou menor grau, da performance humana para seu desempenho e efetividade (CARMO *et al.*, 2018), pois as pessoas são agentes que criam, produzem valor e utilizam os serviços, há contínua necessidade do desenvolvimento de estudos sobre a temática gestão de pessoas, comportamento organizacional, para avaliação de possíveis mudanças nas práticas de trabalho (SILVA *et al.*, 2016). Desse modo, o diagnóstico da visão dos trabalhadores é ferramenta gerencial para tomada de decisão, com o intuito de planejar e desenvolver um ambiente de trabalho favorável e seguro, que propicie a satisfação e motivação dos profissionais e, conseqüentemente, garanta uma assistência com qualidade e segurança ao paciente.

Portanto, a importância deste estudo reside em permitir uma visão ampliada sobre a cultura organizacional para segurança do paciente nas farmácias, a partir de uma avaliação da visão dos profissionais, inclusive os farmacêuticos gestores, que possa subsidiar o planejamento de ações voltadas para melhoria do processo de trabalho, com destaque para o aprimoramento organizacional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo será apresentado o embasamento teórico para este estudo, iniciando pela organização da AF no SUS com foco na APS. Em seguida, será incluído o referencial teórico conceitual sobre cultura e clima organizacional, seguido pela abordagem sobre segurança do paciente e clima de segurança. Por fim, conclui-se o capítulo com o levantamento de estudos realizados nos últimos cinco anos sobre cultura organizacional para segurança do paciente, na APS, realizados através de questionários.

2.1 Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde

A materialização do SUS na Constituição Federal de 1988 representou a expressão máxima de consolidação da saúde pública como direito de cidadania e dever do Estado, no Brasil (BRASIL, 1988; PAIM *et al.*, 2011; MASCARENHAS; DIAS, 2013). Segundo a referida Constituição, as diretrizes que o regem são descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, tendo a humanização como alicerce (FONTOURA; MAYER, 2006).

Dois anos depois, em 1990, a Lei nº 8080, considerada a lei orgânica do SUS, discrimina no campo de atuação do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, como uma das atribuições do sistema (BRASIL, 1990, 2004).

A integralidade do cuidado e terapêutica envolve uma tecnologia da saúde muito importante: o medicamento, que apresenta natureza híbrida, pois representa uma das principais ferramentas de intervenção em doenças e agravos, com benefícios à saúde, porém tem potencialidade para causar danos se utilizado e/ou dispensado de modo irracional ou inadequado. Os medicamentos movimentam grande quantidade de recursos financeiros, estão associados a conflitos de interesse, aspectos culturais e sociais (BRASIL, 2004; TAVARES *et al.*, 2010; COSTA *et al.*, 2017).

Costa *et al.* (2017) apontam o desafio da construção de um marco teórico-conceitual da AF devido à complexidade que envolve a área, com diversas interfaces na vida social, potencializada pela centralidade no medicamento, que é um objeto que circula entre ciência, mercado e sociedade e que possui uma multiplicidade de sentidos: mercadoria, bem social, tecnologia em saúde e meio de trabalho.

Em descompasso com os processos iniciais de implementação do SUS, somente após dez anos foram estabelecidas as primeiras iniciativas para a reestruturação da AF e avanços em políticas importantes relacionadas aos Medicamentos/AF (OLIVEIRA; BORGES, 2014; COSTA *et al.*, 2017).

Com o objetivo de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais, foi publicada, em 1998, a Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde. Essa política tinha como foco a melhoria das condições de assistência à saúde da população e das práticas técnico-gerenciais direcionadas a processos de qualidade, atendendo a requisitos de segurança e adequação às normas e legislações vigentes no país (BRASIL, 1998; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica surgiu, por sua vez, em 2004 e representou um marco na perspectiva da obtenção de resultados concretos e de melhoria da qualidade de vida da população. De acordo com essa política, a AF envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e norteia a formulação de políticas setoriais. Um dos eixos estratégicos discriminados nessa política é o desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2004; VIEIRA, 2010), que direciona para a importância do capital humano que cria, produz valor e tem preponderância no desempenho e efetividade dos serviços (CARMO *et al.*, 2018).

Assim, a AF é o resultado da combinação de estrutura, pessoas e tecnologias, num dado contexto social, com componentes de natureza técnica, científica, administrativa e política, a fim de contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população, integrando ações de promoção, prevenção, recuperação e

reabilitação da saúde, em todos os níveis de atenção (NICOLINE; VIEIRA, 2011; PUPO *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2017).

A APS é a principal estratégia do SUS para estruturar o modelo assistencial, há mais de 20 anos no Brasil (PINTO; GIOVANELLA, 2018). É considerada a porta de entrada do sistema de saúde, coordenadora do cuidado e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade. Desempenha um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade, sendo as UBS instaladas no local mais próximo da vida das pessoas, perto de onde moram, trabalham, estudam e vivem (BRASIL, 2013b).

O objetivo da APS é o desenvolvimento de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. O que é alcançado por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2013b).

A inserção do farmacêutico na APS se deu, de modo mais efetivo, com a criação do NASF, em 2008. O NASF surgiu como dispositivo estratégico que amplia o escopo de ações da atenção primária, a capacidade resolutiva e o compartilhamento de saberes. As equipes do NASF são constituídas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e a inclusão do farmacêutico nesse núcleo objetivou garantir o acesso à farmacoterapia eficiente e de qualidade, promover o uso racional e seguro de medicamentos, contribuir para que o investimento em medicamentos significasse incremento em saúde da população, de forma integrada à Saúde da Família (BRASIL, 2008, 2010, 2014). No entanto, os serviços relacionados aos medicamentos muitas vezes ainda são caracterizados como pontos de apoio e logísticos e não como integrantes essenciais do cuidado, o que contribui para a fragmentação dos serviços farmacêuticos e sua descontextualização na APS (MENDES; LEITE; STORPIRTIS, 2019).

A Política Nacional de Atenção Básica orienta que os municípios tenham propostas definidas para AF básica que inclua o funcionamento do serviço de dispensação de medicamentos essenciais nas UBS (BRASIL, 2013b;

STEPHANELLI, 2015). Entretanto, Leite *et al.* (2017) constataram que pouco mais da metade dos municípios brasileiros dispensam medicamentos do componente básico da AF em todas as suas unidades de saúde, enquanto os demais têm outras formas de organização, como, por exemplo, a concentração da dispensação em farmácias centralizadas ou em unidades de referência, distantes da provisão dos demais cuidados em saúde.

O município do Rio de Janeiro, por exemplo, tem concentrado esforços para o desenvolvimento das atividades da AF vinculadas diretamente às unidades de saúde e com presença do profissional farmacêutico. Essa estruturação visa promover um trabalho com a família, a corresponsabilização no cuidado, a formação de vínculo com o paciente e a troca de informações e experiências com os demais profissionais, de forma interdisciplinar (LUQUETTI *et al.*, 2018).

Araújo *et al.* (2008), em sua análise da AF na APS, constataram que nas UBS, de maneira geral, as farmácias são locais de armazenamento de medicamentos até a dispensação e que ocupam espaços relativamente pequenos, com cerca de 20 metros quadrados, nas quais os medicamentos são dispensados através de uma 'janela' ou balcão envidraçado. A dispensação normalmente é atribuição do atendente de farmácia, que, na maioria dos casos, não é um técnico habilitado.

A dispensação é o ato de entrega ao usuário, com base em prescrição de profissional habilitado, do medicamento correto, na dose correta, em quantidades adequadas e com informações suficientes para seu preciso uso (BRASIL, 2009). Trata-se de um processo que tem início com a chegada do usuário à farmácia e é afetado por fatores relacionados à qualidade da área de espera e, principalmente, pelas atitudes e pelo comportamento do trabalhador no contato com os usuários (ESHER *et al.*, 2011). Constitui, ainda, momento importante para identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica, antes que eles alcancem efetivamente o paciente (PINHEIRO, 2014).

A provisão de cuidado orientado ao usuário através do serviço de dispensação é influenciada por condições de trabalho, tempo, infraestrutura, gestão dos serviços, falta de integração às ações de saúde, além da abordagem limitada da dispensação, com entendimento simplista de entrega de medicamentos,

atendimento a normas legais ou mera burocracia, que se reflete na prática e qualidade do serviço prestado, com impactos para trabalhadores e usuários. Para que alcance seus objetivos, os serviços de saúde precisam organizar e qualificar o processo de dispensação de medicamentos como ação fundamental (LEITE *et al.*, 2017). Além disso, Lima *et al.* (2017) constataram, em estudo nacional realizado na APS sobre uso racional de medicamentos e fatores associados, que o relato por dispensadores da presença de farmacêutico nas unidades de saúde, com carga horária igual ou superior a 40 horas semanais, esteve relacionado com 1,82 mais chance de uma orientação mais qualificada do usuário sobre o modo de usar os medicamentos, no processo de dispensação.

A atribuição da gestão da AF é do farmacêutico, sendo este um serviço extremamente visado, tanto pela população quanto pelos gestores municipais (LUVISON, 2015). Na lógica da Estratégia de Saúde da Família, as responsabilidades direcionadas ao farmacêutico e sua equipe perpassam pela garantia de efetivação do acesso, racionalidade e segurança do uso de medicamentos, pois promovem ações que possibilitam aos usuários a melhor compreensão de sua saúde, seus medicamentos, seu projeto terapêutico. Desse modo, há necessidade de reorientação de políticas e estratégias relacionadas a medicamentos, que, até o presente momento, estiveram centradas no produto, com mudança de foco para os indivíduos, a família e a comunidade, com suas necessidades e condições de saúde (RICIERI *et al.*, 2006; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015; SILVA; DE LIMA; LIRA, 2016).

A demanda por medicamentos é crescente, o que exige dos gestores não só o foco no abastecimento, mas também uma preocupação com a estrutura e com os recursos humanos das farmácias das UBS. A equipe da AF apresenta necessidades para fornecimento de um serviço de qualidade à população e, dentre esses requisitos, não só a qualificação dos profissionais envolvidos se torna fundamental, mas também a integração da equipe nos procedimentos realizados, o que influencia diretamente a visão da população em relação à gestão da saúde e a forma com que os recursos públicos estão sendo utilizados (OLIVEIRA; VIEIRA, 2015). O trabalho desenvolvido pelo gestor em saúde consiste, desse modo, em uma tarefa gerencial

integrada, que compreende um processo de pensar, decidir, agir e obter resultados (COSTA *et al.*, 2015).

Carvalho (2014), em seu estudo de gestão de processos aplicado a uma farmácia da atenção primária, ressaltou a necessidade de implementação do controle da dispensação focando em indicadores de resultado e promovendo melhorias deste processo-chave, como a necessidade de contratação e capacitação de técnicos habilitados, técnicos de farmácia, com impacto na estagnação ou involução do serviço prestado.

A pesquisa documental e as entrevistas realizadas por Pereira, Luiza e Cruz (2015) sobre os serviços farmacêuticos na APS do município do Rio de Janeiro convergiu para a importância da implantação simultânea de um conjunto mínimo de ações gerenciais e clínicas para que os serviços alcancem seus objetivos primários de acesso e promoção do uso racional. Demonstraram ser fundamental o investimento na construção de ferramentas de gestão que possam facilitar a comunicação de objetivos e práticas aos gestores, profissionais e usuários, além do fato de que atividades ligadas à formação profissional e autoavaliação colaboram para a melhoria dos processos de trabalho em saúde.

Desse modo, a criação de programas de capacitação, fixação e valorização de recursos humanos é necessária ao desenvolvimento e qualificação das atividades da AF na RAS (PUPO *et al.*, 2014). Os trabalhadores devem ser considerados agentes neste processo, valorizados como sujeitos ativos na construção de mudanças, que parte da compreensão das condições de trabalho e da percepção de cada um sobre a organização e o serviço (TOMASI *et al.*, 2008; COSTA *et al.*, 2013). Compreender o trabalho para transformá-lo passa, necessariamente, pela construção do ponto de vista dos trabalhadores e essa perspectiva tem guiado estudos no campo da saúde coletiva (BOSI, 2012; BARBERATO SCHERER; LACOURT, 2019).

2.2 Cultura e clima organizacional

A percepção dos trabalhadores sobre diferentes aspectos do seu trabalho é responsável por direcioná-los em seu ambiente e em linhas consistentes de ação

(MENEZES *et al.*, 2009). Entretanto, o que se observa, muitas vezes, é a falta de espaços para escuta do trabalhador e de sua inclusão como agente na tomada de decisão, com maior autonomia e valorização (ALMEIDA; BAPTISTA, 2017).

O comportamento organizacional investiga e analisa, desse modo, a influência que a estrutura organizacional, os indivíduos e os grupos têm sobre o comportamento de cada pessoa dentro das organizações e sobre o trabalho desempenhado, com o propósito de usar esse conhecimento para melhorar a eficácia organizacional (ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2010; ALMEIDA; BAPTISTA, 2017).

No contexto das organizações, é consenso que o ambiente e o clima influenciam a ação da gerência e o comportamento dos indivíduos (ALMEIDA, BAPTISTA, 2017) e, dessa forma, diferentes são os construtos investigados por esse campo, sendo o clima organizacional um dos principais e mais relevantes à detecção dos elementos reguladores e orientadores do comportamento humano dentro de organizações (MENEZES *et al.*, 2009; MENEZES; GOMES, 2010).

A estruturação do trabalho é resultado de um processo intersubjetivo, no qual se encontram envolvidos diversos sujeitos em interação com uma realidade específica, com dinâmica própria daquele contexto, que implica a produção de significações psíquicas e construção de relações sociais. Pesquisas de clima organizacional são ferramentas de gestão estratégica que permitem, além de uma análise interna, o acompanhamento do estado de satisfação e comprometimento dos colaboradores com a organização, gerando conhecimento a ser aplicado em ações para crescimento e desenvolvimento das pessoas, melhoria da produtividade, qualidade e resultados (SANTOS; PARANHOS, 2017).

Não existe um consenso entre os pesquisadores da área de uma definição integrada e única para clima organizacional (MENEZES *et al.*, 2009). O conceito vem se adaptando historicamente às diversas teorias organizacionais e concepções que os estudos científicos têm dado em relação aos aspectos do comportamento humano nas organizações (KELLER; AGUIAR, 2020).

Atualmente, há tendência à concordância de que a cultura organizacional tem caráter mais permanente, cumpre um papel mais normativo e é voltada ao compartilhamento de valores que fornecem uma identidade/personalidade à

organização, sendo passível de mudança, porém em um processo mais lento (MENEZES *et al.*, 2009; ALMEIDA; BAPTISTA, 2017).

O clima organizacional, por sua vez, é uma condição temporária, formada pelos significados construídos pelos indivíduos, percepção compartilhada pelos trabalhadores sobre o ambiente organizacional, que guiam suas decisões e ações, sendo mais fácil a intervenção (MENEZES *et al.*, 2009; ALMEIDA; BAPTISTA, 2017).

Segundo Sorio (2004), o clima é a percepção coletiva que as pessoas têm da organização, através da experimentação de práticas, políticas, estrutura, processos, e sistemas, e a consequente reação a essa percepção. Poderia ser compreendido, ainda, como a tendência ou inclinação ao atendimento das necessidades da organização e das pessoas que ali trabalham, manifestando-se como um indicativo da eficácia organizacional (HERNANDEZ; MELO, 2003).

Na área de saúde, alguns fatores têm influenciado o perfil de morbidade dos trabalhadores e a qualidade da assistência prestada, como o avanço tecnológico, a ênfase na qualidade assistencial, a exigência por alta produtividade e a precarização do trabalho (BAPTISTA, 2014). Neste contexto, conhecer e refletir sobre o clima organizacional é um recurso importante para promoção de um ambiente de respeito e integração, como parte da estratégia organizacional para o desenvolvimento do seu capital humano, tornando-o mais comprometido e beneficiando tanto a organização quanto o trabalhador (ALMEIDA; BAPTISTA, 2017). Os usuários do serviço, as organizações e os funcionários são beneficiados com um clima organizacional favorável e o oposto também ocorre, todos perdem com um clima organizacional desfavorável (BISPO, 2006).

A análise, o diagnóstico e as sugestões proporcionados por pesquisas de clima organizacional são valiosos instrumentos para a melhoria da qualidade do trabalho, aumento da produtividade e consolidação de políticas internas, que se refletem no próprio clima (BISPO, 2006). A criação de um clima organizacional que satisfaça as necessidades de seus membros e, ao mesmo tempo, canalize este comportamento motivado na direção dos objetivos organizacionais, aumenta a eficiência da organização (KELLER; AGUIAR, 2020).

Entretanto, os estudos de clima organizacional, embora particularmente úteis, ao ajudarem a entender melhor a dinâmica da relação indivíduo-organização, têm sido muitas vezes negligenciados como instrumentos de gestão (KELLER; AGUIAR, 2020; SANTOS, 2000). Em instituições de saúde, faz-se necessária a análise individual dos elementos que afetam o comportamento organizacional com o objetivo de intervir e melhorar a qualidade da assistência, a segurança e eficácia organizacional (ALMEIDA; BAPTISTA, 2017).

Neste sentido, as pesquisas de clima organizacional são uma forma de mapear o ambiente interno da organização para permitir intervenção efetiva nos principais focos de problemas, melhorando o ambiente de trabalho. Constituem instrumentos que criam uma base de informações, a partir do levantamento de suas necessidades, com o objetivo de retratar o momento motivacional dos funcionários da instituição, através da apuração de seus pontos fortes, deficiências, aspectos críticos, expectativas e aspirações. Essas informações permitem a definição de planos de ação para melhoria do clima organizacional, e, conseqüentemente, dos resultados da organização (SORIO, 2004).

É de extrema importância a atenção do gestor relativa ao clima construído com seu grupo de trabalho, tendo por base que não possui controle sobre todas as regras organizacionais, porém é a ponte ou o catalisador de muitas delas. A atuação do gestor é vista como atuação da própria organização e regras adotadas se concretizam, muitas vezes, a partir das ações do gestor, que deve ter a clareza de que climas favoravelmente descritos pelos membros de equipes estão associados a menor nível de estresse dos trabalhadores (PUENTE-PALACIOS; PACHECO; SEVERINO, 2013).

Portanto, a utilização de instrumentos validados para avaliação do clima organizacional na APS pode contribuir para o conhecimento da percepção dos trabalhadores dessa área e ajudar a gestão no direcionamento das ações e procedimentos necessários para o alcance de metas estabelecidas (SANTOS; PARANHOS, 2017).

2.3 Segurança do paciente e clima de segurança

Na cultura organizacional está contida a cultura de segurança (VICENT, 2009), que é definida como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam o compromisso, o estilo e a capacidade da gestão de saúde e da segurança de uma organização (FLIN *et al.*, 2009).

Por sua vez, o clima de segurança é definido como o componente mensurável da cultura de segurança, por meio de percepções individuais dos profissionais sobre a segurança em sua organização, em momento particular do tempo (YULE; 2003; SEXTON *et al.*, 2006; WIEGMANN; VON THADEN; GIBBONS, 2007; FLIN *et al.*; 2009). Devido à especificidade atribuída à estrutura organizacional de instituições de saúde, onde cada área/subárea apresenta dinâmica própria, setores específicos, como a farmácia, podem ser avaliados individualmente em relação ao clima de segurança (CARVALHO, 2011).

A avaliação da cultura de segurança por meio da aplicação de instrumentos de mensuração do clima de segurança é relevante medida que as instituições de saúde devem utilizar para direcionar esforços e intervenções em prol de processos de trabalho que priorizem a segurança do paciente (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Há um movimento global, nos últimos anos, pautado na temática de segurança do paciente, definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde e que se tornou prioridade na área, pois é considerada pré-requisito da assistência em saúde e elemento essencial para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população (CARVALHO, 2011; DIAS *et al.*, 2014; SOUZA, 2015; REIS; SILVA, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2017). Esse movimento envolve esforços de todo o sistema de saúde, com o objetivo de promover o gerenciamento de riscos e um ambiente seguro, incluindo, entre outras práticas, a segurança relacionada aos medicamentos (DIAS *et al.*, 2014).

Corroborando com essa preocupação, no Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que definiu seis protocolos a serem implantados pelas instituições de saúde, entre eles o

de segurança na prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos (BRASIL, 2013c). No mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada 36, que instituiu ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2013b).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados de forma inadequada em todo o mundo e cerca de 50% dos pacientes usam medicamentos incorretamente, levando a alto índice de morbimortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Por outro lado, dados divulgados pela *National Patient Safety Agency*, do Reino Unido, demonstraram que as causas mais comuns de eventos adversos foram relacionadas a medicamentos (15,6%), acesso ou transição (13,11%), manejo clínico (8,3%), documentação (7,4%), comunicação (5,5%) e infraestrutura (3,0%) (SINGER *et al.*, 2009).

Os resultados da distribuição de medicamentos implicam riscos para a saúde dos usuários e podem ser altamente danosos e letais, demandando estratégias de aperfeiçoamento contínuo dos processos de trabalho para qualificação do saber e do serviço prestado (CARVALHO *et al.*, 2015). Os erros advindos podem gerar sérias consequências para pacientes e famílias e são resultados de condições que dispersam a atenção do profissional, em trabalho sob pressão, em espaços restritos, na falta de capacitação, qualificação, na ausência ou sobrecarga de trabalho, cansaço e estresse dos profissionais, com deficiências de raciocínio clínico para abordar as questões necessárias (NÓRDEN-HÄGG *et al.*, 2010; LEITE *et al.*, 2017). Desse modo, a segurança, efetividade e eficiência dos serviços prestados na área de saúde dependem da organização dos processos envolvidos e gestão do plano terapêutico (SANTOS *et al.*, 2014).

Assim, a dispensação de medicamentos deve ser interpretada como serviço de complexidade, exigindo que sejam estudados e definidos parâmetros de estruturação e qualificação técnica. O estresse ocupacional, que é comumente relatado por profissionais de saúde, principalmente entre profissionais da equipe de enfermagem, sobretudo com problemas relativos à carga de trabalho e às restrições à autonomia, pode resultar em exaustão emocional e aversão ao paciente, erros de

trabalho, redução da produtividade, sentimentos de desconforto com o serviço prestado, doença (DIAS *et al.*, 2009; CARVALHO *et al.*, 2017).

Ainda são pouco conhecidos os riscos presentes no nível primário de atenção à saúde e suas repercussões para a saúde dos pacientes, pois as discussões sobre segurança do paciente nesse cenário ainda são incipientes, especialmente em países de baixa e média renda, como o Brasil. Em detrimento desta lacuna, em todo o mundo, a APS é o setor que realiza o maior número de atendimentos de saúde (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Torna-se, desse modo, relevante e oportuno conhecer e refletir sobre a segurança do paciente relacionada ao gerenciamento de segurança e à cultura organizacional, uma vez que esta afeta diretamente a prática profissional (TOBIAS *et al.*, 2014). A maioria das instituições brasileiras não conhece qual seu clima ou cultura para segurança do paciente, quais suas maiores fragilidades e fortalezas nesse aspecto (SANTIAGO, 2014), implicando a necessidade de pesquisas voltadas para essa área com finalidade de traçar estratégias para reduzir resultados negativos (RODRIGUES *et al.*, 2017).

As organizações reconhecidas por possuírem uma cultura de segurança positiva parecem estar alicerçadas em uma base de comunicação franca e de confiança entre os trabalhadores, permeada pela consciência da importância da segurança e da adoção de medidas preventivas no contexto organizacional (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

A cultura de segurança deve ser prioritária e amplamente difundida nos serviços de saúde, partindo-se do entendimento de que falhas e erros humanos são esperados em qualquer instituição e, dessa forma, é necessário o desenvolvimento de estratégias para a prevenção e apoio à formação e capacitação dos profissionais de saúde nesta temática (DIAS *et al.*, 2014).

É fato que a assistência à saúde está cada vez mais complexa, fragmentada e com práticas não seguras, de modo que, não é suficiente o compromisso e empenho individual por parte dos profissionais para evitar erros (LIMA, 2014). O erro, neste contexto complexo, raramente é isolado, as falhas ativas e as condições latentes contribuem para a ocorrência de um dano (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Por sua vez, as discussões sobre a responsabilização e a maneira de lidar com os erros dentro do sistema de saúde são polêmicas (LIMA, 2014).

É fundamental que as organizações de saúde se empenhem para superar a cultura tradicional da culpa e castigo e passem a incentivar uma cultura do relato e do aprendizado com os erros e acidentes, de modo a criar condições para que a segurança do paciente seja encarada como responsabilidade de todos e não apenas de alguns (LIMA, 2014).

Além do estímulo à adoção de atitudes seguras, a complexidade dos processos de assistência à saúde exige que sejam fornecidas condições adequadas de trabalho para os profissionais de saúde (SOUZA, 2015). Investir na redução do erro implica uma avaliação mais ampla do contexto, analisando características do trabalho em grupo, do modelo de gestão e da cultura da organização (SANTIAGO, 2014). Dessa forma, a avaliação dos processos e das condições de trabalho nas quais os profissionais estão inseridos permite identificar as falhas existentes e não apenas os responsáveis pelo erro (SOUZA, 2015).

Estudos sobre cultura de segurança enfatizam que influências e falhas na estrutura organizacional e em decisões gerenciais representam os principais fatores de impacto sobre o clima e segurança de todo o sistema assistencial/produção do cuidado. Entre esses fatores, os que apresentam maiores déficits estão relacionados às condições de trabalho como supervisão, comunicação, equipamentos, conhecimento e habilidade, treinamento profissional, com impacto na satisfação profissional. Somam-se as características pessoais dos profissionais de saúde e do próprio paciente, que também são determinantes na variabilidade da prática clínica. Desse modo, um grande desafio para a segurança do paciente nos serviços de saúde é criar uma cultura de segurança que permeie todas as ações da prática assistencial (BOGNÁR *et al.*, 2008; CARVALHO, 2011; SANTIAGO; TURRINI, 2015).

As deficiências na comunicação e no trabalho em equipe, enfatizadas por diferenças hierárquicas, poder e conflitos no contexto do trabalho no campo da saúde, fazem com que as categorias profissionais atuem em paralelo, em detrimento da coletividade, o que impacta na segurança (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Para que iniciativas que priorizem a segurança do paciente sejam realizadas, as instituições de saúde devem inicialmente mensurar a cultura de segurança entre os seus profissionais com o objetivo de identificar os pontos que requeiram maior investimento. Para isso, podem se utilizar de ferramentas que meçam a percepção do clima de segurança, considerada a medida temporal da cultura (RODRIGUES *et al.*, 2017), o conjunto de crenças e percepções dos trabalhadores sobre a segurança no local de trabalho (CARVALHO, 2011; SOUZA, 2015).

A avaliação do clima de segurança pode ser realizada por meio de metodologias e técnicas qualitativas (grupos focais, estudos observacionais e estudos de caso) ou quantitativas (formulários, questionários). Essas são mais utilizadas devido a sua praticidade no que se refere ao custo-efetividade da avaliação (RODRIGUES *et al.*, 2017). Escalas para medir o clima de segurança em organizações de saúde são métodos usados desde o começo dos anos 80 do século XX (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

A avaliação do processo de trabalho nas farmácias de UBS e do clima de segurança é fundamental para qualificação da assistência prestada ao usuário e qualidade do trabalho. Esta avaliação pode ser realizada de maneira rápida e confiável através de questionário, para obter informações sobre a visão do trabalhador sobre este lugar, reconhecimento do pluralismo de valores e distintos pontos de vista de grupos de interesses no processo avaliativo, para que as ações possam ser planejadas (CARVALHO *et al.*, 2015; CARVALHO *et al.*, 2017).

2.4 Cultura e clima de segurança na Atenção Primária à Saúde

Para o levantamento de publicações referentes à pesquisa sobre cultura organizacional para segurança do paciente na APS no Brasil e no mundo, nos últimos 5 anos, através do uso de questionários, procedeu-se à busca de literatura nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed, nos dias 04 de março de 2021 e 13 de abril de 2021, respectivamente.

Para a busca dos trabalhos científicos, os termos “cultura de segurança” e “cultura organizacional” foram combinados com os termos “segurança do paciente” e

“atenção primária”, da seguinte forma: (“patient safety”) AND (“culture safety” OR organizational culture”)) AND (“primary health care” OR “primary care”). Os descritores controlados utilizados para a busca (DeCS/MeSH) estão apresentados no Quadro 1.

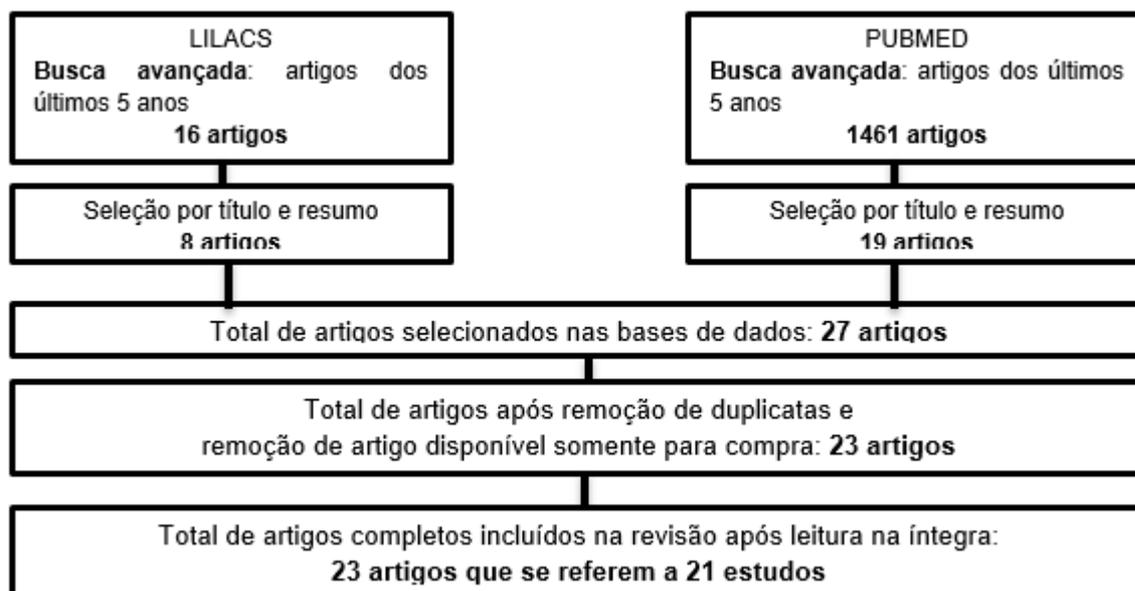
Quadro 1 – Descritores utilizados nas buscas nas bases de dados

Palavras Chave	Descritores Decs/Mesh
Segurança do paciente	Patient Safety
Cultura de segurança	Culture safety
Cultura organizacional	Organizational Culture
Cuidados primários /Atenção primária à saúde	Primary Care/ Primary Health Care

Fonte: Elaborado pela autora.

Foram encontrados 16 e 2461 artigos, respectivamente nas bases de dados LILACS e PubMed. A busca foi realizada empregando-se filtro, sendo recuperadas publicações dos últimos cinco anos (2016 a 2021). Para selecioná-las, realizou-se a leitura dos títulos e dos resumos de forma a localizar estudos que utilizaram questionários para avaliar a cultura de segurança do paciente, no nível primário de atenção à saúde. Após esse procedimento, foram selecionadas 27 publicações, sendo 8 artigos na LILACS e 19 no PubMed. Desses, foram excluídos 3 artigos que estavam em duplicata e 1 artigo disponível apenas para compra, resultando em 23 para leitura na íntegra. Após a leitura completa, mantiveram-se incluídos os 23 artigos que compõem esta revisão, que correspondem a 21 estudos, tendo em vista que há artigos contemplando diferentes aspectos de um mesmo estudo. A Figura 1 detalha a sequência de passos realizados na busca e seleção dos artigos.

Figura 1 – Fluxograma de artigos selecionados



Fonte: Elaborada pela autora.

A seleção final de artigos é apresentada no Apêndice A, o qual discrimina os títulos dos artigos incluídos nesta revisão, autores, ano de publicação, questionários utilizados, locais dos estudos e público-alvo, em ordem alfabética por autores.

Os artigos referem-se a estudos que foram realizados em 15 países: Albânia (1), Brasil (8 artigos referentes a 6 estudos), Egito (1), Eslovênia (1), Estados Unidos da América (1), Holanda (1), Irlanda (1), Itália (1), Jordânia (1), México (1), Omã (1), Polônia (1), Qatar (1), República da Moldova (1) e Tunísia (2). As publicações foram realizadas em 20 periódicos diferentes, somente o periódico “*BMC Family Practice*” apresentou mais de uma publicação (3).

Por muitos anos, a segurança do paciente, e cultura de segurança, foi estudada principalmente no ambiente de cuidados hospitalares, porém nos últimos anos tem havido um interesse crescente na segurança do paciente na APS, na qual ocorre o maior número de atendimentos. Vários estudos apresentados nesta revisão foram descritos como o primeiro ou um dos primeiros a investigar a cultura organizacional para segurança do paciente na APS em seu país (EL ZOGHBI *et al.*, 2018; LAWATI *et al.*, 2019; MACEDO *et al.*, 2020b; PAI *et al.*, 2020; SMITS *et al.*, 2018).

Em relação às metodologias adotadas, a maioria dos estudos utilizou a abordagem quantitativa, com emprego majoritário de questionários específicos e validados, traduzidos para diferentes línguas e adaptados para avaliação dos desfechos. Quanto aos questionários empregados, os 21 estudos utilizaram 4 tipos de questionários validados. Os questionários utilizados foram: a) *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) (8), em diferentes versões, sendo *Ambulatory Version* (SAQ-AV) utilizado por 6 estudos e *Short form* (SAQ - Short Form) por 2 estudos, b) *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) (7), c) *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (4), *Primary Care-SafeQuest* (PC-SafeQuest) (1), d) um estudo utilizou quatro perguntas previamente validadas, sem especificar questionário específico.

Os anos com maior número de publicações foram 2019 e 2020, com 7 publicações cada, seguido por 2018 (6), 2017 (2) e 2016 (1). As pesquisas foram realizadas no nível primário de atenção à saúde, sendo 3 estudos realizados no nível de cuidados de saúde primários fora do horário de expediente, que é um serviço desenvolvido no período das 17h00 às 8h00, e foram realizados nos países: Eslovênia, Holanda e Itália.

Em relação aos participantes das pesquisas, 17 estudos apresentaram como maioria participantes do sexo feminino, somente 2 apresentaram maioria do sexo masculino e 2 não discriminaram essa informação. Os profissionais incluídos nas pesquisas foram de diversas categorias, sendo a maioria multiprofissionais, 2 exclusivas com a enfermagem e 2 exclusivas com médicos. Somente 5 estudos incluíram farmacêuticos na pesquisa, porém nenhum voltado para avaliação do trabalho especificamente em farmácias de atenção primária.

Os principais resultados dos estudos, alinhados aos objetivos, são apresentados de forma sintetizada no Apêndice B. Após a leitura dos artigos, foi possível identificar que a percepção geral sobre cultura e clima de segurança foi bastante variável nos estudos, sendo considerada positiva em 10 estudos que a especificaram (estudos 1, 2, 3, 7, 9, 10, 13, 16, 17, 20 do Apêndice B). Os aspectos mais relacionados à necessidade de mudanças e aprimoramento foram: apoio dos gestores/percepção da gerência; pressão, ritmo de trabalho e estresse; processo e condições de trabalho; resposta não punitiva a erros e abertura à comunicação. Os

domínios que foram considerados positivos com maior frequência foram: trabalho em equipe; satisfação no trabalho; aprendizado organizacional e melhoria contínua e seguimento do cuidado ao paciente.

Em relação à percepção da gerência, Galhardi *et al.* (2018) pontuam que a liderança na APS apresenta competência fundamental para o desenvolvimento de mudanças e para direcionar o processo de trabalho em equipe. De modo que há necessidade de aproximação dos gestores com os demais trabalhadores, a partir de abertura e horizontalidade interprofissional, visando à construção em conjunto de melhorias no trabalho e no atendimento à saúde (MACEDO *et al.*, 2020b).

Por sua vez, a percepção negativa sobre a sobrecarga de trabalho pode ser decorrente da elevada demanda de atendimentos dos usuários, exigência de produção pelos gestores, rotatividade ou ausência de trabalhadores, além de desprazer e fadiga associados à elevada demanda de cuidados por parte de equipes que vivenciam altas taxas de violência e vulnerabilidade social, fatores que influenciam na segurança e no cuidado prestado (PAI *et al.*, 2020).

É essencial o estabelecimento de uma cultura na qual os indivíduos sejam apoiados para identificar e relatar problemas relacionados à segurança, sem ameaça de ação punitiva ou culpa. Tendo em vista que esses relatos são parte integrante de um ciclo contínuo de melhoria da segurança do paciente e da qualidade do atendimento que inclui a identificação de erros, relatórios, análises e ações corretivas (TLILI *et al.*, 2020). Destaca-se, nesse sentido, a relevância de uma comunicação eficaz entre os profissionais, entre o usuário e o serviço como elo para segurança na assistência (SOUZA *et al.*, 2019).

A positividade para a satisfação no trabalho indica que os participantes estão razoavelmente satisfeitos com seu trabalho e estarão positivamente envolvidos na aceitação e implementação de futuras iniciativas de melhoria da qualidade. (KHAMAISEH; AL-TWALBEH; AL-AJLOUNI, 2020). Macedo *et al.* (2020b) reforçam que, apesar dos desafios encontrados na implantação da cultura de segurança do paciente, há um grau de satisfação dos trabalhadores para com a APS.

O trabalho em equipe, que é de fundamental importância na atenção primária, uma vez que prestadores de cuidados de saúde com diferentes experiências profissionais estão envolvidos no manejo dos pacientes (KLEMENC-KETIŠ *et al.*,

2017), foi percebido como positivo em vários estudos, demonstrando forte senso de trabalho em equipe dentro das unidades. Essa percepção positiva pode melhorar a cultura de segurança ao aumentar os sentimentos de respeito mútuo e confiança de que os membros da equipe podem e irão manter os pacientes seguros (BLUMENTHAL; CHIEN; SINGER, 2018).

Conclui-se que a análise do clima de segurança em instituições de saúde permite o reconhecimento de pontos de fragilidade que requeiram mudanças na estrutura organizacional, permitindo, assim, aplicar o conhecimento para favorecer a melhoria da qualidade do serviço e segurança para o paciente. Em face de não ter sido encontrado nas bases de dados pesquisadas nenhum artigo sobre cultura de segurança nas farmácias da APS, evidencia-se a importância deste estudo.

3 METODOLOGIA

3.1 Abordagem da pesquisa e método

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, que objetiva estudar fenômenos sociais em seu contexto natural, com ênfase na compreensão de uma realidade específica e nos significados atribuídos à realidade pelos diferentes atores (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999).

A abordagem qualitativa tem por base a perspectiva do significado subjetivo das questões abordadas pelos participantes, a partir da realidade vivida, visando interpretar os sentidos que as pessoas lhes atribuem. O interesse está na perspectiva dos participantes sobre práticas do seu cotidiano e não significa que não é possível utilizar técnicas quantitativas na coleta e análise de dados, ao contrário, técnicas quantitativas e qualitativas podem ser mescladas (FLICK, 2009, 2013).

Caracteriza-se, ainda, pela visão holística, segundo a qual o entendimento do significado de um evento ou comportamento decorre da compreensão das inter-relações que surgem de determinado contexto, e pela abordagem intuitiva, que categoriza e dimensiona progressivamente as informações de interesse ao longo da coleta e análise de dados (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999).

O método é o estudo de caso descritivo, com uso de técnicas quantitativas e qualitativas, e o corte da pesquisa é transversal, sendo a mensuração realizada para captar e caracterizar o clima de segurança das farmácias em momento específico da pesquisa (FLICK, 2013).

Estudos de caso surgem da necessidade de se compreender fenômenos sociais complexos, de forma a se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real. Trata-se de uma investigação empírica para se examinar acontecimentos contemporâneos dentro de um contexto da vida real, quando não há definição clara de limites entre o fenômeno e o contexto (YIN, 2001).

O estudo de caso analisa de modo aprofundado uma unidade (TRIVIÑOS, 1997), utilizando-se de uma variedade de evidências que convergem em relação ao mesmo conjunto de fatos ou descobertas, coletadas por diferentes tipos de fontes, como entrevistas, questionários e documentos (YIN, 2001). O caso em estudo

apresenta como unidade de análise o clima de segurança das farmácias da atenção primária da regional nordeste de Belo Horizonte.

A finalidade da pesquisa é a descrição das características de determinada população ou fenômeno (FLICK, 2013), no caso, descrição do clima de segurança das farmácias de UBS, com possibilidade de estabelecimento de correlações entre variáveis e definição de sua natureza. O compromisso principal não é explicar os fenômenos que descreve, embora possa embasar essa explicação (VERGARA, 2004).

3.2 Unidade de análise e seleção dos participantes da pesquisa

A unidade de análise é o clima de segurança das farmácias das UBS da regional nordeste de Belo Horizonte e os participantes da pesquisa foram os profissionais que atuam nessas farmácias: farmacêuticos e profissionais de nível médio/técnico.

A regional nordeste de Belo Horizonte, campo do estudo, possui 21 UBS, cada uma com uma farmácia, excetuando uma unidade que possui duas farmácias, por ser estruturada em dois prédios, cada um com uma farmácia: Vila Maria/João Vital e anexo Vila Maria/João Vital. Essa regional foi selecionada por acessibilidade e conveniência, por ser o distrito sanitário onde a farmacêutica pesquisadora trabalha.

Na regional nordeste atuam 11 farmacêuticos na APS, sendo que 9 são profissionais com carga horária semanal de 40 horas que coordenam 2 farmácias, cumprindo, dessa forma, 20 horas semanais em cada unidade de saúde; um farmacêutico tem carga horária semanal de 40 horas e presta assistência a três farmácias e um farmacêutico tem carga horária semanal de 20 horas e atua em apenas uma unidade.

Os 122 profissionais de nível médio/técnico que trabalham nas farmácias em sua maioria são da área de enfermagem, porém, a partir de 2019 a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte possibilitou a contratação de técnicos de farmácia, além desses, em algumas unidades atuam profissionais de nível médio de outras categorias em processo de readaptação funcional. A contratação de técnicos

de farmácia foi facultada às unidades de saúde que apresentavam vaga de Técnico de Serviços de Saúde não preenchida, sendo um por turno, e os gerentes das UBS puderam optar ou não pela contratação dessa categoria.

É preconizado pela Secretaria Municipal de Saúde que em cada farmácia atuem dois profissionais de nível médio/técnico por turno, em organização variável de acordo com a realidade de cada unidade de saúde. A organização da escala dos profissionais que atuam nas farmácias é realizada pelos enfermeiros das unidades de saúde, pois é considerado um setor que entra no rodízio dos profissionais de nível técnico/médio, que precisam cobrir os seguintes setores: farmácia, vacina, sala de observação, curativo, eletrocardiograma, coleta de exames de sangue, além das atribuições das ESF para os que as compõem. Ainda que algumas unidades tenham optado por contratar técnico de farmácia, um por turno, o segundo profissional que atua na farmácia continuou incluído na escala da equipe de enfermagem.

Desse modo, a população alvo do estudo foi constituída por 10 farmacêuticos e 122 profissionais de nível médio/técnico que trabalham nas farmácias de 19 UBS da regional nordeste de Belo Horizonte, discriminados no Quadro 2, tendo em vista que foram excluídas as duas unidades nas quais a farmacêutica pesquisadora atua e a própria pesquisadora. Participaram efetivamente da pesquisa 10 farmacêuticos e 94 profissionais de nível médio/técnico.

Quadro 2 – Quantitativo de profissionais de nível médio/técnico atuantes nas farmácias

Unidade Básica de Saúde	Número de profissionais de nível médio/técnico que atuam nas farmácias (identificados pelos farmacêuticos de cada unidade)
Centro de saúde Alcides Lins	5
Centro de saúde Cachoeirinha	5
Centro de Saúde Capitão Eduardo	7
Centro de Saúde Conjunto Paulo VI	8
Centro de Saúde Dom Joaquim	4
Centro de Saúde Efigênia Murta	6
Centro de Saúde Gentil Gomes	5
Centro de Saúde Goiânia	7
Centro de Saúde Marcelo Pontel	8
Centro de Saúde Maria Goretti	9
Centro de Saúde Marivanda Baleeiro	12
Centro de Saúde Nazaré	7
Centro de Saúde Olavo Albino	8
Centro de Saúde Padre Fernando	3
Centro de Saúde Ribeiro de Abreu	4
Centro de Saúde São Gabriel	9
Centro de Saúde São Marcos	4
Centro de Saúde São Paulo	3
Centro de Saúde Vila Maria/João Vital e anexo Vila Maria/João Vital	4
	4

Fonte: Elaborado pela autora.

A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística, intencional e o fechamento amostral ocorreu por exaustão, tendo em vista que os participantes foram todos os que fizeram parte do universo definido e que se disponibilizaram em participar da pesquisa (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Os critérios de inclusão no estudo abrangeram todos os farmacêuticos e todos os demais profissionais que trabalham nas farmácias da APS da regional nordeste, que concordaram em participar da pesquisa, desde que atuassem na unidade de saúde há no mínimo um mês. Para participar do estudo foi caracterizado como profissional que trabalha na farmácia o trabalhador de nível médio/técnico que tivesse sido escalado no setor, em algum momento, nos últimos doze meses, além dos farmacêuticos.

Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam afastados no momento da coleta de dados, por qualquer licença, seja ela maternidade, por motivo de doença, licença sem vencimento ou em gozo de férias/folga. Além disso, foi excluída a farmacêutica pesquisadora e os trabalhadores das UBS nos quais a pesquisadora atua como farmacêutica, devido à possibilidade de viés nas respostas em decorrência da posição hierárquica da farmacêutica em relação a esses funcionários.

3.3 Técnicas de coleta de dados

A coleta de dados da pesquisa foi realizada por meio de questionários e entrevistas. O uso de questionários possibilita atingir um maior número de pessoas dispersas em uma área geográfica extensa, no caso, uma regional de Belo Horizonte, com garantia do anonimato das respostas (GIL, 2008).

Com o objetivo de traçar o perfil dos farmacêuticos e demais profissionais que atuam nas farmácias foi aplicado o Questionário de Caracterização Pessoal e Profissional (Apêndice A), construído de maneira a abordar características sociodemográficas como sexo, idade, situação conjugal, filhos, renda mensal e de trabalho: categoria profissional, formação profissional, tipo de vínculo com o serviço, tempo de serviço na unidade, carga horária semanal, escolaridade.

Para avaliação do clima de segurança, foi selecionado o *Safety Attitudes Questionnaire - short form* (SAQ) – em sua versão adaptada e validada para a língua portuguesa: Questionário de Atitudes de Segurança–versão curta (QAS) (CARVALHO, 2011), com adequação para a realidade e setor específico em estudo, devido à praticidade, abrangência e possibilidade de rápido preenchimento (Anexo B). Esse questionário foi aplicado a toda a população alvo do estudo: farmacêuticos, os quais responderam um questionário para cada unidade em que atuam, e demais profissionais que trabalham nas farmácias das UBS.

As modificações para adaptação à realidade em estudo e para o setor farmácia envolveram a substituição de alguns termos: a palavra área foi substituída por setor em todos os itens nos quais aparece, do mesmo modo a palavra administração por gestão/gerência, o termo administração da unidade por

coordenação da farmácia, e, por fim, o termo administração hospitalar por gerência da Unidade Básica de Saúde. Além disso, as outras alterações podem ser verificadas no Quadro 3:

Quadro 3 – Adaptação do Questionário de Atitudes de Segurança para o cenário em estudo

Item de acordo com versão original validada para o português	Item adaptado para aplicação nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde
6) Os (as) médicos(as) e enfermeiros(as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	6) Os médicos(as), enfermeiros(as) e farmacêutico(a) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada
23) O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex. reanimação cardiorrespiratória, convulsões)	23) O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência ou conflito
30) Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	30) Esta Unidade Básica de Saúde faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe
32) Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	32) Estagiários de farmácia que passam neste setor são adequadamente supervisionados
33) Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) nesta área	33) Eu vivencio boa colaboração com a equipe de enfermagem nesta área

Fonte: Elaborado pela autora.

Esse questionário foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas e têm sido muito utilizado nos Estados Unidos, Reino Unido e Austrália, consistindo em instrumento importante para fornecer informações sobre as condições que influenciam a cultura de segurança, possibilitando a análise de falhas latentes e fatores contribuintes para ocorrência de eventos adversos com o paciente (CARVALHO, 2011).

O Questionário de Atitudes de Segurança na versão curta, traduzida e validada para o Brasil, contém 41 questões sobre a percepção de segurança do paciente. Os 41 itens do QAS estão agrupados em seis domínios apresentados no Quadro 4: (1) Clima de Trabalho em Equipe; (2) Satisfação no Trabalho; (3) Percepção da Gerência; (4) Clima de segurança, (5) Condições de Trabalho e (6) Percepção do Estresse (CARVALHO, 2011; PAESE; SASSO, 2013). Apesar de ser

aplicado questionário mais específico e completo com dados sociodemográficos dos profissionais, optou-se por manter os dados dessa natureza presentes no QAS: gênero, categorial profissional e tempo de atuação na especialidade, para preservar sua caracterização original.

Quadro 4 – Domínios do Questionário de Atitudes de Segurança

Domínio	Itens do questionário
Clima de trabalho em equipe	<p>Itens 1 a 6</p> <p>1 As sugestões dos enfermeiros(as) são bem recebidas neste setor</p> <p>2 Neste setor, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente</p> <p>3 Neste setor as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex.: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)</p> <p>4 Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes</p> <p>5 É fácil para os profissionais que atuam neste setor fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem</p> <p>6 Os(as) médicos(as), enfermeiros(as) e o(a) farmacêutico(a) aqui trabalham juntos como uma equipe coordenada</p>
Clima de segurança	<p>Itens 7 a 13</p> <p>7 Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado(a) aqui como paciente</p> <p>8 Erros são tratados de maneira apropriada neste setor</p> <p>9 Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente neste setor</p> <p>10 Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho</p> <p>11 Neste setor é difícil discutir sobre erros</p> <p>12 Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente</p> <p>13 A cultura neste setor torna fácil aprender com os erros dos outros</p>
Satisfação no trabalho	<p>Itens 15 a 19</p> <p>15 Eu gosto do meu trabalho</p> <p>16 Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família</p> <p>17 Este é um bom lugar para trabalhar</p> <p>18 Eu me orgulho de trabalhar neste setor</p> <p>19 O moral neste setor é alto</p>
Percepção do estresse	<p>Itens 20 a 23</p> <p>20 Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado</p> <p>21 Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a)</p> <p>22 Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis</p> <p>23 O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência ou conflito</p>

(Continua)

(Conclusão)

Domínio	Itens do questionário
Percepção da gerência	<p>Itens 24 a 29</p> <p>24 A gestão apoia meus esforços diários</p> <p>25 A gestão não compromete conscientemente a segurança do paciente: coordenação da farmácia/gerência da Unidade Básica de Saúde</p> <p>26 A gestão está fazendo um bom trabalho: coordenação da farmácia/gerência da Unidade Básica de Saúde</p> <p>27 Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa gestão: coordenação da farmácia/gerência da Unidade Básica de Saúde</p> <p>28 Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da: coordenação da farmácia/gerência da Unidade Básica de Saúde</p> <p>29 Neste setor o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes</p>
Condições de trabalho	<p>Itens 30 a 32</p> <p>30 Esta Unidade Básica de Saúde faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe</p> <p>31 Toda informação necessária para decisões diagnóstica e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim</p> <p>32 Estagiários de farmácia que passam no setor são adequadamente supervisionados</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Cada uma das 41 questões do SAQ apresenta como resposta uma escala de cinco pontos de Likert que varia de “discorda totalmente” a “concorda totalmente”. Na escala, a pontuação varia de 0 a 100 e é designada da seguinte forma: 0 pontos para discorda totalmente (A), 25 pontos para discorda parcialmente (B), 50 pontos para neutro (C), 75 pontos para concorda parcialmente (D) e 100 pontos para concorda totalmente (E). Quanto maior o escore obtido na escala melhor é a percepção do clima de segurança, que é considerado positivo quando o valor é maior ou igual a 75 (SANTIAGO, 2014). Por sua vez, pontuações abaixo de 50 caracterizam áreas frágeis em relação à segurança do paciente (SEXTON *et al.*, 2006).

Com os 10 farmacêuticos, foi realizada uma entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro com perguntas (Apêndice B), que abordou a visão que possuem sobre a gestão das farmácias das UBS e as dificuldades e facilidades para sustentação de uma cultura de segurança no setor. As entrevistas foram realizadas

em horário agendado e em local tranquilo e reservado, para garantir a privacidade, tendo sido tomadas todas as medidas para prevenção e controle de transmissão do SARS-COV, presentes no Protocolo Institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Anexo A). Para registro do conteúdo das entrevistas foi utilizado um gravador digital.

A entrevista apresenta natureza interativa e possibilita que sejam aprofundados aspectos complexos que não podem ser evidenciados por meio de questionário. Permite a compreensão de significados atribuídos pelos sujeitos a situações, processos ou personagens que fazem parte da realidade foco do estudo (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999). A entrevista semiestruturada, de acordo com Triviños (1997), tem por base questionamentos básicos que interessam à pesquisa e, à medida que se desdobram as respostas, vão se delineando novas interrogativas e hipóteses de forma que o informante, dentro do foco principal colocado pelo entrevistador, participa da elaboração do conteúdo de forma livre e espontânea, enriquecendo a investigação.

A coleta de dados foi realizada no período de 20 de outubro de 2021 a 13 de novembro de 2021. Primeiramente foram realizadas pela pesquisadora as entrevistas com os farmacêuticos, seguidas da aplicação dos questionários a cada entrevistado. Os farmacêuticos da regional nordeste se colocaram à disposição para ajudar no processo de aplicação dos questionários aos demais funcionários das farmácias nas quais atuam, sendo entregue um total de 122 questionários aos 10 farmacêuticos, de acordo com o quantitativo de profissionais que atendiam aos critérios de inclusão identificados por cada um. A pesquisadora mestranda gravou um vídeo curto de 1'45" minutos, que foi enviado aos 10 farmacêuticos, para que pudessem repassar aos demais profissionais aptos a participarem da pesquisa, com o intuito de esclarecer o objetivo da pesquisa, a participação livre e voluntária, os possíveis benefícios e riscos associados e a forma de preenchimento dos questionários. Posteriormente, foi realizado o recolhimento dos questionários, com data limite de recolhimento no dia 13 de novembro, totalizando 94 respostas válidas pelos profissionais de nível técnico/médio.

3.4 Técnicas de análise de dados

Os dados coletados por meio dos questionários foram incluídos e organizados em banco de dados e submetidos à análise estatística do tipo descritiva, além de análise estatística para correlações entre as variáveis, sendo o nível de significância considerado de 5%.

As informações dos questionários de caracterização pessoal e profissional foram analisadas por meio de distribuições de frequências absolutas e percentuais para variáveis categóricas; medida de tendência central: média e medida de variabilidade (desvio padrão) para variáveis numéricas.

Para verificar a confiabilidade do QAS foi utilizado o indicador *Alfa de Cronbach* (AC) (MARCOULIDES; CHIN; SAUNDERS, 2009). De acordo com Tenenhaus *et al.* (2005), o indicador AC deve apresentar valor acima de 0,70 para uma indicação de confiabilidade do constructo, ou valores acima de 0,60 no caso de pesquisas exploratórias (HAIR *et al.*, 2009).

Para verificar o clima de segurança segundo o escore geral do instrumento QAS os itens reversos do questionário (itens 2, 11, 36) foram recodificados na análise, ou seja, respostas preenchidas como “concorda totalmente” passam para “discorda totalmente”, analogamente para os outros itens. Foi realizado, assim, o cálculo da média geral do questionário e a média de pontuação por domínio do questionário, considerando a resposta de toda a população-alvo do estudo, bem como o desvio padrão. Os itens 14 e 33 a 36 não fazem parte de nenhum domínio no instrumento original (CARVALHO *et al.*, 2015).

Foi calculada, posteriormente, a média geral e desvio padrão do questionário e dos domínios do questionário de forma independente para os dois grupos: farmacêuticos e outros profissionais que atuam na farmácia. Em seguida, foi utilizado o teste *t-Student* para comparação das médias dos dois grupos. Da mesma forma, foram comparadas as médias dos questionários entre profissionais estatutários e celetistas/contratados e, por fim, entre profissionais que recebem menos de 2 salários mínimos e 2 salários mínimos ou mais. A comparação dos dois grupos em relação a variáveis qualitativas foi feita pelo teste de Qui Quadrado, com significância de 5%.

Para verificar se existe correlação entre tempo de trabalho na função exercida e valores do QAS e entre idade e valores do QAS foi utilizada a correlação de *Spearman* (HOLLANDER; WOLFE, 1999). A correlação de *Spearman* é uma medida limitada entre -1 e 1, sendo que, quanto mais próximo o coeficiente estiver de -1 maior a correlação negativa e quanto mais próximo o coeficiente estiver de 1 maior a correlação positiva. Um coeficiente de correlação próximo de zero indica que não há relação entre as duas variáveis. Essa proximidade é avaliada através do valor de p e para uma correlação significativa este valor precisa ser inferior a 0,05.

Todas as entrevistas realizadas com os farmacêuticos foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo do tipo categorial temática, que tem por objetivo classificar o conteúdo dos textos alocando as declarações, sentenças ou palavras a um sistema de categorias (FLICK, 2013) e o posterior tratamento dos dados para torná-los significativos e válidos, com inferências e interpretações (GIL, 2008).

A análise de conteúdo é uma técnica para tratamento de dados que compreende três etapas segundo Bardin (2011), que são: (a) a pré-análise, (b) exploração do material e (c) tratamento dos dados e interpretação. A pré-análise está relacionada à organização, definição do material e dos procedimentos a serem seguidos. A exploração do material se refere à implementação dos procedimentos definidos na pré-análise, com realização sistemática da tarefa de codificação do material, organizando-o e classificando-o em categorias. O procedimento básico refere-se à definição de categorias que reúnem um grupo de elementos com caracteres comuns relacionados ao propósito da pesquisa. E o tratamento e a interpretação estão relacionados à geração de inferências e resultados, objetivando tornar os dados válidos e significativos (FRANCO, 2008; GIL, 2008; VERGARA, 2004).

O ponto de partida da análise de conteúdo é, portanto, a mensagem, que expressa um significado e um sentido e está vinculada ao contexto no qual os emissores estão inseridos e às suas concepções de mundo. São realizadas comparações contextuais nas análises e o vínculo entre os dados é representado por alguma forma de teoria. Essa técnica reconhece o papel do sujeito na produção de conhecimento (FRANCO, 2008).

3.5 Cuidados éticos

Os princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sendo aprovado por meio dos pareceres 4.922.444 e 5.047.582, respectivamente (Anexos B e C).

Os profissionais que concordaram em participar da pesquisa formalizaram sua concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C e D), em duas vias de igual conteúdo, sendo que uma ficou com o participante e a outra foi arquivada juntamente com os demais documentos da pesquisa pela pesquisadora responsável. Serão guardados por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos. Foi esclarecida a participação livre e espontânea e preservação do anonimato dos participantes, garantindo-se a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos.

3.6 Caracterização do trabalho nas farmácias

A cidade de Belo Horizonte é subdividida em nove áreas administrativas regionais ou distritos sanitários, como elemento fundamental para territorialização da saúde, de forma a otimizar gestão e planejamento, que são: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (BELO HORIZONTE, 2018b), como demonstrado na Figura 2. Este estudo foi desenvolvido nas farmácias de 19 UBS da regional nordeste de Belo Horizonte.

Figura 2 – Regionais de Saúde de Belo Horizonte



Fonte: Belo Horizonte (2018b).

A estruturação da atenção à saúde em Belo Horizonte é baseada na gestão do cuidado em rede, tendo preferencialmente a APS como primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, por ser a coordenadora do cuidado e atender e resolver a maior parte das necessidades dos usuários (BELO HORIZONTE, 2018b).

Os cuidados em saúde na APS ocorrem nas UBS e em Belo Horizonte essas unidades são denominadas Centros de Saúde. Há diretrizes gerais de organização da APS pela Secretaria Municipal de Saúde, porém cada UBS representa uma realidade muito particular. As diferenças entre as unidades perpassam por localização, estrutura física, espaço físico das farmácias, perfil dos gerentes, forma de organizar os processos de trabalho, que depende da visão dos profissionais que atuam nas unidades sobre os serviços prestados e sobre a assistência à saúde como um todo. Nas entrevistas realizadas com os farmacêuticos foram evidenciadas diferenças nas percepções dos profissionais sobre o trabalho desenvolvido nas farmácias, que refletem as peculiaridades de cada unidade de saúde onde trabalham.

A regional nordeste foi eleita para este estudo por ser local de trabalho da mestrandia, farmacêutica que atua no núcleo 1 do NASF dessa regional, a qual é constituída por 21 UBS que estruturam a APS e são o cenário do estudo, especificamente as farmácias dessas unidades. Em Belo Horizonte, todas as UBS possuem farmácias que viabilizam a disponibilização de medicamentos considerados essenciais para enfrentar os principais problemas de saúde da população. Essas farmácias atendem diretamente os usuários através da dispensação de medicamentos e realizam também a dispensação de medicamentos para uso interno, na sala de observação das UBS.

A história da farmácia se confunde com a da própria humanidade, que sempre buscou remédios para combater doenças, e transitou das boticas ao cuidado farmacêutico, em atividades clínicas. Na antiguidade, não havia distinção entre médico e farmacêutico, cabendo ao mesmo profissional diagnosticar doenças e preparar os medicamentos necessários (CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2019). Em 1240, o imperador romano, Frederico II, escreveu a magna carta da profissão farmacêutica, que foi o primeiro documento que a definiu, separando a farmácia da medicina (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

No Brasil, nos tempos coloniais, os boticários eram curandeiros ambulantes que percorriam as populações mascateando remédios e drogas para doenças. As boticas só foram autorizadas como comércio a partir de 1640 e eram dirigidas por boticários, profissionais empíricos, às vezes analfabetos, com conhecimentos tradicionais sobre medicamentos. As primeiras escolas de farmácia surgiram somente em 1839, em Minas Gerais, nas cidades de Ouro Preto e São João Del Rey, e a transição do comércio de botica para a farmácia, com um farmacêutico formado em sua direção, não foi simples e fácil. Os farmacêuticos e boticários tinham pouca diferença para a maioria da população e para os legisladores e o farmacêutico só consolida seu espaço exclusivo na produção de medicamentos e como profissional formado na direção das farmácias após diversas batalhas, tendo sido publicado, em 1931, o Decreto nº 19606 que dispôs sobre a profissão farmacêutica e seu exercício no Brasil (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011; CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2019).

Por sua vez, em 2014, foi publicada a Lei nº 13.021, que dispôs que as farmácias de qualquer natureza devem ter, para seu funcionamento, responsabilidade e assistência técnica de farmacêutico habilitado, na forma da lei, o qual deve estar presente durante todo o horário de funcionamento das farmácias (BRASIL, 2014).

Na década de 1930, com o advento da indústria farmacêutica, ocorreu o paulatino recrudescimento das farmácias de manipulação e o modelo de prática predominante na farmácia comunitária passou a ser a orientação e dispensação farmacêutica. De farmacêutico a responsável técnico, de liberal a assalariado, eis a trajetória do profissional no âmbito da farmácia propriamente dita, marcada por uma redução na dimensão técnica e social do seu trabalho e uma ampliação na dimensão burocrática e comercial. O profissional diversifica, dessa forma, as áreas de atuação e, a partir de 1990, as práticas de cuidado farmacêutico passam a ter maior ênfase e discussão, em cenário de aumento de expectativa de vida, prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, aumento do número de medicamentos no mercado e propagandas que estimulam o consumo, acompanhados de uma série de problemas relacionados à farmacoterapia (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011). No SUS, em Belo Horizonte, a inserção do farmacêutico diretamente na APS ocorre a partir de 2008, com a criação do NASF.

Em 2020, Belo Horizonte possuía 592 Equipes de Saúde da Família (ESF), com cobertura de 81,3% da população e 82 polos de NASF, cobrindo todas as ESF, nas diferentes regiões da cidade (BELO HORIZONTE, 2020). Cada núcleo do NASF em Belo Horizonte é constituído por uma equipe multiprofissional, podendo ser composta por assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional (BELO HORIZONTE, 2018b) e atua, na regional nordeste, em uma ou duas UBS, conforme discriminado no Quadro 5. Todas as equipes NASF, em Belo Horizonte, possuem farmacêutico na composição, o que significou a ampliação da AF e a melhoria da qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS/Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2018a). A composição dos polos da regional nordeste está discriminada no Quadro 5.

Quadro 5 – Abrangência dos POLOS NASF da Regional Nordeste

Polo NASF	Abrangência	Número de ESF
Polo 1	Centro de Saúde Cidade Ozanan Centro de Saúde Leopoldo Chrisóstomo de Castro	4 + área descoberta pelas ESF 5
Polo 2	Centro de Saúde Gentil Gomes Centro de Saúde Padre Fernando de Melo	4 4
Polo 3	Centro de Saúde São Marcos Centro de Saúde Maria Goretti	4 4
Polo 4	Centro de Saúde Efigênci Murta Centro de Saúde Ribeiro de Abreu	3 3
Polo 5	Centro de Saúde Dom Joaquim Centro de Saúde São Paulo	1 + área descoberta pelas ESF 4
Polo 6	Centro de Saúde Nazaré Centro de Saúde Capitão Eduardo	5 2
Polo 7	Centro de Saúde Goiânia	6
Polo 8	Centro de Saúde Conjunto Paulo VI Centro de Saúde Marivanda Baleeiro	3 6
Polo 9	Centro de Saúde Alcides Lins Centro de Saúde Cachoeirinha	5 4 + área descoberta pelas ESF
Polo 10	Centro de Saúde Marcelo Pontel Centro de Saúde Vila Maria/João Vital Anexo Centro de Saúde Vila Maria/João Vital	3 2 3
Polo 11	Centro de Saúde São Gabriel Centro de Saúde Olavo Albino	4 3

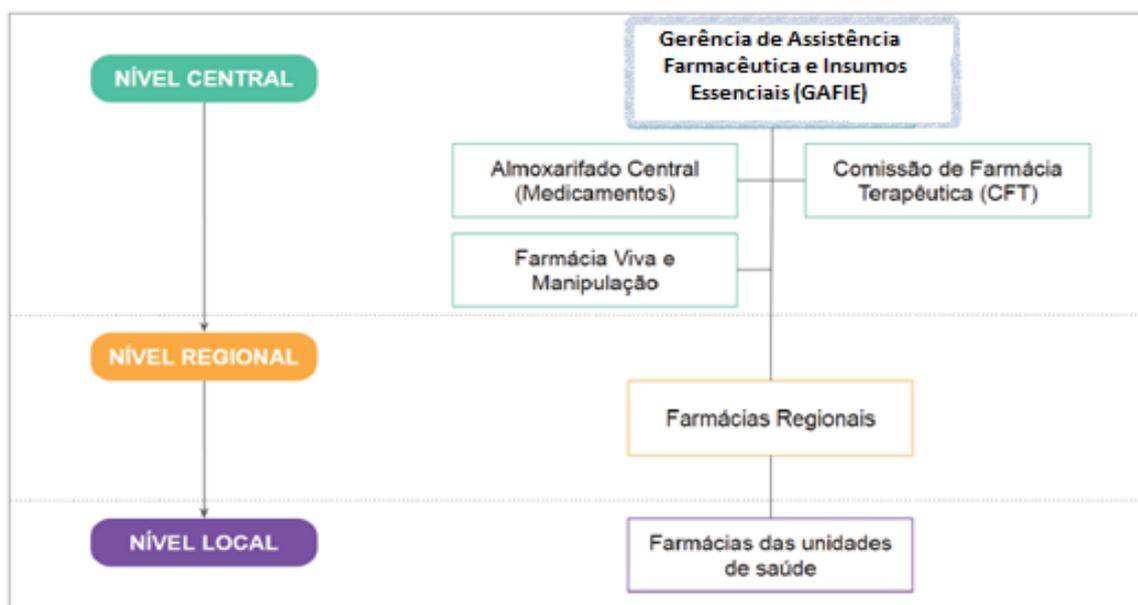
Fonte: Elaborado pela autora.

A organização da AF na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte ocorreu a partir de 1993, quando foi criada a Gerência de Assistência Terapêutica no Nível Central, responsável pelo gerenciamento do sistema e, no nível regional, 9 Farmácias Regionais, responsáveis pelo gerenciamento da AF nos distritos sanitários, sobretudo a organização da distribuição de medicamentos para farmácias das UBS (BELO HORIZONTE, 2018a). Tanto a gerência do nível central quanto as gerências de farmácias regionais são cargos ocupados por farmacêuticos.

Atualmente, a AF em Belo Horizonte está estruturada em três níveis: a Gerência de Assistência Farmacêutica e Insumos Essenciais (GAFIE), no nível central, responsável pela definição da política de AF do município e suas diretrizes, planejamento e coordenação; 9 Farmácias Regionais, no nível regional, que abastecem e dão suporte técnico às UBS de sua regional, e em 183 farmácias de unidades de saúde, no nível local, nas quais se efetiva a dispensação e assistência

direta ao usuário e equipe de saúde, de acordo com a Figura 3 (BELO HORIZONTE, 2018a).

Figura 3 – Estrutura Organizacional da Assistência Farmacêutica na Prefeitura de Belo Horizonte

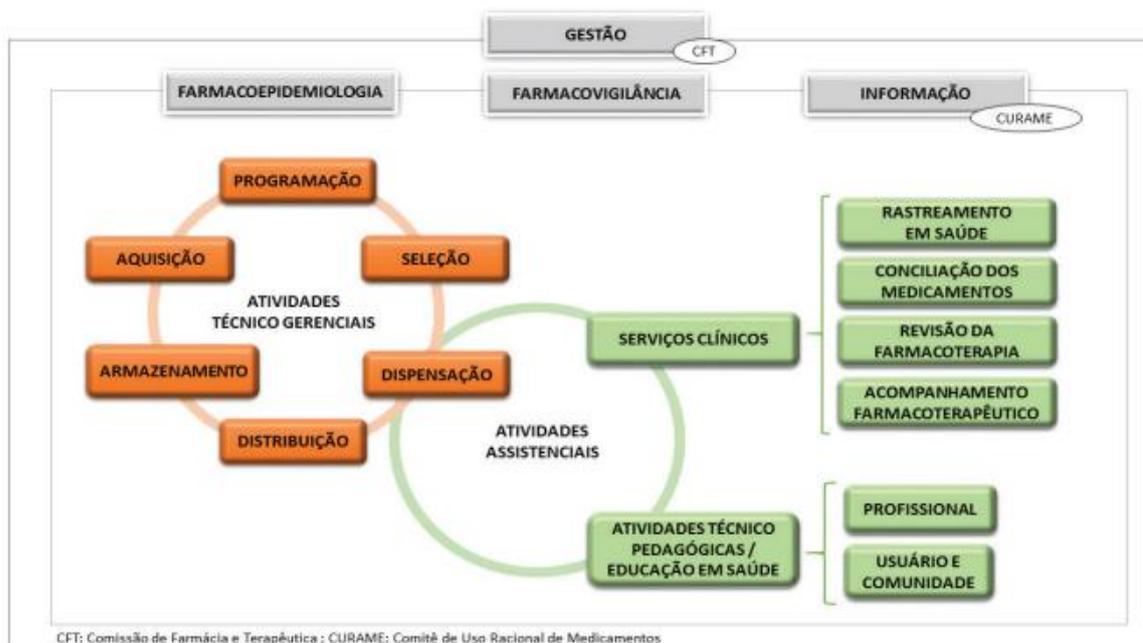


Fonte: Adaptada de Belo Horizonte (2018b).

Os processos da AF são informatizados, o que constituiu avanço importante, especialmente no aspecto da gestão de estoque, controle, obtenção de dados, agilidade na dispensação e adoção do prontuário eletrônico (BELO HORIZONTE, 2018a).

O farmacêutico da APS ocupa o cargo de Técnico Superior de Saúde e presta apoio especializado às UBS, tendo sob sua responsabilidade o serviço desenvolvido nas farmácias e os próprios usuários, de forma comprometida com os resultados terapêuticos a serem alcançados. Atua em dois grandes eixos, interligados entre si, as atividades técnico-gerenciais e as atividades assistenciais (BELO HORIZONTE, 2018a) que são demonstradas na Figura 4. Essas atividades são interligadas e indissociáveis no cuidado ao paciente e garantia de acesso e uso seguro e racional dos medicamentos pelos usuários do serviço de saúde.

Figura 4 – Diagrama da prática farmacêutica no SUS em Belo Horizonte



Fonte: Belo Horizonte (2018b).

As atividades técnico-gerenciais do farmacêutico da APS envolvem ações de planejamento, de organização, direção e controle para a ampliação da eficácia e eficiência da AF. Compreende a logística de medicamentos e controle de estoque: análise de consumo médio mensal, solicitação de medicamentos, abastecimento, armazenamento, dispensação; gestão de pessoas: treinamento, supervisão e coordenação de profissionais de nível médio/técnico que atuam no setor; monitoramento e avaliação de indicadores da AF local e aplicação de ferramentas de gestão para avaliação, qualificação dos serviços e melhoria dos resultados (BELO HORIZONTE, 2018a).

No componente assistencial, as atividades do farmacêutico envolvem as ações clínicas diretas ao usuário, através da dispensação qualificada, de atendimentos clínicos individuais ou compartilhados com outras categorias profissionais, acompanhamento farmacoterapêutico, revisão de farmacoterapia, realização e participação em grupos terapêuticos e de promoção e prevenção de saúde, realização de visitas domiciliares. Envolve também atividades técnico pedagógicas que atendam às necessidades das equipes envolvidas no cuidado, por meio de educação permanente e apoio matricial (BELO HORIZONTE, 2018a).

Os profissionais de nível médio e técnico que atuam nas farmácias ocupam o cargo de Técnico de Serviço de Saúde e, em sua maioria, são técnicos de enfermagem, em esquema de rodízio segundo escala organizada pelos enfermeiros, o que configura um aspecto dificultador do processo de trabalho no setor, revelado nas entrevistas com os farmacêuticos. Quando escalados na farmácia, são coordenados e supervisionados pelo farmacêutico do NASF e apresentam como atribuições a dispensação de medicamentos, com registro adequado e orientações aos pacientes; recebimento e armazenamento correto de medicamentos; realização de inventários, para conferência do estoque físico e no sistema; fornecimento de informações sobre medicamentos e acesso; recebimento de documentos e processos para acesso a medicamentos especiais e regulados.

A profissão de técnico de farmácia não é regulamentada e reconhecida pelo Conselho de Farmácia até o momento. A regulamentação encontra-se em consulta pública e é uma aspiração antiga que vem sendo reivindicada pela categoria e por farmacêuticos. É considerado técnico de farmácia quem se forma em curso profissionalizante reconhecido pelo Ministério da Educação, sendo que as atividades dessa categoria devem ser desempenhadas sob a supervisão direta e em apoio aos farmacêuticos. No entanto, há necessidade de regulamentação e definição clara de atribuições pelo conselho de classe, de modo a contribuir com a qualificação do atendimento ao paciente, sobretudo após publicação da lei nº 13021/2014 que reclassificou as farmácias como unidades prestadoras de assistência à saúde, com autoridade técnica dos farmacêuticos nesses estabelecimentos (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2021).

Acredita-se que devido à ausência de regulamentação, a categoria de técnico de farmácia não foi incluída em concursos públicos da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, porém, a partir de 2019, a Secretaria Municipal de Saúde permitiu a contratação temporária de profissionais dessa categoria para atuação nas farmácias. Isso ocorreu em algumas unidades de saúde que apresentavam cargos vagos de Técnicos de Serviços de Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados desta pesquisa, estruturados em três partes: apresentação do perfil sociodemográfico e profissional dos trabalhadores das farmácias; apresentação do clima de segurança das farmácias a partir dos escores de atitudes de segurança do QAS e, por fim, apresentação das análises das entrevistas realizadas com os farmacêuticos sobre gestão das farmácias e cultura de segurança no setor.

4.1 Perfil sociodemográfico e profissional dos trabalhadores das farmácias

De um total de 122 questionários distribuídos aos profissionais de nível médio/técnico, 24 foram devolvidos em branco e 98 foram devolvidos preenchidos, porém 4 foram eliminados por preenchimento incorreto do QAS, com várias questões em branco e/ou questões com mais de uma resposta, sem sinalizar qual seria a correta. Obtiveram-se, dessa forma, 94 questionários válidos, com uma taxa total de respostas válidas de 77,05% para profissionais de nível médio/técnico. No grupo de farmacêuticos, todos os 10 responderam os questionários, com uma taxa de 100% de resposta. Totalizaram nesta pesquisa 104 participantes, dos quais 10 foram farmacêuticos e 94 profissionais de nível médio/técnico. A Tabela 1 apresenta os dados qualitativos principais de caracterização dos participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Análise descritiva das variáveis qualitativas para caracterização dos participantes da pesquisa (n = 104)

Variáveis	Total	Farmacêuticos (n = 10)	Outros profissionais (n = 94)	valor p*
<i>Sexo (n = 104)</i>				
Feminino	94,2%	80,0%	95,7%	0,102
Masculino	5,8%	20,0%	4,3%	
<i>Situação conjugal (n = 102)</i>				
Solteiro	44,1%	70,0%	41,3%	0,102
Casado	55,9%	30,0%	58,7%	
<i>Filhos (n = 104)</i>				
Sim	64,4%	20,0%	69,1%	0,004
Não	35,6%	80,0%	30,9%	
<i>Renda Mensal Individual (n = 101)</i>				
Até R\$ 2200,00**	53,5%	0,0%	59,3%	0,000
De R\$ 2201,00 até R\$ 4400,00	36,6%	60,0%	34,1%	
De R\$ 4401,00 até R\$ 6600,00	5,9%	10,0%	5,5%	
Mais de R\$ 6600,00**	4,0%	30,0%	1,1%	
<i>Tipo de Vínculo (n = 104)</i>				
Estatutário	34,6%	40,0%	34,0%	0,890
Contrato	64,4%	60,0%	64,9%	
CLT	1,0%	0,0%	1,1%	
<i>Carga horária semanal (n = 104)</i>				
20 horas	2,9%	10,0%	2,1%	0,002
30 horas**	51,0%	0,0%	56,4%	
40 horas**	46,2%	90,0%	41,5%	
<i>Trabalha em outro local (n = 103)</i>				
Sim	20,4%	20,0%	20,4%	0,974
Não	79,6%	80,0%	79,6%	
<i>Carga horária total para profissionais que trabalham em outro local (n = 15)</i>				
40 horas	20,0%	50,0%	15,4%	0,511
50 horas	33,3%	50,0%	30,8%	
60 horas	26,7%	0,0%	30,8%	
70 horas	20,0%	0,0%	23,1%	
<i>Escolaridade (n = 104)</i>				
Ensino Médio Completo*	76,0%	0,0%	84,0%	0,000
Ensino Superior Completo*	11,5%	30,0%	9,6%	
Pós graduação completa*	9,6%	40,0%	6,4%	
Mestrado completo*	2,9%	30,0%	0,0%	

*Teste Qui Quadrado

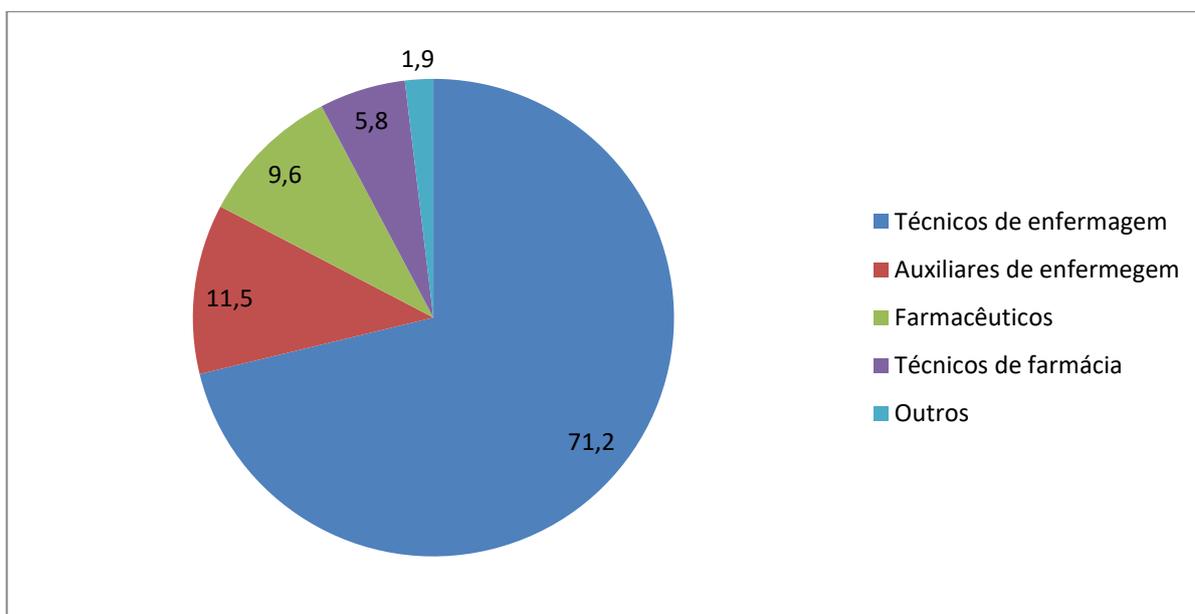
**Categoria com proporção diferente entre os dois grupos

Fonte: Elaborada pela autora.

Dos 104 participantes, 6 eram do sexo masculino e corresponderam a 5,8% do total, sendo 94,2% do sexo feminino. No grupo dos farmacêuticos, 80% dos profissionais eram do sexo feminino e apenas 2 profissionais do sexo masculino. No grupo dos profissionais de nível médio/técnico 95,7% eram profissionais do sexo feminino e 4,3% profissionais do sexo masculino. Na área de saúde, de modo geral, há predominância do sexo feminino, resultado corroborado por outros estudos realizados na APS (MACEDO *et al.*, 2020b; PAI *et al.*, 2020; RAIMOND; BERNAL; MATSUDA, 2019; SOUZA *et al.*, 2019;).

Entre as categorias profissionais que responderam aos questionários 71,2% eram técnicos de enfermagem, 11,5% auxiliares de enfermagem, 9,6% farmacêuticos, 5,8% técnicos de farmácia e 1,9% outros, que incluíram um Agente Comunitário de Saúde e um Agente Sanitário, profissionais em readaptação funcional, conforme Figura 6.

Figura 5 – Categorias profissionais que participaram da pesquisa



Fonte: Elaborada pela autora.

Entre os farmacêuticos, a idade variou entre 26 e 47 anos, sendo a idade média de 38 anos, desvio padrão (DP) 7,5. Entre os demais profissionais, de nível médio/técnico, a idade variou de 22 a 68 anos, sendo a média de 41 anos (DP:12).

Em relação à situação conjugal, 55,9% do total dos participantes eram casados ou em união estável, 32,4% solteiros, 9,8% separados ou divorciados e 2% viúvos, sendo a maioria (64,4%) dos participantes com filhos. No entanto, 70% dos farmacêuticos eram solteiros e, ao comparar os profissionais farmacêuticos e os profissionais de nível médio/técnico em relação a ter ou não filhos, os grupos apresentaram diferença estatisticamente significativa, pois no grupo dos farmacêuticos 80% dos profissionais não apresentavam filhos ($p=0,004$).

No que se refere aos vínculos de trabalho, 64,4% dos participantes apresentaram como vínculo de trabalho o contrato administrativo temporário, 34,6% eram estatutários, ocupando cargo efetivo regido pelo Estatuto dos Servidores Públicos da Prefeitura de Belo Horizonte, e 1% dos profissionais apresentou vínculo regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que corresponderam aos dois profissionais com os cargos de Agente Comunitário de Saúde e Agente Sanitário. O tipo de vínculo predominante entre os 104 participantes foi, desse modo, o contrato administrativo temporário. No grupo dos farmacêuticos, os profissionais com contrato temporário corresponderam a 60% e no grupo dos profissionais de nível médio/técnico a 64,9%.

A forma legítima de acesso aos cargos no serviço público é através de concurso público, por meio do qual o profissional passa a exercer cargo efetivo com direitos e deveres regidos pelo Estatuto do Servidor Público ou apresenta vínculo como celetista, no caso dos agentes de saúde. Os últimos concursos públicos para cargos efetivos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte foram em 2011 e 2021 (ainda não homologado). O contrato administrativo de caráter temporário, que se configurou como vínculo predominante no grupo pesquisado, é realizado de forma rotineira pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para cargos vagos, a partir de banco de currículos. A seleção de profissionais é realizada por gerência de recursos humanos, com participação das gerências das UBS.

Os profissionais com contratos temporários não possuem paridade salarial com os efetivos, o salário é menor, tanto para os farmacêuticos (Tabela 2) quanto para os profissionais de nível médio/técnico (Tabela 3), e não possuem direito ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), nem auxílio alimentação e

transporte. Entre os farmacêuticos, 100% dos contratados recebem um salário entre R\$ 2201,00 e R\$ 4400,00 e 100% dos estatutários recebem acima desse valor ($p = 0,007$), como demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Renda por vínculo para o grupo dos farmacêuticos

Renda	Estatutário (n = 4)	Contrato/CLT (n = 6)	Total
De R\$ 2201,00 até R\$ 4400,00	0,0%	100,0%	60,0%
De R\$ 4401,00 até R\$ 6600,00	25,0%	0%	10,0%
Mais de R\$ 6600,00	75,0%	0%	30,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

*Qui Quadrado = 10 ; p valor = 0,007

Fonte: Elaborada pela autora.

Entre os profissionais de nível médio/técnico, os estatutários têm um salário maior ($p = 0,000$), sendo que 83,6% dos contratados recebem até R\$ 2200,00, enquanto 90% dos estatutários recebem acima desse valor (Tabela 3).

Tabela 3 – Renda por vínculo para o grupo de profissionais de nível técnico/médio

Renda	Estatutário (n = 30)	Contrato/CLT (n = 61)	Total
Até R\$ 2200,00	10,0%	83,6%	59,3%
De R\$ 2201,00 até R\$ 4400,00	70,0%	16,4%	34,1%
De R\$ 4401,00 até R\$ 6600,00	16,7%	0%	5,5%
Mais de R\$ 6600,00	3,3%	0%	1,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

*Qui Quadrado = 47,5 ; p valor = 0,000.

Fonte: Elaborada pela autora.

A renda mensal individual dos farmacêuticos variou de 2 a 8 salários mínimos (1 profissional), sendo que 60% dos participantes apresentaram renda entre 2 e 4 salários mínimos. A renda mensal individual dos profissionais de nível médio/técnico que trabalham nas farmácias variou de menos de um salário mínimo (5,3%) até 8 salários mínimos (1,1%), sendo que 59,3% apresentaram renda de até 2 salários mínimos, 34,1% entre 2 e 4 salários mínimos e apenas 6,6% apresentaram renda superior a 4 salários mínimos.

De acordo com Almeida e Baptista (2017), no setor da saúde tem sido realidade o processo de precarização do trabalho, caracterizado por vínculos frágeis, perda de direitos trabalhistas e más condições de trabalho. Em diversas instituições coexistem trabalhadores com vínculos diferentes, exercendo o mesmo cargo e recebendo salários diferentes, uns com estabilidade e outros com contratos temporários e direitos trabalhistas reduzidos, situação que foi evidenciada na análise acima e abordada pelos farmacêuticos entrevistados.

Comparando os profissionais estatutários com contratos/CLT em relação ao tempo de experiência, verifica-se que os estatutários têm mais tempo de experiência na função que exercem (Tabela 4) e os contratos/celetistas, que são maioria, têm menos tempo de experiência. Esse é um importante indicador de segurança do paciente, pois representa a rotatividade de profissionais na instituição, a qual compromete o cuidado quando é alta.

Tabela 4 – Tempo de experiência por vínculo

Vínculo	N	Média (meses)	DP	p*
Estatutário	36	215,67	109,073	0,000
Contrato/CLT	68	54,32	48,010	

*teste t de amostras independentes

Fonte: Elaborada pela autora.

A maioria dos participantes da pesquisa informa que não trabalhava em outro local (79,6%), concordando com resultados de outros estudos (FLORES-GONZÁLEZ; CRUZ-LEÓN; MORALES-RAMÓN, 2019; SOUZA *et al.*, 2019; MACEDO *et al.*, 2020b; PAI *et al.*, 2020) o que, segundo Magalhães *et al.* (2019), pode ser considerado um fator positivo para a segurança do paciente, uma vez que a sobrecarga de trabalho interfere negativamente na assistência prestada, favorecendo a ocorrência de erros.

A maioria (70%) dos farmacêuticos possui alguma pós-graduação, sendo que 20% possui especialização, 20% residência multiprofissional e 30% mestrado. O tempo de atuação no cargo de farmacêutico na prefeitura de Belo Horizonte variou de 1 ano e 5 meses a 10 anos, sendo o tempo médio de 6 anos e a maioria informa não trabalhar em outro local (80%). A carga horária total de trabalho dos farmacêuticos, considerando todos os vínculos, foi de 40 horas semanais para 90%

do grupo, somente um profissional (10%) apresenta carga horária semanal de 50 horas. A carga horária total semanal foi estatisticamente superior para o grupo dos farmacêuticos se comparado aos profissionais de nível médio/técnico que atuam nas farmácias ($p=0,002$, Tabela 1).

Em relação aos Técnicos de Serviços de Saúde que atuam nas farmácias, a escolaridade predominante foi nível médio/técnico (84%), sendo que apenas 9,6% apresentam ensino superior completo e 6,4% especialização completa. O tempo médio de experiência na função que exercem na prefeitura foi de 9 anos, sendo que o tempo de atuação na unidade atual em que trabalham variou de 2 meses a 28 anos e 11 meses, sendo a média de 6,5 anos. A maioria dos profissionais informou que não tinha outro vínculo empregatício (79,6%) e a carga horária semanal de trabalho para este grupo variou de 20 a 70 horas.

4.2 Análise do clima de segurança das farmácias

O QAS é o instrumento de mensuração do clima de segurança mais traduzido e adaptado, disponível em mais de sete idiomas, apresenta boas propriedades psicométricas (*Alpha de Cronbach* de 0,7 a 0,8) (CARVALHO, 2011) e foi utilizado para mensurar o clima de segurança percebido pelos profissionais que trabalham nas farmácias da APS. A Tabela 5 apresenta o Coeficiente *Alfa de Cronbach* deste estudo, que analisa a consistência interna dos itens, para o instrumento e seus domínios.

Tabela 5 – *Alpha de Cronbach* do QAS e seus domínios

Domínios	n	<i>Alpha de Cronbach</i>
Clima de trabalho em equipe	6	0,550
Satisfação no trabalho	5	0,751
Percepção geral da Gerência	11	0,678
Clima de Segurança	7	0,741
Condições de Trabalho	3	0,628
Percepção do estresse	4	0,785
Escala Geral	41	0,872

Fonte: Elaborada pela autora.

Neste estudo, o Coeficiente *Alfa de Cronbach* apresentou resultado 0,872 na avaliação geral do QAS que, por ser superior a 0,7 evidencia confiabilidade do instrumento. Os domínios Satisfação no Trabalho, (0,751), Clima de segurança (0,741) e Percepção do Estresse (0,785) apresentaram consistência interna significativa, com *Alpha de Cronbach* maior que 0,7 e, portanto, garantem a fidedignidade do construto. No entanto, os domínios Percepção Geral da Gerência (0,678), Condições de Trabalho (0,628) e Clima de Trabalho em Equipe (0,550) apresentaram valores de *alpha* menores que 0,7, indicando baixa correlação entre os itens.

No estudo de validação no Brasil, o QAS apresentou *Alpha de Cronbach* de 0,89, valor muito próximo ao encontrado neste estudo, três domínios apresentaram *alpha* acima de 0,7 (Satisfação no Trabalho, Percepção do Estresse e Percepção da Gerência) e três abaixo de 0,7 (Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança e Condições de Trabalho). De modo semelhante a este estudo, os domínios Condições de Trabalho (0,65) e Clima de Trabalho em Equipe (0,65) apresentaram os menores valores de *alpha* (CARVALHO, 2011).

A Tabela 6 apresenta o escore geral e das dimensões do instrumento para todo o grupo pesquisado, através da medida de tendência central: média e de variabilidade: desvio padrão.

Tabela 6 – Dimensões do instrumento QAS

Itens	n	Média (DP)
Clima de trabalho em equipe	104	77,2 (15,0)
Satisfação no trabalho	104	81,7 (15,6)
Percepção geral da Gerência	104	71,7 (16,7)
Percepção da coordenação do farmacêutico	94	76,8 (16,2)
Percepção do trabalho do gerente do centro de saúde	104	71,3 (15,4)
Clima de Segurança	104	74,7 (18,7)
Condições de Trabalho	104	70,1 (22,7)
Percepção do estresse	104	73,4 (23,9)
Escore Geral	104	74,7 (11,8)

Fonte: Elaborada pela autora.

O escore total do Questionário de Atitudes de Segurança para todo o grupo pesquisado: farmacêuticos e demais profissionais que atuam nas farmácias apresentou média de 74,7 (DP 11,8), o que significa uma percepção baixa quanto ao clima de segurança das farmácias, visto que, na literatura, apenas escores médios acima de 75 pontos são considerados como visão positiva.

Dentre os seis domínios de segurança avaliados através do QAS, o domínio Satisfação no Trabalho obteve maior pontuação média (81,7, DP:15,6), o que indica uma visão positiva relacionada ao prazer com o trabalho, seguido por Clima de Trabalho em Equipe (77,2, DP:15). Somente essas duas dimensões apresentaram média superior a 75, sendo consideradas positivas.

Outros estudos sobre cultura organizacional para segurança do paciente realizados na APS também apresentaram percepção positiva dos trabalhadores sobre a satisfação no trabalho (KHAMAISEH; AL-TWALBEH; AL-AJLOUNI, 2020; MACEDO *et al.*, 2020b) e trabalho em equipe (EL ZOGHBI *et al.*, 2018; KLEMENC-KETIŠ *et al.*, 2017; LAWATI *et al.*, 2019; MACEDO *et al.*, 2020b; PAI *et al.*, 2020).

De acordo com Magalhães *et al.* (2019) a satisfação no trabalho é um fator que contribui para uma visão confiante e positiva do ambiente de trabalho associada à qualidade da assistência prestada ao paciente. Apesar dos desafios e dificuldades encontrados na implementação da cultura de segurança do paciente, há um grau de prazer e contentamento no serviço desenvolvido na APS (MACEDO *et al.*, 2020b), o que pode ser canalizado positivamente no envolvimento, aceitação e implementação de propostas de melhorias, sendo a satisfação imperativa para melhorar o entusiasmo da equipe e a qualidade do trabalho (KHAMAISEH; AL-TWALBEH; AL-AJLOUNI, 2020).

Por sua vez, o trabalho em equipe é fundamental na APS e imprescindível quando se trata de aspectos relacionados à segurança do paciente e à qualidade dos cuidados prestados à saúde (PAI *et al.*, 2020) e foi percebido como dimensão positiva. Isso significa que os profissionais consideram que há um bom senso de trabalho em equipe nas unidades e que a qualidade do relacionamento e colaboração entre os membros da equipe é boa.

Em contrapartida, o domínio que se refere a Condições de Trabalho obteve o pior escore médio (70,1, DP:22,7), seguido por Percepção Geral da Gerência (71,7,

DP:16,7), Percepção do Estresse (73,4, DP: 23,9%) e Clima de Segurança (74,7, DP: 18,7). Todas essas quatro dimensões apresentaram pontuações médias inferiores a 75. Nenhuma dimensão apresentou pontuação abaixo de 50, que corresponde a áreas claramente frágeis e com visão claramente negativa.

Lousada *et al.* (2020) em estudo realizado na APS, no estado da Fortaleza, no Brasil, utilizando o mesmo questionário, QAS versão curta, encontrou resultados semelhantes em relação aos domínios com percepções positivas e negativas. Igualmente no estudo de Lousada *et al.* (2020) a satisfação no trabalho foi o domínio que obteve o maior escore, enquanto condições de trabalho e percepção da gestão obtiveram os menores escores, o que evidencia que os participantes trabalham com o que gostam, no entanto apresentam percepção ruim da qualidade do ambiente de trabalho e suporte logístico e não aprovam (ou aprovam parcialmente) as ações de seus líderes em relação às questões de segurança do paciente.

A visão negativa da gerência foi ao encontro de achados de outros estudos realizados na APS (GALHARDI *et al.*, 2018; FLORES-GONZÁLEZ; CRUZ-LEÓN; MORALES-RAMÓN, 2019;; MACEDO *et al.*, 2020b). A gerência de uma instituição é a principal responsável por planejar, elaborar e monitorar ações e estratégias da cultura organizacional voltadas para a segurança ao paciente, devendo ser capaz de sensibilizar os profissionais a favor dessas medidas, com competência para direcionar o processo de trabalho em equipe e o desenvolvimento de mudanças (GALHARDI *et al.*, 2018; MAGALHÃES *et al.*, 2019). A atuação dos gestores na supervisão das atividades diárias, no contato e valorização do trabalho de sua equipe, com inclusão e reconhecimento dos trabalhadores na tomada de decisões, são atitudes que promovem a construção de um nível de confiança e integração que favorece a segurança do paciente (SOUZA *et al.*, 2019; TLILI *et al.*, 2020).

A avaliação negativa da gerência alerta para a necessidade de aproximação dos gestores com os demais trabalhadores, visando à construção em conjunto de melhorias no atendimento à saúde, de forma horizontal e com abertura suficiente ao relacionamento interprofissional (MACEDO *et al.*, 2020b). Nas entrevistas realizadas com farmacêuticos foi também descrito o distanciamento de alguns gerentes de UBS em relação à farmácia, com necessidade de mudança no entendimento da

importância do trabalho exercido no setor e impacto do serviço prestado na saúde e segurança dos pacientes.

A percepção da gerência também foi avaliada através de duas subdimensões: avaliação da Percepção da Coordenação da Farmácia pelo Farmacêutico e da Percepção do Trabalho do Gerente da UBS (Tabela 2). A percepção da coordenação do farmacêutico foi considerada positiva pelos profissionais de nível médio/técnico que atuam no setor, com média de 76,8% (DP:16,2), por sua vez, a percepção do trabalho do gerente do centro de saúde por todos os participantes da pesquisa apresentou média de 71,3% (DP 15,4). No entanto, para essas subdimensões o *Alpha de Cronbach* encontrado foi baixo, 0,426 e 0,484, respectivamente. A alta frequência de desacordo nas respostas dessas subdimensões pode apresentar como possível hipótese o fato de os profissionais não expressarem claramente suas opiniões sobre a gerência por medo de represália, ainda que seja garantida a confiabilidade dos dados, ou ao não entendimento dos itens que compõem a dimensão, o que é menos provável.

Blumenthal, Chien e Singer (2018) concluíram que a coordenação de cuidados em saúde dentro de uma equipe tem o potencial de mediar a relação entre a dinâmica da equipe e a cultura de segurança percebida, porque muitos erros no ambiente ambulatorial ocorrem como resultado de problemas de coordenação: falhas na comunicação; falhas no fechamento dos circuitos de referência; e acompanhamento insuficiente. No caso em estudo, as farmácias são coordenadas pelo farmacêutico do NASF de forma direta, porém o farmacêutico não está na UBS durante todo o horário de funcionamento da farmácia e foi apontado nas entrevistas como ponto negativo o fato de que alguns gerentes dos centros de saúde apresentam-se distantes do setor, requerendo uma maior aproximação

O domínio Percepção do Estresse trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho (CARVALHO, 2011) e foi considerado negativo. A percepção do estresse está associada à pressão e ao ritmo de trabalho, os quais afetam diretamente a qualidade da assistência dispensada, sendo necessário o diálogo entre a equipe e o acordo de ideias, com vistas à prevenção e ao enfrentamento de erros no cuidado à saúde de forma adequada (PAI *et al.*, 2020).

Os resultados foram calculados também de modo separado para os dois grupos: farmacêuticos e demais profissionais que atuam nas farmácias e podem ser visualizados na Tabela 7.

Tabela 7 – Comparações das dimensões do QAS para os dois grupos: farmacêuticos e demais profissionais que atuam nas farmácias

Itens	Farmacêuticos	Outros profissionais	Valor p
Clima de trabalho em equipe	70,1 (17,7)	77,9 (14,6)	0,122
Satisfação no trabalho	72,2 (16,2)	82,8 (15,3)	0,040
Percepção geral da Gerência	67,8 (19,2)	72,1 (16,5)	0,439
Percepção do trabalho do gerente do centro de saúde	62,9 (18,2)	72,2 (14,9)	0,069
Clima de Segurança	63,5 (22,7)	75,9 (18)	0,044
Condições de Trabalho	63,8 (21,3)	70,7 (22,8)	0,357
Percepção do estresse	82,5 (13)	72,4 (24,6)	0,207
Escore total	68,7 (16,2)	75,3 (11,2)	0,236

Teste t – Média

Fonte: Elaborada pela autora.

A média geral do questionário para o grupo de farmacêuticos foi de 68,7 (DP 16,2) e para os demais profissionais que trabalham nas farmácias foi de 75,3 (DP 11,2). Desse modo, os farmacêuticos apresentaram uma percepção mais negativa sobre o clima de segurança das farmácias em relação aos profissionais de nível médio/técnico que atuam no setor, para os quais o clima de segurança foi avaliado como positivo (Valor >75%). Essa divergência pode ser atribuída a maior clareza do profissional farmacêutico sobre riscos relacionados à farmacoterapia, à atividade exercida nas farmácias e a todas as dificuldades enfrentadas na coordenação do setor, que serão descritas nas entrevistas, com evidências de necessidade de mudanças e melhorias na organização e no processo de trabalho do setor.

Em relação aos seis domínios do questionário, a diferença de percepção entre farmacêuticos e demais profissionais que trabalham nas farmácias foi considerada estatisticamente significativa para os domínios Satisfação no Trabalho e Clima de Segurança. Esses dois domínios apresentaram avaliação negativa pelo grupo de farmacêuticos e foram considerados positivos pelos profissionais de nível médio/técnico (média superior a 75), conforme a Tabela 7. Os farmacêuticos, portanto, apresentam maior insatisfação relacionada ao trabalho e consideram que o

clima de segurança nas farmácias precisa ser desenvolvido e aperfeiçoado, o que pode estar relacionado à sobrecarga de trabalho da categoria e constante exposição a fatores estressores. Essa divergência de percepção também pode sugerir que os trabalhadores de nível médio/técnico têm mais dificuldade de compreender a segurança do paciente, identificar problemas relacionados ao tema e riscos referentes ao serviço de saúde desenvolvido nas farmácias, o que pode estar relacionado à formação e perfil desses trabalhadores, o que será evidenciado na análise das entrevistas realizadas com os farmacêuticos.

Os farmacêuticos apresentaram pontuação inferior em todos os domínios do QAS, exceto no domínio Percepção do Estresse, para o qual apresentaram escore superior, o que pressupõe que consideram que a segurança do paciente precisa ser desenvolvida nas diversas dimensões nas farmácias, além de terem a percepção mais clara sobre fatores estressantes no trabalho que impactam na segurança. Pontuações elevadas no domínio Percepção do Estresse indicam alta percepção do impacto dos efeitos do estresse na capacidade de um trabalhador de ter um desempenho ideal na prestação de cuidados seguros (EL SHAFEI; ZAYED, 2019).

El Shafei e Zayed (2019), em pesquisa realizada na APS no Egito, obtiveram como resultado em relação às categorias profissionais que os farmacêuticos, de modo semelhante, tiveram pontuação média mais baixa em cinco dos seis domínios do questionário utilizado e apresentaram como hipótese para isso os problemas rotineiros enfrentados no trabalho diário pela categoria, como a falta de medicamentos essenciais e enfrentamentos frequentes com pacientes.

A diferença na percepção da segurança do paciente entre categorias profissionais de uma mesma instituição pode influenciar positiva ou negativamente nos comportamentos para a prestação de um cuidado seguro. Para a promoção de uma cultura de segurança é desejável que todos os profissionais de um serviço tenham a mesma percepção sobre os pontos fortes e fracos em relação à organização e gestão dos processos de saúde, de modo que suas atitudes possam convergir em prol de uma assistência segura (MAGALHÃES *et al.*, 2019).

Foi realizada comparação da média dos domínios do QAS entre profissionais estatutários e profissionais com vínculo por contrato administrativo temporário/celetistas (Tabela 8). Os funcionários com vínculo por contrato/CLT

apresentaram maior pontuação geral no QAS, com significância estatística, e também nos seguintes domínios do QAS: Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho, Percepção Geral da Gerência, Percepção do Trabalho do Gerente do Centro de Saúde, Condições de Trabalho. Os funcionários estatutários apresentaram maior pontuação no domínio Percepção do Estresse.

Tabela 8 – Comparações das dimensões do QAS para estatutário e contratado/celetista

Domínios	Estatutário	Contrato/CLT	Valor p*
Clima de trabalho em equipe	72,6 (17,1)	79,5 (13,3)	0,039
Satisfação no trabalho	75,7 (16,7)	85 (14)	0,003
Percepção geral da Gerência	66,5 (18,1)	74,4 (15,4)	0,020
Percepção da coordenação do farmacêutico	73,8 (15,3)	78,4 (16,6)	0,197
Percepção do trabalho do gerente do centro de saúde	66,2 (16,5)	74 (14,1)	0,012
Clima de Segurança	70,5 (21,2)	77 (17)	0,114
Condições de Trabalho	63,9 (24)	73,3 (21,4)	0,043
Percepção do estresse	81,3 (18,8)	69,2 (25,3)	0,007
Escore Geral	71,2 (13,1)	73,5 (10,7)	0,040

*teste t (média e desvio padrão apresentados)

Fonte: Elaborada pela autora.

Para comparação dos resultados dos domínios do QAS com relação ao salário, os participantes foram agrupados em dois grupos: os que recebem menos de dois salários-mínimos e os que recebem 2 ou mais salários-mínimos (Tabela 9). Os resultados demonstraram que o valor geral do QAS e os domínios Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho, Percepção do Trabalho do Gerente do Centro de Saúde, Clima de Segurança e Condições de Trabalho têm maiores pontuações entre os que recebem menos de R\$ 2200,00. A percepção do estresse, por sua vez, tem pontuação maior entre os que ganham mais de R\$ 2200,00. Os profissionais com salários mais baixos são os de nível médio/técnico com contrato temporário, que, como analisado anteriormente, podem apresentar maior dificuldade para compreender aspectos relacionados à segurança do paciente envolvidos com o serviço de saúde prestado nas farmácias.

Tabela 9 – Comparações dos domínios do QAS por renda

Domínios	Menos de R\$ 2200,00	R\$ 2200,00 ou mais	Valor p*
Clima de trabalho em equipe	80,6 (13,1)	73,5 (16,3)	0,017
Satisfação no trabalho	85,4 (14,1)	78,2 (16,5)	0,021
Percepção geral da Gerência	74,8 (15,6)	69 (16,8)	0,074
Percepção do trabalho do gerente do centro de saúde	74,9 (14,3)	68,2 (15,2)	0,025
Clima de Segurança	79 (14)	72 (20,4)	0,050
Condições de Trabalho	76,3 (21,7)	64,7 (20,7)	0,007
Percepção do estresse	68,7 (26,3)	79,8 (18,6)	0,015
Escore Geral	77,5 (9,7)	72,2 (12,3)	0,026

*teste t (média e desvio padrão apresentados)

Fonte: Elaborada pela autora.

Foi verificado através da correlação de *Spearman* que Satisfação no Trabalho teve correlação negativa com tempo de experiência para todo o grupo pesquisado ($p=0,034$), ou seja, quanto maior o tempo de experiência, menor a satisfação do trabalhador (Tabela 10). A Percepção de Estresse, por sua vez, apresentou correlação positiva com tempo de experiência ($p=0,005$): quanto maior o tempo de serviço, maior a percepção de estresse pelos profissionais.

Tabela 10 – Correlação entre tempo de experiência na função e domínios do QAS

Domínios	Cálculo estatístico	Tempo de experiência na função
Clima de trabalho em equipe	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	-0,109 0,271 104
Satisfação no trabalho	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	-,208* 0,034 104
Percepção geral da Gerência	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	-0,046 0,643 104
Percepção da coordenação do farmacêutico	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	-0,013 0,904 94
Percepção do trabalho do gerente do centro de saúde	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	-0,085 0,388 104
Clima de Segurança	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	-0,073 0,463 104
Condições de Trabalho	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	-0,121 0,220 104
Percepção do estresse	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	,270** 0,005 104
Escore Geral	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	-0,036 0,715 104

*Correlação de Sperman

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação ao tempo de experiência profissional, Lousada *et al.* (2020) encontraram menores escores para os domínios Condições de trabalho e Percepção da Gestão para profissionais com maior experiência profissional e analisaram que profissionais com longa experiência tendem a ser mais críticos em relação às características do ambiente de trabalho e ações gerenciais (LOUSADA *et al.*, 2020). Essa crítica em relação ao processo de trabalho também pode justificar os menores escores relacionados à satisfação no trabalho e maior percepção de fatores de

estresse encontrados no presente estudo entre aqueles com maior experiência profissional. Carvalho (2011) pondera que profissionais com menos tempo de experiência tendem a avaliar positivamente a instituição na qual ingressaram recentemente, concedendo-lhe oportunidade de trabalho.

A idade, por sua vez, se correlacionou negativamente com Percepção do Clima de Segurança, ou seja, quanto maior a idade, pior foi a avaliação do clima de segurança. Por outro lado, a idade se correlacionou positivamente com a Percepção de Estresse, ou seja, quanto maior a idade, maior percepção de estresse (Tabela 11).

Tabela 11 – Correlação entre idade e domínios do QAS

Domínios	Cálculo estatístico	Idade
Clima de trabalho em equipe	Coeficiente de Correlação	-0,184
	Sig. (2 extremidades)	0,062
	N	104
Satisfação no trabalho	Coeficiente de Correlação	-0,184
	Sig. (2 extremidades)	0,062
	N	104
Percepção geral da Gerência	Coeficiente de Correlação	0,015
	Sig. (2 extremidades)	0,881
	N	104
Percepção da coordenação do farmacêutico	Coeficiente de Correlação	-0,005
	Sig. (2 extremidades)	0,965
	N	94
Percepção do trabalho do gerente do centro de saúde	Coeficiente de Correlação	-0,026
	Sig. (2 extremidades)	0,797
	N	104
Clima de Segurança	Coeficiente de Correlação	-,204*
	Sig. (2 extremidades)	0,037
	N	104
Condições de Trabalho	Coeficiente de Correlação	-0,130
	Sig. (2 extremidades)	0,188
	N	104
Percepção do estresse	Coeficiente de Correlação	,209*
	Sig. (2 extremidades)	0,033
	N	104
Escore Geral	Coeficiente de Correlação	-0,085
	Sig. (2 extremidades)	0,392
	N	104

*Correlação de Sperman

Fonte: Elaborada pela autora.

Não houve diferença estatística na percepção do clima de segurança das farmácias relacionado à escolaridade, comparando profissionais com nível superior ou maior e profissionais que não tinham curso superior. Esse resultado também foi encontrado no estudo de validação do QAS no Brasil (CARVALHO, 2011).

4.3 Entrevistas com farmacêuticos

Foram realizadas entrevistas com os dez farmacêuticos que atuam na APS da regional nordeste de Belo Horizonte sobre a gestão das farmácias e a cultura de segurança no setor, para aprofundar em aspectos que não puderam ser evidenciados por meio do QAS. Os farmacêuticos foram codificados com a letra F seguida por números de 1 a 10. Definiram-se cinco categorias de análise: perfil dos profissionais que trabalham nas farmácias; dificuldades na gestão das farmácias e sustentação de uma cultura de segurança no setor; facilidades na gestão das farmácias e sustentação de uma cultura de segurança no setor; compreensão dos participantes sobre a cultura de segurança do paciente; sugestões para melhorias no processo de trabalho e cultura de segurança da farmácia.

4.3.1 Perfil dos profissionais que trabalham nas farmácias

Todos os farmacêuticos consideraram que o perfil dos profissionais que desenvolvem o trabalho nas farmácias das UBS, apresentado no capítulo 5, subcapítulo 5.1, impacta no processo de trabalho no setor e, por conseguinte, na qualidade do serviço ofertado, segurança do paciente e gestão da farmácia. Nesta categoria de análise são apresentadas ponderações realizadas pelos farmacêuticos sobre o perfil dos profissionais que atuam no setor e a relação com o processo de trabalho, sendo analisados sob dois parâmetros: perfil inadequado de profissionais e perfil adequado. No desenvolvimento das entrevistas, os farmacêuticos apresentaram informações importantes sobre características de profissionais com perfil adequado e características de profissionais com perfil inadequado.

4.3.1.1 Perfil inadequado de profissionais

A maioria dos profissionais que trabalham nas farmácias são técnicos e auxiliares de enfermagem, que são alocados nos diversos setores da UBS de acordo com a escala organizada pelos enfermeiros e, desse modo, transitam pela farmácia, vacina, coleta, curativo, sala de observação e eletrocardiograma. Quando escalados na farmácia, os profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem ficam sob a coordenação do farmacêutico, porém integram a equipe de enfermagem e quem é responsável pela escala desses profissionais são os enfermeiros.

Os relatos e ponderações dos farmacêuticos entrevistados sobre o perfil inadequado de profissionais de nível médio/técnico que atuam no setor enfatizaram as limitações na capacidade técnica desses profissionais, que perpassam por dificuldades de entendimento, deficiências na formação e qualificação, tendo em vista que a maioria dos profissionais apresenta formação como técnico de enfermagem.

O perfil nosso hoje é o técnico de enfermagem, pelo menos os meus. Esse perfil muitas vezes não é ideal porque o técnico roda outros setores e [...] quando ele volta ele tem uma readaptação, lembrar de tudo, se acostumar [...]. A sensação que eu tenho desse profissional é que ele está ali só de passagem e isso impacta um pouco na atenção com os pacientes (F5).

Eu percebo que muitos (profissionais) têm muita dificuldade de entender os processos da farmácia [...]. Às vezes não é o perfil do funcionário e ele acaba tendo que ficar no setor porque muitas vezes não tem outro funcionário. Então, assim, o perfil dele tanto nesse sentido de capacitação, porque a maioria dos nossos técnicos são técnicos de enfermagem, que não tem muito conhecimento na área de farmácia, dispensação, essa parte de limitação técnica, quanto na parte de disponibilidade (F2).

O perfil inadequado foi, ainda, relacionado com a atuação de profissionais que não querem trabalhar neste setor, que não consideram como suas atribuições o desempenho de atividades na farmácia, por serem da área de enfermagem, e que, a partir da insatisfação e desmotivação, desmotivam os outros, ou seja, eles desconstroem todo o processo de trabalho e demonstram o desinteresse com um serviço ruim.

E a questão muito também de eles acharem que a farmácia não faz parte do serviço deles. Principalmente porque as funcionárias que trabalham na farmácia são técnicas de enfermagem (F4).

Às vezes a gente tem um, dois funcionários que gostam, que estão motivados, mas os que não estão desmotivam os outros. Um começa a reclamar e o outro parece que vai na onda. Então, gerir o setor onde têm muitas pessoas trabalhando insatisfeitas é muito complicado, por mais que você se esforce (F2).

Primeiro eu acho que, assim, funcionário que ele não quer estar naquele lugar, desconstrói todo um processo (F3).

Funcionário que não gosta de ficar na farmácia, que fica porque é obrigado a ficar na escala e às vezes a gente vê que existe até uma pirraça, de funcionário que não gosta de ficar na farmácia de não fazer a coisa certa porque ele não quer ficar naquele lugar. Uma forma de protesto. Então isso impacta muito. Impacta no atendimento, impacta nos erros, nos indicadores do inventário (F9).

O entrevistado F4 frisou que o profissional com perfil inadequado não cria vínculo com o setor, atribuindo como uma das causas o fato de não ser valorizado com uma remuneração adequada e vínculos trabalhistas que garantam mais direitos. Como foi analisado anteriormente, 64,9% dos profissionais de nível médio/técnico que atuam nas farmácias apresentam como vínculo de trabalho o contrato administrativo de caráter temporário.

[...] a questão de não ter tanto vínculo justamente porque não é valorizado. Às vezes a gente pede para fazer as coisas, o pessoal faz muito corpo mole justamente porque não dá tanta importância para o trabalho porque não tem remuneração adequada. Principalmente por causa da remuneração e a maioria é contrato, então eu acho que isso também atrapalha bastante, porque são pessoas que ganham menos, não têm nenhum benefício de questão de transporte, de alimentação e acaba que eles não dão tanto valor no trabalho (F4).

Esse perfil de profissionais impacta na ocorrência de erros e na sua repetição, pela displicência e desinteresse na execução das atividades. O que acarreta também frustração para os pacientes que recebem informação incorreta, não detalhada e atenção indevida. Investir na redução do erro implica uma avaliação mais ampla do contexto, observando características do trabalho em grupo, do modelo de gestão e da cultura da organização, além de aspectos relacionados à comunicação (SANTIAGO, 2014), para evidenciar quais são as dificuldades e possíveis falhas.

À medida que a gente trabalha com essa equipe que está desmotivada e que não tem muito interesse no que ela está fazendo, os erros acontecem muito mais. Então, o impacto na segurança é muito grande (F2).

Olha, os pacientes às vezes ficam, assim, meio (frustrados) porque o profissional não passa informação ou (não passa informação) correta ou não passa uma informação bem detalhada ou não dá atenção devida (F5).

É, agora quando é um profissional que realmente não tem interesse, por mais que eu faça reunião, converse, realmente não resolve. Os erros continuam, os mesmos erros persistem e vão se arrastando mesmo (F10).

Gerenciar pessoas é uma tarefa complexa, tendo em vista que o desempenho das atividades por um trabalhador depende de seu conhecimento acumulado, habilidades e atitudes. Trabalhadores que entendem o significado do seu trabalho e a finalidade das tarefas que lhes são delegadas têm a tendência de estar comprometidos e motivados para alcançar melhores resultados. A influência positiva na realização de tarefas pelos atores envolvidos requer a manutenção de um canal de comunicação permanente e o incentivo à participação coletiva, inclusive nas decisões que envolvem o setor (BRASIL, 2007).

Porque você gerir, você coordenar um funcionário que não quer, é muito difícil! (F3).

Eu acho muito difícil porque eu não tenho poder sobre escala. [...] O meu controle sobre isso é nenhum (F6).

Para o farmacêutico, evidencia-se a extrema dificuldade em gerir um setor com pessoas insatisfeitas, que estão de passagem pela farmácia e, por isso, não criam vínculo, sem ter governabilidade sobre as escalas.

4.3.1.2 Perfil adequado de profissionais

Na descrição e análise dos farmacêuticos entrevistados, foram apresentadas as características de profissionais com perfil adequado para atuar na farmácia e esse perfil adequado foi relacionado ao interesse em trabalhar no setor. O profissional que gosta do que faz segue as orientações, dialoga, trabalha em equipe, atende bem o usuário, o que impacta na qualidade, segurança, gestão e reduz atritos e violência.

Quando o funcionário tem perfil de estar ali, ele consegue trabalhar em equipe, ele tem essa sintonia com a farmácia, com o setor, sintonia com os colegas de trabalho e, assim, ele faz o melhor para o setor estar organizado, para o ambiente estar agradável (F3).

O profissional que gosta de ficar na farmácia, tem o perfil, ele faz parte da minha equipe, ele dialoga comigo, ele segue as minhas orientações (F9).

A comunicação, sintonia e identidade dos profissionais enquanto equipe de trabalho foram enfatizadas por F3 e F9 como fatores preponderantes para o desenvolvimento de um bom trabalho na farmácia.

A gente fortalece esse trabalho em equipe, que é muito importante para a farmácia, porque são tantos processos. [...] A gente tem que alinhar a comunicação, porque se tiver um ruído o erro vai acontecer. Então, assim, tem que estar alinhada, a comunicação, essa sintonia tem que estar muito bacana pra gente fornecer um atendimento adequado (F3).

Para o paciente, o impacto de um bom profissional está na orientação qualificada, na disposição e boa vontade para esclarecer dúvidas, direcionar fluxos, encaminhar para outros profissionais ou níveis de assistência quando necessário, redução de violência secundária a respostas grosseiras ou mau atendimento e na resolutividade, o que foi abordado por F1, F2, F3, F6, F8 e F10.

Eu acho que impacta porque atualmente eu estou com funcionários bons na farmácia, então eu acho que eles têm boa vontade de explicar como que vai tomar um medicamento, esclarecer dúvidas (F1).

Aquele funcionário implicado, que gosta de estar naquele setor, faz total diferença no atendimento qualificado, numa orientação qualificada. Porque a gente sabe que não é só entregar o medicamento, é fornecer mesmo orientações qualificadas sobre o uso daquele medicamento. E isso vai impactar demais em indicador, em satisfação do usuário, porque um usuário que é mal atendido, recebe uma resposta grosseira, um mau atendimento, isso vai gerar cada vez mais violência (F3).

Os entrevistados F1, F8 e F9 enfatizaram que, do ponto de vista da segurança, profissionais satisfeitos e com perfil adequado são mais dedicados e humanos, apresentam maior preocupação com os erros, foco em fornecer um melhor atendimento e maior qualificação da informação que disponibilizam ao paciente. Magalhães *et al.* (2019) analisam que a satisfação no trabalho é um fator

contribuinte para uma visão confiante e positiva do ambiente de trabalho que está associada a qualidade da assistência prestada.

De acordo com F1 e F7, a presença de funcionários bons e com perfil adequado permite que a farmácia funcione de forma mais independente e com resolutividade, possibilitando que o farmacêutico tenha mais tempo para se dedicar a outras atividades, à assistência e ao cuidado, facilitando o trabalho.

Quando o profissional consegue resolver os problemas da farmácia, coordenar o setor é muito melhor para a gente, porque a gente fica com mais tempo disponível para fazer outros tipos de atividade, por exemplo atender paciente. [...] E também é bom porque eles não precisam ficar ligando para a gente o tempo inteiro. Se já sabe o protocolo, já sabe o fluxo, eles mesmos já resolvem e já dão linha no que tem que ser feito (F1).

Por fim, F7 considera que o perfil adequado de profissionais perpassa pela inserção mais efetiva de técnicos de farmácia, que agregam qualidade, reduzem a ocorrência de erros e facilitam o trabalho do farmacêutico.

Eu acho que o técnico de farmácia agrega qualidade nesse atendimento, porque ele se preocupa mais em dar as orientações básicas sobre medicamento. Eles têm curiosidade de querer conhecer um pouco mais sobre o medicamento, o que às vezes não acontecia com os técnicos de enfermagem. [...] Até o nosso envolvimento melhora porque quando a gente começa a discutir sobre o medicamento, a gente vai levantando questões, que, de repente, a gente nunca tinha pensado. Então, a gente consegue mudar o trabalho pensando um pouco mais nessa qualidade do atendimento. Algumas funções que antes só eu fazia hoje eu já consigo delegar (F7).

Dessa forma, a qualidade do serviço de saúde desenvolvido na farmácia está atrelada ao perfil adequado de profissionais atuando no setor, com impacto na comunicação, trabalho em equipe, assistência ao paciente e segurança.

4.3.2 Dificuldades na gestão das farmácias e sustentação de uma cultura de segurança no setor

A atividade técnico-gerencial do farmacêutico é atribuição preponderante desse profissional e permeada de responsabilidades e exigências, tendo em vista tratar-se de um setor com movimentação financeira elevada, que envolve um

recurso em saúde muito valorizado pela população e muito visado pela gestão municipal. Nesta categoria de análise são abordadas as dificuldades percebidas pelo farmacêutico como gestor de um setor que atende o maior número de usuários na unidade e que constitui o último elo na cadeia de cuidado ao paciente, como descrito pelos próprios entrevistados (F8, F3).

[...] É o fechamento da passagem do usuário pela unidade de saúde. Então, eu acho que, assim, (o setor) tem que ser mais bem visto... não só em termos de gestão local, mas de gestão enquanto nível secretarial mesmo, institucional, porque é um setor de maior número de atendimentos do (centro de saúde) (F8).

É o setor que mais atende no centro de saúde, em número de atendimento, mas a gente depende muito da valorização do outro (F3).

As atividades desenvolvidas na farmácia influenciam de forma direta a saúde dos usuários, principalmente por ser o último momento em que há contato desses com um profissional de saúde, antes do início do tratamento (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015) sendo, portanto, momento importante para identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica antes que alcancem efetivamente o paciente (PINHEIRO, 2014). Além disso, a demanda por medicamentos aumenta a cada dia, o que requer investimento em estrutura e recursos humanos para que o serviço seja prestado com qualidade (OLIVEIRA; VIEIRA, 2015). No entanto, a farmácia muitas vezes é vista de forma simplista pelos outros profissionais, como descrito por F6, o que é apontado como dificuldade na gestão do setor.

[...] eu percebo que parece que quem é considerado bom profissional, às vezes ele pode ser aproveitado em qualquer outro setor, mas na farmácia as pessoas têm aquela visão que parece ser muito simples, que é você só ler um papel e entregar o medicamento. Que o fluxo, a logística da farmácia, eu acredito que até profissionais de dentro do centro de saúde, eles acham que é só isso, que é uma coisa muito simples que qualquer pessoa que saiba ler consegue fazer. E só que não é. Eu acho que é um dos setores mais complexos que tem (F6).

A dispensação de medicamentos tem sido negligenciada como objeto de reflexão teórica nacional e internacionalmente, resultando em um entendimento simplista de entrega de medicamentos, atendimento a normas legais ou mera burocracia (ANGONESI, 2008), o que reflete na prática do serviço nas farmácias. Há

forte limitação para o desenvolvimento da dispensação de medicamentos como um serviço de saúde e os estudos desenvolvidos nas unidades de dispensação são nacionalmente focados na acessibilidade do produto (LEITE *et al.*, 2017).

Em detrimento dessa visão, as atividades desempenhadas nas farmácias consistem num processo complexo, multiprofissional, que vai além da entrega de medicamentos a partir de uma receita de profissional habilitado, envolve também orientações e acompanhamento das pessoas que utilizam os medicamentos, que são o eixo principal dos serviços farmacêuticos, com o objetivo de promover um uso seguro e racional (STEPHANELLI, 2015). A superação do entendimento e da abordagem limitada da dispensação de medicamentos nos serviços de saúde para uma prática mais responsável quanto ao emprego dos recursos terapêuticos requer a compreensão de que se trata de um serviço de saúde com premissas, estrutura, trabalhadores e gestão orientados para a atenção à saúde das pessoas (LEITE *et al.*, 2017).

De acordo com Mendes, Leite e Storpirtis (2019), os serviços relacionados aos medicamentos muitas vezes ainda são caracterizados como pontos de apoio e logísticos e não como parte da integralidade do cuidado em saúde. Essa visão de que o setor está segregado do centro de saúde foi apontada como fator dificultador do processo de gestão por F5 e F8, que destacaram a necessidade de mudança no olhar sobre a farmácia pelos profissionais de saúde, melhor compreensão do papel, importância e representatividade da farmácia no todo que a UBS constitui.

É... sim, isso é importante mesmo, porque é importante entender também que a farmácia pertence ao centro de saúde. Ela faz parte do centro de saúde. Ela não é um anexo isolado do centro de saúde. Essa relação é importante, o farmacêutico precisa fazer isso. Ele precisa esclarecer, precisa levantar essa importância dentro do centro saúde. [...] Gente, a farmácia pertence ao centro de saúde. [...] Então, ela fornece medicamentos para vocês internamente e vai dar a terapia para o paciente que saiu lá do médico, entendeu! Então, a gente precisa pensar o centro de saúde como um todo, a farmácia está lá dentro (F5).

Os entrevistados F5, F6 e F7 também destacaram que muitas vezes se sentem sozinhos e sem apoio no exercício de suas atribuições, ainda que trabalhando em uma unidade de saúde multiprofissional. O que foi corroborado por Barberato, Scherer e Lacourt (2019) em revisão de literatura sobre o trabalho do

farmacêutico na Atenção Primária a Saúde, na qual evidenciaram dificuldades relacionadas à aceitação e reconhecimento do trabalho desse profissional, além de falta de apoio estrutural para o trabalho e insuficiência no número de profissionais, gerando sobrecarga e deficiências no entendimento da equipe de trabalho das unidades sobre o ciclo do medicamento e a importância do serviço de saúde desenvolvido nas farmácias.

E quando você gerencia, você precisa de suporte, você precisa de ter alguém lá com quem você contar. E na hora que você pensa assim, eu preciso falar com alguém, com quem que eu vou falar? Com quem? Porque eles estão de passagem! [...] A gente às vezes fica sem referência com quem a gente contar pra poder resolver os problemas (F5).

Eu sinto assim como se isso que eu tivesse incomodada não fosse relevante. Porque se o meu superior, eu já passei a demanda e ele não está vendo que é necessária uma troca de funcionário ou uma conversa mais firme para troca de postura, ou a pessoa rever o trabalho dela, então fica como se só o farmacêutico estivesse achando aquilo errado e preocupado. Tendo em vista que é um profissional farmacêutico, o restante todo mundo ou é técnico ou é enfermeiro, então isso aí fica muito complicado (F6).

Eu acho que as atividades da gente estão bem fragmentadas. Não sei se em função da pandemia, mas a gente está trabalhando muito isolado, eu acho, sabe? (F7).

Durante a pandemia do COVID-19 a organização da assistência à saúde na APS passou por uma série de reestruturações e mudanças para canalizar esforços ao atendimento de pacientes com suspeita de COVID e para minimizar riscos à saúde do trabalhador e usuários. Várias atividades assistenciais foram reduzidas ou suspensas de forma significativa por vários meses: consultas médicas e de enfermagem programadas, atendimentos individuais e compartilhados, visitas domiciliares, atividades coletivas e grupos terapêuticos, reuniões de equipe e multidisciplinares. Serviços essenciais, como farmácia e vacina, foram mantidos e intensificados, de modo, que, muitas vezes, a percepção foi de trabalhar de modo isolado e fragmentado, sem o vínculo interdisciplinar que o cuidado em saúde pressupõe, como mencionou F7.

Sete dos dez entrevistados (F1, F2, F6, F7, F8, F9, F10) citaram como uma das maiores dificuldades na gestão das farmácias a ausência de equipe e funcionários fixos no setor, de modo que os entrevistados apontaram que os

profissionais não criam identidade com o setor, não se responsabilizam e atuam considerando a transitoriedade do vínculo. El Shafei e Zayed (2019) analisaram que a restrição de rotatividade dos profissionais de saúde é altamente recomendada, a fim de consolidar o trabalho e experiência, de modo a assegurar um maior do compromisso dos profissionais com o trabalho desenvolvido.

Eu acho que principalmente a questão dos funcionários. Nas minhas 2 farmácias, nos 2 centros de saúde nos quais eu atuo, têm uma rotatividade de funcionários grande. Nem sempre funcionários que gostam de estar no setor que eles estão, então, muitas vezes eles fazem as coisas sem prestar muita atenção, desatentos (F2).

A principal que eu acho é a escala de funcionários. A gente não tem uma equipe fixa na farmácia, então tem muita rotatividade. Os funcionários não são técnicos de farmácia, eles são auxiliares de enfermagem e a gente também não tem nem autonomia na escala porque eles estão na supervisão do enfermeiro. Então, isso que eu acho que é o dificultador maior, assim, das farmácias. Essa questão da escala de funcionários. É o ponto principal (F9).

Essa organização da Secretaria Municipal de Saúde, no que se refere à alocação de profissionais nas farmácias, apresenta, ainda, como consequência duas outras grandes dificuldades descritas pelos entrevistados: ausência de autonomia por parte do farmacêutico e dependência direta de outros profissionais no processo de trabalho, como enfermeiros na organização das escalas e gerente das UBS. Além de insatisfação dos profissionais que atuam na farmácia, pois não gostam de trabalhar no setor ou acreditam que essa função não seja atribuição de seu cargo como técnico ou auxiliar de enfermagem.

Eu acho também que a dificuldade é que estamos gerindo uma farmácia, mas tem outros atores por trás de nós, que interferem naquela gestão. [...] Se você está trabalhando com um gerente que gosta da farmácia, que valoriza aquele setor, é totalmente diferente de um gerente que acha que pode fazer um rodízio, que isso não interfere (F3).

Uma coisa que eu posso acrescentar é a questão do farmacêutico ser um profissional [...] que tá fazendo uma gestão de uma equipe que não é a dele, né? Porque é uma equipe vinculada à enfermagem (F8).

Eu diria que a primeira dificuldade é que muitas vezes eu percebo que a pessoa não queria estar ali (F6).

Os funcionários também as vezes estão insatisfeitos com isso porque tem funcionário que em um dia passa em 3 ou 4 setores, então a pessoa fala: eu não consigo nem aprender direito a ficar num setor, nem no outro, então acho que é em nenhum, sabe? (F7).

Além da ausência de equipe fixa, outro problema levantado pelos farmacêuticos foi a alta rotatividade de profissionais nas UBS. Há dificuldade por parte da instituição de fixar profissionais, o que foi atribuído e analisado como hipótese nas entrevistas ao fato de a maioria dos profissionais apresentarem vínculo por contrato administrativo temporário, com condições salariais precárias e ausência de direitos trabalhistas desses contratos, como FGTS, auxílio alimentação e transporte. Essa predominância de vínculo por contrato administrativo temporário foi evidenciada na caracterização dos profissionais que participaram dessa pesquisa. A rotatividade de profissionais compromete a continuidade de cuidado e segurança ao paciente quando é alta (CARVALHO, 2011).

Rotatividade de funcionário, então, a gente treina uma pessoa e dali 3 meses ela sai. Até porque a maioria fala que o salário da prefeitura não é atrativo, então não fixa o profissional, que arruma outra coisa e sai (F1).

Olha, eu acho muito difícil a questão de mão de obra, que eu acho que isso tem impacto imenso no trabalho da gente porque a gente não tem poder de escolha. A prefeitura paga super mal os funcionários, então você também não pode exigir demais, né? (F7).

Eu tenho funcionários que são bons, mas 50% têm muita dificuldade mesmo. Eu não sei se é por causa da formação profissional, da questão salarial, que eu acho que prejudica mesmo, o pessoal não tem tanto interesse, não tem tanta motivação e não cria tanto vínculo porque não é valorizado. Eu acho que isso aí é o que atrapalha principalmente (F4).

Ainda, no que se refere aos profissionais que atuam na farmácia, os farmacêuticos F2, F3, F5, F8 e F9 apontaram como dificuldade deficiências na formação, capacidade técnica e perfil desses profissionais que são escalados e atuam no setor.

Apesar de que hoje eu tenho trabalhado com uma equipe muito boa, muito implicada, mas eu acho que mesmo essa questão da gente ainda trabalhar com o técnico de enfermagem, a visão que ele tem da farmácia, a questão de implicar-se naquele trabalho, eu acho que ainda deixa um pouco a desejar (F3).

Outra dificuldade que eu verifico é bem um pouco aliado com a questão do perfil, eu vejo uma questão da capacidade técnica das pessoas que estão lá dentro, alguma dificuldade na formação mesmo, no entendimento do exercício daquela função (F8).

Outra dificuldade apontada por F7, F8 e F9 foi relativa à atuação do farmacêutico em mais de uma unidade de saúde, tendo que dividir carga horária e responsabilidades na gestão de mais de uma farmácia. De acordo com a lei 13021, o farmacêutico deve estar presente durante todo o horário de funcionamento das farmácias, seja ela de qualquer natureza (BRASIL, 2014), o que não se efetiva nas farmácias da APS de Belo Horizonte.

A sobrecarga de trabalho do farmacêutico constitui outro ponto destacado por F1, F4, F7 e F8, ao evidenciarem a grande demanda de atividades, responsabilidades e atribuições dessa categoria profissional e, inclusive, do setor farmácia e demais profissionais que ali atuam, de modo geral. Em estudo sobre fatores causais de eventos adversos a medicamentos pela equipe de enfermagem, Santos (2014) evidenciou como principais causas encontradas nas fontes de pesquisa: comunicação inadequada sobre o processo medicamentoso, efeitos da sobrecarga e condições de trabalho, ambiente de trabalho, deficiências na formação e preparo do profissional de enfermagem.

Sobrecarga do farmacêutico e dos funcionários porque é um lugar sensível. Um setor sensível, de conflito, de muitos protocolos, muitas informações, muita dinamicidade. A todo momento a gente troca informação e tem atualização das informações. [...] Acho a sobrecarga do farmacêutico, porque desde que eu entrei na prefeitura [...] a gente vê que as atividades farmacêuticas só vêm crescendo, vem acumulando atividade [...]. Aquela questão de que quando não dá certo, vamos colocar o farmacêutico que a gente consegue obter um resultado. Então, essa sobrecarga ela tem sido muito visível. A questão de ser um farmacêutico, de ser um profissional que é muito requisitado, que tá sobrecarregado e não está naquelas unidades o tempo todo, de acordo com a demanda. Porque a demanda não para, ela é demanda espontânea, o farmacêutico é cercado por demanda espontânea... [...] Sobrecarga nossa! Gente é muita coisa, meu Deus! Quando paro para pensar, chega a ser assustador! (F8).

Outra coisa é o horário do farmacêutico. Eu, por exemplo, [...]fico muito pouco em cada uma, então, eu nem consigo ir todos os dias porque tem que dividir 40 horas [...] para cada farmácia. Então, isso aí dificulta bastante (F9).

Questão de muita demanda também que a gente tem externa, preencher planilha demais, fazer muita coisa e às vezes a gente não consegue dar todo o suporte que a gente queria na farmácia (F1).

E outra dificuldade que eu acho, às vezes, é uma sobrecarga de funções que a gente tem. Agora é pandemia, eu acho que tá mais tranquilo. Mas antes era uma rotina louca de fazer grupo, fazer reunião, fazer visitas, atender paciente e gerir farmácia. Gente! Eu fico olhando assim e falo: gente, como que a gente dava conta? Sinceramente, eu falo assim, gente, é muita coisa! (F7).

O profissional farmacêutico é um profissional de saúde acessível à população e à equipe de saúde para resolver as mais diversas demandas relacionadas aos medicamentos, desde dúvidas sobre acesso, disponibilidade de medicamentos no SUS, recebimento de documentos para requisição de medicamentos regulados, esclarecimentos sobre administração e aplicação de medicamentos, como insulinas. Desse modo, a demanda espontânea ao profissional ocorre durante todo o horário de funcionamento das farmácias, o profissional é requisitado e consultado a todo momento. Além de gerir a farmácia, em todos os aspectos, atender as demandas espontâneas de usuários e equipe, os farmacêuticos também possuem demandas programadas que incluem reuniões de matriciamento com as equipes de saúde, reuniões de categoria, reuniões regionais do NASF, atendimentos individuais e compartilhados, grupos de promoção e prevenção à saúde, participação na comissão local de saúde, muitas das quais ficaram suspensas durante a pandemia.

As atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico são preponderantes, como destacado por F4 e F8, que enfatizam o comprometimento das atividades clínico-assistenciais e do papel do farmacêutico no cuidado, o que foi visto como uma perda devido à qualificação do profissional que poderia contribuir mais com a assistência ao paciente. Isso foi evidenciado também por Araújo *et al.* (2008) em sua análise da AF na APS, ao apontar que o profissional farmacêutico ocupa grande parte do seu tempo na resolução de problemas operacionais, referentes à gestão dos estoques, o que não permite um atendimento individualizado ou uma orientação tão adequada ao paciente.

Eu acho que falta tempo pra gente participar mais da clínica. Que a questão técnica gerencial toma muito tempo e isso atrapalha a questão da assistência farmacêutica na ponta. Eu acho que a gente acaba perdendo nisso. O profissional que é qualificado, que poderia fazer mais na questão da assistência farmacêutica, não faz tanto porque a questão técnica e gerencial demanda muito e é depositado muito na gente (F4).

Eu acho um desperdício o profissional farmacêutico preenchendo planilha. Coisa que qualquer profissional bem treinado faria. A gente tem muito mais pra contribuir como profissional de saúde centrado na clínica (F8).

A atuação do farmacêutico em mais de uma farmácia compromete sobremaneira a comunicação, como evidenciado por F8, que assinala o quanto a comunicação é pilar nas relações de trabalho e deficiente pela ausência do profissional em tempo integral nas UBS. Estudos sobre cultura de segurança enfatizam que, dentre os fatores que influenciam o clima de segurança, os que apresentam maiores déficits e que necessitam ser trabalhados nas instituições de saúde são as falhas na própria estrutura organizacional, sobretudo as falhas de comunicação entre os membros da equipe, satisfação profissional e falta de treinamento dos profissionais (CARVALHO, 2011). O que está em consonância com a literatura mundial sobre segurança do paciente, segundo a qual a comunicação dentro dos serviços de saúde precisa ser desenvolvida (SANTIAGO, TURRINI, 2015).

Outra dificuldade que eu verifico é a comunicação. A comunicação é um grande desafio, sobretudo porque a gente não está na unidade (todos os dias). Eu acho que essa questão da comunicação, a gente bate muito na tecla da comunicação pela nossa ausência. Então, a nossa ausência faz com que a gente tenha que ser o mais claro possível na comunicação (F8).

Em 2019 foi lançado o Programa Saúde na Hora pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, que viabilizou o custeio aos municípios e Distrito Federal para implantação do horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e UBS, em todo o território brasileiro (BRASIL, 2019). Com este programa ocorreu a ampliação do horário de funcionamento das farmácias em Belo Horizonte, que atualmente ficam abertas durante onze horas e meia, ou seja, de 7:00 às 18:30 horas. F7 aponta que, com essa mudança, a farmácia passou a funcionar mais tempo sem a presença do farmacêutico, o que aumentou a demanda de trabalho, inclusive fora do horário, pois o profissional é contatado a todo momento para resolução de diversos problemas e dúvidas.

Outra questão é o fato deles terem estendido o horário de funcionamento da farmácia e a gente não estar presente. A gente tem que trabalhar fora do horário de trabalho, porque dá uma dúvida, tem um problema, o pessoal aciona a gente. E a gente está mais tempo fora da farmácia. Nós já somos divididos para dois centros de saúde, prestamos assistência para dois centros de saúde, então a gente já não está o tempo inteiro, aí estendeu o horário de funcionamento das farmácias e não estendeu o nosso horário (F7).

A ausência de apoio do gerente da UBS, por sua vez, foi mencionada por F1, F4 e F9, como aspecto que dificulta o desenvolvimento do trabalho na farmácia. Ao não apresentar a visão correta das funções exercidas na farmácia, os gerentes muitas vezes comprometem os processos de trabalho. De acordo com Lima (2014), há dificuldade por parte dos dirigentes em assimilar que a causa dos erros e eventos adversos em saúde é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometerem eventos adversos quando os processos organizacionais e técnicos são complexos e mal planejados.

[...] a questão às vezes também da gerência, não apoiar. Não todas, né? Não apoia o setor, às vezes escala quem não tem treinamento para poder ficar (F1).

Eu acho que faz falta é um apoio um pouco mais próximo do gerente. Eu acho que a gente fica sobrecarregado em algumas questões que deveriam ser dos funcionários da farmácia, por exemplo, e acaba que a gente abraça muito porque eles depositam muito a responsabilidade na gente. E até um olhar mesmo do gestor, do gerente. Falta esse olhar mais próximo, para saber o que está realmente acontecendo. Acho que, como eles depositam muita confiança na gente, eles largam a farmácia, entre aspas, de lado, e a gente fica a ver navios às vezes (F4).

Por fim, deficiências na infraestrutura, espaço e, por conseguinte, precariedade na organização da farmácia foram sinalizados por F5 e F7 como obstáculos importantes ao desenvolvimento seguro e qualificado de atribuições e funções no setor. Ao analisar a AF na APS, Araújo *et al.* (2008) e Leite *et al.* (2017) verificaram que as farmácias de UBS em geral apresentavam deficiências estruturais, espaço físico reduzido, com presença de grades ou barreiras entre o dispensador e o usuário e uma demanda crescente de atendimentos. A compreensão e a aceitação de que os processos permitem falhas assistenciais e que as condições de trabalho interferem na qualidade do cuidado em saúde é um

grande passo para o estabelecimento de estratégias que visem à implantação de sistemas de segurança nas instituições de saúde (SOUZA, 2015).

Primeiro, a infraestrutura. Acho que a infraestrutura nossa é precária, em alguns pontos atrapalha, estressa os funcionários, estressa o trabalho da gente, então, a infraestrutura realmente tem sido um ponto que tem atrapalhado bastante, e, às vezes, muitas vezes, realmente prejudica a segurança [...]. A disponibilização da farmácia, o local onde a gente armazena os medicamentos, essas pequenas coisas que, no dia a dia, fazem uma diferença enorme (F5).

Os farmacêuticos foram indagados sobre a forma como lidam com as dificuldades discriminadas e percebidas em seu cotidiano. A priorização de atividades a serem desenvolvidas foi evidenciada por F1 diante da sobrecarga de funções e apontada como estratégia de trabalho.

[...] eu chego, vejo o principal, o que é de urgente que tem que fazer e eu priorizo isso e as outras coisas eu vou... (fazendo depois)... (Trabalho) por prioridade (F1).

A importância da criatividade do profissional foi descrita por F8 para resolver problemas e conseguir contornar os obstáculos que perpassam pela gestão do setor, utilizando-se de todos os recursos e ferramentas disponíveis. Almeida e Baptista (2017) também enfatizaram a importância da criatividade e inovação no modelo de gestão por líderes de serviços de saúde, principalmente públicos, que apresentam grande desafio devido à restrita autonomia na resolução de problemas, como múltiplos vínculos, deficiência de recursos materiais e humanos e financiamentos reduzidos. O uso de ferramentas e recursos que facilitem o processo de trabalho nas farmácias, o acesso a informações, a comunicação e a capacidade de atender o usuário com qualidade e presteza também foi apontado por F6 e F8.

Usando a criatividade. Eu vejo que, assim, para ser farmacêutico da APS a gente tem que ser muito criativo! Muito criativo! Tem que ser proativo, a gente tem que tentar entrar num mundo assim de criar, de imaginar, de esgotar os recursos, [...] de tentar sensibilizar em reuniões, em conversas [...]diante das ferramentas que a gente tem (F8).

Ferramenta gente! Tendo aquilo! (F6).

Alguns fatores têm sido considerados primordiais para o desenvolvimento da comunicação efetiva entre os membros da equipe de assistência à saúde, tais como: contato dos olhos, escuta ativa, confirmação da compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento de todos os membros da equipe, discussões saudáveis de informações pertinentes, consciência situacional, que se refere à compreensão do ambiente atual e à capacidade de antecipar com precisão problemas futuros (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). Nesse sentido, a estratégia citada pela grande maioria dos farmacêuticos (F2, F3, F5, F6, F7 F8, F9 e F10) para enfrentar os problemas foi a conversa direta com os profissionais que atuam na farmácia, para esclarecer dúvidas, orientar, ouvir e entender as dificuldades, sobretudo uma escuta qualificada e acolhimento do profissional. Além de realização de reuniões com profissionais e equipe para alinhar informações.

A gente tem tentado fazer muitas conversas com os funcionários, [...] ver o que está acontecendo, o que ele acha que poderia melhorar naquele processo, o que aconteceu que impactou, que contribuiu para aquela questão que aconteceu. Fazer reuniões periódicas também com a equipe da farmácia, junto com o gerente, junto com o funcionário, fazer essa escuta qualificada para tentar ver mesmo, porque a gente sabe que o dia a dia deles é muito complicado, é muito tumultuado (F3).

Olha, tem que ter bastante paciência, né? Mas é conversar, ouvir principalmente, esclarecer o que está acontecendo (F5).

Conversando mesmo, com os funcionários, fazendo reunião com os funcionários, fazendo reunião com o gerente, as vezes precisa levar o caso para a farmácia distrital. Então a gente manda e-mail e depois tenta conversar. Eu acho que é mais assim mesmo (F9).

Eu tento conversar com a equipe que está na farmácia. Orientar melhor sobre os processos de trabalho, explicar o todo [...] para eles terem uma noção e ver se isso mexe mais com eles, assim, se eles criam uma consciência de importância daquilo mesmo (F10).

Nesta lógica, F1, F3 e F7 abordaram a importância do desenvolvimento de uma cultura não punitiva e de não culpabilidade individual de pessoas, mas diante de um problema ou erro voltar o olhar para o processo de trabalho em suas várias etapas, de forma a fomentar mudanças que favoreçam a segurança e qualidade no trabalho. É preciso que as lideranças administrativas, médicas e de enfermagem passem a criar condições para que a segurança do paciente seja encarada como responsabilidade de todos e não apenas de alguns (LIMA, 2014). Há necessidade

de mudanças na abordagem puramente punitiva direcionada aos profissionais, pois é preciso compreender a complexidade assistencial que permeia os sistemas de saúde para, então, corrigir as falhas nos processos (SOUZA, 2015).

[...] então, assim, nunca é uma cultura punitiva. Uma cultura sempre de tentar ouvir o que está acontecendo, entender o processo, para tentar mudar (F3).

O treinamento e capacitação foram outras estratégias apontadas como fundamentais no desenvolvimento, aperfeiçoamento, aumento de autonomia e capacidade resolutiva dos profissionais (F1, F2).

Olha, a primeira coisa que eu faço é tentar treinar os funcionários. Pra que quando eles estão lá, se eles estão sabendo tudo, eles me incomodam menos, ficam ligando menos (F1).

A gente tenta sempre fazer reuniões, discutir os problemas, quando acontece algum erro voltar, ver com o funcionário quais foram os motivos pelos quais ele acha que ele pode ter errado. Fazer capacitação, treinamento, conversar, é o que a gente tem tentado fazer (F2).

Por sua vez, o compartilhamento dos problemas e busca de apoio do gerente e dos enfermeiros na tomada de decisões foi abordado por F4 como conduta essencial.

Eu sempre busco a gerência, eu nunca tomo uma decisão importante sem comunicar com os superiores de outros setores, por exemplo, as enfermeiras. No caso, aconteceu algum problema relacionado com a farmácia na dispensação, eu sempre busco a enfermeira que é responsável para me ajudar a resolver e relato todos os problemas para os gerentes também (F4).

4.3.3 Facilidades no processo de gestão das farmácias

Esta categoria de análise trata das facilidades, pontos positivos, percebidos pelos farmacêuticos no processo de gestão das farmácias. Os farmacêuticos encontraram mais dificuldade em enxergar facilidades, principalmente F1, F6, F8 e F9, que precisaram refletir e, de início, não conseguiram enxergar pontos positivos. Na análise das facilidades percebidas pelos farmacêuticos, foi possível detectar que várias dificuldades apontadas por alguns profissionais são descritas como facilidade

por outros, o que evidencia diferenças entre as unidades de saúde relacionadas à organização, estrutura e perfil gerencial.

Um dos pontos mencionados por F1, F5 e F6 como facilitador do processo de trabalho e de gestão das farmácias foi a disponibilização, pela Secretaria Municipal de Saúde, de protocolos, Procedimentos Operacionais Padronizados (POP), notas técnicas e fluxos que respaldam e direcionam condutas e permitem que todos os profissionais possam ler e procurar informações de fácil acesso, quando necessário.

Então, eu acho que o que é fácil é que a farmácia tem muito protocolo. Então eu acho que isso ajuda, os POPS, os protocolos (F1).

Eu acho, assim, uma coisa que eu acho muito importante, que eu acho que isso é um ponto positivo dentro da prefeitura são os protocolos, POPS, e são muito bem feitos, não tem dúvida nenhuma, são muito bem esclarecidos, eu acho que isso é um fator positivo (F5).

Os fluxos. Eu acho que os fluxos e protocolos da prefeitura, isso aí para mim são essenciais! (F6).

De acordo com Luvison (2015), uma boa organização e estruturação da farmácia requer a presença de técnicos motivados e capacitados e faz parte disso a padronização dos processos de trabalho, bem como sua melhor visualização pelos colaboradores através dos fluxogramas. Da mesma forma, Carvalho (2014) considera que o seguimento de protocolo de dispensação pelo farmacêutico e seus colaboradores, baseado tanto na lista de medicamentos padronizados na instituição quanto na legislação farmacêutica vigente, é uma medida útil para sedimentar os processos de trabalho.

Outro ponto positivo destacado por F3, F7 e F10 foi a contratação de técnicos de farmácia específicos para o setor. Em 2019, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte facultou às UBS que apresentavam cargos vagos de Técnicos de Serviços de Saúde a contratação de profissionais com formação em técnico de farmácia, um para cada turno, para desenvolvimento específico das atividades e atribuições nas farmácias. O cargo de técnico de farmácia não existe para profissionais efetivos na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, e, anteriormente, não existia essa possibilidade de contrato.

Infere-se que um dos motivos para ausência desse profissional de modo efetivo se deve a questões conflituosas que envolvem a atuação e a inserção dos

técnicos de nível médio em farmácia, principalmente devido ao não reconhecimento e registro desses profissionais no que seria o seu conselho de classe, o Conselho Federal de Farmácia. Apesar disso, o curso de técnico de farmácia consta no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos do Ministério da Educação e Cultura, que regulamenta a execução destes cursos, e o Ministério do Trabalho e Emprego apresenta na Classificação Brasileira de Ocupações a ocupação 'técnico em farmácia', reconhecendo, assim, este profissional (STEPHANELLI, 2015).

Em detrimento da inexistência do cargo efetivo de técnico de farmácia, em Belo Horizonte, os benefícios advindos da inserção de profissionais com essa formação foram destacados por farmacêuticos cujos gerentes optaram pela contratação dessa categoria, o que não foi realidade para todos. Foram citadas como vantagens dessa contratação a formação técnica mais específica do profissional, o maior conhecimento relacionado à dispensação e aos medicamentos, a maior responsabilização e identidade com o setor, a fixação desses profissionais na farmácia, o alívio de sobrecarga do farmacêutico com o compartilhamento de funções e responsabilidades. Stephanelli (2015), em sua análise sobre a inserção de técnicos em farmácia na APS, aborda que onde quer que o farmacêutico atue existe espaço para que o técnico em farmácia lhe forneça auxílio nas atividades de gestão técnica, deixando-o mais disponível para atividades de gestão clínica, referentes ao uso de medicamentos.

A presença do técnico, o ganho do técnico de farmácia eu acho que foi um ponto positivo, assim, que a gente vê a diferença. [...] Então, você comparando um técnico de farmácia com um técnico de enfermagem, a gente vê a diferença que isso implicou na assistência, porque o técnico de enfermagem muitas vezes ele está ali só para dispensar, mas é a dispensação o mínimo ali, agora o técnico de farmácia não, ele se implica em outros processos, ele tem uma visão diferente da dispensação e do processo como um todo (F3).

Algo que melhorou foi a contratação de técnicos de farmácia. Para mim, assim, isso aí tá fazendo uma diferença! Então acho que já melhorou bastante. Porque tem alguém que se responsabiliza pelo setor, que antes nem isso a gente tinha. Porque o funcionário só passava pelo setor, então, acho que nem a mentalidade dele ter uma responsabilidade sobre aquilo ele não tinha. Quando a gente tem uma equipe fixa, muda esse olhar das pessoas, eles pensam no dia seguinte. Então acho que impactou na organização da farmácia, acho que nos erros que eram cometidos, na questão da gente conseguir compartilhar as informações com mais facilidade (F7).

Eu acho que a questão de ter um técnico de farmácia me auxilia muito nisso, acaba sendo o diferencial mesmo. Eu vejo que o técnico de farmácia tem um entendimento maior sobre os medicamentos em si, a organização do espaço, diferenciar os nomes dos medicamentos, as dosagens, essas questões. E as questões burocráticas, tipo inventário. Tem uma compreensão maior sobre isso (F10).

O apoio da Farmácia Regional ao farmacêutico da APS foi outro ponto mencionado por F1, F9 e F10 como facilitador do processo de gestão das farmácias. Os farmacêuticos recorrem ao nível regional diante de dúvidas e problemas, necessidade de orientações, participam de reuniões mensais de categoria direcionadas pela farmácia regional para discussão de notas técnicas, mudanças na padronização, direcionamento de condutas, análise de indicadores e resultados.

A questão da farmácia regional apoiar também, quando a gente precisa de alguma orientação (F1).

Assim, a gente consegue ter respostas da farmácia distrital quando a gente precisa, então eu acho que a farmácia distrital apoia a gente (F9).

Eu acho que é a prontidão às vezes da (farmácia) regional em estar solucionando alguns problemas, algumas dúvidas. A velocidade com que essas informações são passadas nos auxilia (F10).

Por sua vez, o trabalho conjunto com as equipes de saúde foi destacado como positivo por F4, que apresenta interação e troca positiva com profissionais de outras categorias nas unidades em que trabalha. Os entrevistados F4 e F8 apontaram também a flexibilidade dada ao farmacêutico na tomada de decisões pelos seus gerentes de UBS como ponto facilitador na coordenação das farmácias. Estudos apontam que falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais de saúde têm sido um dos principais fatores que contribuem para os erros médicos, eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

E as equipes também, eu trabalho com equipes muito boas, eu pego muito o apoio dos enfermeiros e eu sempre trago todas as equipes para trabalhar comigo, junto. Nos meus centros de saúde eu acho que a flexibilidade dos meus gestores ajuda bastante nas tomadas de decisões. O que eu decido em relação à farmácia normalmente eles acatam e eles apoiam. Então eu tenho um apoio muito grande, até porque eu tenho uma amizade muito grande com os meus gerentes, então isso facilita bastante a gestão ali dentro (F4).

Alguns aspectos que foram considerados dificuldades por alguns farmacêuticos, em algumas farmácias, para outros ou em outras unidades se apresentaram como facilidades, quando a situação oposta se configurou. Desse modo, F2, F3, F5 e F9 destacaram como positivo o apoio de alguns gerentes ao desenvolvimento do trabalho nas farmácias, em detrimento de outros farmacêuticos que consideraram a falta de apoio como dificuldade. Cada gerente apresenta um perfil gerencial e uma visão sobre a farmácia e cuidados em saúde, desse modo, nas 19 UBS, campos do estudo, são encontradas particularidades que são evidenciadas nas entrevistas.

Acredito que também de facilidade a gente tem é a questão do envolvimento do gerente, também ajuda no nosso trabalho, quando o gerente se empenha (F2).

Eu trago essa questão do apoio gerencial. Então eu tenho, por exemplo, uma gerente que sempre que eu tenho trabalhado com ela, ela traz pra gente, para o trabalho, funcionários fixos, que eu acho que, assim, interfere totalmente no trabalho (F3).

Há também apoio da gerência, isso eu acho que facilita bastante, pelo menos pra mim, eu tenho total apoio nos meus dois centros de saúde (F5).

É, por exemplo, tem algum centro de saúde que a gente tem um pouco mais de facilidade com o gerente, a gente consegue conversar melhor com o gerente da unidade, já, por outro lado, também é uma dificuldade, uma coisa que fica mais difícil quando o gerente não tá, assim, dando esse apoio para a gente, mas quando o gerente apoia eu acho que é uma facilidade (F9).

Os entrevistados F2, F3, F7 e F8 consideraram facilidade a fixação de profissionais em algumas das farmácias nas quais atuam.

Ponto positivo a gente tem tido ganho com funcionário, poucos funcionários as vezes que a gente consegue manter fixo, um ou dois, um de manhã, um à tarde... já auxilia bastante (F2).

Instituição de uma equipe fixa mesmo, que a gente até então não tinha... Tinha um arcabouço assim, mas agora a gente conseguiu instituir uma equipe fixa (F3).

[...] acho que quando a gente tem uma equipe que caminha junto, que vem na mesma direção, as coisas são mais fáceis. Quando a gente tem algum profissional que entenda aquela missão, que entenda o trabalho, para mim eu vejo como um minimizador de estresse (F8).

Ainda, F7 apontou como ponto positivo o fato de ter conseguido melhorias na estrutura de uma farmácia nos últimos anos.

Assim, eu consegui melhorias na estrutura de uma farmácia, principalmente de um centro de saúde. Isso também teve um impacto imenso também porque antes a farmácia ficava muito desorganizada, por causa do espaço e aí quando a gente conseguiu organizar, as pessoas têm mais prazer de trabalhar hoje lá (F7).

4.3.4 Cultura de segurança do paciente: compreensão dos participantes

Esta categoria de análise trata da compreensão dos participantes sobre cultura de segurança do paciente, identificando o conhecimento sobre o tema e a percepção de cada um relacionada ao cuidado seguro em saúde.

A cultura de segurança do paciente somente passou a ser abordada como termo pelas organizações de saúde nacionais a partir de 2013, com a instauração do PNPS, através da Portaria 529 (SOUZA, 2015). A cultura de segurança é definida como conjunto de valores, atitudes, comportamentos, percepções e competências individuais e grupais que determinam o comprometimento de uma instituição com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013d; CARVALHO, 2011; SOUZA, 2015). A definição dos entrevistados que mais se aproximou desse conceito foi a de F4, transcrita a seguir.

A cultura de segurança do paciente envolve a responsabilidade, a não culpabilidade, o trabalho em conjunto, o processo num todo de não culpa do funcionário em si, mas culpa do processo mesmo. Acho que essa é a cultura de segurança. É trabalharmos em conjunto para a gente conseguir fechar as brechas para o problema chegar ao final (F4).

Os participantes F1, F3 e F4 abordaram sobre a importância da não culpabilização e aprendizado com os erros, através do olhar sobre o processo de trabalho, que é característica que operacionaliza a cultura de segurança descrita na Portaria 529: cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional. Nessa portaria foi destacado o aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na

prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2013c).

E também, assim, a gestão participar, os funcionários, é o que a gente acabou de falar, não ter essa cultura de “ah, é fulano que está errando” e sim de onde que o processo de serviço que a gente fez, que etapa que a gente errou, que aí vai poder... (corrigir o processo e não a pessoa) (F1).

De acordo com Carvalho (2011), a essência da cultura de segurança está na colaboração mútua dos membros de toda a organização, o que foi evidenciado por F1, F3, F4, F6 e F7 nas entrevistas. Inclusive o envolvimento dos pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente é iniciativa elencada na Portaria 529 (BRASIL, 2013c), que foi enfatizada por F1, F3 e F9.

Eu acho que a cultura de segurança é desenvolver a segurança em todo o centro de saúde e não só no âmbito da farmácia. É desenvolver isso com os funcionários, com a gestão, com o próprio paciente. Orientá-lo! Igual quando as meninas vão entregar um medicamento, eu falo: “gente não fica com a responsabilidade só para vocês, vai falando o que vocês estão entregando e fala com o paciente: confere se é isso aí mesmo” (F1).

Também implicando o usuário nessa cultura porque muitas vezes a gente vê o mau uso do medicamento ou o uso excessivo, então, assim, além de prover o medicamento, é claro, sensibilizá-lo que aquele medicamento também pode prover riscos (F3).

Envolve desde a prescrição correta, até a dispensação e a medicação também no centro de saúde. E também envolve o paciente. O paciente também tem que estar envolvido nessa responsabilização, de conferir o medicamento que ele toma, dele tomar no horário certo (F9).

Eu acho que não é só na nossa profissão essa questão. O que eu estou lendo aqui é o que eu estou fazendo aqui? É o que eu vou preparar? É o que eu vou entregar? O que eu vou orientar? As várias etapas do processo (F6).

A segurança do paciente deve ser considerada um pré-requisito para a assistência à saúde, de tal forma que as instituições precisam fomentar a cultura de segurança entre todos os profissionais, ou seja, desenvolver um conjunto de valores compartilhados, atitudes e comportamentos que direcionem para a questão da segurança, de modo que seja prioridade para os profissionais (RODRIGUES *et al.*, 2017). Em sua entrevista, F8 ressalta que a segurança do paciente está na informação e que esse é o pilar de um cuidado em saúde seguro.

Eu acho que informação é tudo! A segurança do paciente, para mim, está na informação. É óbvio que os processos de trabalho são extremamente importantes, mas eles só são desempenhados com excelência quando a gente tem informação, quando a pessoa sabe o que ela está fazendo, o porquê daquilo, o que aquilo objetiva, o que aquilo causa, o que é a falta daquilo, qual é a consequência (F8).

Como descrito por Almeida e Baptista (2017), a cultura organizacional tem caráter mais permanente e reflete a personalidade da organização, sendo passível de mudança, porém em um processo mais lento. Por sua vez, o clima organizacional é de mais fácil intervenção, possui caráter temporário e refere-se à percepção compartilhada pelos trabalhadores sobre o ambiente organizacional. Esse caráter mais permanente da cultura organizacional para segurança do paciente foi abordado por um farmacêutico, F8. Porém, esse autor enfatiza que é possível investir nos elementos do ambiente interno, como na cultura e no clima organizacional, com o intuito de identificar potenciais oportunidades de crescimento ou ameaças para o sucesso organizacional.

A cultura, se a gente pegar na raiz da palavra, vamos dizer assim, a cultura é algo que permanece, vejo como algo que é imutável, que não é algo que é muito perecível, a cultura é aquilo que transcende. [...] Então eu posso ter vários funcionários que entram e saem, mas que um fica e ele consegue passar aquela informação, aquela cultura mesmo de como é o processo de trabalho naquele setor, como deve ser, quais cuidados a gente deve ter, porque que a gente tem que melhorar ali, o que que a gente tem que elevar as nossas potencialidades, melhorar as nossas fragilidades (F8).

Grande parte dos profissionais, ao serem questionados sobre o que é cultura de segurança, acabou em suas definições se aproximando mais do conceito de segurança do paciente, que, de acordo com a RDC 36 consiste na redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013b), como demonstrado nos trechos a seguir.

Cultura de segurança do paciente é a gente tentar fazer práticas, atividades no nosso dia a dia que visam reduzir os riscos de acontecer o problema para não chegar a gerar o dano. Se o problema acontecer, a gente conseguir barrar para que ele finalize antes de chegar no paciente. Tudo da nossa prática que visa reduzir esses erros, e quando eles acontecem, reduzir o dano (F2).

Ah! Eu acho que a cultura é a gente adotar mesmo práticas que vão resultar em um aumento da efetividade dos tratamentos ou redução de erros. Eu acho que não só dentro da farmácia, mas no centro saúde de um modo geral (F7).

Eu acho que é tudo aquilo que a gente tem conhecimento mesmo que vai trazer benefícios para o paciente e não malefício, que vai oferecer segurança na saúde dele, não ofertar riscos (F10).

Outros farmacêuticos apresentaram definições mais próximas de uso racional de medicamentos, que é o objetivo principal da AF e intrínseco à segurança do paciente. O uso racional de medicamentos consiste no processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 2007).

Então, assim, nós que estamos na farmácia, trazendo para nosso exemplo, é prover o medicamento certo, para o usuário correto, seguir aquela prescrição de um medicamento com eficácia, garantindo aquelas condições de armazenamento, então, prover medicamento com as orientações necessárias (F3).

Eu acredito que a cultura de segurança é você fornecer o medicamento correto, para aquilo que ele precisa, porque eu acho que o principal é ele iniciar o seu tratamento com a medicação correta. Então a gente precisa estabelecer mecanismos, procedimentos, rotinas para que o medicamento certo chegue para a pessoa certa, da forma da prescrição correta (F5).

Eu acho que é tudo aquilo que envolve o cuidado para o paciente ter o medicamento certo, na hora certa, tomar da maneira correta, evitando erros de dispensação, erros de medicação. Eu acho que é todo esse processo (F9).

Uma das estratégias abordadas na portaria 529 para implementação da cultura de segurança foi a promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente (BRASIL, 2013c), o que também foi abordado pelos farmacêuticos na explanação sobre esse conceito, conforme pode ser evidenciado na fala de F3.

E o nosso suporte também, que a gente tem que dar para a equipe. Esse feedback, muitas vezes algumas informações a gente só vê ali na farmácia. Então, trazendo sempre esse feedback pras equipes e o nosso papel enquanto profissional de saúde também de estar junto nessa capacitação, nessa educação permanente das equipes (F3).

Assim, os farmacêuticos demonstraram ter conhecimento e consciência sobre a importância da construção coletiva da cultura de segurança, implicando os pacientes no processo e trabalhando os erros e problemas para o aprendizado organizacional.

4.3.5 Sugestões para melhorias no processo de gestão e cultura de segurança das farmácias

As sugestões para melhoria da gestão das farmácias perpassaram pelas próprias dificuldades levantadas pelos profissionais. Desse modo, foram elencadas proposições relacionadas principalmente a cinco aspectos: aos recursos humanos das farmácias; à interação e apoio gerencial e das equipes; à carga horária e sobrecarga dos farmacêuticos; à infraestrutura física das farmácias e ao processo de capacitação e treinamento.

Em relação aos recursos humanos das farmácias, a grande maioria dos entrevistados abordou a necessidade de mudanças na política de recursos humanos da instituição, com ênfase na imprescindibilidade de manutenção de funcionários e equipe fixa no setor.

Investir em equipes fixas que possam ser capacitadas periodicamente, permanentemente, para prestar cada vez mais um atendimento qualificado para o usuário. A gente trabalha com muita informação, então se tiver esse rodízio de funcionários nos atrapalha muito (F3).

Eu não consigo ter controle sobre 9 pessoas que passam (na farmácia). Alguns são mais envolvidos com o trabalho, outros não são, tem funcionário que fica lá no dia que eu nem estou, então, nem sei o que a pessoa faz. Então, acho que essa questão de ter uma equipe fixa, uma equipe mais definida, acho que tem impacto (F7).

A primeira coisa que tem que mudar é realmente colocar um funcionário, RH específico da farmácia, para a gente trabalhar melhor essas questões de procedimentos, ter uma segurança melhor do trabalho com o paciente (F5).

Neste sentido, F2, F3, F6 e F8 apontaram a importância de melhoria no processo de contratação e seleção de profissionais, sugerindo que deveria ser feito de forma específica para o setor e que o profissional estivesse ciente de que

estaria sendo contratado para a farmácia, com participação do farmacêutico nesse processo e na elaboração das escalas de funcionários nas UBS.

Eu também acho que ajudaria muito essa questão de manter os funcionários fixos, já fazer seleção de funcionários com eles sabendo que vão ficar na farmácia, eu acho que isso faz toda a diferença. Que, às vezes, mesmo que não selecione técnico de farmácia em si, selecione técnico de enfermagem, mas já selecionar para ficar na farmácia (F2).

Olha, eu acho que é selecionar profissionais com perfil, que queiram estar naquele setor, que queiram contribuir com aquele setor (F3).

Eu acho que a questão é desde a escolha do profissional, então é bem lá no início mesmo, é durante o processo seletivo mesmo (F6).

E que o farmacêutico tivesse também um pouco mais, assim, de condições de participar mais dessa escala da farmácia (F8).

F3 e F10 enfatizaram a relevância de serem contratados técnicos de farmácia, com formação mais específica, além disso, F1 abordou as condições de trabalho dos profissionais contratados, com necessidade de revisão da política de salários pela instituição, para fixação de profissionais.

Eu acho também que investir enquanto instituição na contratação, assim, na fixação dos profissionais, dos técnicos de farmácia, porque eu acho que vieram para qualificar muito a assistência (F3).

Eu acho que essa questão de ter realmente um técnico de farmácia, pelo menos um para poder auxiliar nos serviços mais técnicos mesmo (F10).

Primeira coisa, que eu não sei se é possível, aumento de salário do técnico porque o salário muito baixo não fixa ninguém, gera alta rotatividade de funcionários e a maioria não fica por conta do salário, porque recebe uma proposta melhor e sai (F1).

A complexidade dos processos de assistência à saúde exige que, além do incentivo para adoção de atitudes seguras, sejam fornecidas condições de trabalho para os profissionais de saúde. Desse modo, entende-se que a análise dos processos e das condições de trabalho, nas quais os profissionais estão inseridos, permite identificar falhas existentes (SOUZA, 2015), que podem ser corrigidas ou melhoradas.

Dentro das ponderações sobre recursos humanos, F2 e F7 informaram que, diante de déficit de funcionários, a farmácia é sempre o primeiro setor prejudicado.

Foi definida pela Secretaria Municipal de Saúde a manutenção de dois profissionais por turno na farmácia, no entanto é sempre o setor que sofre desfalque primeiro, devido ao olhar gerencial e da enfermagem, que é responsável pelas escalas. Desse modo, como sugestão, foi abordado o fomento ao maior apoio dos gerentes à farmácia, parceria da equipe de enfermagem e a necessidade de melhorar a interação e comunicação de toda a equipe de saúde, aproximando o setor dos demais profissionais de saúde.

[...] essa questão de funcionário ficar fixo, de sempre ter duas pessoas porque muitas vezes fica só um funcionário. Quando a escala está apertada a farmácia é sempre o setor que normalmente sai (funcionário) primeiro, e aí, o funcionário que fica realmente fica sobrecarregado, é muita coisa para fazer e sozinho a fila dobra, triplica e eles ficam ansiosos, começam a atender mais rápido, ficam estressados e aí aumentam as chances de erro também (F2).

Por exemplo, na falta de funcionário, sempre, normalmente, tira da farmácia, então dá um desfalque e sobrecarga de trabalho sobre os funcionários (F7).

Os gerentes estarem juntos, fortalecendo a farmácia e a equipe de enfermagem também em parceria, entendendo o funcionamento daquele setor e nos ajudando também a selecionar profissionais com o perfil (F3).

Nossa! Primeira coisa que eu acho que é muito importante é aproximar o setor dos demais profissionais de saúde. Reconhecer que aquele setor não é um lugar do centro de saúde segregado, desmembrado. Eu acho também que ter essa aproximação com os gerentes, ter a escuta dos gerentes para aquele setor, ter um olhar mais cuidadoso (F8).

F1, F8 e F4 enfatizaram a importância de ter um farmacêutico por UBS, durante o funcionamento das farmácias, e a necessidade de análise das atribuições da categoria, que está sobrecarregada.

Um farmacêutico por unidade eu acho que seria bem mais adequado do que as vezes a gente está aqui, aí o problema está acontecendo lá e a gente fica igual doido. Então, farmacêutico 40 horas em um centro de saúde só (F1).

O farmacêutico estar realmente inserido na Equipe de Saúde da Família porque é o profissional que está caminhando lado a lado dessa equipe, então acho que ele tem que ser integrado efetivamente, em termos institucionais, financeiros, de organização. Ele tem que ser inserido na equipe de saúde da família e, por conseguinte, vai ser um farmacêutico por unidade (F8).

A demanda em torno da questão técnica e gerencial. Eles exigem muito da gente! Uma coisa que eu estava até discutindo é a questão que, por exemplo, nenhum enfermeiro quando faltam técnicos de enfermagem assume a observação. A gente tem que assumir a farmácia. Não tem problema dispensar, mas isso é o tempo todo! Então, faltou funcionário, quebrou a escala, é a gente que tem que tapar o buraco e cobrir (F4).

A melhoria da infraestrutura e do espaço físico das farmácias foi citada por F5 e F7 como fator importante para desenvolvimento de trabalho com qualidade e segurança no setor.

Um segundo ponto é a estrutura física, como eu já falei, precisamos muito rever. Às vezes as farmácias são pequenas demais, o ambiente é insalubre [...] A estrutura física precisa mudar, a gente precisa ver isso com outro ângulo. Não dá para a gente continuar achando que a farmácia é só uma portinha com uma janelinha e entregar o medicamento para os pacientes e isso resolve. Não resolve! (F5).

Por fim, F6, F7 e F10 apontaram como sugestão o desenvolvimento de capacitações e treinamentos, com horário protegido e definido, que se faz necessário para desenvolvimento de habilidades técnicas, conhecimento e melhorias no trabalho.

Treinamentos! Isso aí realmente tinha que ter um cronograma de treinamentos! Eu acho que numa visão geral, assim, na prefeitura eu acho que tem algumas coisas que ficam muito soltas... e... OK! Eu poderia pegar isso para mim e montar o meu calendário de treinamento três vezes no ano, algo do tipo, entendeu? Mas é aquela questão, tudo que é cobrado, você tem que enviar com prazo, numa instituição deste tamanho, eu acho que é assim que funciona! (F6).

Tlili *et al.* (2020) apontam a importância da melhoria sistemática das qualificações da equipe, fornecendo oportunidades de treinamento e intervenções educacionais para promover uma melhor compreensão dos princípios do trabalho em equipe, ajudar a equipe a reconhecer os papéis e perspectivas uns dos outros, a fim de desenvolver estratégias de comunicação eficazes e melhorias na segurança do paciente.

Em relação à cultura de segurança do paciente, os entrevistados F2, F3 e F7 destacaram medidas e práticas já adotadas na instituição para melhorias, enfatizando avanços nos últimos anos. Apontaram como melhoria a adoção de um fluxo pela Secretaria Municipal de Saúde para registros e notificações de erros e

problemas relacionados à segurança do paciente, desde 2020, além da padronização de etiquetas para identificação de medicamentos nas farmácias com diferenciação de medicamentos que apresentam várias dosagens por cores, destaque na grafia de medicamentos com nomes semelhantes.

Eu acho que, enquanto instituição, a gente antes não trabalhava tanto com essa questão de cultura. Não tinha tanto trabalho da instituição, a gente não tinha tanto um suporte. Agora a gente começou a trabalhar, na questão da segurança notificando os erros, através de mudança das etiquetas (dos medicamentos), com as grafias diferentes (F3).

Eu acho que algumas coisas a gente conseguiu já implantar na farmácia. Desde muito tempo a gente tenta identificar os medicamentos pelas cores, deixar alguns avisos onde está o medicamento para a pessoa se atentar para aquilo. Então, assim, algumas medidas a gente tem adotado [...]. Sempre que tem alguma situação de erro a gente notifica no sistema (F7).

Uma das características que define a cultura de segurança do paciente, de acordo com a Portaria 529, refere-se à cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança (BRASIL, 2013c), tendo em vista a importância de serem obtidas informações através das notificações para dimensionar, entender e caracterizar os erros, de modo a fomentar mudanças.

Porém, ainda há necessidade de se avançar em muitos aspectos para aperfeiçoar a cultura de segurança nas farmácias e na unidade como um todo. Muitas das sugestões direcionadas à melhoria do processo de trabalho nas farmácias também foram citadas como fundamentais e imprescindíveis para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da cultura de segurança do paciente, como a fixação de funcionários nas farmácias, o apoio gerencial ao setor, a melhoria da estrutura física das farmácias, a ampliação e melhoria do diálogo com toda a equipe de saúde e a abordagem e discussão sobre a segurança do paciente em toda a unidade.

Condições de trabalho como supervisão, comunicação, equipamentos, conhecimento e habilidade são fatores relevantes à segurança e são afetados pelos processos organizacionais e decisões gerenciais. Um grande desafio para a segurança do paciente nos serviços de saúde é criar uma cultura de segurança que

permeie todas as ações da prática assistencial (SANTIAGO; TURRINI, 2015), o que foi abordado por F2 e F7 nos trechos transcritos a seguir.

Eu acho que isso poderia ser trabalhado de forma mais geral também, não só a gente fazendo pontualmente com os funcionários, mas, partir do próprio centro de saúde, porque também não é só na farmácia que acontecem erros. Também tem outros setores, muitos outros setores passíveis de erros dentro do centro de saúde, então eu acho que para a cultura de segurança do paciente é necessário trabalhar no centro de saúde como um todo. Podia vir até mais da gestão, da própria gerência do centro de saúde (F2).

As ações têm que envolver os profissionais não só da farmácia [...], ações mais abrangentes que vão envolver os profissionais de outros setores: médicos, técnicos de enfermagem, porque às vezes fica muito como responsabilidade da farmácia (F7).

Os processos de dispensação e administração de medicamentos envolvem não apenas a equipe de enfermagem, mas também a equipe médica e da farmácia, o que torna tal prática complexa, estando susceptível a erros durante todo o processo, que podem gerar danos ao paciente, além do transtorno na própria equipe. Os erros podem se originar de diversas causas, desde a prescrição médica, a qual pode estar incompleta, ilegível e/ou conter abreviaturas não padronizadas; erros no preenchimento de requerimentos, que podem gerar o não fornecimento do medicamento ao paciente ou podem impedir que façam uso da medicação de forma correta; etiquetas para identificação de medicamentos incompletas, além das falhas de comunicação entre as equipes de saúde (SANTOS, 2014), o que evidencia a importância da participação de todos na construção de uma cultura de segurança.

De modo mais específico, a sugestão abordada por 7 dos entrevistados (F1, F2, F3, F7, F8, F9 e F10) para aperfeiçoar a cultura de segurança envolveu processo de capacitação, treinamentos, educação permanente no nível local e distrital, com toda a equipe de saúde sobre a segurança do paciente. As capacitações são elementos-chave para qualidade do cuidado e para alcançar avanços na segurança do paciente, pois as ações de aprendizagem qualificam os profissionais de saúde para que sejam conscientes das responsabilidades para com o paciente (SOUZA *et al.*, 2019).

A realização de reuniões, com horário protegido, também foi mencionada por F3, F8 e F9. A comunicação aberta é um aspecto facilitador do trabalho em equipe

na APS e necessita ser realizada de forma direta, sincera, respeitosa e colaborativa, ainda que existam divergência de ideias entre os profissionais. A forma de estreitar relações e favorecer esse diálogo na rotina de trabalho é por meio de reuniões de equipe, que se caracterizam por momentos de integração, construção de ambiente de trabalho harmonioso e planejamento das ações (PAI *et al.*, 2020).

É necessário entender que falhas e erros humanos são esperados em qualquer instituição e, desse modo, deve-se desenvolver estratégias para a prevenção, bem como apoiar-se na formação dos profissionais de saúde e capacitações com a temática (DIAS *et al.*, 2014). Perante um erro, é necessário avaliar falhas técnicas, mas também outros fatores que podem desencadeá-lo, como organização do trabalho, sobrecarga de trabalho, recursos humanos insuficientes, profissionais mal treinados, locais desprovidos de recursos financeiros, planta física inadequada, presença de ruídos e baixa luminosidade. A educação permanente, atualizações, treinamentos, aprimoramento e reciclagem para incrementar os conhecimentos adquiridos na formação básica curricular são também fundamentais na redução das falhas (SANTOS, 2014). Além do acompanhamento do desenvolvimento de ações propostas pós capacitação.

Treinamento. Assim, mais treinamento coletivo mesmo entre todas as unidades de saúde, que às vezes uma faz de uma forma que talvez seja interessante para as outras (F1).

Educação permanente com os funcionários [...]. Os erros, por exemplo, os erros de medicação eles acontecem, então trabalhar esses erros com os funcionários, quando acontece (F3).

Treinamento, investir em treinamento. Investir em tempo disponível, ter uma agenda protegida de treinamento. [...] informação, capacitação, tudo!!! [...] Então eu acho, assim, ter um horário protegido para repasse de informação. É ela que culmina em tudo. É o arcabouço de qualquer ação. A informação correta leva à segurança do paciente, seja em qualquer situação. A comunicação é um dos pilares da segurança (F8).

Eu acho que, assim, uma coisa que eu tenho observado ultimamente, que tem vindo muito assim na minha cabeça, é o conhecimento de outros profissionais a respeito dos fluxos (da farmácia). Eu vejo que muitos prescritores não tem conhecimento de o que pode dispensar, o que não pode, o que é critério, o que que não é. Ter esse conhecimento mesmo da equipe, sabe? [...] Uma capacitação acho que seria o ideal (F10).

Os erros ocorridos do processo de cuidado e atenção à saúde deveriam ser trabalhados nas unidades, para que mudanças nos processos ocorram, de forma

coletiva, não individual e não punitiva, como descrito por F3, e sempre seguidos de alterações na forma de trabalho para que não se repitam.

Então, trabalhar esses erros com os funcionários, quando acontece e, não ter a cultura punitiva, mas ver o que é que falhou no processo de trabalho, que pode ser mudado (F3).

É essencial estabelecer uma cultura na qual os indivíduos sejam apoiados para identificar e relatar os erros, sem ameaça de ação punitiva ou culpa, como parte de um ciclo contínuo de melhoria da segurança do paciente e da qualidade do serviço, que inclui a identificação de erros, relatórios, análises e ações corretivas (TLILI *et al.*, 2020). Discutir com os profissionais sobre o erro e a culpa pode ser um caminho para visualizar o erro como uma oportunidade de aprendizado, para inibir novas ocorrências relacionadas à mesma situação (SOUZA *et al.*, 2019).

Então, trabalhar esses erros com os funcionários, quando acontece e, não ter a cultura punitiva, mas ver o que é que falhou no processo de trabalho, que pode ser mudado (F3).

A comunicação sobre o erro pode ser melhorada com a motivação dos funcionários para expressarem suas opiniões relacionadas à cultura de segurança do paciente, incluindo-os como agentes no relato de incidentes e apontamento de preocupações quando algo não parece certo, de modo que ações de melhorias possam ser implementadas por meio da abordagem sistêmica do erro e da aprendizagem organizacional (PAI *et al.*, 2020).

Por fim, uma sugestão realizada por F4 foi referente à instituição de um comitê de segurança do paciente em cada UBS, com o objetivo de promover discussões, troca de conhecimentos e desenvolvimento de ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde, através de processo de construção coletiva entre os diversos atores da unidade.

Um comitê acho que seria interessante, [...] montarmos um comitê dentro da unidade de saúde e chamar as pessoas para participarem disso. Eu acho que todos se interessariam porque isso é de interesse de todo mundo. Um Comitê organizador para instalar a segurança do paciente dentro da unidade de saúde. Acho que falta isso! Pegar as portarias, que eu sei que existem as portarias, e ver como funciona, como deveria funcionar. Porque eu sei que, em Belo Horizonte, é um comitê só, se não me engano, pra

região toda. Eu acho que a gente teria que descentralizar esse comitê e passar para dentro do centro de saúde (F4).

Dessa forma, conhecer a realidade, com suas dificuldades e problemas, para transformá-la perpassa pela construção de espaços de escuta do trabalhador e investimento em conhecimento e comunicação assertiva por toda a equipe de saúde, com o objetivo maior de prestar um serviço seguro e de qualidade e desenvolver e aperfeiçoar a cultura de segurança do paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As farmácias situadas em todas as UBS, em Belo Horizonte, consistem em importante ponto de cuidado em saúde, ao representarem o último contato dos pacientes com o serviço, antes de iniciarem os tratamentos medicamentosos prescritos, com oportunidade de intervenção, orientação, esclarecimentos e de serem barrados erros ocorridos em etapas anteriores. A atividade principal de dispensação, muitas vezes interpretada com foco no produto, como simples entrega de medicamentos, é, na verdade, uma atividade complexa, multiprofissional, que deve ser centrada no paciente, com o objetivo de promover um uso seguro e racional dos medicamentos.

Nos últimos anos, há um movimento global voltado para a segurança do paciente, com objetivo de redução de riscos associados aos cuidados em saúde. A análise da cultura organizacional para segurança do paciente nas farmácias da APS, de uma regional de Belo Horizonte, foi o primeiro estudo dessa natureza, neste nível de atenção e com foco específico nas farmácias de que se tem conhecimento, o que evidencia a importância deste trabalho.

A caracterização dos profissionais de nível médio/técnico que atuam nas farmácias demonstrou que são predominantemente profissionais do sexo feminino, em sua maioria técnicos de enfermagem, com escolaridade ensino médio/técnico, casados, com filhos, cujo vínculo de trabalho principal foi o contrato administrativo temporário, com renda mensal de até 2 salários mínimos. Esses profissionais são escalados na farmácia em esquema de rodízio, coordenados pelo farmacêutico do NASF quando atuam no setor e, na visão dos farmacêuticos, possuem deficiências na formação, não consideram como atribuição o serviço desenvolvido nas farmácias e, por isso, muitas vezes, trabalham desmotivados.

Os farmacêuticos, por sua vez, foram caracterizados por serem profissionais com idade de 26 a 47 anos, predominância do sexo feminino, solteiros, sem filhos, tendo como vínculo principal o contrato administrativo temporário, a maioria com alguma pós-graduação: especialização, residência ou mestrado e renda mensal entre 2 e 4 salários mínimos. Integram o NASF e desenvolvem atribuições técnico gerenciais e assistenciais.

A predominância do vínculo por contrato administrativo temporário em todo o grupo pesquisado evidencia processo de precarização do trabalho, com vínculos frágeis e perda de direitos, que tem como uma das consequências a alta rotatividade de profissionais nas UBS.

Os resultados deste trabalho e a compreensão sobre o clima de segurança nas farmácias permitem o reconhecimento de áreas positivas e de força e áreas que precisam ser aperfeiçoadas e melhoradas para desenvolvimento de um trabalho de qualidade, com minimização de riscos e foco na segurança do paciente.

Os profissionais que atuam nas farmácias das UBS da regional nordeste, farmacêuticos e profissionais de nível/médio técnico, demonstraram percepção baixa quanto ao clima de segurança das farmácias, com escore total do QAS de 74,7, o que significa que reconhecem a importância do desenvolvimento e aperfeiçoamento da segurança do paciente no setor. Dos seis domínios do QAS, somente dois apresentaram pontuação positiva: Satisfação no Trabalho e Clima de Trabalho em Equipe. Em contrapartida, o domínio que se refere a Condições de Trabalho obteve o pior escore médio, seguido por Percepção Geral da Gerência, Percepção do Estresse e Clima de Segurança. O que evidencia que, apesar de gostarem do que fazem e terem forte senso de equipe, os profissionais consideram necessárias melhorias nas condições de trabalho e maior aproximação dos gestores com o setor.

O domínio Satisfação no Trabalho apresentou correlação negativa com tempo de experiência para todo o grupo pesquisado, por sua vez, a Percepção de Estresse apresentou correlação positiva com tempo de experiência e tempo de trabalho na unidade. Pode-se interpretar que profissionais com longa experiência tendem a ser mais críticos em relação ao trabalho que desenvolvem e reconhecem os efeitos do estresse no desempenho profissional.

A média geral do QAS e de todos os domínios do construto foi menor para o grupo de farmacêuticos, exceto o domínio Percepção do Estresse. Esses resultados podem ser atribuídos a maior clareza do profissional farmacêutico sobre riscos relacionados à farmacoterapia e à atividade exercida nas farmácias, com necessidade de mudanças, além de terem melhor percepção do efeito do estresse no desempenho da prestação de cuidados em saúde.

Os farmacêuticos evidenciaram nas entrevistas dificuldades enfrentadas no processo de coordenação das farmácias e construção de uma cultura de segurança, que perpassam pela visão simplista do trabalho desenvolvido no setor e não reconhecimento da farmácia como serviço de saúde integrado aos demais cuidados em saúde. Além de problemas relacionados à infraestrutura, ausência de equipe fixa e de profissionais específicos no setor, alta rotatividade de profissionais e atuação do farmacêutico em mais de uma unidade de saúde, com sobrecarga de trabalho e comprometimento das atividades clínicas e da comunicação. A ausência de apoio do gerente das UBS também foi descrita como problema, de modo que, ao não apresentar a visão correta das funções exercidas na farmácia, os gerentes muitas vezes comprometem os processos de trabalho tornando os profissionais de saúde suscetíveis a cometerem eventos adversos.

O reconhecimento da importância da comunicação, do desenvolvimento de uma cultura não punitiva diante dos erros, que devem ser trabalhados para corrigir processos, da realização de capacitações, educação permanente e momentos de construção coletiva e participativa de toda a unidade de saúde para desenvolvimento e consolidação de um clima de segurança positivo foram abordados pelos farmacêuticos nas entrevistas.

Assim, prestar cuidados seguros significa mudar as atitudes e práticas de todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente. No ambiente de trabalho da farmácia, isso exige uma cultura de segurança que fortaleça o comprometimento e a atuação de uma equipe fixa, com profissionais técnicos específicos, técnicos em farmácia, investimento em capacitações e treinamentos, maior aproximação dos gerentes das UBS com o setor, além de presença de farmacêutico nas farmácias com maior carga horária, para ampliar a assistência e garantir a segurança do paciente.

As limitações deste estudo consistiram no uso de um questionário autoaplicável, que pode estar associado a um viés de declaração, apesar de a validade dos dados ser sustentada por sua consistência, pelo fato de o SAQ ser amplamente utilizado e ter boas propriedades psicométricas, além de muitas informações terem sido confirmadas e esclarecidas nas entrevistas com os farmacêuticos. Outras possíveis limitações foram a amostra por conveniência e a

abordagem transversal, que limita as conclusões ao momento da realização, além de as entrevistas terem sido realizadas pela pesquisadora, que está inserida na realidade em estudo. No entanto, o estudo apresentou informações relevantes sobre o processo de trabalho nas farmácias que podem contribuir para o desenvolvimento de melhorias e aperfeiçoamento da cultura organizacional para segurança do paciente, além de apresentar a possibilidade de ser repetido, para verificar mudanças de percepção ao longo do tempo, e replicado em outras regionais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Mirian Cristina dos Santos; BAPTISTA, Patricia Campos Pavan. **Gestão de pessoas e comportamento organizacional em instituições de saúde**. São Paulo: SENAC, 2017.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson, 1999.
- ANGONESI, Daniela. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl., p. 629-640, 2008.
- ANTHONY, Ronald. **Um ano inesquecível: um grande amor nem o tempo pode apagar**. Ribeirão Preto: Novo Conceito, 2012.
- ARAÚJO, Aílson da Luz André de *et al.* Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl., p. 611-617, 2008.
- BAPTISTA, Patrícia Campos Pavan. **Incapacidade no trabalho: a compreensão de gerentes de enfermagem**. 147 f. 2014. Tese (Concurso de Livre docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- BARBERATO, Luana Chaves; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; LACOURT, Rayane Maria Campos. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3717-3726, 2019.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BELO HORIZONTE (Prefeitura Municipal). **Diretrizes para a Assistência Farmacêutica Integral em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2018b.
- BELO HORIZONTE (Prefeitura Municipal). **Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021**. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2018a. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2022.
- BELO HORIZONTE (Prefeitura Municipal). Sistema Único de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior: 2º quadrimestre de 2020**. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2020. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/rdqa_2_quadrimestre-2020.pdf. Acesso em: 05 mar. 2022.

BISPO, Carlos Alberto Ferreira. Um novo modelo de pesquisa de clima organizacional. **Production**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 258-273, 2006.

BLUMENTHAL, Karen J.; CHIEN, Alyna T.; SINGER, Sara J. Relationship among team dynamics, care coordination and perception of safety culture in primary care. **Family Practice**, Londres, v. 35, n. 6, p. 718-723, 2018.

BOGNÁR, Agnes *et al.* Errors and the burden of errors: attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams. **The Annals of Thoracic Surgery**, Amsterdã, v. 85, n. 4, p. 1374-1381, 2008.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 07 mar. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 ago. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2007.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 out. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Saúde na Hora**: portarias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/saudehora/portarias>. Acesso em: 05 mar. 2022.

CARMO, Hércules Oliveira *et al.* Indicadores de gestão de pessoas: ferramentas essenciais no trabalho do enfermeiro. **Revista H-TEC Humanidades e Tecnologia**, Cruzeiro, v. 2, n. 1, p. 64-81, 2018.

CARVALHO, Jane Maria de. **A gestão orientada a processos aplicada a uma farmácia de um serviço de saúde da atenção primária à saúde**. 2014. 95 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2014.

CARVALHO, Paloma Aparecida *et al.* Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, 2015.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de *et al.* Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, e2849, 2017.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil-Questionário de Atitudes de Segurança**. 2011. 173 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de; CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. Questionário atitudes de segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire-Short Form 2006 para o Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 575-582, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Regulamentação das atribuições de técnico de farmácia está em consulta pública**. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 2021. Disponível em: <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=6513&titulo=Regulamenta%C3%A7%C3%A3o+das+atribui%C3%A7%C3%B5es+de+t%C3%A9cnico+de+farm%C3%A1cia+est%C3%A1+em+consulta+p%C3%BAblica>. Acesso em: 05 mar. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Departamento de Apoio Técnico e Educação Permanente. Comissão Assessora de Farmácia Hospitalar. **A Profissão Farmacêutica**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2019.

COSTA, Danilo *et al.* Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-21, 2013.

COSTA, Ediná Alves *et al.* Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, p. 1-11, 2017.

COSTA, Karen Sarmiento *et al.* Serviços farmacêuticos na atenção básica a saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviços farmacêuticos na atenção à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. p. 53-68.

CURRAN, Ciara *et al.* Perceived safety climate in Irish primary care settings: a comparison with Scotland and England. **European Journal of General Practice**, Londres, v. 24, n. 1, p. 252-257, 2018.

DEMURTAS, Jacopo *et al.* Patient safety culture in Italian out-of-hours primary care service: a national cross-sectional survey study. **BJGP Open**, Londres, v. 4, n. 5, p. 1-10, 2020.

DIAS, Elizabeth Costa *et al.* Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009.

DIAS, Jéssica David *et al.* Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 866-880, 2014.

EL SHAFEI, Arwa Mohamed Hosney; ZAYED, Mouchira Amin. Patient safety attitude in primary health care settings in Giza, Egypt: Cross-sectional study. **The International Journal of Health Planning and Management**, Chichester, v. 34, n. 2, p. 851-861, 2019.

EL ZOGHBI, Mohamad *et al.* Improvement of the patient safety culture in the primary health care Corporation-Qatar. **Journal of Patient Safety**, Filadélfia, v. 17, n. 8, p. 1376-1392, 2018.

ESHER, Angela *et al.* Modelos lógicos provenientes de estudo de avaliabilidade da assistência farmacêutica para pessoas vivendo com HIV/Aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4833-4844, 2011.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FLICK, Uwe. **Introdução à metodologia de pesquisa**: um guia para iniciantes. São Paulo: Penso Editora, 2013.

FLIN, Rhona *et al.* **Human factors in patient safety**: review of topics and tools. Genebra: World Health Organization, 2009.

FLORES-GONZÁLEZ, María Teresa; CRUZ-LEÓN, Aralucy; MORALES-RAMÓN, Fabiola. Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México. **Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social**, Cidade do México, v. 27, n. 1, p. 14-22, 2019.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.17-27, 2008.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 4, p. 532-536, 2006.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. Brasília, DF: Líber Livro, 2008.

GABRANI, Jonila Cyco *et al.* Provider perspectives on safety in primary care in Albania. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianápolis, v. 48, n. 6, p. 552-560, 2016.

GALHARDI, Nathalia Malaman *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 409-416, 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HAIR, Joseph F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HERNANDEZ, José Augusto Evangelho; MELO, Flávia Monteiro. O clima organizacional e a satisfação dos funcionários de um Centro Médico Integrado. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 11-26, 2003.

KELLER, Edelvais; AGUIAR, Maria Aparecida Ferreira de. Análise crítica teórica da evolução do conceito de clima organizacional. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, Londrina, v. 20, n. 39, p. 91-113, 2020.

KHAMAISEH, Abdullah; AL-TWALBEH, Diala; AL-AJLOUNI, Kamel. Patient safety culture in Jordanian primary health-care centres as perceived by nurses: a cross-sectional study. **Eastern Mediterranean Health Journal**, Alexandria, v. 26, n. 10, p. 1242-1250, 2020.

KLEMENC-KETIŠ, Zalika *et al.* Patient safety culture in Slovenian out-of-hours primary care clinics. **Slovenian Journal of Public Health**, Ljubljana, v. 56, n. 4, p. 203, 2017.

LAWATI, Muna Habib Al *et al.* Assessment of patient safety culture in primary health care in Muscat, Oman: a questionnaire-based survey. **BMC Family Practice**, Londres, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2019.

LEITE, Silvana Nair *et al.* Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 2017.

LIMA, Flávia Danielli Martins. A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 15, n. 3, p. 22-29, 2014.

LIMA, Marina Guimarães *et al.* Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 2017.

LOUSADA, Leticia Martins *et al.* Patient safety culture in primary and home care services. **BMC Family Practice**, Londres, v. 21, n. 1, p. 1-7, 2020.

LUQUETTI, Thais Mendes *et al.* Serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde: percepção dos farmacêuticos. **Diversitates International Journal**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 27-43, 2018.

LUVISON, Andiará. **Análise dos processos de trabalho na Assistência Farmacêutica da Secretaria da Saúde de Veranópolis-RS, 2014.** 2014. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização de Gestão em Saúde) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

MACEDO, Lilian Louzada *et al.* A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0023368, 2020a.

MACEDO, Lilian Louzada *et al.* Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde em município de grande porte na percepção de trabalhadores. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, e20180410, 2020b.

MAGALHÃES, Felipe Henrique de Lima *et al.* Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. esp., p. 1-8, 2019.

MALLOULI, Manel *et al.* Safety culture in Tunisian primary health care: A multicenter study. **Sante Publique**, Vandoeuvre-lès-Nancy, v. 29, n. 5, p. 685-691, 2017.

MARCOULIDES, George; CHIN, Wynne; SAUNDERS, Carol. A critical look at partial least squares modeling. **MIS Quarterly**, Bloomington, v. 33, n. 1, p. 171-175, 2009.

MASCARENHAS, Lorena Martins Ribeiro; DIAS, Cleidson Nogueira. Planejamento e gestão logística de medicamentos da farmácia do componente especializado de Ceilândia. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista**, Cândido Rondon, v. 13, n. 25, p. 87-102, 2013.

MENDES, Samara Jamile; LEITE, Silvana Nair; STORPIRTIS, Silvia. Observação participante de serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde, Brasil: primeiras impressões. *In*: CONGRESSO ÍBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 8., 2019, Lisboa. **Anais [...]**. Lisboa: CIAIQ, 2019, v. 2, p. 297-302, 2019.

MENEZES, Igor Gomes *et al.* Escala de clima organizacional para organizações de saúde: desenvolvimento e estrutura fatorial. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 305-316, 2009.

MENEZES, Igor Gomes; GOMES, Ana Cristina Passos. Clima organizacional: uma revisão histórica do construto. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 158-179, 2010.

NICOLINE, Claudia Benacchio; VIEIRA, Rita de Cássia Padula Alves. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1127-1144, 2011.

NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015.

NORDÉN-HÄGG, Annika *et al.* Reducing dispensing errors in Swedish pharmacies: the impact of a barrier in the computer system. **Quality and Safety in Health Care**, Londres, v. 19, n. 6, p. e22, 2010.

OLIVEIRA, Dafylla Kelly Silva; BORGES, Jaqueline Cibene Moreira. Desenvolvimento de um plano operativo na farmácia básica: um estudo de caso em um município do estado do Tocantins. **Revista Cereus**, Gurupi, v. 6, n. 1, p. 92-104, 2014.

OLIVEIRA, Juliana Gambin Marques de; VIEIRA, Liliana Batista. Construção de um Plano Operativo para integrar os profissionais envolvidos na Assistência Farmacêutica de um município do interior de São Paulo. **Boletim Informativo Geum**, Teresina, v. 6, n. 3, p. 73-82, 2015.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3561-3567, 2010.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 4, p. 853-864, 2011.

PAESE, Fernanda; SASSO, Grace Teresinha Marcon Dal. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, 2013.

PAI, Sandra Dal *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 34, p. 1-12, 2020.

PAIM, Jairnilson *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. (Série Saúde no Brasil 1).

PEREIRA, Mariana Linhares; NASCIMENTO, Mariana Martins Gonzaga do. Das boticas aos cuidados farmacêuticos: perspectivas do profissional farmacêutico. **Revista Brasileira de Farmácia**, São Paulo, v. 92, n. 4, p. 245-252, 2011.

PEREIRA, Nathália Cano; LUIZA, Vera Lucia; CRUZ, Marly Marques da. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 451-468, 2015.

PINHEIRO, Anderson Angel Vieira. **Organização e entraves da assistência farmacêutica básica em um município paraibano**. 2014. 88 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Curso de Bacharelado em Farmácia, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2014.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.

PUENTE-PALACIOS, Katia Elizabeth; PACHECO, Érica Augusta; SEVERINO, Aline Fernandes. Clima organizacional e estresse em equipes de trabalho. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 37-48, 2013.

PUPO, Guilherme Daniel *et al.* **A assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

RACZKIEWICZ, Dorota *et al.* Patient safety culture in Polish Primary Healthcare Centers. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 31, n. 8, p. 60-66, 2019.

RAIMONDI, Daiane Cortêz *et al.* Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, e20180133, 2019.

RAIMONDI, Daiane Cortêz; BERNAL, Suelen Cristina Zandonadi; MATSUDA, Laura Misue. Cultura de segurança do paciente na ótica de trabalhadores e equipes da atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, p. 42, 2019.

REIS, Adriana Teixeira; SILVA, Carlos Renato Alves da. Segurança do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n.3, eRE020316, 2016.

RICIERI, Marinei Campos *et al.* O farmacêutico no contexto da estratégia em saúde da família, que realidade é esta?. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 1-13, 2006.

ROBBINS, Stephan Paul; JUDGE, Timothy A; SOBRAL, Filipe. **Comportamento organizacional: teoria e prática no contexto brasileiro**. 14. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

RODRIGUES, Ana Paula de Brito *et al.* **Adaptação cultural e validação do Primary Care Safety Questionnaire para o cenário brasileiro**. 2017. 145 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2017.

SANTIAGO, Thaiana Helena Roma. **Cultura organizacional para segurança do paciente em terapia intensiva**: comparação de dois instrumentos Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) e Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SANTIAGO, Thaiana Helena Roma; TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. esp., p. 123-130, 2015.

SANTOS, Damaris Silva dos *et al.* Segurança do paciente: fatores causais de eventos adversos a medicamentos pela equipe de enfermagem. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracajú, v. 2, n. 2, p. 19-30, 2014.

SANTOS, Leda Jung dos; PARANHOS, Maurício Sangama. Os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família no Rio de Janeiro: aspectos da liderança em pesquisa de clima organizacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 759-770, 2017.

SANTOS, Neusa Maria Bastos F. **Cultura organizacional e desempenho**: pesquisa, teoria e aplicação. São Paulo: Stiliano, 2000.

SEXTON, John B. *et al.* The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 6, n. 1, p. 1-10, 2006.

SILVA, Alamisne Gomes da; DE LIMA, José Gildo; LIRA, Aline Cavalcante de. Atuação do farmacêutico nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: uma contribuição para o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 19, n. 1, p. 14-23, 2016.

SILVA, Silmar Maria *et al.* Temáticas investigadas pelo Grupo de Estudos sobre a Saúde do Trabalhador de Enfermagem e Saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1-8, 2016.

SINGER, Sara J. *et al.* Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. **Medical Care**, Filadélfia, v. 47, n. 1, p. 23-31, 2009.

SMITS, Marleen *et al.* Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Filadélfia, v. 36, n. 1, p. 28-35, 2018.

SORIO, Washington. Clima organizacional. **Revista Partes**, São Paulo, 2004.

SOUZA, Gisélia Santana *et al.* Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo v. 51, p. 7s, 2017.

SOUZA, Marina Mazzuco de *et al.* Patient safety culture in the Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 1, p. 27-34, 2019.

SOUZA, Verusca Soares de. **Clima de segurança, carga de trabalho e dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 2015. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2015.

STEPHANELLI, Lásaro Linhares. **Técnicos em farmácia em atividades de assistência farmacêutica na atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde: formas de inserção e participação**. 2015. 94 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

TAVARES, Geruza Rios Pessanha *et al.* Planejamento estratégico como ferramenta para melhoria da gestão da Assistência Farmacêutica. *In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA*, 3., 2010. Brasília, DF. **Anais [...]**. Brasília, DF: CONSAD, 2010.

TENENHAUS, Michel *et al.* PLS path modeling. **Computational Statistics and Data Analysis**, Amsterdã, v. 48, n. 1, p. 159-205, 2005.

TEREANU, Carmen *et al.* Survey on patient safety culture in the Republic of Moldova: a baseline study in three healthcare settings. **Clujul Medical**, Cluj-Napoca, v. 91, n. 1, p. 65, 2018.

TLILI, Mohamed Ayoub *et al.* Assessment of nurses' patient safety culture in 30 primary health care centres in Tunisia. **East Mediterr Health J**, Genebra, v. 26, n. 11, p. 1347-1354, 2020.

TOBIAS, Gabriela Camargo *et al.* Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. **Enfermería Global**, Múrcia, v. 13, n. 1, p. 336-361, 2014.

TOMASI, Elaine *et al.* Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. s193-s201, 2008.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010.

VINCENT, Charles. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.

WIEGMANN, Douglas; VON THADEN, Terry; GIBBONS, Alyssa Mitchell. A review of safety culture theory and its potential application to traffic safety. **Improving Traffic Safety Culture in the United States**, Washington, v. 113, p 1-16, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The safety of medicines in public health programmes**: pharmacovigilance an essential tool. Geneva: World Health Organization, 2006.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YULE, Steven. **Safety culture and safety climate**: a review of the literature. Aberdeen: Industrial Psychology Research Centre, 2003.

ANEXO A – NOTA TÉCNICA COVID-19 Nº007/2020

Recomendações para adequação das atividades desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde em situação de surtos/epidemias de Síndrome Gripal e infecção pelo SARS-CoV-2, item 7- Medidas de proteção individual e coletiva (atualizada em 06/05/2021).



reabilitação (anexo 04). Orienta-se que usuários identificados com grau moderado e grave devem ser referenciados para acompanhamento da eSF em conjunto com NASF-AB.

Atenção!!!!

Para registro adequado do telemonitoramento no SISREDE e evitar um aumento equivocado do número de casos novos de síndrome gripal, marcar:

no local de atendimento "Telessaúde" (vide anexo 01);

CID Z00.6 (exame para comparação ou controle de normalidade num programa de investigação clínica).

7. Medidas de proteção individual e coletiva

- Todos os profissionais do centro de saúde devem higienizar as mãos com água e sabão líquido com fricção por 40 a 60 segundos ou preparação alcoólica com fricção de 20 a 30 segundos, frequentemente.
- Os profissionais de saúde que prestarem assistência direta (avaliação de risco e demais atendimentos subsequentes) aos usuários sintomáticos respiratórios devem higienizar as mãos com frequência e utilizar capote descartável, máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento.
- Para o atendimento aos usuários sem sintomas respiratórios, os profissionais deverão utilizar a máscara cirúrgica rotineiramente e ter atenção ao uso de demais EPI, que serão necessários de acordo com os procedimentos que serão realizados como, por exemplo, precaução de contato (luvas, por exemplo). Maiores informações estão disponíveis nos manuais e protocolos da SMSA e na Nota Técnica COVID-19 nº 019/2020 - Orientações sobre o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) nos serviços da rede própria do SUS-BH em situação de surto/epidemia de Síndrome Gripal e infecção pelo SARS-CoV-2, disponível no site da PBH (<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/coronavirus>), no item "Notas Técnicas e Fluxos".
- Em caso de profissionais realizando procedimento gerador de aerossol, além dos itens acima, utilizar máscara de proteção respiratória (N95 ou equivalentes), no lugar da cirúrgica, protetor facial e gorro. São exemplos destes procedimentos: coleta de espécime clínico para diagnóstico etiológico, intubação, aspiração de via aérea, ressuscitação cardiopulmonar, micronebulização e atendimento odontológico. A distribuição da máscara de proteção respiratória (N95 ou equivalentes) e protetor facial deve ser realizada para cada profissional que realizar os procedimentos descritos, sendo que o controle deve ser realizado por cada unidade.



CORONAVÍRUS • COVID-19
EM BELO HORIZONTE

Nota Técnica COVID-19
nº 007/2020
Atualizada 06/05/2021

- Os agentes comunitários de saúde deverão usar máscaras cirúrgicas e seguir as orientações do item 8.1.1. Os agentes de controle de endemia deverão seguir as orientações descritas na Nota Técnica COVID-19 nº 019/2020.
- O descarte dos EPI será feito, sempre considerando a Nota Técnica COVID-19 nº 019/2020.
- É necessário a disponibilização de preparação alcoólica na sala de espera.
- O sabão líquido, as toalhas de papel ou a preparação alcoólica a 70% devem estar disponibilizados em todos os locais adequados e os usuários devem ser orientados para higienizarem frequentemente as mãos.
- A etiqueta respiratória deve ser praticada por todos, orientando a cobrir a boca e o nariz durante a tosse e/ou espirros usando lenços/toalhas de papel ou cotovelo flexionado, seguida da lavagem das mãos.
- Os lenços/toalhas de papel usados devem ser descartados unicamente no lixo.
- Os ambientes de trabalho devem ser mantidos com a maior ventilação possível.
- Todas as saídas de bebedouros que possibilitam a ingestão de água diretamente na boca devem ser imediatamente retiradas, permanecendo apenas as saídas para copos, garrafas e similares.
- Os profissionais e usuários devem ser orientados quanto ao uso de copos (ou similares) próprios.
- Os livros, objetos e brinquedos de uso coletivo devem ser retirados dos consultórios ou espaços de convivência, pois podem nesse momento favorecer a transmissão do agravo.
- A limpeza e a higienização das unidades de saúde precisam ser mais frequentes e vigorosas, priorizando as superfícies de mobiliários. Mais informações sobre a limpeza podem ser consultadas no documento "Diretrizes para Limpeza e Desinfecção de Superfícies" (SMSA, 2011).
- O consultório de atendimento de casos suspeitos deve ser limpo e desinfetado ao final de cada consulta, sendo realizada a limpeza terminal desse espaço ao final do dia. Para a limpeza dos pisos devem ser seguidas técnicas de varredura úmida, ensaboar, enxaguar, desinfetar e secar. Demais ambientes utilizados por esses usuários deverão seguir a mesma recomendação.
- As orientações sobre limpeza terminal estão detalhadas no "Manual de Enfermagem da APS de Belo Horizonte" (SMSA, 2016).

8. Reorganização das atividades nos centros de saúde

8.1. Visitas e atendimentos domiciliares

8.1.1. Visitas dos ACS

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CULTURA ORGANIZACIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE

Pesquisador: Adriane Vieira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48533921.6.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.922.444

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo observacional, do tipo transversal, descritivo de abordagem qualitativa da grande área das ciências da saúde para busca estudar o clima de segurança nas farmácias dos serviços de atenção primária à saúde. As pesquisadoras apresentam o Protocolo informando que nos últimos anos, a preocupação mundial com a segurança do paciente tem aumentado e, para que iniciativas que priorizem a segurança do paciente sejam realizadas, o conhecimento referente ao gerenciamento da segurança relacionado à cultura organizacional é relevante. Neste sentido, um dos importantes instrumentos para avaliar as percepções individuais dos profissionais sobre a segurança em sua organização, em momento particular do tempo, é a avaliação do clima de segurança. Em Belo Horizonte, todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) apresentam farmácias e não há cargo específico para o desenvolvimento do serviço neste setor. Em sua maioria o trabalho é desempenhado por profissionais de nível médio/técnico, auxiliares de enfermagem, em sistema de rodízio segundo escala dos enfermeiros, coordenados pelo farmacêutico do NASF. Os serviços relacionados aos medicamentos implicam riscos para a saúde dos usuários, pois podem ser altamente danosos e letais se dispensados ou utilizados de modo irracional, demandando estratégias de aperfeiçoamento contínuo dos processos de trabalho para qualificação do serviço prestado. As responsabilidades direcionadas a essa equipe visam à garantia do acesso aos medicamentos, à racionalidade do uso e ao comprometimento com a segurança, assistência e cuidado à saúde do paciente. A hipótese apresentada estabelece que o clima de insegurança

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 e 2º. Andar e Sala 2005 e Campus Pampulha

Continuação do Parecer: 4.922.444

estimula atitudes que comprometem a segurança dos procedimentos da farmácia. Serão convidados a participar do estudo todos os farmacêuticos e todos os demais profissionais que trabalham nas farmácias da atenção primária da regional nordeste que concordarem em participar da pesquisa, desde que atuem na unidade de saúde há no mínimo um mês. Para participar do estudo, será caracterizado como profissional que trabalha na farmácia o trabalhador de nível médio/técnico que tiver sido escalado no setor, em algum momento, nos últimos doze meses, além dos farmacêuticos. Não serão convidados a participar do estudo os profissionais que estiverem afastados no momento da coleta de dados, por qualquer licença, seja ela maternidade, por motivo de doença, licença sem vencimento; ou em gozo de férias/folga. Além disso, não participará do estudo a farmacêutica pesquisadora e os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde nos quais a pesquisadora atua como farmacêutica, devido à possibilidade de viés nas respostas em decorrência da posição hierárquica da farmacêutica em relação a esses funcionários. O protocolo informa que a população alvo do estudo será constituída por 10 farmacêuticos e aproximadamente 114 profissionais de nível médio/técnico que trabalham nas farmácias de 19 unidades básicas de saúde da regional nordeste de Belo Horizonte. A coleta de dados será realizada por meio da aplicação de questionários e realização de entrevistas. Para avaliação do clima de segurança será utilizado o Questionário de Atitudes de Segurança - QAS, na versão traduzida e validada para o Brasil contém 41 questões sobre a percepção de segurança do paciente. Os 41 itens do QAS estão agrupados em seis domínios (1) Clima de Trabalho em Equipe; (2) Satisfação no Trabalho; (3) Percepção da Gerência; (4) Clima de segurança, (5) Condições de Trabalho e (6) Percepção do Estresse. Apesar de ser aplicado questionário mais específico e completo com dados dos profissionais, optou-se por manter os dados dessa natureza presentes no QAS: gênero, categorial profissional e tempo de atuação na especialidade, para preservar sua caracterização original. Os farmacêuticos deverão responder uma entrevista semiestruturada, com perguntas sobre visão que possuem da gestão das farmácias e dificuldades para sustentação de uma cultura de segurança nas farmácias das UBS. A entrevista será gravada por meio de um gravador digital, em local tranquilo e reservado, que garanta privacidade, com posterior transcrição das falas para análise.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as atitudes de segurança no ambiente de trabalho que evidenciam o clima de segurança do paciente, a partir da visão dos profissionais que atuam nas farmácias dos centros de saúde de uma regional de Belo Horizonte.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 - 2º Andar - Sala 2005 - Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31) 3409.4592 **Email:** coord@plataforma.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.922.444

Objetivo Secundário

• Descrever o perfil sociodemográfico e profissional, de formação e experiência profissional, dos trabalhadores das farmácias. • Descrever os escores de Atitudes de Segurança do paciente, na visão dos profissionais que atuam nas farmácias. • Correlacionar variáveis sociodemográficas e profissionais com domínios do Questionário de Atitudes de Segurança. • Identificar e descrever as dificuldades enfrentadas pelos farmacêuticos, gestores das farmácias, para sustentação de uma cultura de segurança no setor. • Elaborar proposta de ações para fortalecer a cultura de segurança nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras informam que os riscos da pesquisa são mínimos e estão associados ao tempo despendido para resposta aos questionários e entrevista, à possibilidade de o participante lidar com questões que considerem embaraçosas ou particulares, além de risco mínimo de exposição ao vírus SARS-CoV2. Porém, diante dos objetivos desta pesquisa, da garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas e do respeito a todas as medidas que envolvem a biossegurança, prevenção e controle de transmissão da doença do SARS-CoV2 durante a coleta de dados esses riscos serão minimizados neste estudo.

Como benefícios da pesquisa apresentam a disponibilização de informações sobre a visão dos trabalhadores sobre o clima de segurança das farmácias de unidades de saúde de modo a fomentar a discussão sobre este tema e a melhoria do processo de trabalho, qualidade e segurança do serviço. Os resultados da pesquisa serão divulgados no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, aos profissionais das unidades de saúde e gerentes da regional nordeste por meio de relatórios, reuniões e seminários. Além de divulgação à sociedade através de artigos científicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foram apresentados: a) Folha de Rosto assinada pela Diretora da Escola de Enfermagem; b) PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1773796.pdf; c) Parecer_GES.pdf – Parecer do Departamento de Gestão em Saúde; d) ANUENCIA_PBH.pdf apresentando o termo de anuência institucional da PBH ASSINADO PELA GERÊNCIA DE Assistência farmacêutica e Insumos essenciais e a Assessora de Educação em Saúde e orienta a submissão do Projeto ao Comitê de ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de saúde de BH; e) TCLC_questionario.pdf apresentando o TCLE-questionário; f) TCM_Tatiana_Nunes_Carvalho.pdf projeto completo; g) PROTÓCOLO_COVID.pdf.; h) TCLC_entrevista.pdf apresentando o TCLE-entrevistado; i) Orçamento.pdf – não informa a fonte de financiamento; j) Cronograma.pdf.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.922.444

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de uma pesquisa para obtenção do título de mestre do Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de serviços de Saúde. A pesquisa envolverá a coparticipação da Secretaria Municipal de saúde de Belo Horizonte. Apresenta dois TCLE um para os participantes que irão responder a questionário e outro para os participantes que serão entrevistados. Poderia rever a redação dos riscos, uma vez que não é auto-explicativo dizer que os objetivos da pesquisa podem minimizar ou dirimir os riscos da pesquisa.

Recomendações:

Retirar a solicitação do número da cédula de identidade uma vez que o TCLE não é um contrato. Informar que dúvidas sobre a pesquisa devem ser resolvidas com as pesquisadoras e dúvidas éticas com o CEP/UFMG. Retirar da redação que os objetivos da pesquisa contribuem para minimizar ou eliminar os riscos da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SMJ, somos de parecer favorável à aprovação do Protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1773796.pdf	19/06/2021 11:41:49		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	19/06/2021 09:45:16	TATIANA NUNES CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLC_QUESTIONARIO.pdf	19/06/2021 09:44:34	TATIANA NUNES CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLC_ENTREVISTA.pdf	19/06/2021 09:43:59	TATIANA NUNES CARVALHO	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.922.444

Justificativa de Ausência	TCLC_ENTREVISTA.pdf	19/06/2021 09:43:59	TATIANA NUNES CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCM_Tatiana_Nunes_Carvalho.pdf	19/06/2021 09:43:41	TATIANA NUNES CARVALHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PARECER_GES.pdf	16/06/2021 18:25:48	TATIANA NUNES CARVALHO	Aceito
Outros	PROTOCOLO_COVID.pdf	14/06/2021 23:12:50	TATIANA NUNES CARVALHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_PBH.pdf	14/06/2021 23:11:12	TATIANA NUNES CARVALHO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	14/06/2021 23:09:56	TATIANA NUNES CARVALHO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	14/06/2021 23:08:12	TATIANA NUNES CARVALHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

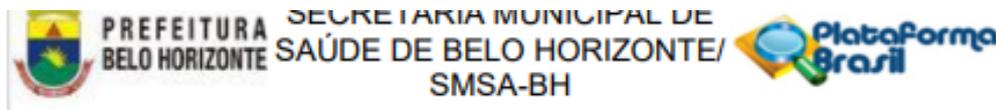
Não

BELO HORIZONTE, 21 de Agosto de 2021

Assinado por:
Crissia Carem Palva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 ç 2º. Andar ç Sala 2005 ç Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/SMSA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA ORGANIZACIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE

Pesquisador: Adriane Vieira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48533921.6.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.047.582

Apresentação do Projeto:

Apresenta-se um projeto de dissertação procedente do Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Nos últimos anos, a preocupação mundial com a segurança do paciente tem aumentado e, para que iniciativas que priorizem a segurança do paciente sejam realizadas, o conhecimento referente ao gerenciamento da segurança relacionado à cultura organizacional é relevante. Trata-se de estudo transversal, com abordagem qualitativa, cujo método será o estudo de caso descritivo. A amostra do estudo será composta por profissionais de nível médio/técnico e farmacêuticos que atuam nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde da Regional Nordeste de Belo Horizonte, que concordarem em participar voluntariamente da pesquisa, após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A coleta de dados será realizada através de um Questionário de Caracterização Pessoal e Profissional e um Questionário de Atitudes de Segurança (QAS), em sua versão adaptada e validada para a língua portuguesa, com adequação para a realidade das farmácias. Esse questionário é composto por seis domínios, que são: (1) Clima de Trabalho em Equipe; (2) Satisfação no Trabalho; (3) Percepção da Gerência; (4) Clima de segurança, (5) Condições de Trabalho e (6) Percepção do Estresse. Será também realizada entrevista semiestruturada com os farmacêuticos sobre a gestão das farmácias e dificuldades para sustentação de uma cultura de segurança no setor. A abordagem qualitativa, diferentemente da quantitativa, não apresenta hipótese, mas traz pressupostos como no caso é de

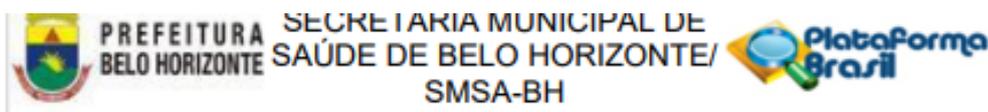
Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.047.582

que o clima de insegurança estimula atitudes que comprometem a segurança dos procedimentos da farmácia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as atitudes de segurança no ambiente de trabalho que evidenciam o clima de segurança do paciente, a partir da visão dos profissionais que atuam nas farmácias dos centros de saúde de uma regional de Belo Horizonte.

Objetivos Secundários:

1. Descrever o perfil sociodemográfico e profissional, de formação e experiência profissional, dos trabalhadores das farmácias.
2. Descrever os escores de Atitudes de Segurança do paciente, na visão dos profissionais que atuam nas farmácias.
3. Correlacionar variáveis sociodemográficas e profissionais com domínios do Questionário de Atitudes de Segurança.
4. Identificar e descrever as dificuldades enfrentadas pelos farmacêuticos, gestores das farmácias, para sustentação de uma cultura de segurança no setor.
5. Elaborar proposta de ações para fortalecer a cultura de segurança nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

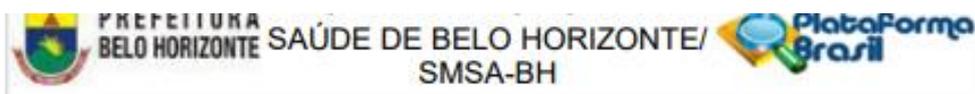
Riscos:

Os riscos da pesquisa são mínimos e estão associados ao tempo despendido para resposta aos questionários e entrevista, à possibilidade de o participante lidar com questões que considerem embaraçosas ou particulares, além de risco mínimo de exposição ao vírus SARS-CoV2. Porém, diante dos objetivos desta pesquisa, da garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas e do respeito a todas as medidas que envolvem a biossegurança, prevenção e controle de transmissão da doença do SARS-CoV2 durante a coleta de dados esses riscos serão minimizados neste estudo.

Benefícios:

O benefício desta pesquisa consiste na disponibilização de informações sobre a visão dos trabalhadores sobre o clima de segurança das farmácias de unidades de saúde de modo a fomentar a discussão sobre este tema e a melhoria do processo de trabalho, qualidade e

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31) 3377-5300 **E-mail:** ccaen@bhh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.047.582

segurança do serviço. Os resultados da pesquisa serão divulgados no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, aos profissionais das unidades de saúde e gerentes da regional nordeste por meio de relatórios, reuniões e seminários. Além de divulgação à sociedade através de artigos científicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante que poderá contribuir para a segurança do paciente atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, com vistas a garantir acesso à saúde e assistência mais seguros, beneficiando também os profissionais e serviços no reconhecimento e melhoria dos aspectos relacionados à segurança no nível ambulatorial em saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados os seguintes termos:

- Folha de rosto preenchida e assinada 16/06/2021
- Informações básicas do projeto
- Projeto com informações detalhadas
- Cronograma viável atualizado no projeto detalhado
- Termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte assinado e datado em 04/03/2021.
- TCLE para entrevista com farmacêuticos com CEP SMSA/PBH
- TCLE para aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança com CEP SMSA/PBH

Recomendações:

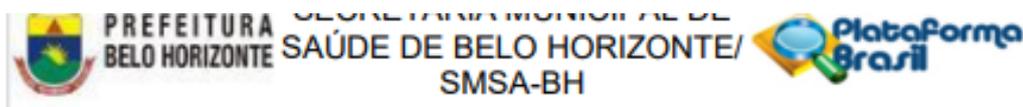
Recomenda-se anexar na documentação desta pesquisa a Declaração de responsabilidade dos pesquisadores: deve elucidar a garantia do sigilo das informações e anonimato, por quanto tempo o material empírico será guardando, o responsável pela guarda e como será descartado.

Salienta-se que durante o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, devem ser adotadas medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade das pessoas em situação de rua, gestores, equipe de pesquisa e dos demais envolvidos no estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, de acordo com

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.047.582

os requisitos da Resolução CNS 466/12 e 510/16, não encontrando objeções éticas, RESOLVE considerar "APROVADO" o projeto de pesquisa CULTURA ORGANIZACIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1813028.pdf	15/09/2021 14:33:03		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEQUESTIONARIONOVO.pdf	15/09/2021 14:30:29	Adriane Vieira	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENTREVISTA_NOVO.pdf	15/09/2021 14:15:22	Adriane Vieira	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLC_QUESTIONARIO.pdf	19/06/2021 09:44:34	TATIANA NUNES CARVALHO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLC_ENTREVISTA.pdf	19/06/2021 09:43:59	TATIANA NUNES CARVALHO	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCM_Tatiana_Nunes_Carvalho.pdf	19/06/2021 09:43:41	TATIANA NUNES CARVALHO	Acelto
Outros	PROTOCOLO_COVID.pdf	14/06/2021 23:12:50	TATIANA NUNES CARVALHO	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.130-007
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE

ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (QAS)

Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado

Por favor, responda os itens seguintes relativos à **FARMÁCIA do centro de saúde onde atua**.
Selecione suas respostas usando a escala abaixo.

Por favor, responda os itens seguintes relativos à FARMÁCIA do centro de saúde onde atua . Selecione suas respostas usando a escala abaixo.								
A	B	C	D	E	X			
Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica			
1 As sugestões dos(as) enfermeiros(as) são bem recebidas neste setor	A	B	C	D	E	X		
2 Neste setor, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	A	B	C	D	E	X		
3 Neste setor as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	A	B	C	D	E	X		
4 Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	A	B	C	D	E	X		
5 É fácil para os profissionais que atuam neste setor fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	A	B	C	D	E	X		
6 Os(as) médicos(as), enfermeiros(as) e farmacêutico(a) daqui trabalham juntos como uma equipe coordenada	A	B	C	D	E	X		
7 Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado(a) aqui como paciente	A	B	C	D	E	X		
8 Erros são tratados de maneira apropriada neste setor	A	B	C	D	E	X		
9 Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente neste setor	A	B	C	D	E	X		
10 Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	A	B	C	D	E	X		
11 Nesta área, é difícil discutir sobre erros	A	B	C	D	E	X		
12 Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	A	B	C	D	E	X		
13 A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	A	B	C	D	E	X		
14 Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à gestão	A	B	C	D	E	X		
15 Eu gosto do meu trabalho	A	B	C	D	E	X		
16 Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	A	B	C	D	E	X		
17 Este é um bom lugar para trabalhar	A	B	C	D	E	X		
18 Eu me orgulho de trabalhar neste setor	A	B	C	D	E	X		
19 O moral neste setor é alto	A	B	C	D	E	X		
20 Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	A	B	C	D	E	X		
21 Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a)	A	B	C	D	E	X		
22 Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	A	B	C	D	E	X		
23 O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência ou conflito	A	B	C	D	E	X		
24 A gestão apoia meus esforços diários	Coordenação da		A	B	C	D	E	X
	Gerência da Unidade Básica de		A	B	C	D	E	X
Saúde								
25 A gestão não compromete conscientemente a segurança do paciente:	Coordenação da farmácia							
	Gerência da Unidade Básica de Saúde		A	B	C	D	E	X
26 A gestão está fazendo um bom trabalho:	Coordenação da farmácia							
	Gerência da Unidade Básica de Saúde		A	B	C	D	E	X
27 Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:	Coordenação da farmácia							
	Gerência da Unidade Básica de Saúde		A	B	C	D	E	X
28 Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da:	Coordenação da farmácia							
	Gerência da Unidade Básica de Saúde		A	B	C	D	E	X
29 Neste setor o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	A	B	C	D	E	X		
30 Esta Unidade Básica de Saúde faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	A	B	C	D	E	X		
31 Toda informação necessária para decisões diagnóstica e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	A	B	C	D	E	X		
32 Estagiários de farmácia que passam no setor são adequadamente supervisionados	A	B	C	D	E	X		
33 Eu vivencio boa colaboração com a equipe de enfermagem neste setor	A	B	C	D	E	X		
34 Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos neste setor	A	B	C	D	E	X		
35 Eu vivencio boa colaboração com o(a) farmacêutico(o) neste setor	A	B	C	D	E	X		
36 Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	A	B	C	D	E	X		
Informações								
Você já havia preenchido este instrumento antes? () Sim () Não () Não sabe				Data (mês/ano): _____				
Cargo (marque somente 1)								
() Farmacêutico		() Técnico de enfermagem		() Auxiliar de enfermagem				
() Técnico de farmácia		() Administrativo		() Outro _____				
Gênero: () Homem () Mulher								
Tempo na especialidade: () Menos de 6 meses () 6 a 11 meses () 1 a 2 anos () 3 a 4 anos () 5 a 10 anos () 11 a 20 anos () 21 anos ou mais								

Questionário adaptado a partir da versão validada para a língua portuguesa, do original Safety Attitudes Questionnaire –Short Form, 2006, de Eric thomas, John B. Sexton e Robert L. Helmreich

APÊNDICE A – SÍNTESE DOS RESULTADOS DA BUSCA BIBLIOGRÁFICA

Características dos artigos analisados segundo referência, título, questionário utilizado, local do estudo e público alvo.

Nº	Referência (autor, ano)	Título do estudo	Questionário utilizado	Local do estudo	Público alvo
1	AL LAWATI, Muna Habib <i>et al.</i> , 2019	Assessment of patient safety culture in primary health care in Muscat, Oman: a questionnaire – based survey.	HSOPSC	Omã	Multiprofissional
2	BLUMENTHAL, Karen J.; CHIEN, Alyna T.; SINGER, Sara J, 2018	Relationship among team dynamics, care coordination and perception of safety culture in primary care.	Não especificado	EUA	Multiprofissional
3	CURRAN, Ciara <i>et al.</i> , 2018	Perceived safety climate in Irish primary care settings-a comparison with Scotland and England.	PC-SafeQuest	Irlanda	Multiprofissional
4	DEMURTAS, Jacopo <i>et al.</i> , 2020	Patient safety culture in Italian out-of ours primary care service: a national cross-sectional survey study.	SAQ-AV	Itália	Médicos
5	EL SHAFEI, Arwa Mohamed Hosney; ZAYED, Mouchira Amin, 2019	Patient safety attitude in primary health care settings in Giza, Egypt: Cross sectional study	SAQ-AV	Egito	Multiprofissional
6	EL ZOGHBI, Mohamad <i>et al.</i> , 2018	Improvement of the Patient Safety Culture in the Primary Health Care Corporation-Qatar.	MOSPSC	Qatar	Multiprofissional

7	FLORES-GONZÁLEZ, María Teresa; CRUZ-LEÓN, Aralucy; MORALES-RAMÓN, 2019	Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México	MOSPSC	México	Multiprofissional
8	GABRANI, Jonila Cyco <i>et al.</i> , 2016	Provider Perspectives of Safety in Primary Care in Albania	SAQ-AV	Albânia	Médicos e enfermeiros
9	GALHARDI, Nathalia Malaman <i>et al.</i> , 2018	Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde	MOSPS	Brasil	Multiprofissional
10	KHAMASEH, Abdullah; AL-TWALBEH, Diala; AL-AJLOUNI, Kamel, 2020	Patient safety culture in Jordanian primary health-care centres as perceived by nurses: a cross-sectional study	SAQ-Short Form	Jordânia	Enfermeiros
11	KLEMENC-KETIŠ, Zalika <i>et al.</i> , 2017	Patient Safety Culture in Slovenian out-of-hours Primary Care Clinics.	SAQ-AV	Eslovênia	Multiprofissional
12	LOUSADA, Letícia Martins <i>et al.</i> , 2020	Patient Safety Culture in primary and home care services	SAQ-Short Form	Brasil	Multiprofissional
13	MACEDO, Lilian Louzada <i>et al.</i> , 2020	Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde em município de grande porte na percepção de trabalhadores	MOSPSC	Brasil	Multiprofissional
14	MACEDO, Lilian Louzada <i>et al.</i> , 2020	A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais	MOSPSC	Brasil	Multiprofissional
15	MALLOULI, Manel <i>et al.</i> , 2017	Safety culture in Tunisian primary health care: A multicenter study	HSOPSC	Tunísia	Multiprofissional

16	PAI, Sandra Dal <i>et al.</i> , 2020	Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde	MOSPSC	Brasil	Multiprofissional
17	RACZKIEWICZ, Dorota <i>et al.</i> , 2019	Patient Safety Culture in Polish Primary Healthcare Centres	MOSPSC	Polônia	Médicos
18	RAIMONDI, Daiane Cortêz <i>et al.</i> , 2019	Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais	MOSPSC	Brasil	Multiprofissional
19	RAIMONDI, Daiane Cortêz; BERNAL, Suelen Cristina Zandonadi; MATSUDA, Laura Misue, 2019	Cultura de segurança do paciente na ótica de trabalhadores e equipes da atenção primária	MOSPSC	Brasil	Multiprofissional
20	SMITS, Marleen <i>et al.</i> , 2018	Patient Safety culture in out-of hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey	SAQ-AV	Holanda	Médicos e enfermeiros
21	SOUZA, Marina Mazzuco de <i>et al.</i> , 2019	Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde	SAQ-AV	Brasil	Multiprofissional
22	TEREANU, Carmen <i>et al.</i> , 2018	Survey on patient safety culture in the Republic of Moldova: a baseline a study in three helthcare settings	HSOPSC	República da Moldova	Multiprofissional
23	TLILI, Mohamed Ayoub <i>et al.</i> , 2020	Assessment of nurses patient safety culture in 30 primary health-care centres in Tunisia	HSOPSC	Tunísia	Enfermeiros

Principais resultados dos artigos analisados, alinhados aos objetivos

Nº	Título do estudo	Objetivos	Resultados
1	Assessment of patient safety culture in primary health care in Muscat, Oman: a questionnaire-based survey	Explorar a compreensão dos profissionais da atenção primária à saúde em relação à cultura de segurança do paciente, em unidades de atenção primária à saúde em Omã.	No geral, 74% (139/186) da equipe que participou da pesquisa classificou a segurança do paciente como excelente ou muito boa. As principais áreas de força identificadas foram o trabalho em equipe nas unidades e o aprendizado organizacional e a melhoria contínua. As áreas que requerem melhorias são a resposta não punitiva a erros, equipe inadequada e transferências e transição para outros níveis de cuidado.
2	Relationship among team dynamics, care coordination and perception of safety culture in primary care	Avaliar a relação entre a dinâmica da equipe e as percepções da cultura de segurança entre os profissionais que lidam com o paciente (ou seja, qualquer membro da equipe de atenção primária com contato com o paciente) e se suas percepções sobre a coordenação do cuidado mediam essa relação. OBS: A terceira parte da pesquisa avaliou as percepções da cultura de segurança usando quatro perguntas previamente validadas.	Avaliações de dinâmica de equipe, percepções de cultura de segurança e coordenação de cuidados foram classificadas de neutro a positivo. As classificações das percepções de cultura de segurança foram as mais positivas, enquanto as classificações de coordenação de cuidados foram mais neutras. Para cada aumento de 1 ponto na dinâmica geral da equipe, houve um aumento de 0,76 ponto na percepção da cultura de segurança (intervalo de confiança de 95% (IC) 0,70-0,82, P < 0,001). A coordenação do cuidado medeia a relação entre a dinâmica da equipe e a percepção da cultura de segurança.

3	Perceived safety climate in Irish primary care settings- a comparison with Scotland and England	Medir o Clima de Segurança percebido na atenção primária irlandesa; examinar se as percepções de segurança variaram de acordo com as características dos respondentes; e comparar as respostas de nossa amostra irlandesa aos dados da Inglaterra e da Escócia.	Um total de 231 questionários (38,5%) foram devolvidos respondidos. Geralmente, percepções positivas de segurança foram identificadas entre os entrevistados irlandeses, mas a carga de trabalho teve a pontuação média geral mais baixa dos cinco domínios analisados. Por sua vez, o domínio Liderança teve a pontuação média mais alta.
4	Patient safety culture in Italian out-of hours primary care service: a national cross sectional survey study	Avaliar a cultura de segurança do paciente em serviço italiano de atenção primária fora do horário de expediente	No geral, 692 médicos foram convidados a participar da pesquisa, com uma taxa de resposta de 71%. Os médicos frequentemente ficavam insatisfeitos com seu trabalho; avaliaram que não há pessoal suficiente para fornecer os melhores cuidados e não há treinamento ou supervisão para novos funcionários e estagiários de medicina familiar. Os gerentes de serviço são vistos como distantes, com questões específicas relacionadas à comunicação entre gerentes e médicos. Uma grande proporção dos médicos (56,8%) afirma que não recebe suporte adequado.
5	Patient safety attitude in primary health care settings in Giza, Egypt: Cross sectional study	Investigar as atitudes de segurança do paciente entre prestadores de cuidados de saúde em instalações de cuidados de saúde primários (PHC) no Egito através do emprego do Questionário de Atitudes de Segurança	Os participantes gerais mostraram uma pontuação de baixa escala menor ou igual a 75, ou seja, visão negativa no que diz respeito à atitude de segurança do paciente, em todos os domínios. Os gerentes, que em sua maioria não médicos, tiveram atitudes mais positivas. Os farmacêuticos tiveram as menores pontuações médias em cinco dos seis domínios. A maior porcentagem de positividade foi encontrada para a dimensão de satisfação no trabalho (23%).

6	Improvement of the Patient Safety Culture in the Primary Health Care Corporation-Qatar.	O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da acreditação, treinamentos de melhoria de qualidade e treinamentos de segurança do paciente (PS) na melhoria da Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde no Qatar.	Dos 2.689 funcionários que trabalham nos 21 centros de saúde, 1.810 (67,3%) completaram a pesquisa em 2012, e 2.616 (70,0%) de 3.735 completaram a pesquisa em 2015. A comparação entre os resultados da pesquisa de 2012 e 2015 mostrou uma melhoria estatisticamente significativa para todas as 10 dimensões ($p < 0,05$). Há evidências de que a implementação do programa de acreditação, os treinamentos de melhoria da qualidade e os treinamentos de segurança do paciente ajudaram a organização a melhorar sua cultura de Segurança do paciente.
7	Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México	Determinar a percepção de profissionais de saúde e de profissionais que não são da área de saúde sobre a cultura de segurança do paciente em uma unidade de medicina de família do Instituto Mexicano de Previdência Social, no estado de Tabasco, México.	A percepção geral da equipe classifica a segurança dos pacientes na unidade de medicina de família como muito boa (19%) e boa (45%). Das 12 dimensões da Cultura de Segurança do Paciente, as dimensões que alcançaram maior pontuação foram Trabalho em equipe (65%) e Seguimento do cuidado do paciente (63%), em detrimento das dimensões Pressão e ritmo de trabalho (29%), comunicação e receptividade (30%) e apoio da direção para a segurança do paciente (30%).
8	Provider Perspectives of Safety in Primary Care in Albania	O objetivo deste estudo foi determinar as atitudes de segurança de médicos especialistas (SPs), médicos gerais (GPs) e enfermeiras na atenção primária na Albânia	523 foram preenchidos. A satisfação no trabalho teve a maior proporção de respostas positivas (70%), seguida por clima de segurança (60%), percepções da gestão (60%), condições de trabalho (56%) e clima de trabalho em equipe (55%). O reconhecimento do estresse apresentou a menor proporção de respostas positivas (30%;). Houve um alto nível de percepção do trabalho em equipe entre SPs, GPs e enfermeiras. A equipe de saúde concordou que era difícil discutir os erros em seu centro de saúde primário. Os médicos, ao contrário das enfermeiras, tinham maior probabilidade de afirmar que não cometem erros em situações hostis.

9	Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde	Avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional atuante na Atenção Primária à Saúde e sua relação com as características laborais.	O escore geral do questionário que avaliou a cultura de segurança foi considerado positivo (3,64±0,84). Obteve-se percepção claramente positiva e percepção positiva na maioria das dimensões, exceto pressão e ritmo de trabalho, que foi negativa (2,38±0,76).
10	Patient safety culture in Jordanian primary health-care centres as perceived by nurses: a cross-sectional study	Determinar as atitudes dos enfermeiros em relação à cultura de segurança do paciente em centros de atenção primária à saúde na Jordânia.	A taxa média de resposta positiva para os 6 domínios da cultura de segurança variou de 58,54% a 75,63%. A maior taxa média de resposta positiva foi para satisfação no trabalho e a mais baixa foi para percepções da gerência. As áreas que precisam ser melhoradas na percepção dos enfermeiros são: clima do trabalho em equipe, clima de segurança, reconhecimento do estresse e percepção da gestão.
11	Patient Safety Culture in Slovenian out-of-hours Primary Care Clinics	Investigar a cultura de segurança do paciente em clínicas de saúde fora do horário comercial (OOHC) da Eslovênia e determinar os possíveis fatores que podem estar associados a ela.	Dos 438 participantes convidados, 250 responderam ao questionário (taxa de resposta de 57,1%). A cultura de segurança nas clínicas OOHC eslovenas precisa ser melhorada. A pontuação geral média ± desvio padrão do SAQ foi de 56,6 ± 16,0 pontos, de Percepções da Gestão 53,6 ± 19,6 pontos, de Satisfação no Trabalho 48,5 ± 18,3 pontos, de Clima de Segurança 59,1 ± 22,1 pontos, de Clima de Trabalho em Equipe 72,7 ± 16,6 e de Comunicação 51,5 ± 23,4 pontos. Os funcionários que trabalham na região de Ravne na Koroškem, funcionários com turnos de trabalho variáveis e aqueles com empregos de tempo integral pontuaram significativamente mais alto no SAQ-AV.
12	Patient Safety Culture in primary and home care services	Avaliar a cultura de segurança em ambientes de atenção primária e domiciliar	O escore total do SAQ foi de 68,5 (± 14,4), indicando que os serviços de atenção primária e domiciliar avaliados, em geral, não alcançaram valor positivo para a cultura de segurança (valor de corte 75). Os escores dos domínios do SAQ variaram de 57,3 a 80,4. A satisfação no trabalho obteve o

			valor mais elevado (80.4, \pm 15.8), o que significa que os profissionais estão satisfeitos com o seu trabalho; por outro lado, Condições de trabalho e percepção da gestão apresentaram as menores pontuações.
13	Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde em município de grande porte na percepção de trabalhadores	Caracterizar a segurança do paciente segundo a percepção dos trabalhadores da atenção primária à saúde em município de grande porte do Paraná.	A seção sobre avaliação global de segurança apresentou o maior percentual geral de respostas positivas (79,0%). Sobre o apoio de gestores/administradores/líderes, a frequência geral de respostas positivas foi de apenas 38,4%.
14	A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais	Analisar a cultura de segurança do paciente na atenção primária em saúde de um município de grande porte do estado do Paraná, segundo a categoria profissional.	Houve divergências na percepção da cultura de segurança pelos profissionais de saúde da atenção primária. Técnicos de enfermagem apresentaram maior prevalência de visão fragilizada e enfermeiros menor. Os resultados indicaram que o processo de trabalho e apoio dos gestores foram as dimensões da cultura de segurança com avaliação mais fragilizada.
15	Safety culture in Tunisian primary health care: A multicenter study	Avaliar a cultura de segurança em centros de atenção primária e explorar seus fatores associados	A dimensão "Percepção Geral de Segurança" teve uma pontuação de 52,5%, o que evidencia que precisa ser desenvolvida. O "Trabalho em equipe" foi a dimensão com melhor avaliação (71,5%). No entanto, duas dimensões tiveram pontuações muito baixas: "Frequência de relatórios de eventos "e" Resposta não punitiva aos erros", com percentagens de 31,4% e 35,4%, respectivamente.
16	Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde	Avaliar a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde	Os resultados mostraram que os profissionais da Atenção Primária à Saúde tiveram percepções positivas quanto às dimensões da cultura de segurança do paciente e apenas "suporte da liderança" foi considerada como área de fragilidade. As dimensões "troca de informações com outras instituições" (79%), "trabalho em equipe" (79%), "acompanhamento do cuidado do

			paciente” (80%), “segurança do paciente e problemas de qualidade” (83%) foram consideradas positivas para a cultura de segurança do paciente.
17	Patient Safety Culture in Polish Primary Healthcare Centres	Examinar a cultura de segurança do paciente em centros de saúde primários na Polônia.	A percepção geral da segurança e qualidade do paciente alcançou 85% das respostas positivas no presente estudo. Os domínios mais bem classificados foram: aprendizagem organizacional (87,05% de pontuações positivas), trabalho em equipe (84,91%), percepção geral da segurança e qualidade do paciente (84,77%) e apoio da liderança para a segurança do paciente (84,30%), enquanto os mais baixos foram: rastreamento e acompanhamento do atendimento ao paciente (65,11%), pressão e ritmo de trabalho (57,77%).
18	Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais	Comparar a cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde.	Constatou-se que as categorias profissionais participantes do estudo apresentaram cultura positiva de segurança do paciente, exceto os agentes comunitários de saúde (ACS).
19	Cultura de segurança do paciente na ótica de trabalhadores e equipes da atenção primária	Analisar se a cultura de segurança do paciente entre os profissionais da atenção primária à saúde difere entre as equipes de saúde	A cultura de segurança do paciente entre as equipes de APS estudadas diferiu significativamente: as eAB apresentaram médias de respostas positivas maiores do que as eSF e eSB. As dimensões “trabalho no serviço de saúde” (48,52%), “apoio dos gestores” (40,80%) e “avaliação global da qualidade” (32,64%) apresentaram as menores médias de respostas positivas.
20	Patient Safety culture in out-of hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey	Examinar a cultura de segurança do paciente na atenção primária holandesa fora do expediente usando o questionário de atitudes de segurança (SAQ), que inclui cinco fatores: clima de	Os profissionais de saúde percebem positivamente a cultura de segurança do paciente nas cooperativas holandesas de GP, mas há diferenças relacionadas aos entrevistados: profissão, idade e experiência de trabalho. Os provedores de saúde foram mais positivos quanto ao clima de trabalho em equipe e satisfação no trabalho e menos quanto à abertura de comunicação e clima de segurança. Os enfermeiros da triagem pontuaram significativamente mais alto do que os médicos em cada um dos cinco fatores de segurança do

		trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepções de gerenciamento e abertura de comunicação.	paciente. Os prestadores de cuidados de saúde mais velhos pontuaram significativamente mais alto do que os mais jovens no clima de segurança e percepções da gestão.
21	Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde	Avaliar a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS).	Na perspectiva dos profissionais da saúde da APS pesquisada, evidenciou-se avaliação negativa da cultura de segurança. Dos nove domínios do SAQ-AV, “Segurança do Paciente” foi o único domínio que apresentou pontuação positiva. Os domínios “Condições de Trabalho” e “Erro” foram os que obtiveram as médias mais baixas.
22	Survey on patient safety culture in the Republic of Moldova: a baseline a study in three helthcare settings	Identificar quais áreas da cultura de segurança do paciente precisam de intervenção imediata na República de Moldávia	A maioria dos entrevistados foram enfermeiras (53%) seguido por médicos (35%). As maiores pontuações positivas para segurança do paciente foram para: trabalho em equipe dentro das unidades (80%), feedback e comunicação sobre o erro organizacional – aprendizagem, melhoria contínua e expectativas e ações do supervisor/gerente, promoção da segurança do paciente (78%) e apoio da gestão para segurança do paciente (75%). As pontuações mais baixas foram para: frequência de eventos relatados (57%), resposta não punitiva a erros (53%), abertura de comunicação (51%) e pessoal (37%).
23	Assessment of nurses patient safety culture in 30 primary health-care centres in Tunisia	Avaliar a cultura de segurança do paciente de enfermeiras em centros de atenção primária à saúde na Tunísia e determinar seus fatores associados.	A percepção dos enfermeiros sobre a qualidade da segurança do paciente nos centros de saúde primários, foi classificada como aceitável em 57,2% dos casos e ruim em 17,4%. A dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” obteve a pontuação mais elevada (70,6%). Três dimensões de segurança tiveram pontuações baixas: “frequência de relato de eventos” (27,6%), “equipe” (34,76%) e “resposta não punitiva a erros” (36,5%).

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E
PROFISSIONAL**

Questionário de caracterização Pessoal e Profissional	
Nome (APENAS AS INICIAIS)	
Data de nascimento	___/___/___
Idade	
Sexo	<input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino
Situação conjugal	<input type="checkbox"/> 1. Casado(a) <input type="checkbox"/> 2. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 3. União estável <input type="checkbox"/> 4. Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Outro _____
Tem filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quantos: _____
Renda mensal individual	<input type="checkbox"/> 1. Menor ou igual a R\$ 1100,00 <input type="checkbox"/> 2. De R\$ 1101,00 a R\$2200,00 <input type="checkbox"/> 3. De R\$ 2201,00 a R\$ 3300,00 <input type="checkbox"/> 4. De R\$ 3301,00 a R\$ 4400,00 <input type="checkbox"/> 5. De R\$ 4401,00 a R\$ 5500,00 <input type="checkbox"/> 6. De R\$5501,00 a R\$6600,00 <input type="checkbox"/> 7. De R\$6601,00 a R\$7700,00 <input type="checkbox"/> 8. De 7701,00 a R\$8800,00 <input type="checkbox"/> Superior a R\$8800,00 <input type="checkbox"/> Não desejo informar
Categoria Profissional	<input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Técnico em farmácia <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Outro _____

Nome da(s) Unidade(s) em que trabalha na Prefeitura de Belo Horizonte (Item não deve ser preenchido pelos farmacêuticos)	
Tempo de trabalho nesta(s) unidade	_____ano(s)_____meses
Tipo de vínculo	() 1. Estatutário () 2. Contrato () 3. CLT
Carga horária semanal de trabalho neste vínculo	() 20 horas () 30 horas () 40 horas
Trabalha em outro local?	() Sim () Não Se sim, qual a carga horária total de trabalho semanal, considerando todos os vínculos que possui: _____
Escolaridade	1. Ensino fundamental () completo () incompleto 2. Ensino médio () completo () incompleto 3. Ensino superior () completo () incompleto 4. Especialização () completa () incompleta 5. Residência () completa () incompleta 6. Mestrado () completo () incompleto 7. Doutorado () completo () incompleto 8. Pós Doutorado () completo () incompleto 9. Outro: _____
Tempo de formação no maior nível de escolaridade	_____ano(s)_____meses
Tempo de experiência profissional na função que exerce na prefeitura de Belo Horizonte	_____ano(s)_____meses
Quantos profissionais de nível médio/técnico passam pelo setor farmácia em esquema de rodízio em sua(s) unidade(s)? (Item somente para farmacêuticos)	UNIDADE 1 _____ UNIDADE 2 _____

**APÊNDICE C – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA COM OS
FARMACÊUTICOS: VISÃO DOS FARMACÊUTICOS SOBRE A GESTÃO DAS
FARMÁCIAS E CULTURA DE SEGURANÇA NO SETOR**

Visão dos farmacêuticos sobre a gestão das farmácias e cultura de segurança no setor
1. Quais são as maiores dificuldades percebidas por você na gestão das farmácias nas quais você atua? Há facilidades? Se sim, quais?
2. Como você trabalha e lida com essas dificuldades em seu cotidiano?
3. Em sua opinião, qual o impacto do perfil dos profissionais que atuam na farmácia na qualidade do serviço de saúde ofertado à população? E na segurança do paciente? Explique.
4. Em sua opinião, qual o impacto do perfil dos profissionais que atuam na farmácia no processo de coordenação e gestão do setor? Explique.
5. Para você, o que significa cultura de segurança do paciente?
6. Quais mudanças ou sugestões você indicaria para facilitar a gestão de pessoas e a relação de trabalho nas farmácias?
7. Quais as mudanças ou sugestões você indicaria para aprimorar a cultura de segurança do paciente no setor?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada: “CULTURA ORGANIZACIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE”, em desenvolvimento no Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O conhecimento sobre a segurança do paciente é importante para melhoria da qualidade dos serviços de saúde, sobretudo em setor como a farmácia, que oferta serviço relacionado aos medicamentos, com aspecto dual de benefícios e riscos. O estudo objetiva analisar as atitudes de segurança no ambiente de trabalho que evidenciam o clima de segurança do paciente, a partir da visão dos profissionais que atuam nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde de uma regional de Belo Horizonte. Essa pesquisa será realizada pela pesquisadora mestranda Tatiana Nunes Carvalho, orientada pela Profa. Dra. Adriane Vieira e coorientada pela Profa. Karla Rona da Silva.

Se concordar em participar deste estudo, o sr. (a) responderá um Questionário de Caracterização Pessoal e Profissional e um Questionário de Atitudes de Segurança (QAS), em sua versão curta, adaptada e validada para a língua portuguesa (CARVALHO, 2011), com adequação para a realidade das farmácias das Unidades Básicas de Saúde. Este questionário é composto por seis domínios, que são: (1) Clima de Trabalho em Equipe; (2) Satisfação no Trabalho; (3) Percepção da Gerência; (4) Clima de segurança, (5) Condições de Trabalho e (6) Percepção do Estresse. O/A Sr.(a.) gastará, em média, 10 a 15 minutos para responder aos questionários.

Todos os dados coletados na pesquisa são confidenciais e serão utilizados somente para fins acadêmicos e científicos. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na Escola de Enfermagem da UFMG e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resoluções 466/12; 441/11 e Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares).

Para participar desta pesquisa o(a) Sr. (a) não terá nenhum custo, não receberá qualquer vantagem financeira e receberá esclarecimentos sobre o estudo em qualquer aspecto, a qualquer tempo que desejar, estando livre para participar ou recusar-se em qualquer momento, valendo a desistência a partir da data de sua formalização. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer prejuízo ou penalização ao/à Sr.(a.) ou à instituição e, em caso de algum dano, o(a) Sr. (a) será indenizado. Esta pesquisa seguirá todos os protocolos de segurança institucionais no que tange à prevenção da infecção ao vírus SARS-CoV-2 e a pesquisadora está bem familiarizada com esses, pois desenvolve suas atividades laborais no serviço de saúde cenário deste estudo.

O benefício desta pesquisa é a disponibilização de informações sobre a visão dos trabalhadores sobre o clima de segurança das farmácias de unidades de saúde, além de fomentar a discussão sobre este tema e a melhoria do processo de trabalho, qualidade e segurança do serviço.

Os riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa se referem ao tempo despendido para resposta aos questionários, à possibilidade de lidar com questões que considerem embaraçosas ou particulares, além de risco mínimo de exposição ao vírus SARS-CoV2. Porém, diante da garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas e do respeito a todas as medidas que envolvem a biossegurança, prevenção e controle de transmissão da doença do SARS-CoV2 durante a coleta de dados esses riscos serão minimizados neste estudo.

Rubrica do(a) participante	Rubrica da pesquisadora responsável	Rubrica da pesquisadora mestranda
----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Se concordar em participar, peço que assine este documento em duas vias, sendo que uma ficará com o(a) Sr. (a) e a outra será arquivada juntamente com os demais dados da pesquisa.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “CULTURA ORGANIZACIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE”. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Assim, declaro que concordo em participar como voluntário (a) desta pesquisa, com a garantia de que meu nome não será divulgado e que os resultados serão apresentados nos serviços e publicados por meio de artigos em periódicos científicos.

Local: _____, Data: ____/____/____

Nome completo do participante:

Assinatura do participante

Contato: _____.

Em caso de dúvidas relacionadas a esta pesquisa, você poderá consultar:

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Adriane Vieira

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Escola de Enfermagem / UFMG, Santa Efigênia, CEP: 30.130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409-9878. E-mail: vadri.bh@gmail.com

Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável

Pesquisadora: Tatiana Nunes Carvalho

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Laboratório de Enfermagem, Escola de Enfermagem / UFMG, Santa Efigênia, CEP: 30.130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 987315070 . E-mail: tatnc@hotmail.com

Assinatura do (a) pesquisador (a): mestrando (a)

Pesquisadora: Karla Rona da Silva

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Laboratório de Enfermagem, Escola de Enfermagem / UFMG, Santa Efigênia, CEP: 30.130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31)34098024. E-mail: karlarona0801@gmail.com

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar

COEP – UFMG – Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, CEP: 31.270-901, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

CEP/SMSA – Comitê de Ética em Pesquisa Da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Rua Frederico Bracher Junior, 103 – 3º andar/sala 2, Padre Eustáquio, CEP: 30720-000. Horário de funcionamento: 9h às 15h. Telefone: (31)3277-5309. E-mail: coep@pbh.gov.br. Site: <http://prefeitura.pbh>.

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA COM FARMACÊUTICOS

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada: “CULTURA ORGANIZACIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE”, em desenvolvimento no Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O conhecimento sobre a segurança do paciente é importante para melhoria da qualidade dos serviços de saúde, sobretudo em setor como a farmácia, que oferta serviço relacionado aos medicamentos, com aspecto dual de benefícios e riscos. O estudo objetiva analisar as atitudes de segurança no ambiente de trabalho que evidenciam o clima de segurança do paciente, a partir da visão dos profissionais que atuam nas farmácias dos Unidades Básicas de Saúde de uma regional de Belo Horizonte. Essa pesquisa será realizada pela pesquisadora mestranda Tatiana Nunes Carvalho, orientada pela Profa. Dra. Adriane Vieira e coorientada pela Profa. Karla Rona da Silva.

Se concordar em participar deste estudo, será realizada uma entrevista, gravada por meio de um gravador digital, em local tranquilo e reservado, que garanta privacidade, sobre a gestão das farmácias e dificuldades para sustentação de uma cultura de segurança nas farmácias das UBS. A gravação da entrevista ficará em segredo e seu nome não será divulgado, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). A entrevista terá duração de, em média, 30 minutos.

Todos os dados coletados na pesquisa são confidenciais e serão utilizados somente para fins acadêmicos e científicos. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na Escola de Enfermagem da UFMG e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resoluções 466/12; 441/11 e Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares).

Para participar desta pesquisa o(a) Sr. (a) não terá nenhum custo, não receberá qualquer vantagem financeira e receberá esclarecimentos sobre o estudo em qualquer aspecto, a qualquer tempo que desejar, estando livre para participar ou recusar-se em qualquer momento, valendo a desistência a partir da data de sua formalização. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer prejuízo ou penalização ao/à Sr.(a.) ou à instituição, e, em caso de algum dano, o(a) Sr. (a) será indenizado. Esta pesquisa seguirá todos os protocolos de segurança institucionais no que tange à prevenção da infecção ao vírus SARS-CoV-2 e a pesquisadora está bem familiarizada com esses, pois desenvolve suas atividades laborais no serviço de saúde cenário deste estudo.

O benefício desta pesquisa é a disponibilização de informações sobre a visão dos trabalhadores sobre o clima de segurança das farmácias de unidades de saúde e fomentar a discussão sobre este tema e a melhoria do processo de trabalho, qualidade e segurança do serviço.

Os riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa se referem ao tempo despendido com a entrevista e à possibilidade de lidar com questões que considerem embaraçosas ou particulares, além de risco mínimo de exposição ao vírus SARS-CoV2. Porém, diante da garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas e do respeito a todas as medidas que envolvem a biossegurança, prevenção e controle de transmissão da doença do SARS-CoV2 durante a coleta de dados esses riscos serão minimizados neste estudo.

Rubrica do(a) participante	Rubrica da pesquisadora responsável	Rubrica da pesquisadora mestranda
----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Se concordar em participar, peço que assine este documento em duas vias, sendo que uma ficará com o(a) Sr. (a) e a outra será arquivada juntamente com os demais dados da pesquisa.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “CULTURA ORGANIZACIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE”. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Assim, declaro que concordo em participar como voluntário (a) desta pesquisa, com a garantia de que meu nome não será divulgado e que os resultados serão apresentados nos serviços e publicados por meio de artigos em periódicos científicos.

Local: _____, Data: ____/____/____

Nome completo do participante:

Assinatura do participante

Contato: _____.

Em caso de dúvidas relacionadas a esta pesquisa, você poderá consultar:

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Adriane Vieira

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Escola de Enfermagem / UFMG, Santa Efigênia, CEP: 30.130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409-9878. E-mail: vadri.bh@gmail.com

Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável

Pesquisadora: Tatiana Nunes Carvalho

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Laboratório de Enfermagem, Escola de Enfermagem / UFMG, Santa Efigênia, CEP: 30.130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 987315070 . E-mail: tatnc@hotmail.com

Assinatura do (a) pesquisador (a): mestrando (a)

Pesquisadora: Karla Rona da Silva

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Laboratório de Enfermagem, Escola de Enfermagem / UFMG, Santa Efigênia, CEP: 30.130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31)34098024. E-mail: karlarona0801@gmail.com

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar

COEP – UFMG – Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, CEP: 31.270-901, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

CEP/SMSA – Comitê de Ética em Pesquisa Da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Rua Frederico Bracher Junior, 103 – 3º andar/sala 2, Padre Eustáquio, CEP: 30720-000. Horário de funcionamento: 9h às 15h. Telefone: (31)3277-5309. E-mail: coep@pbh.gov.br. Site: <http://prefeitura.pbh>.

APÊNDICE F – PRODUTO TÉCNICO: RELATÓRIO TÉCNICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Tatiana Nunes Carvalho

**PRODUTO TÉCNICO/TECNOLÓGICO RESULTANTE DO TRABALHO CULTURA
ORGANIZACIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM FARMÁCIAS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte
2022

Tatiana Nunes Carvalho

PRODUTO TÉCNICO/TECNOLÓGICO RESULTANTE DO TRABALHO CULTURA ORGANIZACIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE

Produto técnico/tecnológico resultante do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Tecnologias Gerenciais em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adriane Vieira

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Karla Rona da Silva

Belo Horizonte
2022

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública, no Brasil, tem como um dos princípios norteadores a integralidade, que se efetiva, necessariamente, com a consolidação da Assistência Farmacêutica (AF) (SOUZA *et al.*, 2017). Na Atenção Primária à Saúde, porta de entrada do sistema de saúde e coordenadora do cuidado, o acesso aos medicamentos essenciais nos pontos de atenção, próximos ao usuário, consiste em um dos seus objetivos (BRASIL, 2012), no entanto, o impacto positivo dos medicamentos, na saúde, depende de estruturação, qualificação do serviço e racionalidade da dispensação (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2011).

Em Belo Horizonte, todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) apresentam farmácias e não há cargo específico para o desenvolvimento do serviço neste setor. Em sua maioria o trabalho é desempenhado por profissionais de nível médio/técnico, da equipe de enfermagem, em sistema de rodízio segundo escala dos enfermeiros, coordenados pelo farmacêutico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Nos últimos anos, tem aumentado a preocupação mundial com a segurança do paciente, que é elemento essencial para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde (REIS; SILVA, 2016; SOUZA, 2015). Os serviços relacionados aos medicamentos implicam riscos para a saúde dos usuários, pois podem ser altamente danosos e letais se dispensados ou utilizados de modo irracional ou inadequado. Desse modo, torna-se relevante e oportuno conhecer e refletir sobre a segurança do paciente relacionada ao gerenciamento de segurança e à cultura organizacional neste contexto (TOBIAS *et al.*, 2014).

Para que iniciativas que priorizem a segurança do paciente sejam realizadas, um dos instrumentos para mensurar a cultura de segurança entre os profissionais, com o objetivo de identificar os pontos que requeiram maior investimento, é a avaliação do clima de segurança (CARVALHO, 2011; SOUZA, 2015). O clima de segurança é considerado a medida temporal do estado da cultura de segurança da instituição e pode ser medido pela percepção dos profissionais sobre atitudes e iniciativas de segurança em seu ambiente de trabalho, em determinado tempo (SINGER *et al.*, 2009; WIEGMANN; VON THADEN; GIBBONS, 2007; YULE, 2003).

Este relatório Técnico é parte integrante da dissertação de mestrado do curso

de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, na linha de pesquisa Tecnologias Gerenciais em Saúde. O objetivo desse estudo foi analisar as atitudes de segurança no ambiente de trabalho que evidenciam o clima de segurança do paciente, a partir da visão dos profissionais que atuam nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde de uma regional de Belo Horizonte.

2 OBJETIVOS

Apresentar os resultados da dissertação “CULTURA ORGANIZACIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE”:

- Descrever o perfil sociodemográfico e profissional, formação e experiência, dos profissionais que atuam nas farmácias;
- Descrever os escores de Atitudes de Segurança do paciente, na visão dos profissionais que atuam nas farmácias;
- Correlacionar variáveis sociodemográficas e profissionais com domínios do Questionário de Atitudes de Segurança;
- Identificar e descrever as dificuldades enfrentadas pelos farmacêuticos, gestores das farmácias, para sustentação de uma cultura de segurança no setor;
- Sugerir ações para fortalecer a cultura de segurança nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

3 METODOLOGIA

Tratou-se de estudo de caso descritivo, com uso de técnicas quantitativas e qualitativas, cujo corte da pesquisa foi transversal, sendo a mensuração realizada para captar e caracterizar o clima de segurança das farmácias em momento específico da pesquisa (FLICK, 2013).

A população alvo do estudo foi constituída por 10 farmacêuticos e 122 profissionais de nível médio/técnico que trabalham nas farmácias de 19 Unidades

Básicas de Saúde da regional nordeste de Belo Horizonte, discriminados no Quadro 1. Participaram efetivamente da pesquisa 10 farmacêuticos e 94 profissionais de nível médio/técnico.

Quadro 1 – Quantitativo de profissionais de nível médio/técnico atuantes nas farmácias

Unidade Básica de Saúde	Número de profissionais de nível médio/técnico que atuam nas farmácias (identificados pelos farmacêuticos de cada unidade)
Centro de saúde Alcides Lins	5
Centro de saúde Cachoeirinha	5
Centro de Saúde Capitão Eduardo	7
Centro de Saúde Conjunto Paulo VI	8
Centro de Saúde Dom Joaquim	4
Centro de Saúde Efigênia Murta	6
Centro de Saúde Gentil Gomes	5
Centro de Saúde Goiânia	7
Centro de Saúde Marcelo Pontel	8
Centro de Saúde Maria Goretti	9
Centro de Saúde Marivanda Baleeiro	12
Centro de Saúde Nazaré	7
Centro de Saúde Olavo Albino	8
Centro de Saúde Padre Fernando	3
Centro de Saúde Ribeiro de Abreu	4
Centro de Saúde São Gabriel	9
Centro de Saúde São Marcos	4
Centro de Saúde São Paulo	3
Centro de Saúde Vila Maria/João Vital	4
e anexo Vila Maria/João Vital	4

Fonte: Elaborado pela autora.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada por meio de questionários e entrevistas. Com o objetivo de traçar o perfil dos farmacêuticos e demais profissionais que atuam nas farmácias foi aplicado um Questionário de Caracterização Pessoal e Profissional. Para avaliação do clima de segurança, foi selecionado o *Safety Atitudes Questionnaire - short form - SAQ* - em sua versão adaptada e validada para a língua portuguesa: Questionário de Atitudes de Segurança- versão curta - QAS (CARVALHO, 2011), com adequação para a realidade e setor específico em estudo. Com os 10 farmacêuticos, foi realizada uma

entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro com perguntas, que abordou a visão que possuem da gestão das farmácias das UBS e as dificuldades e facilidades para sustentação de uma cultura de segurança no setor.

Os dados coletados por meio dos Questionários de Caracterização Pessoal e Profissional e QAS foram submetidos à análise estatística do tipo descritiva, além de análise estatística para correlações entre as variáveis, sendo o nível de significância considerado de 5%. Foi realizado o cálculo da média geral do questionário e a média de pontuação por domínio, com avaliação da confiabilidade pelo Coeficiente *Alfa de Cronbach*. Foram correlacionados dados sociodemográficos com os escores do QAS. Os dados obtidos através das entrevistas com os farmacêuticos foram submetidos à análise de conteúdo do tipo categorial temática.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sendo aprovado por meio dos pareceres 4.922.444 e 5.047.582, respectivamente. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4 RESULTADOS

4.1 Perfil Sociodemográfico e Profissional dos Trabalhadores das Farmácias

De um total de 122 questionários distribuídos aos profissionais de nível médio/técnico, foram obtidos 94 questionários válidos, com uma taxa total de respostas válidas de 77,05%. No grupo de farmacêuticos, todos os 10 responderam os questionários, com uma taxa de 100% de resposta. Totalizaram nesta pesquisa 104 participantes, dos quais 10 foram farmacêuticos e 94 profissionais de nível médio/técnico. A Tabela 1 apresenta os dados qualitativos principais de caracterização dos participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Análise descritiva das variáveis qualitativas para caracterização dos participantes da pesquisa (n = 104)

Variáveis	Total	Farmacêuticos (n = 10)	Outros profissionais (n = 94)	valor p*
<i>Sexo (n = 104)</i>				
Feminino	94,2%	80,0%	95,7%	0,102
Masculino	5,8%	20,0%	4,3%	
<i>Situação conjugal (n = 102)</i>				
Solteiro	44,1%	70,0%	41,3%	0,102
Casado	55,9%	30,0%	58,7%	
<i>Filhos (n = 104)</i>				
Sim	64,4%	20,0%	69,1%	0,004
Não	35,6%	80,0%	30,9%	
<i>Renda Mensal Individual (n = 101)</i>				
Até R\$ 2200,00**	53,5%	0,0%	59,3%	0,000
De R\$ 2201,00 até R\$ 4400,00	36,6%	60,0%	34,1%	
De R\$ 4401,00 até R\$ 6600,00	5,9%	10,0%	5,5%	
Mais de R\$ 6600,00**	4,0%	30,0%	1,1%	
<i>Tipo de Vínculo (n = 104)</i>				
Estatutário	34,6%	40,0%	34,0%	0,890
Contrato	64,4%	60,0%	64,9%	
CLT	1,0%	0,0%	1,1%	
<i>Carga horária semanal (n = 104)</i>				
20 horas	2,9%	10,0%	2,1%	0,002
30 horas**	51,0%	0,0%	56,4%	
40 horas**	46,2%	90,0%	41,5%	
<i>Trabalha em outro local (n = 103)</i>				
Sim	20,4%	20,0%	20,4%	0,974
Não	79,6%	80,0%	79,6%	
<i>Carga horária total para profissionais que trabalham em outro local (n = 15)</i>				
40 horas	20,0%	50,0%	15,4%	0,511
50 horas	33,3%	50,0%	30,8%	
60 horas	26,7%	0,0%	30,8%	
70 horas	20,0%	0,0%	23,1%	
<i>Escolaridade (n = 104)</i>				
Ensino Médio Completo*	76,0%	0,0%	84,0%	0,000
Ensino Superior Completo*	11,5%	30,0%	9,6%	
Pós graduação completa*	9,6%	40,0%	6,4%	
Mestrado completo*	2,9%	30,0%	0,0%	

*Teste Qui Quadrado

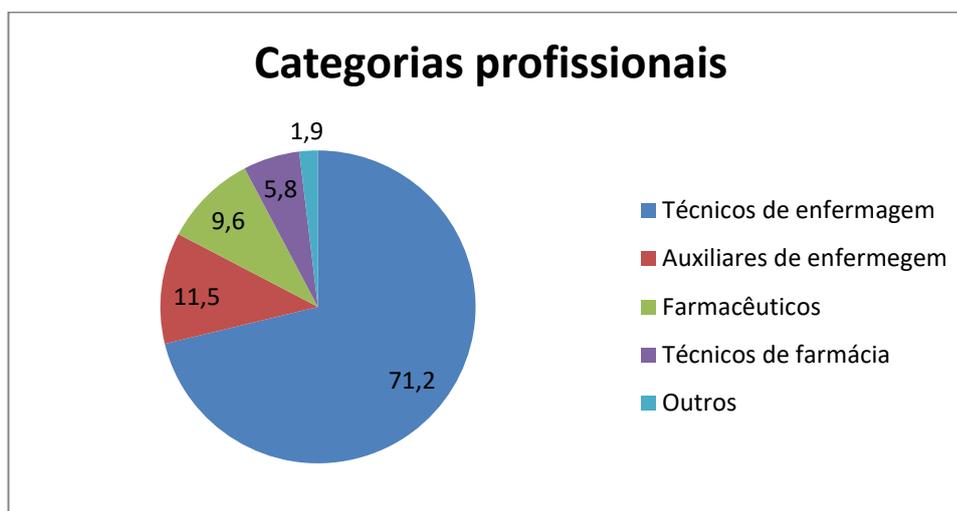
**Categoria com proporção diferente entre os dois grupos

Fonte: Elaborada pela autora.

Dos 104 participantes, apenas 6 eram do sexo masculino e corresponderam a 5,8% do total, sendo 94,2% do sexo feminino. No grupo dos farmacêuticos, 80% dos profissionais eram do sexo feminino e apenas 2 profissionais do sexo masculino. No grupo dos profissionais de nível médio/técnico 95,7% eram profissionais do sexo feminino e 4,3% profissionais do sexo masculino.

Entre as categorias profissionais que responderam aos questionários 71,2% eram técnicos de enfermagem, 11,5% auxiliares de enfermagem, 9,6% farmacêuticos, 5,8% técnicos de farmácia e 1,9% outros, que incluíram um Agente Comunitário de Saúde e um Agente Sanitário, profissionais em readaptação funcional, conforme Figura 1.

Figura 1 – Categorias profissionais que participaram da pesquisa



Fonte: Elaborada pela autora.

Entre os farmacêuticos, a idade variou entre 26 e 47 anos, sendo a idade média de 38 anos (DP: 7,5). Entre os demais profissionais, de nível médio/técnico, a idade variou de 22 a 68 anos, sendo a média de 41 anos (DP:12).

Em relação à situação conjugal, 55,9% do total dos participantes eram casados ou em união estável, 32,4% solteiros, 9,8% separados ou divorciados e 2% viúvos, sendo a maioria (64,4%) dos participantes com filhos. No entanto, 70% dos farmacêuticos eram solteiros e, ao comparar os profissionais farmacêuticos e os profissionais de nível médio/técnico em relação a ter ou não filhos, os grupos

apresentaram diferença estatisticamente significativa, pois no grupo dos farmacêuticos 80% dos profissionais não apresentavam filhos ($p=0,004$).

No que se refere aos vínculos de trabalho, 64,4% dos participantes apresentaram como vínculo de trabalho o contrato administrativo temporário, 34,6% eram estatutários, ocupando cargo efetivo regido pelo Estatuto dos Servidores Públicos da Prefeitura de Belo Horizonte, e 1% dos profissionais apresentou vínculo regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que corresponderam aos dois profissionais com os cargos de Agente Comunitário de Saúde e Agente Sanitário. O tipo de vínculo predominante entre os 104 participantes foi, desse modo, o contrato administrativo temporário. No grupo dos farmacêuticos, os profissionais com contrato temporário corresponderam a 60% e no grupo dos profissionais de nível médio/técnico a 64,9%.

Os profissionais com contratos temporários não possuem paridade salarial com os efetivos, o salário é menor, tanto para os farmacêuticos (Tabela 2) quanto para os profissionais de nível médio/técnico (Tabela 3), e não possuem direito ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), nem auxílio alimentação e transporte. Entre os farmacêuticos, 100% dos contratados recebem um salário entre R\$ 2201,00 e R\$ 4400,00 e 100% dos estatutários recebem acima desse valor ($p = 0,007$), como demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Renda por vínculo para o grupo dos farmacêuticos

Renda	Estatutário (n = 4)	Contrato/CLT (n = 6)	Total
De R\$ 2201,00 até R\$ 4400,00	0,0%	100,0%	60,0%
De R\$ 4401,00 até R\$ 6600,00	25,0%	0%	10,0%
Mais de R\$ 6600,00	75,0%	0%	30,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

*Qui Quadrado = 10 ; p valor = 0,007

Fonte: Elaborada pela autora.

Entre os profissionais de nível médio/técnico, os estatutários têm um salário maior ($p = 0,000$), sendo que 83,6% dos contratados recebem até R\$ 2200,00, enquanto 90% dos estatutários recebem acima desse valor.

Tabela 3 – Renda por vínculo para o grupo de profissionais de nível técnico/médio

Renda	Estatutário (n = 30)	Contrato/CLT (n = 61)	Total
Até R\$ 2200,00	10,0%	83,6%	59,3%
De R\$ 2201,00 até R\$ 4400,00	70,0%	16,4%	34,1%
De R\$ 4401,00 até R\$ 6600,00	16,7%	0%	5,5%
Mais de R\$ 6600,00	3,3%	0%	1,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

*Qui Quadrado = 47,5 ; p valor = 0,000.

Fonte: Elaborada pela autora.

A renda mensal individual dos farmacêuticos variou de 2 a 8 salários mínimos (1 profissional), sendo que 60% dos participantes apresentaram renda entre 2 e 4 salários mínimos. A renda mensal individual dos profissionais de nível médio/técnico que trabalham nas farmácias variou de menos de um salário mínimo (5,3%) até 8 salários mínimos (1,1%), sendo que 59,3% apresentaram renda de até 2 salários mínimos, 34,1% entre 2 e 4 salários mínimos e apenas 6,6% apresentaram renda superior a 4 salários mínimos.

Comparando os profissionais estatutários com contratos/CLT em relação ao tempo de experiência, verifica-se que os estatutários têm mais tempo de experiência na função que exercem (Tabela 4) e os contratos/celetistas, que são maioria, têm menos tempo de experiência. Esse é um importante indicador de segurança do paciente, pois representa a rotatividade de profissionais na instituição, a qual compromete o cuidado quando é alta. A maioria dos participantes da pesquisa não trabalhava em outro local (79,6%).

Tabela 4 – Tempo de experiência por vínculo

Vínculo	N	Média (meses)	DP	p*
Estatutário	36	215,67	109,073	0,000
Contrato/CLT	68	54,32	48,010	

*teste t de amostras independentes

Fonte: Elaborada pela autora.

A maioria dos farmacêuticos (70%) possui alguma pós-graduação, sendo que 20% possui especialização, 20% residência multiprofissional e 30% mestrado. O tempo de atuação no cargo de farmacêutico na prefeitura de Belo Horizonte variou

de 1 ano e 5 meses a 10 anos, sendo o tempo médio de 6 anos e a maioria não trabalha em outro local (80%). A carga horária total de trabalho dos farmacêuticos, considerando todos os vínculos, foi de 40 horas semanais para 90% do grupo, somente um profissional (10%) apresenta carga horária semanal de 50 horas. A carga horária total semanal foi estatisticamente superior para o grupo dos farmacêuticos se comparado aos profissionais de nível médio/técnico que atuam nas farmácias ($p=0,002$, Tabela1).

Em relação aos Técnicos de Serviços de Saúde que atuam nas farmácias, a escolaridade predominante foi nível médio/técnico (84%), sendo que apenas 9,6% apresentam ensino superior completo e 6,4% especialização completa. O tempo médio de experiência na função que exercem na prefeitura foi de 9 anos, sendo que o tempo de atuação na unidade atual em que trabalham variou de 2 meses a 28 anos e 11 meses, sendo a média de 6,5 anos. A maioria dos profissionais não tinha outro vínculo empregatício (79,6%) e a carga horária semanal de trabalho para este grupo variou de 20 a 70 horas.

4.2 Análise do clima de segurança das farmácias

O QAS é o instrumento de mensuração do clima de segurança mais traduzido e adaptado, disponível em mais de sete idiomas e apresenta boas propriedades psicométricas (*Alpha de Cronbach* de 0,7 a 0,8) (CARVALHO, 2011). Na versão curta, traduzida e validada para o Brasil, contém 41 itens sobre a percepção de segurança do paciente que são agrupados em seis domínios: (1) Clima de Trabalho em Equipe; (2) Satisfação no Trabalho; (3) Percepção da Gerência; (4) Clima de segurança, (5) Condições de Trabalho e (6) Percepção do Estresse (CARVALHO, 2011; PAESE; SASSO, 2013).

Neste estudo, o Coeficiente *Alfa de Cronbach* apresentou resultado 0,872 na avaliação geral do QAS que, por ser superior a 0,7 evidencia confiabilidade do instrumento. Os domínios Satisfação no Trabalho, (0,751), Clima de segurança (0,741) e Percepção do Estresse (0,785) apresentaram consistência interna significativa, com *Alpha de Cronbach* maior que 0,7 e, portanto, garantem a fidedignidade do construto. No entanto, os domínios Percepção Geral da Gerência

(0,678), Condições de Trabalho (0,628) e Clima de Trabalho em Equipe (0,550) apresentaram valores de *alpha* menores que 0,7, indicando baixa correlação entre os itens (Tabela 5).

Tabela 5 – Alpha de Cronbach do QAS e seus domínios

Domínios	n	Alpha de Cronbach
Clima de trabalho em equipe	6	0,550
Satisfação no trabalho	5	0,751
Percepção geral da Gerência	11	0,678
Clima de Segurança	7	0,741
Condições de Trabalho	3	0,628
Percepção do estresse	4	0,785
Escala Geral	41	0,872

Fonte: Elaborada pela autora.

A Tabela 6 apresenta o escore geral e das dimensões do instrumento para todo o grupo pesquisado, através da medida de tendência central: média e de variabilidade: desvio padrão.

Tabela 6 – Dimensões do instrumento QAS

Itens	n	Média (DP)
Clima de trabalho em equipe	104	77,2 (15,0)
Satisfação no trabalho	104	81,7 (15,6)
Percepção geral da Gerência	104	71,7 (16,7)
Percepção da coordenação do farmacêutico	94	76,8 (16,2)
Percepção do trabalho do gerente do centro de saúde	104	71,3 (15,4)
Clima de Segurança	104	74,7 (18,7)
Condições de Trabalho	104	70,1 (22,7)
Percepção do estresse	104	73,4 (23,9)
Escore Geral	104	74,7 (11,8)

Fonte: Elaborada pela autora.

O escore total do Questionário de Atitudes de Segurança para todo o grupo pesquisado: farmacêuticos e demais profissionais que atuam nas farmácias apresentou média de 74,7 (DP 11,8), o que significa uma percepção baixa quanto ao clima de segurança das farmácias, visto que, na literatura, apenas escores médios acima de 75 pontos são considerados como visão positiva.

Dentre os seis domínios de segurança avaliados através do QAS, o domínio Satisfação no Trabalho obteve maior pontuação média (81,7, DP:15,6), o que indica uma visão positiva relacionada ao prazer com o trabalho, seguido por Clima de Trabalho em Equipe (77,2, DP:15). Somente essas duas dimensões apresentaram média superior a 75, sendo consideradas positivas.

Esses resultados evidenciam que apesar dos desafios e dificuldades encontrados na implementação da cultura de segurança do paciente, há um grau de prazer e contentamento no serviço desenvolvido na APS (MACEDO *et al.*, 2020), o que pode ser canalizado positivamente no envolvimento, aceitação e implementação de propostas de melhorias. Os profissionais consideram que há um bom senso de trabalho em equipe nas unidades e que a qualidade do relacionamento e colaboração entre os membros da equipe é boa.

Em contrapartida, o domínio que se refere a Condições de Trabalho obteve o pior escore médio (70,1, DP:22,7), seguido por Percepção Geral da Gerência (71,7, DP:16,7), Percepção do Estresse (73,4, DP: 23,9%) e Clima de Segurança (74,7, DP: 18,7). Todas essas quatro dimensões apresentaram pontuações médias inferiores a 75. Nenhuma dimensão apresentou pontuação abaixo de 50, que corresponderia a áreas claramente frágeis e com visão claramente negativa.

Isso significa que os participantes consideram ruim a qualidade do ambiente de trabalho e suporte logístico e não aprovam (ou aprovam parcialmente) as ações de seus líderes em relação às questões de segurança do paciente. A avaliação negativa da gerência alerta para a necessidade de aproximação dos gestores com os demais trabalhadores, visando à construção em conjunto de melhorias no atendimento à saúde, de forma horizontal e com abertura suficiente ao relacionamento interprofissional (MACEDO *et al.*, 2020). Nas entrevistas realizadas com farmacêuticos, foi também descrito o distanciamento de gerentes de UBS em relação à farmácia, com necessidade de mudança no entendimento da importância do trabalho exercido no setor e impacto do serviço prestado na saúde e segurança dos pacientes.

A percepção da gerência também foi avaliada através de duas subdimensões: avaliação da Percepção da Coordenação da Farmácia pelo farmacêutico e da Percepção do Trabalho do Gerente da UBS (Tabela 2). A percepção da

coordenação do farmacêutico foi considerada positiva pelos profissionais de nível médio/técnico que atuam no setor, com média de 76,8% (DP:16,2), por sua vez a percepção do trabalho do gerente do centro de saúde por todos os participantes da pesquisa apresentou média de 71,3% (DP 15,4).

Os resultados foram calculados também de modo separado para os dois grupos: farmacêuticos e demais profissionais que atuam nas farmácias e podem ser visualizados na Tabela 7.

Tabela 7 – Comparações das dimensões do QAS para os dois grupos: farmacêuticos e demais profissionais que atuam nas farmácias

Itens	Farmacêuticos	Outros profissionais	Valor p
Clima de trabalho em equipe	70,1 (17,7)	77,9 (14,6)	0,122
Satisfação no trabalho	72,2 (16,2)	82,8 (15,3)	0,040
Percepção geral da Gerência	67,8 (19,2)	72,1 (16,5)	0,439
Percepção do trabalho do gerente do centro de saúde	62,9 (18,2)	72,2 (14,9)	0,069
Clima de Segurança	63,5 (22,7)	75,9 (18)	0,044
Condições de Trabalho	63,8 (21,3)	70,7 (22,8)	0,357
Percepção do estresse	82,5 (13)	72,4 (24,6)	0,207
Escore total	68,7 (16,2)	75,3 (11,2)	0,236

Teste t – Média

Fonte: Elaborada pela autora.

A média geral do questionário para o grupo de farmacêuticos foi de 68,7 (DP 16,2) e para os demais profissionais que trabalham nas farmácias foi de 75,3 (DP 11,2). Desse modo, os farmacêuticos apresentaram uma percepção mais negativa sobre o clima de segurança das farmácias em relação aos profissionais de nível médio/técnico que atuam no setor, para os quais o clima de segurança foi avaliado como positivo (Valor >75%). Essa divergência pode ser atribuída a maior clareza do profissional farmacêutico sobre riscos relacionados à farmacoterapia e à atividade exercida nas farmácias e a todas as dificuldades enfrentadas na coordenação do setor, descritas nas entrevistas, com evidências de necessidade de mudanças e melhorias na organização e no processo de trabalho das farmácias.

Em relação aos seis domínios do questionário, a diferença de percepção entre farmacêuticos e demais profissionais que trabalham nas farmácias foi considerada estatisticamente significativa para os domínios Satisfação no Trabalho e Clima de Segurança. Esses dois domínios apresentaram avaliação negativa pelo

grupo de farmacêuticos e foram considerados positivos pelos profissionais de nível médio/técnico (média superior a 75), conforme Tabela 7. Os farmacêuticos, portanto, apresentam maior insatisfação relacionada ao trabalho e consideram que o clima de segurança nas farmácias precisa ser desenvolvido e aperfeiçoado, o que pode estar relacionado à sobrecarga de trabalho da categoria e constante exposição a fatores estressores. Essa divergência de percepção também pode sugerir que os trabalhadores de nível médio/técnico têm mais dificuldade de compreender a segurança do paciente, identificar problemas relacionados ao tema e riscos referentes ao serviço de saúde desenvolvido nas farmácias, o que pode estar relacionado à formação e perfil desses trabalhadores.

Os farmacêuticos apresentaram pontuação inferior em todos os domínios do QAS, exceto no domínio Percepção do Estresse, para o qual apresentaram escore superior, o que pressupõe que consideram que a segurança do paciente precisa ser desenvolvida nas diversas dimensões nas farmácias, além de terem a percepção mais clara sobre fatores estressantes no trabalho que impactam na segurança. Pontuações elevadas no domínio Percepção do Estresse indicam alta percepção do impacto dos efeitos do estresse na capacidade de um trabalhador de ter um desempenho ideal na prestação de cuidados seguros (EL SHAFEI; ZAYED, 2019).

Foi realizada comparação da média dos domínios do QAS entre profissionais estatutários e profissionais com vínculo por contrato administrativo temporário ou celetistas (Tabela 8). Os funcionários com vínculo por contrato/CLT apresentaram maior pontuação geral no QAS, com significância estatística, e também nos seguintes domínios do QAS: Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho, Percepção Geral da Gerência, Percepção do Trabalho do Gerente do Centro de Saúde, Condições de Trabalho. Os funcionários estatutários apresentaram maior pontuação no domínio Percepção do Estresse.

Tabela 8 – Comparações das dimensões do QAS para estatutário e contratado/celetista

Item	Estatutário	Contrato/CLT	valor p*
Clima de trabalho em equipe	72,6 (17,1)	79,5 (13,3)	0,039
Satisfação no trabalho	75,7 (16,7)	85 (14)	0,003
Percepção geral da Gerência	66,5 (18,1)	74,4 (15,4)	0,020
Percepção da coordenação do farmacêutico	73,8 (15,3)	78,4 (16,6)	0,197
Percepção do trabalho do gerente do centro de saúde	66,2 (16,5)	74 (14,1)	0,012
Clima de Segurança	70,5 (21,2)	77 (17)	0,114
Condições de Trabalho	63,9 (24)	73,3 (21,4)	0,043
Percepção do estresse	81,3 (18,8)	69,2 (25,3)	0,007
Escore Geral	71,2 (13,1)	73,5 (10,7)	0,040

* teste t (média e desvio padrão apresentados)

Fonte: Elaborada pela autora.

Para comparação dos resultados dos domínios do QAS com relação ao salário, os participantes foram agrupados em dois grupos: os que recebem menos de dois salários mínimos e os que recebem 2 ou mais salários mínimos (Tabela 9). Os resultados demonstraram que o valor geral do QAS e os domínios Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho, Percepção do Trabalho do Gerente do Centro de Saúde, Clima de Segurança e Condições de Trabalho têm maiores pontuações entre os que recebem menos de R\$ 2200,00. A Percepção do Estresse, por sua vez, tem pontuação maior entre os que ganham mais de R\$ 2200,00. Os profissionais com salários mais baixos são os de nível médio/técnico com contrato temporário, que, como analisado anteriormente, podem apresentar maior dificuldade para compreender aspectos relacionados à segurança do paciente envolvidos com o serviço de saúde prestado nas farmácias.

Tabela 9 – Comparações dos domínios do QAS por renda

Domínios	Menos de R\$ 2200,00	R\$ 2200,00 ou mais	valor p*
Clima de trabalho em equipe	80,6 (13,1)	73,5 (16,3)	0,017
Satisfação no trabalho	85,4 (14,1)	78,2 (16,5)	0,021
Percepção geral da Gerência	74,8 (15,6)	69 (16,8)	0,074
Percepção da coordenação do farmacêutico	79,2 (16,4)	75,1 (14,3)	0,219
Percepção do trabalho do gerente do centro de saúde	74,9 (14,3)	68,2 (15,2)	0,025
Clima de Segurança	79 (14)	72 (20,4)	0,050
Condições de Trabalho	76,3 (21,7)	64,7 (20,7)	0,007
Percepção do estresse	68,7 (26,3)	79,8 (18,6)	0,015
Escore Geral	77,5 (9,7)	72,2 (12,3)	0,026

*teste t (média e desvio padrão apresentados)

Fonte: Elaborada pela autora.

Foi verificado através da correlação de *Spearman* que Satisfação no trabalho teve correlação negativa com tempo de experiência para todo o grupo pesquisado ($p=0,034$), ou seja, quanto maior o tempo de experiência, menor a satisfação do trabalhador (Tabela 10). A percepção de estresse, por sua vez, apresentou correlação positiva com tempo de experiência ($p=0,005$): quanto maior o tempo de serviço, maior a percepção de estresse pelos profissionais.

Tabela 10 – Correlação entre tempo de experiência na função e domínios do QAS

Domínios	Cálculo estatístico	Tempo de experiência na função
Clima de trabalho em equipe	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	-0,109 0,271 104
Satisfação no trabalho	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	-,208* 0,034 104
Percepção geral da Gerência	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	-0,046 0,643 104
Percepção da coordenação do farmacêutico	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	-0,013 0,904 94
Percepção do trabalho do gerente do centro de saúde	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	-0,085 0,388 104
Clima de Segurança	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	-0,073 0,463 104
Condições de Trabalho	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	-0,121 0,220 104
Percepção do estresse	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	,270** 0,005 104
Score Geral	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	-0,036 0,715 104

Correlação de Spearman

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação ao tempo de experiência profissional, Lousada *et al.* (2020) encontraram menores escores para os domínios Condições de trabalho e Percepção da Gestão para profissionais com maior experiência profissional e analisaram que profissionais com longa experiência tendem a ser mais críticos em relação às características do ambiente de trabalho e ações gerenciais (LOUSADA *et al.*, 2020). Essa crítica em relação ao processo de trabalho também pode justificar os menores escores relacionados à satisfação no trabalho e maior percepção de fatores de

estresse encontrados no presente estudo entre aqueles com maior experiência profissional. Carvalho (2011) pondera que profissionais com menos tempo de experiência tendem a avaliar positivamente a instituição na qual ingressaram recentemente, concedendo-lhe oportunidade de trabalho.

4.3 Entrevistas com farmacêuticos

As atividades desenvolvidas na farmácia influenciam de forma direta a saúde dos usuários, principalmente por ser o último momento em que há contato desses com um profissional de saúde, antes do início do tratamento (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015) sendo, portanto, oportunidade importante para identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica, antes que alcancem efetivamente o paciente (PINHEIRO, 2014). Além disso, a demanda por medicamentos aumenta a cada dia, o que requer investimento em estrutura e recursos humanos para que o serviço seja prestado com qualidade (OLIVEIRA; VIEIRA, 2015).

Os farmacêuticos, nas entrevistas realizadas, apontaram as principais dificuldades enfrentadas na gestão das farmácias e sustentação de uma cultura de segurança no setor, as quais serão relacionadas a seguir:

- Visão simplista do trabalho desenvolvido na farmácia pelos outros profissionais, como simples entrega de medicamentos, atendimento a normas legais ou mera burocracia, com limitação para o entendimento da dispensação de medicamentos como um serviço de saúde;
- Visão fragmentada e isolada da farmácia, como ponto de apoio e não como parte da integralidade do cuidado;
- Sete dos dez entrevistados apontaram como uma das maiores dificuldades a ausência de equipe e funcionários fixos no setor, de modo que os profissionais não criam identidade com o serviço prestado, não se responsabilizam e atuam considerando a transitoriedade do vínculo;
- Alta rotatividade de profissionais nas UBS. Há dificuldade por parte da instituição de fixar profissionais, o que foi atribuído e analisado como hipótese nas entrevistas ao fato de a maioria dos profissionais

apresentarem vínculo por contrato administrativo temporário, com condições salariais precárias e ausência de direitos trabalhistas;

- Insatisfação dos profissionais que atuam na farmácia, pois não gostam de trabalhar no setor ou acreditam que essa função não seja atribuição de seu cargo como técnico ou auxiliar de enfermagem;
- Deficiências na formação, capacidade técnica e perfil desses profissionais que são escalados e atuam no setor;
- Ausência de autonomia por parte do farmacêutico e dependência direta de outros profissionais no processo de trabalho, como enfermeiros na organização das escalas e gerente das UBS;
- Atuação do farmacêutico em mais de uma unidade de saúde, tendo que dividir carga horária e reponsabilidades na gestão de mais de uma farmácia, com sobrecarga de trabalho do farmacêutico e comprometimento da comunicação;
- O farmacêutico não está presente durante todo o horário de funcionamento das farmácias, o que compromete a coordenação, assistência e o serviço prestado nas farmácias;
- Comprometimento das atividades clínico-assistenciais e do papel do farmacêutico no cuidado devido ao foco em exigências relacionadas às atribuições técnico-gerenciais, o que foi visto como uma perda devido à qualificação do profissional que poderia contribuir mais com a assistência ao paciente;
- Ausência de apoio do gerente da UBS ao setor, que dificulta e compromete o desenvolvimento do trabalho na farmácia por não apresentarem a visão correta das funções exercidas e reconhecimento da importância como serviço de saúde;
- Farmacêuticos se sentem sozinhos e sem apoio no exercício de suas atribuições, ainda que trabalhando em uma unidade de saúde multiprofissional;
- Deficiências na infraestrutura, espaço e, por conseguinte, precariedade na organização da farmácia.

5 SUGESTÕES PARA MELHORIAS NO PROCESSO DE GESTÃO E CULTURA DE SEGURANÇA DA FARMÁCIA

As sugestões para melhoria da gestão das farmácias e desenvolvimento de uma cultura de segurança passaram pelas próprias dificuldades levantadas pelos profissionais. Desse modo, foram elencadas proposições relacionadas principalmente a cinco aspectos: aos recursos humanos das farmácias; à interação e apoio gerencial e das equipes; à carga horária e sobrecarga dos farmacêuticos; à infraestrutura física das farmácias e ao processo de capacitação e treinamento.

As sugestões estão descritas a seguir:

- 1) Em relação aos recursos humanos das farmácias, há necessidade de mudanças na política da instituição, com ênfase na imprescindibilidade de manutenção de funcionários e equipe fixa no setor. Foi evidenciada a importância de melhoria no processo de contratação e seleção de profissionais, que deveria ser feito de forma específica para o setor e que o profissional estivesse ciente de que estaria sendo contratado para a farmácia, com participação do farmacêutico nesse processo e na elaboração das escalas de funcionários nas UBS. Foi demonstrada a relevância de serem contratados técnicos de farmácia, com formação mais específica para o setor;
- 2) Relevância de fomento ao maior apoio dos gerentes à farmácia, parceria da equipe de enfermagem e necessidade de melhorar a interação e comunicação de toda a equipe de saúde, aproximando o setor dos demais profissionais de saúde;
- 3) Trabalhar a visão da farmácia junto a todos os profissionais de saúde para que a compreendam como um serviço de saúde que faz parte da integralidade do cuidado;
- 4) Necessidade de ter um farmacêutico por UBS, durante o funcionamento das farmácias, em respeito à lei 13021 de 2014, e necessidade de análise das atribuições da categoria, que está sobrecarregada;
- 5) Melhoria da infraestrutura e do espaço físico das farmácias;

- 6) Realização de capacitações e treinamentos programados, com horário protegido e definido, que se faz necessário para desenvolvimento de habilidades técnicas, conhecimento e melhorias do processo de trabalho na farmácia;
- 7) Realização de capacitação, treinamentos, educação permanente a nível local e distrital, com toda a equipe de saúde, sobre a segurança do paciente, para aperfeiçoar a cultura de segurança;
- 8) Realização de reuniões periódicas com toda a equipe, com horário protegido, para estreitar relações e favorecer o diálogo na rotina de trabalho, através de integração, construção de ambiente de trabalho harmonioso e planejamento das ações;
- 9) Trabalhar os erros ocorridos do processo de cuidado e atenção à saúde visando mudanças nos processos, de forma coletiva, não individual e não punitiva. Os indivíduos devem ser apoiados para identificar e relatar os erros, sem ameaça de punição ou culpa. Esse relato é parte integrante de um ciclo contínuo de melhoria da segurança do paciente e da qualidade do atendimento que inclui a identificação de erros, relatórios, análises e ações corretivas e preventivas;
- 10) Criação de um comitê de segurança do paciente em cada UBS, com o objetivo de promover discussões, troca de conhecimentos e desenvolvimento de ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde, através de processo de construção coletiva entre os diversos atores da unidade;
- 11) Manutenção e atualização contínua de protocolos, Procedimentos Operacionais Padronizados (POP), notas técnicas e fluxos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde para respaldar e direcionar condutas;
- 12) Manutenção do apoio da Farmácia Regional ao trabalho do farmacêutico na APS, através de reuniões e suporte técnico;
- 13) Fomento à inserção ativa dos pacientes e familiares no desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, através da comissão local de saúde,

ações educativas durante os atendimentos e atividades coletivas desenvolvidas nas UBS.

6 CONCLUSÃO

As farmácias situadas em todas as UBS, em Belo Horizonte, consistem em importante ponto de cuidado em saúde, ao representarem o último contato dos pacientes com o serviço, antes de iniciarem os tratamentos medicamentosos prescritos, com oportunidade de intervenção, orientação, esclarecimentos e de serem barrados erros ocorridos em etapas anteriores. A análise da cultura organizacional para segurança do paciente nas farmácias da APS, de uma regional de Belo Horizonte, foi o primeiro estudo dessa natureza, neste nível de atenção e com foco específico nas farmácias de que se tem conhecimento, o que evidencia a importância deste trabalho.

Os profissionais que atuam nas farmácias das UBS da regional nordeste, farmacêuticos e profissionais de nível médio/técnico, demonstraram percepção baixa quanto ao clima de segurança das farmácias, reconhecendo a importância do desenvolvimento e aperfeiçoamento da segurança do paciente no setor. Dos seis domínios do QAS somente dois apresentaram pontuação positiva: Satisfação no Trabalho e Clima de Trabalho em Equipe. Em contrapartida, o domínio que se refere a Condições de Trabalho obteve o pior escore médio, seguido por Percepção Geral da Gerência, Percepção do Estresse e Clima de Segurança. O que evidencia que apesar de gostarem do que fazem e terem forte senso de equipe, os profissionais consideram necessárias melhorias nas condições de trabalho e maior aproximação dos gestores com o setor.

Prestar cuidados seguros significa mudar as atitudes e práticas de todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente. No ambiente de trabalho da farmácia, isso exige uma cultura de segurança que fortaleça o comprometimento e a atuação de uma equipe fixa, com profissionais técnicos específicos, técnicos em farmácia, investimento em capacitações e treinamentos, maior aproximação dos gerentes das UBS com o setor, além de presença de farmacêutico nas farmácias

com maior carga horária, para ampliar a assistência e garantir a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: 2012.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil-Questionário de Atitudes de Segurança**. 2011. 173 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

EL SHAFEI, Arwa Mohamed Hosney; ZAYED, Mouchira Amin. Patient safety attitude in primary health care settings in Giza, Egypt: Cross-sectional study. *The International Journal of Health Planning and Management*, Chichester, v. 34, n. 2, p. 851-861, 2019.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.17-27, 2008.

LOUSADA, Leticia Martins et al. Patient safety culture in primary and home care services. **BMC Family Practice**, Londres, v. 21, n. 1, p. 1-7, 2020.

MACEDO, Lilian Louzada *et al.* Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde em município de grande porte na percepção de trabalhadores. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, e20180410, 2020.

OLIVEIRA, Juliana Gambin Marques de; VIEIRA, Liliana Batista. Construção de um Plano Operativo para integrar os profissionais envolvidos na Assistência Farmacêutica de um município do interior de São Paulo. **Boletim Informativo Geum**, Teresina, v. 6, n. 3, p. 73-82, 2015.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3561-3567, 2010.

PAESE, Fernanda; SASSO, Grace Teresinha Marcon Dal. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, 2013.

PEREIRA, Nathália Cano; LUIZA, Vera Lucia; CRUZ, Marly Marques da. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 451-468, 2015.

PINHEIRO, Anderson Angel Vieira. **Organização e entraves da assistência farmacêutica básica em um município paraibano**. 2014. 88 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Curso de Bacharelado em Farmácia, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2014.

REIS, Adriana Teixeira; SILVA, Carlos Renato Alves da. Segurança do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n.3, eRE020316, 2016.

SINGER, Sara J. *et al.* Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. **Medical Care**, Filadelfia, v. 47, n.1, p. 23-31, 2009.

SOUZA, Gisélia Santana *et al.* Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo v. 51, p. 7s, 2017.

SOUZA, Verusca Soares de. **Clima de segurança, carga de trabalho e dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 2015. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2015.

TOBIAS, Gabriela Camargo *et al.* Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. **Enfermería Global**, v. 13, n. 1, p. 336-361, 2014.

WIEGMANN, Douglas A.; VON THADEN, Terry L.; GIBBONS, Alyssa Mitchell. A review of safety culture theory and its potential application to traffic safety. **Improving Traffic Safety Culture in the United States**, Washington, v. 113, p 1-16, 2007.

YULE, Steven. **Safety culture and safety climate: a review of the literature**. Aberdeen: Industrial Psychology Research Centre, 2003.