

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

Patchwork de compósitos – cultura de segurança do paciente na APS

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

CRISTIANE MANOELA SILVA
PORTO ALEGRE, 2021

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

Patchwork de compósitos – cultura de segurança do paciente na APS

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

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

Orientadora: Professora Dra. Denise Bueno

Porto Alegre, 2021

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

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

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

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

CIP - Catalogação na Publicação

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

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

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

Aos pacientes dos meus serviços.

AGRADECIMENTOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Principia • Emicida (Leandro Roque, Nave – 2019)



RESUMO

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

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

ABSTRACT

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

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

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

Artigo 1

Quadro 1 – Lista de questões por compósitos 26

Tabela 1 – Frequência e Peso Positivo 28

Artigo 2

Tabela 1 – Avaliação de cultura de segurança do paciente 41

Discussão Geral

Figura 1: colcha com harmonia entre seus diferentes retalhos 48

Figura 2: colcha com problema de posicionamento dos retalhos 48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AF – Assistência Farmacêutica

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

APS – Atenção Primária à Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

EA – Eventos Adversos

ESF - Estratégia de Saúde da Família

MOSPSC - Medical Office Survey on Patient Safety Culture

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCISME - *Primary Care International Study of Medical Errors*

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

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

PP – Peso Positivo

PPGASFAR - Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RS – Rio Grande do Sul

SP – Segurança do Paciente

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

URM – Uso Racional de Medicamentos

US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO GERAL	14
2. OBJETIVOS.....	18
2.1. OBJETIVO GERAL.....	18
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
5. DISCUSSÃO GERAL	45
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
7. REFERÊNCIAS	55
9. ANEXOS	60
9.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	60
9.3. CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA.....	65

1. INTRODUÇÃO GERAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tradução das autoras.

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

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

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

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

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

O texto completo dos capítulos 3 e 4, que no texto completo da dissertação defendida ocupa o intervalo de páginas compreendido entre as páginas 19 – 44, foi suprimido por tratar-se de manuscrito em preparação para publicação em periódico científico. Consta da análise de questões pertinentes à segurança do paciente.

5. DISCUSSÃO GERAL

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

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

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

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

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

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



Figura 1: colcha com harmonia entre seus diferentes retalhos.

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



Figura 2: colcha com problema de posicionamento dos retalhos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

7. REFERÊNCIAS

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

- [10] PEREIRA, L. B.; JOBIM, L.; BUENO, D. Percepção de Equipes de Saúde da Família sobre a notificação de eventos adversos a medicamentos. 4(3). ed. [S.l.]: Rev. Saúde em Redes, 2018. 49-61 p.
- [11] MENDES, E. V. CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Brasília: CONASS, v. I, 2015. 193 p. ISBN 978-85-8071-034-2.
- [12] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Clean Care is Safer Care, 2005. Disponível em: <<https://www.who.int/gpsc/background/en/>>. Acesso em: 15 maio 2021.
- [13] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Safer Surgery. Disponível em: <<https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>>. Acesso em: 15 maio 2021.
- [14] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conference of Experts on the Rational Use of Drugs. Action Programme on Essential Drugs and Vaccines. The Rational use of drugs: review of major issues. Nairobi - Quênia. 1985.
- [15] SORATTO, J. E. A. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 26, n. 3, 21 Setembro 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300325&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 Outubro 2020.
- [16] LEITE, S. E. A. Serviço de dispensação de medicamentos na Atenção Básica no SUS. Rev Saude Publica, 2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007121.pdf>. Acesso em: 08 Outubro 2020.
- [17] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication without harm - global patient safety challenge on medication safety. Geneva: WHO, 2017.

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

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

[20] DEPALLENS, M. A.; GUIMARAES, JANE MARY DE MEDEIROS; ALMEIDA FILHO, NAOMAR. Quaternary prevention: a concept relevant to public health? A bibliometric and descriptive content analysis. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, 2020. ISSN 7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000702002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Maio 2021.

[21] SOUZA, T. T. D. MORBIDADE E MORTALIDADE RELACIONADAS A MEDICAMENTOS: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE DE ESTUDOS OBSERVACIONAIS. Curitiba: Acervo Digital - UFPR, 2013. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/29951/R%20-%20D%20-%20THAIS%20TELES%20DE%20SOUZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 04 Maio 2021.

[22] AKERMAN, M.; FREITAS, O. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. Revista de Saúde Pública, v. 51, Maio 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-8787201705100supl2ed.pdf>. Acesso em: 04 Maio 2021.

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

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

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

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

O documento constante do capítulo 8, que no texto completo da dissertação defendida ocupa a página 59, foi suprimido por tratar-se de anexo em preparação para publicação em periódico científico.

9. ANEXOS

9.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

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

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

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

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

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

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

Caxias do Sul, ____ de _____ de _____.

CRISTIANE MANOELA SILVA
PPGAS FAR UFRGS

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

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do(a) participante:

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

O documento constante do anexo 9.2, que no texto completo da dissertação defendida ocupa a página 61, foi suprimido por tratar-se de anexo em preparação para publicação em periódico científico.

9.3. Carta de Anuência da Prefeitura



CARTA DE ANUÊNCIA

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

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

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

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

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

Caxias do Sul, 28 de maio de 2019.

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

Priscila de Abreu Soares da Silva
Priscila de Abreu Soares da Silva
 Diretora de Gestão, Trabalho e Educação
 Prefeitura Municipal de Caxias do Sul
 Secretaria Municipal da Saúde
 Priscila de Abreu Soares da Silva
 Matr. 21

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS)
 Rua Marechal Floriano, 421, 6º andar - Centro - CEP: 95020-070 – Caxias do Sul/RS
 Fone: (54) 3290.4400 / 3290.4494 – E-mail: neps@caxias.rs.gov.br