

CULTURA DE SEGURANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

SAFETY CULTURE IN PRIMARY CARE

CULTURA DE SEGURIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Johnata Da Cruz Matos¹, Micheline Veras De Moura Henriques², Maria Cristina Soares Rodrigues³

No Brasil, os anos 70 e 80 são marcados por um longo processo de discussão sobre um novo modelo para a saúde. A partir da Constituição Federal Brasileira de 1988 foram idealizados novas bases para a reforma da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), as quais serviram como garantia de acesso universal ao sistema, assim como um novo conceito de saúde definido como direito, o qual também leva em consideração os níveis de atenção em saúde. Isso permitiu que os serviços de saúde fossem reestruturados de modo a priorizar ações de caráter coletivo e preventivo, em detrimento das ações de cunho individual e curativo, até então dominantes.⁽¹⁾

A Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu como estratégia para reorientar a organização do sistema de saúde e atender as necessidades da população, estabelecendo o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la.⁽²⁾

Recentemente, diversos países do mundo vêm desenvolvendo políticas para fortalecer a APS, organizando os serviços e promovendo a equidade em saúde, transformando em uma abordagem abrangente. A atenção à família passa a ser um importante objeto das práticas em saúde, com a busca da humanização, a ampliação do acesso aos serviços, a possibilidade de ampliar a intervenção nos determinantes e condicionantes do processo saúde - doença. Assim, no fim da década de 90, o ambiente físico "domicílio" e a família que ali vive passam a ser prioridades no discurso oficial das políticas públicas, as quais, acompanhadas de incentivos financeiros diferenciados, trouxeram novas finalidades e novas formas de

¹ Enfermeiro do Hospital Universitário de Brasília - HUB. Mestrando, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF, Universidade de Brasília/UnB, Brasília (DF), Brasil. Especialista em Gestão em Saúde Pública, Especialista em Formação Pedagógica para o Ensino Superior na Área de Saúde, Especialista em Saúde Mental. E-mail: johnata.matos@hotmail.com

² Enfermeira do Hospital Universitário de Brasília - HUB. Coordenadora do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde. Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF, Universidade de Brasília/UnB, Brasília (DF), Brasil. Especialista em Saúde Pública e UTI Neonatal e Pediátrica. E-mail: michelinehenriques@yahoo.com.br

³ Enfermeira e Farmacêutica, Doutora em Ciências da Saúde. Pós-Doutora pela University College London, Docente Associado do Departamento de Enfermagem, PPGEnf/UnB, Brasília (DF), Brasil. E-mail: mcssoares@unb.br

organização do processo de trabalho em saúde. Assim, foi criado um novo espaço de prática para a enfermagem.⁽³⁻⁴⁾

As buscas para identificar e diminuir os eventos adversos tem se tornado uma grande prioridade entre os gestores e profissionais envolvidos diretamente na assistência. A compreensão dos fatores que levam ao erro médico na atenção primária é o primeiro passo para o desenvolvimento de uma política de redução de danos e melhorar a segurança do paciente. Dados indicam que o erro médico ocorre entre 5 e 80 vezes por 100 mil consultas, muito deles relacionados principalmente aos diagnósticos, tratamentos e prescrição de medicamentos.⁽⁵⁾

A segurança do paciente vai desde o risco de infecção até outros riscos, tais como o risco do paciente cair do leito ou receber um medicamento inadequado, o que pode levar a eventos adversos ou inesperados. A fim de evitar tais eventos, torna-se necessário o atendimento com qualidade.⁽⁶⁾

A segurança do paciente foi associada, consequentemente, à complexidade e qualidade da assistência prestada no ambiente hospitalar. Devido ao fato da atenção primária ser classificada como de baixa

complexidade, as discussões e pesquisas sobre o desenvolvimento de uma cultura de segurança foram relegadas a um patamar inferior. Entretanto, estudos mostraram que quase 50% das hospitalizações por eventos adversos, decorrentes de erros na administração de medicamentos no domicílio eram potencialmente evitáveis.⁽⁷⁾

No contexto de melhoria da qualidade do atendimento e reconhecendo a magnitude do problema da segurança do paciente a nível mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*).⁽⁸⁾

A preocupação com qualidade do cuidado e segurança do paciente nas instituições de saúde tem surgido em âmbito global. O movimento em prol da segurança do paciente teve seu início na última década do século XX, após a publicação do relatório do *Institute of Medicine (IOM)* dos EUA intitulado “*Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*” (*To Err is Human: Building a Safer Health System*) que apresentou os resultados de vários estudos que revelaram a crítica situação de assistência à saúde daquele país. Dados apontaram que de 33,6 milhões de internações, de 44.000 a

98.000 pacientes, aproximadamente, morreram em consequência de eventos adversos.⁽⁸⁾

O *Patient Safety Program*, composto por diversos países, busca definir questões prioritárias para a pesquisa na área de segurança do paciente, as quais sejam de alta relevância para países em todos os níveis de desenvolvimento. Na Atenção primária os estudos ainda estão incipientes, porém, já se tem incluído alguns aspectos sobre a segurança do paciente pelas entidades governamentais.

No Brasil, a segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde está na agenda política. Em 2011, o Ministério da Saúde lançou um Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde, o QualiSUS Rede, o qual representa um importante avanço para o desenvolvimento da qualidade do SUS.⁽⁹⁾

Cultura compreende a soma de valores, vivência, e ações que orientam o comportamento de um grupo. A caracterização de uma cultura de segurança sólida baseia-se em algumas proposições, tais como: o compromisso para discutir e aprender com os erros, o reconhecimento da inevitabilidade do erro, o reconhecimento das ameaças

latentes e o desenvolvimento de um sistema não punitivo para o relato e análise dos eventos adversos. Nesse sentido, ao observarmos os aspectos caracterizadores da cultura organizacional, podemos definir cultura de segurança como um produto dos valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individual e de grupos, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação baseada na confiança mútua, pelas percepções partilhadas da importância da segurança e pela confiança na efetividade de ações preventivas.⁽¹⁰⁾

De acordo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente,⁽¹¹⁾ cultura de segurança configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a

notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Para o desenvolvimento de uma cultura de segurança nos serviços de saúde, inclusive na atenção primária, é necessária uma vigilância constante no que concerne a três aspectos inter-relacionados, como mostra a figura a seguir.



FIGURA 1 - Adaptado de Gama e Saturno - 2013(12)

É necessário ampliar a cultura de segurança nos serviços de enfermagem e capacitar os enfermeiros para a análise de resultados, desenvolvendo uma reflexão sobre a assistência de enfermagem e seus processos, buscando a melhoria contínua da assistência.⁽¹³⁾ Diante do aspecto global,

o tema segurança do paciente ainda possui um longo caminho a ser percorrido para se chegar a propostas que interfiram realmente na prática da segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde do território nacional

O maior desafio dos especialistas em segurança do paciente, que buscam a redução dos eventos nas instituições de saúde, tem sido a assimilação, por parte dos dirigentes, de que a causa dos erros e eventos adversos é multifatorial e que os profissionais de saúde estão sujeitos a cometer eventos adversos quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e desorganizados. Os sistemas falham em todo o mundo. Considerando que a assistência é prestada por seres humanos, há sempre uma possibilidade de elevação de riscos e danos aos pacientes, porém o que é de fato importante neste momento é que esta realidade não seja mais ignorada.⁽¹⁴⁾

Assim, no cenário dinâmico que configura o trabalho multiprofissional na APS tem-se uma cultura de segurança em movimento de edificação, a qual deve alicerçar-se em estratégias e ferramentas de gestão dos processos de trabalho, para a melhoria da qualidade dos cuidados primários no SUS.

REFERENCIAS

1. Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: A interface da Vigilância da Saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, Apr. 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000200011>. Access on 22 May 2015.
2. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *HSR: Health Services Research* 2003; 38(3):831-865.
3. World Health Organization. Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008
4. Antunes MJM, Egr EY. O Programa da Saúde da Família e a Reconstrução da Atenção Básica no SUS: Contribuição da Enfermagem Brasileira. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 54, n. 1, p.98-107, jan./mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v54n1/v54n1a11.pdf>. Access on 22 May 2015.
5. Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *FamPract.* 2003 Jan; 20(3):231-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12738689>. Access on 22 May 2015.
6. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Anvisa promove debate sobre segurança do paciente. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2007/171007.htm>. Access on 22 May 2015.
7. Leendertse AJ, Egberts AC, Stoker LJ, Bemt Van Den PM. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med.* 2008 Sep; 168(17):1890-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18809816>. Access on 22 May 2015.
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2001. Disponível em: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728. Access on 22 May 2015.
9. World Health Organization (WHO). Global priority areas for Patient Safety research. 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/priority_setting/en/. Access on 22 May 2015.
10. Paese F, Sasso GTMD. Patient safety culture in primary health care. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis. 2013. Abr-Jun; 22(2): 302-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>. Access on 22 May 2015.
11. Brasil. Portaria nº 529: Institui o Programa Nacional de Segurança do paciente (PNSP). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegi>

s/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
Access on 22 May 2015.

12. Gama ZAS, Saturno PJ. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática. 1ªed. Brasília (DF): Anvisa, 2013. (19-27). Disponível em: <http://www.um.es/calidadsalud/archivos/capitulo-%20Assistencia%20Segura.pdf>. Access on 22 May 2015.

13. Polit DF, Beck CT. Nursing research: principles and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004

14. Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):422. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.11885>. Access on 22 May 2015.