

Segurança do Paciente na Atenção Primária em Saúde de um município brasileiro

I¹ Marcelo Pereira da Rocha, ² Ingrid Soares Viana, ³ Iago Freitas Vieira I

Resumo: A adoção de práticas seguras pelos serviços de saúde afasta danos à saúde e mortes evitáveis em todos os níveis assistenciais. Este estudo objetivou compreender como se organizam as ações de segurança do paciente na concepção de profissionais da atenção primária em saúde de um município do estado da Bahia. Realizou-se pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, por meio de entrevistas presenciais e online com dois Enfermeiros e três Cirurgiões-Dentistas, com amplo conhecimento do assunto pesquisado e atuação nas equipes da atenção básica tradicionais e da Saúde da Família. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo. Percebeu-se conhecimento insuficiente do tema pesquisado e a necessidade de o assunto entrar na pauta de discussão das equipes. Os relatos apontam que, na visão dos entrevistados, as ações relacionadas à segurança do paciente ainda não estão implantadas no local pesquisado. Identificou-se a necessidade de estruturação das ações voltadas a prevenção de eventos adversos e a institucionalização da segurança no cuidado em saúde.

► **Palavras-chave:** Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Cultura Organizacional; Qualidade da Assistência à Saúde.

¹ Faculdade Independente do Nordeste. Vitória da Conquista-BA, Brasil (cdbiomarcelo@yahoo.com.br).
ORCID: 0000-0003-28901-4899

² Faculdade Independente do Nordeste. Vitória da Conquista-BA, Brasil (ingridsoaresviana@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-1034-8102

³ Faculdade Independente do Nordeste. Vitória da Conquista-BA, Brasil (iagofv98@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-4073-790X

Recebido em: 28/07/2020
Aprovado em: 15/03/2021
Revisado em: 13/10/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310420>

Introdução

Anualmente, milhões de pacientes em todo o mundo sofrem danos e morrem em decorrência de práticas inseguras em serviços de saúde. Especificamente na Atenção Primária em Saúde (APS) são frequentes os erros relacionados ao uso de medicamentos, diagnósticos e tratamentos mal conduzidos, de problemas na comunicação e na relação do profissional de saúde com os pacientes (LAWATI et al., 2018).

Um estudo realizado no Brasil, com enfermeiros e médicos da APS, registrou razão de incidentes em consultas de 1,11%. Desses, 0,09% não causaram nenhum dano à saúde e 0,91% resultaram em danos (também denominados eventos adversos). Os erros mais comuns foram de atividades administrativas (gestão, estrutura das unidades e organização dos serviços), comunicação, tratamento, execução de uma tarefa clínica e diagnóstico (MARCON, MENDES JÚNIOR; PAVÃO, 2015).

A Segurança do Paciente (SP) é conceituada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a redução de danos evitáveis associados à assistência em saúde a um patamar mínimo aceitável (WHO, 2009). Salienta-se a crescente incorporação de tecnologias, a complexidade no cuidado em saúde e ainda a necessidade de uma gestão profissionalizada dos serviços para maior segurança no cuidado em saúde (BRASIL, 2014).

Tendo-se em vista a importância da qualidade e segurança na prestação de cuidados primários, o Programa de Segurança do Paciente da OMS realizou consulta, em 2012, com alguns dos maiores especialistas do mundo em cuidados primários, pesquisa e segurança do paciente de dezoito Estados-Membros das seis regiões do mundo. Debateram as evidências disponíveis sobre danos resultantes de erros e identificaram uma limitada compreensão global de como intervir para melhorar a segurança do atendimento em ambientes de atenção primária (WHO, 2013).

A segurança do paciente ainda se principia na APS, apesar de concentrar a maior parte dos serviços prestados. Os cuidados hospitalares são mais complexos e é compreensível que este ambiente seja o foco dessas investigações. No entanto, há a necessidade de ampliar a cultura de segurança nesse nível de atenção, objetivando habilitar pacientes e profissionais no reconhecimento e gerenciamento de eventos adversos, de forma a se reduzir erros e tensões entre profissionais e população (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2014). A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) vigente responsabiliza a todos os profissionais de saúde da APS quanto à

instituição de ações para segurança do paciente e adoção de medidas visando reduzir riscos e eventos adversos (BRASIL, 2017).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde salienta o apoio a todos os estados brasileiros na adoção da SP em todos os serviços de saúde, inclusive na APS e faz uma alerta de pontos primordiais para a garantia da SP: capacitação permanente de todos os profissionais; envolvimento da gestão; diretrizes orientadoras das condutas profissionais e assistenciais por meio da implantação e implementação dos protocolos; corresponsabilidade do paciente; além do trabalho em equipe, de modo a promover inovações e compromissos (CRUZ, 2018).

Frente aos fatos citados, esta pesquisa se debruçou na seguinte pergunta: existem ações organizadas no escopo da atenção primária, como de intuito de oferecer ao paciente maior segurança na prestação de serviços? A partir disso, o estudo foi conduzido com o objetivo de compreender como se organizam as ações de segurança do paciente na concepção de profissionais da atenção primária em saúde de um município do estado da Bahia.

Métodos

Realizou-se um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, com a participação de profissionais de saúde, tanto de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, como de Unidades de Saúde da Família (USF), da sede e área rural de um município de médio porte do interior da Bahia, polo regional nas áreas de educação e saúde. Esse município é a principal referência em saúde e educação da região onde está localizado. Possui uma população estimada (IBGE, 2020) de 341.128 habitantes. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde apontaram a existência de 1.510 profissionais de saúde cadastrados em equipes da atenção básica desse município (DATASUS, 2020).

O critério de inclusão dos participantes utilizado foi ser profissional de saúde das equipes da APS. Foram realizadas entrevistas de forma presencial, e com o início da pandemia duas entrevistas foram de forma online. Os participantes foram dois Enfermeiros e três Cirurgiões-Dentistas, todos concursados, com atuação há mais de cinco anos no município, nas equipes da atenção básica tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família. Portanto, são profissionais com bom conhecimento acerca do funcionamento da atenção primária municipal. Devido à dificuldade de contato

com os profissionais de saúde após o início da pandemia, outras categorias não foram incluídas, a exemplo da médica. Apesar disso, os dados coletados permitiram uma boa análise da situação pesquisada. Ressalta-se que o número de entrevistas realizadas atendeu ao critério de saturação teórica, quando não se constatam elementos novos depreendidos das entrevistas (FONTANELLA et al.,2011).

A pesquisa foi conduzida por um professor e dois graduandos em Odontologia, como parte de um projeto de Iniciação Científica. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a maio de 2020, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). As entrevistas foram gravadas e o material foi transcrito no editor de texto Word for Windows, de modo a facilitar a fase analítica. A análise de dados seguiu a proposta por Bardin (2011), para análise de conteúdo, na qual se utilizam as seguintes etapas pré-análise; exploração do material e tratamento; inferência e interpretação. Para melhor compreensão do leitor, em determinados relatos foram incluídas anotações, a exemplo do nome de siglas, entre parênteses. Além disso, com o intuito de preservar a identidade dos participantes, a fala de cada um aparece seguida da letra “E”, de entrevista, e um número associado a cada entrevistado.

Resultados

O conteúdo das entrevistas propiciou construir seis categorias de análise: visão dos profissionais sobre a segurança do paciente, conhecimento sobre a temática e ações de educação permanente em saúde (EPS); identificação de riscos e medidas de prevenção; ambiente de trabalho e infraestrutura das unidades de saúde; acolhimento e relacionamento com a população; institucionalização das ações de segurança do paciente e, por fim, potencialidades e dificuldades relacionadas às ações de segurança do paciente.

Visão dos profissionais sobre a segurança do paciente, conhecimento sobre a temática e ações de educação permanente em saúde

A partir das falas dos participantes, percebem-se diversos olhares acerca da SP, como menções ao acesso, ao controle da infecção, às práticas adotadas na instituição, a noção do direito, dentre outros, conforme se observa a seguir: “Você tem a segurança desde o acesso dele (do paciente) ao serviço de saúde até as condições de controle de infecção, então são vários aspectos” (E2). “[...] começa desde receber o paciente. É a

conduta do profissional para proteger o paciente e as boas práticas adotadas” (E6) “É o direito dele” (E3). No trecho a seguir, o relato atenta também para a saúde do trabalhador: “A gente tem que ter toda a segurança, não só do paciente, mas também do profissional” (E4).

Em outra fala, percebe-se que o profissional enxerga o trabalho na UBS como diferente ao que acontece na USF e isso o distanciaria de questões relacionadas ao tema em pauta: “Quando você trabalha em uma unidade (refere à UBS) a visão é diferente, você chega geralmente para atender, é claro que quando você visualiza situações que vão comprometer a segurança do paciente em termos de um controle de infecção, em termos de uma acessibilidade que não está sendo respeitada ou outros critérios de segurança que não estão sendo exigidos, você vai chamar atenção logicamente e vai tentar resolver, mas não fica sob o gerenciamento do cirurgião-dentista” (E2).

Ainda se questionou o processo de trabalho e sua sobrecarga, como fatores relacionados à falta de prioridade com a temática abordada. “O assunto (SP) precisa ser discutido mais, a gente trabalha de maneira sobrecarregada, o processo de trabalho vai sendo deixado de lado” (E6).

Além disso, as entrevistas revelaram que o tema da SP não faz parte da rotina da EPS desenvolvida nas unidades ou em eventos promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). “[...] um treinamento específico para esse tema, pra ser sincera a gente não tem, certo?” (E1). “Não, educação permanente do profissional para o cuidado com o paciente não, especificamente não” (E2). “Entra de forma pontual em outros temas, acho que o paciente e o profissional não percebem o risco relacionado à assistência na atenção básica” [...](E6). “Todo ano existe a campanha de imunização contra a gripe, né? Então, no momento dessa campanha são trabalhadas medidas de prevenção que acabam sendo também medidas de segurança para o paciente, então a gente informa sobre isso aí, fora isso, não estou me lembrando não” (E3).

O depoimento a seguir enfatizou a visão do profissional acerca dos conhecimentos prévios sobre a SP e a motivação da ausência de abordagem educativa em SP voltada aos profissionais de saúde. “[...] O profissional já vem da faculdade e obrigatoriamente já deve ter um bom conhecimento de segurança do paciente e controle de infecção, principalmente, então acredito que talvez por isso, não há capacitações específicas” (E2).

Identificação de riscos e medidas de prevenção

Nos relatos, identificaram-se diversos riscos à segurança do paciente e potenciais danos à saúde das pessoas. Ficou bem evidente que o risco de infecção foi o mais mencionado: “O que a gente tenta preservar é diminuir ou prevenir os riscos de infecção, então, todos os EPI’S (Equipamentos de Proteção Individual) a gente utiliza, tanto para a proteção da gente como também do paciente. (E3). “Um dos principais riscos é o de contaminação, risco biológico, risco ergonômico, mas tem o risco de violência, por você não ter uma segurança específica” (E1). “Tem locais que nós atendemos que não existe água, então há o risco de contaminação, nós realizamos vacina utilizando álcool gel”. “Eu realizo preventivo, o papanicolau para a prevenção do câncer de colo de útero, se nós pararmos pra pensar seria impossível de realizar um exame” (E3).

Mencionaram também diversos riscos relacionados ao atendimento odontológico, como a contaminação cruzada. “A gente mexe com muitos fluidos sanguíneos, com saliva e todos esses fluidos corporais tem microrganismos que podem formar doenças” (E4). “[...] Não só biológico, no caso de um microorganismo, mas existe um risco físico. Então, por exemplo, uma restauração quando a gente for remover e pode cair no olho do paciente é um risco de causar uma lesão no olho ou até mesmo um instrumental perfurocortante que a gente trabalha, nossos materiais são geralmente perfurocortantes, então, pode cair no olho do paciente e aí a responsabilidade no caso é nossa (E4)”

Os entrevistados apontaram estratégias utilizadas para a redução do risco relacionado à assistência em saúde: “pouquíssimas estratégias. “Algumas estratégias que a gente aprende no dia a dia a utilizar com a própria experiência dentro da unidade de saúde [...] é pela prática clínica que eu tenho (...)” (E2)

Enfatizaram-se medidas para monitoramento da esterilização e a baixa ocorrência de infecção pós-extrações dentárias: “são feitos os testes, os testes químicos, físicos e biológicos” (E1). “[...] quando você tem uma situação ou de baixa de defesa do paciente ou de pouco cuidado com a esterilização, tem casos recorrentes de alveolites [...] (E2).

Na mesma perspectiva, as falas a seguir salientaram medidas para o adequado controle de infecção: “higienização [...] os materiais que são autoclaváveis são trocados e os que são descartáveis como sugador, luva, a gente descarta e utiliza um novo para o paciente” (E4). “Qualquer coisa de curativo, tudo é estéril” (E3).

Com relação às medidas de biossegurança para prevenção de infecções e acidentes com perfurocortantes, a fala seguinte reforçou: “Eu não posso esperar que o paciente faça isso, ou me peça isso, a gente tem que proteger e lógico ir esclarecendo o paciente o motivo dele estar usando aquilo, porque tem paciente, por exemplo, que diz, “ah, para quer que eu tô usando isso, eu já tenho meu óculos de grau”, mas aí a gente explica, e se essa agulha que está aqui cair no seu olho, machuca, aí então, eu acho que é nesse sentido que a gente deve trabalhar na questão da segurança do paciente” (E4).

Ressaltou-se também a necessidade de novas medidas no serviço devido à pandemia da Covid-19. “Não que o que tenha sido feito até hoje tenha sido ruim, na verdade vai ter que melhorar, vai ter que aperfeiçoar as maneiras, como vai ter que trabalhar nesse episódio atual. Antes não era feito assim, o cuidado com o atendimento, a desparamentação, o uso da máscara na sala, da máscara cirúrgica. A gente vai ter que dobrar ainda mais. Eu acho que vai mudar tanto o olhar e a atitude do profissional de saúde como o olhar e a atitude do usuário também, eu acho que os dois lados mudam” (E5).

No depoimento a frente, destacaram-se aspectos relacionados à consulta de enfermagem bem conduzida, como forma de se evitar danos à saúde “[...] tem justamente esse diferencial, porque o enfermeiro tem essa formação de promover saúde, prevenir doenças, controle de danos, de recuperação de saúde que se for observar, está relacionado a segurança deles. Então essa consulta individualizada tem esse critério, de focar especificamente na demanda do paciente, mas na redução de danos, então, é uma consulta mais demorada no geral, dificilmente tem essa questão técnica” (E1).

Salientaram-se cuidados na atenção em saúde, previamente ao atendimento e à solicitação de exames complementares [...] com relação à aferição de PA (pressão arterial), as técnicas de enfermagem fazem na sala de recepção, tanto dos pacientes que estão esperando para o atendimento odontológico, quanto para outros pacientes que estão na unidade para os atendimentos de enfermagem, médico [...]. Em relação ao pedido de exames complementares, exames de sangue, se a gente precisar de um hemograma, um coagulograma antes de um procedimento [...] E a coleta é feita aqui mesmo na unidade de saúde com datas específicas” [...] E4

Ainda foram destacadas medidas, como anamnese a escuta do paciente previamente ao atendimento, para prevenção de incidentes. “A questão de segurança do paciente perpassa também pelo entendimento de uma boa entrevista do paciente,

you saber as condições físicas, muitas vezes até emocionais e muitas vezes dentro da realidade da gente inclusive, até da ingestão de alimentos diária dele, porque tem pacientes que chegam pra gente para fazer uma extração e nem café ele tomou e veio da zona rural, entendeu? Então se você fizer um procedimento de extração nesse paciente ele pode desmaiar na saída do consultório (E2).

Ambiente de trabalho e infraestrutura das unidades de saúde

As falas dos entrevistados demonstraram preocupação quanto à estrutura física e equipamentos necessários nas unidades: “Eu acho que se você não tem uma estrutura física das melhores, é claro, se tem uma organização se tem um projeto, um planejamento, uma boa vontade, mesmo com péssimas condições você consegue desenvolver, mas assim, é um pontapé inicial ter uma boa estrutura, um local que tenha menor número de escadas possível, menos degraus, iluminação e ventilação adequada para o paciente, espaço físico para ele poder sentar com facilidade [...]”(E1).

Outro depoimento reforçou a dificuldade estrutural, por não dispor de uma unidade fixa e a consequência disso na organização do trabalho. “Existe um carro (tipo van) e nessa van a gente tenta equipar de tudo que vai precisar e nós é que vamos até os povoados [...] a gente foge da estrutura que o Ministério da Saúde preconiza, gostaríamos de ter ambientes individualizados para diminuir aglomeração, para privar eles de contato, mas, infelizmente o ambiente que nós trabalhamos não fornece esse tipo de estrutura, e aí fica muito difícil de ter na verdade um protocolo” (E3). [...] ambiente muito pequeno, apertado, desfavorece a própria segurança do paciente” (E1).

Percebeu-se também a preocupação com a infraestrutura e o apoio logístico não adequado para o suporte básico emergencial [...] “Caso tenha uma situação de emergência, um paciente cardíaco, um paciente diabético e diversas outras patologias, você precisa ter estrutura adequada para atender, caso o paciente entre na situação de urgência e emergência” (E1). “A acessibilidade também é uma questão importante para a segurança do paciente porque se é um paciente que precisa de um apoio logístico para ter o acesso, se ele não tiver esse apoio pode se acidentar pode ter algum problema em relação a isso” (E2).

Acolhimento e relacionamento com a população

Destacaram-se aspectos relacionados ao acolhimento das pessoas que buscam os serviços: “[...] ter aquela escuta qualificada, ele entra no serviço, ele é acolhido

para a necessidade dele” (E5). “É bacana a receptividade do paciente, que na maioria das vezes o acolhimento ou o entendimento deles de que é difícil para nós oferecermos à eles segurança. Oferecermos conforto. Se não houvesse esse acolhimento e essa compreensão as coisas seriam muito mais difíceis para nós conseguirmos trabalhar” (E3).

Ressaltou-se a importância da interação com a população e o perfil do profissional para atuar no serviço: “[...] a gente tem contato telefônico, a gente entra em contato diretamente com o paciente, tem o agente comunitário que entra em contato direto, os técnicos também tem muito essa abertura, é uma equipe bem preparada para a saúde da família (...) isso é importante, para conhecer toda a família e a comunidade” (E1).

Por outro lado, na fala seguinte, apresentaram-se alguns aspectos relacionados à participação e comunicação com o paciente. “A gente tenta orientar, embora nem todos tenham esse interesse, os níveis de entendimento são diferentes, mas alguns dão uma resposta boa e questionam, procuram saber como vão ser tratados de que forma aquilo impacta na saúde dele. Alguns perguntam, outros não” (E3).

Nessa mesma perspectiva, os depoimentos a frente reforçaram a participação comunitária e dificuldades para a sua efetivação. “Você tem que ter capacitação das pessoas, então às vezes faz a reunião e as pessoas não vem e é uma oportunidade de fazer críticas, de fazer também sugestões para o sistema” (E5). “O paciente ele não sabe, porque como ele não é da área da saúde, alguns tem um baixo nível de instrução, alguns não sabem que é necessário proteger, entendeu? Então, eu acho que a função da gente como profissional de saúde, é oferecer ao paciente a segurança, independente dele compreender ou não” (E4).

Institucionalização das ações de segurança do paciente

Sobre a existência de ações organizadas, a fala a seguir destacou o desconhecimento de ações de SP e dificuldades em implantá-las. “Eu desconheço, minha situação de trabalho é um pouco diferenciada, bem eu não tenho uma unidade de saúde, meu trabalho é feito itinerante” (E3).

Ao mesmo tempo que o profissional entende que a US gerencia a SP, revela que inexistem ações institucionalizadas: “na unidade que eu trabalho considero que existe um bom gerenciamento [...]” “não tenho contato com protocolos” (E2). Também revela que é uma ação individual do profissional, pois não existem momentos para

discutir o esse assunto e acrescenta que o profissional da UBS “fica mais restrito às questões do consultório odontológico e do atendimento” (E2).

Relatou-se a seguir o monitoramento de eventos adversos relacionados à vacinação [...] então é um dos lugares que mais se aplica essa investigação, se naquela vacina determinada houve alguma complicação e se essa complicação está ligada ou não a condição de higiene dali, ou à técnica de aplicação. Existe esse protocolo de eventos adversos para a vacinação” (E3).

Acerca da existência de medidas para acompanhamento de dados relacionados à SP, as falas ilustraram: “não trabalhamos com indicadores específicos de segurança não” (E1). “Na prática diária da atenção básica, a gente não faz esse levantamento não” (E2). Outro entrevistado reforçou o desconhecimento da possibilidade de realizar um monitoramento: “indicadores? eu não sei se tem como aferir” (E5).

Potencialidades e dificuldades relacionadas às ações de segurança do paciente

Nas falas seguintes foram apontadas diversas dificuldades, “[...] o desafio na saúde é você dar condição de ter saúde, mobilização social [...]” (E5). “São muitas pessoas que a gente não dá conta de conseguir atender todo mundo. Outra dificuldade que eu tenho é na questão da atenção especializada, porque nem sempre o paciente consegue ser atendido na atenção especializada, ou com rapidez ou então demora demais alguns tratamentos, como por exemplo, prótese, então, é muito difícil o paciente conseguir a vaga. (E4). “Com relação ao acesso do paciente ao tratamento odontológico, realmente é um pouco difícil, porque aqui na minha unidade são duas equipes de saúde da família e apenas um dentista, então é uma população de cerca de dez mil pessoas e fica um pouco difícil você” (E4).

Por outro lado, foram identificadas várias potencialidades, como a estruturação dos serviços. “Eu acho que o potencial é essa rede (rede de atenção em saúde), mas eu acho que essa atenção básica já é uma porta de entrada interessante para o usuário [...] Se você não tivesse uma atenção básica bem estruturada, você teria que resolver tudo na especializada de média e alta complexidade (E5).

Evidenciou-se a importância das ações preventivas e educativas: “A grande potencialidade de uma estratégia de saúde da família é que você não faz somente a parte do atendimento clínico cirúrgico, porque mais importante do que essa parte do tratamento curativo é a parte da prevenção. Então, a unidade de saúde da

família, ela tem essa possibilidade de prevenir as doenças, por meio de educação em saúde [...]” (E4).

Foram ainda identificados como pontos positivos, capazes de impulsionar a organização das ações em SP, além da equipe de saúde, a gestão municipal: “Equipe madura, jovem, com garra de querer trabalhar, mudar o contexto, boa participação da gestão” (E1). “Tem as reuniões da equipe do Conselho de Saúde, o usuário pode participar, para que ele se sinta mais seguro” (E6).

Discussão

A qualidade no cuidado em saúde e a sua segurança são elementos inter-relacionados e devem ser entendidas também na perspectiva do direito do cidadão, usuário dos serviços de saúde. Nesse sentido, a OMS vem empreendendo esforços para que os governos de todo o mundo adotem práticas seguras no cuidado em saúde em todos os níveis de atenção, e não somente na área hospitalar (WHO, 2009; WHO, 2013).

Percebe-se, a partir dos relatos, que o município pesquisado ainda não possui ações estruturadas de SP na APS, em que pese a existência de algumas práticas direcionadas à prevenção de incidentes, a partir de iniciativas dos profissionais de saúde, de acordo com o conhecimento e prática individual. Apesar das dificuldades elencadas, especialmente na estrutura das unidades, acessibilidade e demanda reprimida, algumas potencialidades, como o planejamento participativo e a gestão local, podem colaborar para que o assunto seja incluído na pauta de discussão das equipes, gestão e do controle social, visando-se a implantação do NSP em cada unidade ou para o conjunto de unidades da APS, conforme a realidade do município (BRASIL, 2013).

A partir dos resultados dessa pesquisa percebem-se uma limitada compreensão da SP, bem como ausência de capacitações específicas do tema no contexto da EPS e da não institucionalização das ações de SP. Entende-se que muito se deve ao fato da discussão e de pesquisas na APS ainda serem incipientes e ainda não se tem no Brasil uma adequada capacitação dos profissionais, assim como a implantação de uma cultura de segurança na APS em todos os municípios, inclusive no município pesquisado (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2014).

A literatura apresenta variadas estratégias para cuidados mais seguros com os pacientes na APS. A melhoria da comunicação é a solução mais encontrada para mitigar os incidentes, permitir que pacientes e profissionais reconheçam e gerenciem eventos adversos, compartilhem mudanças na equipe, e busquem

motivação para agirem em prol da segurança do paciente, através de grupos de trabalho, soluções para reduzir os erros de medicamento, que incluem a implementação de prontuário eletrônico em unidades, a análise de incidentes do sistema de notificação de erros, e práticas colaborativas entre profissionais (MARCON, MENDES JÚNIOR; PAVÃO, 2015).

Vários depoimentos apontaram riscos decorrentes dos serviços e as medidas para redução da possibilidade de danos à saúde, mesmo em face das deficiências referentes aos aspectos de infraestrutura, do acesso difícil aos serviços primários, especialmente nas equipes com grande cobertura populacional e baixa capacidade de oferta de procedimentos. Essa dificuldade no acesso coloca em risco a SP, a qualidade do serviço e a própria saúde da população.

Diante do cenário atual de pandemia de Covid-19, além da importância do cuidado com a saúde do trabalhador, citada em relatos, deve-se considerar a possibilidade de aumento acentuado do número de pacientes que podem sofrer danos diversos ao receber assistência e contrair infecções nos serviços de saúde. Neste contexto se reforça a necessidade de implementação de ações de segurança do paciente e profissionais de saúde (KOH, 2020).

Como foram apontados diversos mecanismos e espaços importantes de comunicação entre profissionais e pacientes, como reuniões, atividades de EPS, acolhimento na US, interlocução com a gerência, a rede de atenção implantada, boa aceitação da comunidade e apoio ao trabalho da equipe, há grandes possibilidades de melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde das equipes e dessas com outros serviços de referência, tendo em vista que os aspectos administrativos, comunicacionais e a própria organização do serviço para a implantação das ações de SP são muito importantes para o adequado gerenciamento de incidentes e eventos adversos, conforme estudos já anteriormente citados (LAWATI et al., 2018).

A SP se constrói a partir da criação de um ambiente favorável a uma cultura de segurança, na qual os valores são compartilhados, bem como atitudes e comportamentos seguros são inseridos na prática cotidiana das equipes de cuidados primários (VERBAKEL et al., 2016)

Considerações Finais

Em que pese à limitação deste estudo, especialmente por não abranger todas as categorias profissionais das equipes pesquisadas, houve a possibilidade de adequada

compreensão do assunto pesquisado. A percepção dos participantes é que as ações de SP ainda não estão instituídas no município pesquisado.

Alguns aspectos precisam ser superados para a organização das ações voltadas à qualidade e segurança do paciente, como inserção do tema na agenda de trabalho das equipes e gerência, e a partir disso, a organização de estratégias, como a definição de uma equipe para coordenar o processo, elaboração de um plano e o acompanhamento dos indicadores definidos.

Apesar disso, visualiza-se a possibilidade de ampliar a cultura de segurança na atenção primária no local pesquisado, dados os espaços constituídos e possibilidades de parcerias com conselhos de classe, universidades e outras instituições existentes, por se tratar de um importante polo de referência regional em saúde e educação.

Por fim, destaca-se a necessidade de um esforço conjunto envolvendo profissionais de saúde, gerência e controle social, a fim de se implantar a SP, de forma a melhorar o cuidado em saúde em nível primário, com foco na qualidade e segurança do paciente.

Referências

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

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

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 07.Jun.2019.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada - 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 2013;26 jul.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Necessidade de Reforço nas Ações de Prevenção de Eventos Adversos e Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde Durante a Pandemia de Covid-19*. Anvisa, 2020; Disponível em: file:///C:/Users/Marcelo/OSC-19-20/2020/III-un/Comunicado_1038142.pdf. Acesso em: 16.Jun.2020.

CRUZ, Adriane. A importância da gestão estadual na Segurança do Paciente. *Revista Consensus*. CONASS. Brasília – DF. 2018. V. 26, n 1. Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/importancia-da-gestao-estadual-na-seguranca-paciente/>. Acesso em: 07.Jun.2019.

DATASUS. *Departamento de Informática do SUS. Recursos Humanos*. DATASUS, 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/proc02ba.def>. Acesso em 05. Jan. 2020.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16. Jun. 2020.

KOH, David, Occupational risks for COVID-19 infection, *Occupational Medicine*, Volume 70, Issue 1, January 2020, Pages 3–5, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa036>.

LAWATI, Muna Habib, et al. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC FamPract* 19, 104, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6026504/>. Acesso em: 16. Jun. 2020.

MARCHON, Simone Grativol; MENDES JUNIOR, Walter Vieira. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1815-1835, Set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-. Acesso em: 07.Jun.2019.

MARCHON, Simone Grativol; MENDES JUNIOR, Walter Vieira; PAVAO, Ana Luiza Braz. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2313-2330. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001102313&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16. Jun. 2020.

VERBAKEL, Natash et al. Improving Patient Safety Culture in *Primary Care: A Systematic Review*. *J Patient Saf*. 2016 Sep;12(3):152-8.

World Health Organization (WHO). *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. In: Version 1.1 finaltechnicalreport, 2009. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 17.Mar. 2019.

_____. *Patient safety*, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/en/>. Acesso em: 17.Mar. 2019.

Abstract

Patient Safety in Primary Health Care in a Brazilian municipality

The adoption of safe practices by health services drives out health harms and preventable deaths at all levels of health care. This study aimed to understand how patient safety actions are organized in the conception of primary health care professionals in a municipality in the state of Bahia. exploratory research, with a qualitative approach, was performed through in person and online interviews with two Nurses and three Dental Surgeons, with broad knowledge of the researched matter and working in traditional primary care and Family Health teams. Data were analyzed through content analysis. It was perceived that knowledge of the researched topic was insufficient and that there was a need for the matter to become part of the teams' discussion agenda. The reports point out that, in the interviewees' view, actions related to patient safety are not yet implemented in the researched location. It was identified the need for structuring actions aimed at preventing adverse events and institutionalizing safety in health care.

► **Keywords:** Patient Safety; Primary Health Care; Organizational Culture; Quality of Health Care.

