

Percepção de Equipes de Saúde da Família sobre a notificação de eventos adversos a medicamentos

Lidia Bueno Pereira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

E-mail: lidia.bueno7@gmail.com

Luiza Jobim

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Denise Bueno

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Resumo

Objetivo: Avaliar se profissionais de saúde da equipe de saúde da família reconhecem a notificação de eventos adversos a medicamentos (EAM) como forma de promoção a Segurança do Paciente e as possíveis barreiras para execução da mesma. **Método:** Aplicação de questionário semiestruturado em 24 unidades de saúde de atenção primária em saúde (APS). **Resultados:** Foram 175 respondentes: 53 agentes comunitários de saúde, 7 agentes de saúde bucal, 25 enfermeiros, 18 médicos, 14 odontólogos, 58 técnicos de enfermagem. A falta de confiança, medo de exposição por má prática e o medo de perda da reputação foram as barreiras a notificação para os respondentes que possuem menor tempo de trabalho na unidade de saúde. Os profissionais com maior tempo de trabalho na unidade atribuem o tempo como barreira a notificação de EAM. **Conclusão:** As barreiras identificadas sinalizam a necessidade de intervenções na cultura da segurança do paciente na APS. A equipe da estratégia de saúde da família pode ser um elo de aproximação da APS com os Núcleos de Segurança do Paciente na prevenção de EAM.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Eventos adversos; Medicamentos; Atenção primária em saúde.

Abstract

Objective: To evaluate whether health professionals in the family health team recognize the notification of adverse drug-related events as a way to promote patient safety and possible barriers to patient

implementation. **Method:** Application of a semi-structured questionnaire in 24 health units of primary health care. **Results:** There were 175 respondents: 53 community health agents, 7 oral health agents, 25 nurses, 18 physicians, 14 dentists, 58 nursing technicians. Lack of trust, fear of malpractice exposure, and fear of loss of reputation were the barriers to reporting to respondents who have shorter working hours at the health facility. The professionals with greater time of work in the unit

attribute the time as barrier to the notification of EAM. **Conclusion:** The identified barriers signal the need for interventions in the patient safety culture in primary health care. The family health strategy team may be a link between primary health care and Patient Safety Centers in the prevention of adverse drug-related events.

Keywords: Patient safety; Adverse events; Drugs; Primary health care.

1. Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem promovido o debate internacional da redução de danos associados ao uso de medicamentos. O tema “Medicação sem danos” foi discutido este ano no Terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente objetivando reduzir em 50% os danos graves evitáveis associados a medicamentos em todos os países nos próximos cinco anos.¹

A OMS coloca a Atenção Primária em Saúde (APS) como principal orientador do sistema de saúde mundial sendo concebida como primeiro contato do serviço de saúde com o paciente, antes mesmo de ele adoecer.^{2,3}

A declaração de Alma-Ata reconhece que a APS deva ser o primeiro ponto de contato dos pacientes com o sistema de saúde. Em fevereiro de 2012, a OMS constituiu um grupo de trabalho - *Safer Primary Care Expert Working Group*, para estudar as questões envolvidas com a segurança do paciente na APS. O relatório da OMS sobre cuidados de saúde primários – *Agora Mais Que Nunca* constatou

que a forma de prestação de cuidados na APS não consegue suavizar os efeitos dos incidentes no sistema de saúde e é incapaz de garantir níveis de segurança e higiene satisfatórios.³

Uma revisão sistemática de Singh e colaboradores mostrou que existem diferenças sobre Eventos Adversos (EA) quando são originados no hospital e na APS. Dentro destes eventos adversos os erros estão diretamente relacionados a incidentes na área da saúde. Os incidentes podem ser compreendidos como eventos que poderiam ter resultado, ou resultam, em danos desnecessários à saúde. Os incidentes classificam-se como: *near miss* (incidente que não atingiu o paciente); incidente sem dano (evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível) e incidente com dano ou evento adverso (incidente que resulta em dano ao paciente).⁴

Enquanto nos hospitais a maioria dos EA é associada à cirurgia e ao tratamento medicamentoso, o EA mais frequente na APS

está associado ao tratamento medicamentoso e ao diagnóstico.⁵

Em estudo realizado em 48 centros de APS de 16 Comunidades Autônomas da Espanha foram identificados 18,63% de eventos adversos (EA), sendo que 48,2% destes relacionados com tratamento medicamentoso.⁶

Os erros relacionados a medicamentos constituem o segundo evento adverso mais comum, de acordo com os dados do estudo IBEAS (*Iberoamerican Study of Adverse Events*),⁷ demonstrando que a segurança na utilização e uso racional do medicamento exerce papel estratégico na atenção em saúde. O *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP) define erro relacionado a medicamento como qualquer incidente previsível que pode causar dano ao paciente ou que dê lugar a uma utilização inapropriada do medicamento quando este está sob a responsabilidade dos profissionais de saúde ou indivíduo que foi atendido em um local de saúde.⁸ Os erros relacionados a medicamentos podem ocorrer em qualquer etapa da terapia medicamentosa e particularmente nas transições do cuidado. Os usuários de saúde estão submetidos a riscos devido à pouca comunicação e a perda inadvertida de informações.^{9,10}

A American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) classifica os erros relacionados a medicamentos em hospitais de

acordo com sua forma de utilização associando eles a: prescrição, dispensação, omissão, horário, administração de medicamento não autorizado, dose, apresentação, preparo do medicamento, técnica de administração, medicamentos deteriorados, monitoramento, adesão e outros erros relacionados.¹¹

Os erros relacionados a medicamentos também podem ser classificados de acordo com a seriedade do erro, a consequência resultante para o indivíduo. Os critérios para essa classificação, segundo o *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP), consideram a ocorrência de erro; se o erro atingiu ou não o paciente; o dano associado e as medidas necessárias. Esta classificação utiliza nove diferentes categorias.¹²

Diferentes métodos de identificação de erros relacionados a medicamentos têm sido utilizados. Estes métodos são complementares e podem ser utilizados simultaneamente. Os principais métodos para identificar estes erros são a notificação voluntária, a revisão de prontuário e a observação direta.¹³ A detecção de erros relacionados ao medicamento é essencial para a segurança do usuário de serviços de saúde visando promover estratégias de prevenção e melhoria do uso de medicamentos.¹⁴ Os métodos devem estar adequados aos diferentes níveis de atenção em saúde, podendo ser utilizados como instrumentos gerenciais para a melhoria da qualidade da assistência à saúde.¹⁵

A Organização Mundial da Saúde (OMS), mediante revisão sistemática, demonstrou que não existe método único para investigar os incidentes na APS. Nos países desenvolvidos, os métodos mais utilizados para verificar incidentes em APS foram as avaliações de incidentes em sistemas de notificação, questionários, entrevistas e grupos focais.¹⁶

O método da notificação voluntária é frequentemente utilizado nas instituições hospitalares de saúde por ser de fácil implementação e de baixo custo.¹⁴ As vantagens da notificação voluntária são a descoberta de falhas ativas e falhas latentes, a evidência de pontos críticos nos processos, a correção dos fatores que contribuem para os erros e a difusão da cultura de segurança.⁹ A eficácia da notificação voluntária depende da habilidade dos gestores em capacitarem suas equipes de saúde em desenvolver ações corretivas apropriadas, sem atribuição de culpas individuais ao identificar as causas dos erros. Quando os dados sobre erros resultam em melhorias de processo, ocorre a aprendizagem da instituição como um todo.¹⁷ A notificação pode ser feita através de formulário de papel, e-mail, fax, telefone ou um sistema informatizado.¹⁴ A notificação padronizada dos dados necessários para compreender a natureza do problema relacionado ao medicamento é fundamental como estratégia para evitar o mesmo.¹⁷⁻¹⁹

A National Patient Safety Agency (NHS) em 2006 desenvolveu um guia de apoio às

organizações e as equipes de APS, contendo 7 passos para promover a Segurança do Paciente, são eles: implantação da cultura de segurança; liderar e apoiar equipes de APS; integrar o gerenciamento de risco nas atividades cotidianas; envolver a comunidade; aprender a compartilhar lições de segurança; implementar soluções para prevenir danos; incentivar a notificação de EA.²⁰⁻²² Observa-se no Brasil que os sistemas informatizados de registro de dados relacionados a medicamentos não preveem a segurança do paciente na sua base de dados como forma de prevenção de agravos a saúde da população.

O objetivo deste estudo foi avaliar se os profissionais de saúde das equipes da estratégia de saúde da família da APS reconhecem a notificação de eventos adversos relacionados a medicamentos como forma de promoção a Segurança do Paciente e quais as possíveis barreiras para execução da mesma.

2. Metodologia

Estudo que utiliza, como instrumento de coleta de informação, questionário semiestruturado composto por 15 perguntas direcionadas a profissionais de saúde que atuam na APS.

O estudo foi realizado na região centro-sul da cidade de Porto Alegre/RS, no Distrito de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal (DGCC). Este Distrito é responsável, no âmbito da APS, por 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS). O DGCC atende uma

população estimada em 160 mil habitantes, representando cerca de 10,8% da população de Porto Alegre. Este distrito é um dos 8 distritos de saúde da cidade de Porto Alegre. Para delimitação da pesquisa houve reunião com o comitê gestor do distrito de saúde onde foi disponibilizado o quantitativo de profissionais de saúde e a forma como as unidades estão distribuídas no Distrito de Saúde.

O instrumento de coleta de dados seguiu referencial teórico modificado de modelos aplicados nos diferentes níveis de atenção em saúde.²⁰ Cada unidade de saúde foi visitada para aplicação do questionário, sendo garantido o anonimato dos dados e dos respondentes. Todas as unidades participaram da aplicação do instrumento de pesquisa.

Responderam ao questionário os integrantes das equipes de saúde da família: agentes comunitários de saúde, agentes de saúde bucal, enfermeiros, médicos, odontólogos e técnicos de enfermagem. Foram excluídos da pesquisa profissionais que estavam em férias ou licença no período da coleta de dados.

Os questionários foram transcritos e tabulados, para um documento de texto eletrônico, concomitantemente com o processo de coleta de dados do estudo. Os dados foram organizados e armazenados em planilha eletrônica, garantindo o anonimato. Os dados das perguntas foram organizados e analisados estatisticamente pelo programa SPSS versão 21.0, considerando frequência absoluta e

relativa para as variáveis categóricas e mediana e amplitude interquartílica para as numéricas. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, o teste qui-quadrado de Pearson em conjunto com a análise dos resíduos ajustados foi aplicado. Na comparação de medianas entre os grupos, o teste de Kruskal-Wallis em conjunto com a análise de comparações múltiplas foi utilizado. Na avaliação dos tempos de unidades de saúde, atenção primária em saúde e formação na graduação conforme as barreiras relatadas, o teste de Mann-Whitney foi aplicado. O nível de significância utilizado foi de 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Parecer: 2.281.137/2017), seguindo os preceitos éticos previstos pelo Conselho Nacional de Saúde.

3. Resultados

3.1. Caracterização do tempo de atuação dos profissionais de saúde

O estudo analisou 175 questionários respondidos no período dezembro de 2016 a janeiro de 2017, que foram aplicados a profissionais que atuam em 24 Unidades de Básicas de Saúde (UBS). As 24 UBS contam com trezentos servidores vinculados a estes serviços, destes seis (2%) não quiseram participar do estudo, noventa (30%) estavam de férias e/ou afastamento, trinta (10%) estavam

em atividade de assistência à saúde no momento da aplicação do questionário, o restante 175 (58%) responderam ao estudo. Os respondentes foram: 53 Agentes Comunitários em Saúde (ACS), 7 Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), 25 Enfermeiros (ENF), 18 Médicos (MED), 14 Odontólogos (ODO) e 58 Técnicos de enfermagem (T.ENF). Dos respondentes 16 (9,1%) eram coordenadores de Unidade, sendo 14 enfermeiros (56%), 1 médico (5,5%) e 1 odontólogo (7,1%). Considerando a composição da equipe da Estratégia de Saúde da Família, todos os respondentes eram profissionais da equipe de saúde da família que direta ou indiretamente lidam com medicamentos.

As análises dos resultados foram categorizadas por número de participantes por profissão. As três primeiras questões do questionário abordaram o tempo de formação, de inserção na atenção primária e na unidade básica de saúde onde o profissional trabalha no momento atual. Para os agentes comunitários em saúde (ACS) e agentes de saúde bucal (ASB), que totalizaram 60 indivíduos, foi considerado como formação o tempo de ingresso na prática profissional. Os dados observados demonstram um maior tempo de atuação nas UBSs dos técnicos de enfermagem e dos agentes comunitários em saúde. A enfermagem e os odontólogos estão há menos tempo vinculados as unidades analisadas. Os enfermeiros apresentaram tempo médio de formação de 8 (5-11) anos e de tempo médio de atuação na Atenção Primária em Saúde de 4 (2-

8,5) anos e de permanência nas unidades de 2(1-2) anos. (Tabela 1)

3.2. Relevância que os profissionais de saúde atribuem à notificação de eventos adversos relacionados a medicamentos:

As respostas dos profissionais para as quatro questões relacionadas à notificação dos erros relacionados a medicamentos foram categorizadas considerando a assertiva afirmativa. O objetivo destas questões foi analisar se os profissionais sabem notificar erros, se consideram importante, se realizam notificação e se participam da notificação com a equipe de saúde. Os dados foram categorizados por profissão. Os agentes comunitários, auxiliares de saúde bucal e técnicos de enfermagem reconhecem que as equipes das unidades notificam erros relacionados a medicamentos ($p=0,232$). Todos os enfermeiros e médicos relataram ser importante notificar de erros relacionados a medicamentos, sendo que 27 (15,4%) respondentes informaram saber realizar a notificação. (Tabela II).

3.3. Barreiras identificadas pelos profissionais de saúde para realizar a notificação de eventos adversos a medicamentos

Foram realizadas dez questões para avaliar se os profissionais de saúde identificam possíveis barreiras para realização da notificação de erro relacionado a medicamento. As variáveis foram analisadas considerando as diferentes profissões (Tabela III).

O trabalho extra foi citado por 72 (41,1%) dos respondentes. Esta foi uma barreira importante para a notificação de erros relacionados a medicamentos para os enfermeiros ($p=0,018$).

O tempo para realizar a notificação de erros relacionados a medicamentos foi citado em 75 questionários (42,9%). Esta foi uma barreira importante para a notificação de erros relacionados a medicamentos para os médicos ($p=0,015$).

A falta de confiança na notificação de EAM foi relatada em 46 questionários (26,3%). Esta foi uma barreira importante para a notificação de erros relacionados a medicamentos para o odontólogo. A falta de eficácia, ou seja, o não retorno destas notificações ao serviço foi relatado por 56 profissionais de diferentes categorias (32,0%).

O medo aparece como uma categoria importante para relatar o erro relacionado ao medicamento. O medo de represália aparece em 51 (29,1%) das respostas, o de exposição em 60 (34,3%) dos respondentes e de perda de reputação profissional em 44 (25,1%) das respostas.

A falta de padronização para notificação de EAM apareceu em 120 questionários, perfazendo 68,6% da amostra, sendo uma barreira determinante para grande parte dos profissionais pesquisados.

A incapacidade de reconhecer erros relacionados a medicamentos aparece em 68

questionários, perfazendo 38,9% dos respondentes. Houve identificação de outras barreiras para notificação de erros relacionados a medicamentos por 35 respondentes (20,8%).

Considerando a totalidade das respostas os indivíduos (175), a falta de confiança parece ser uma barreira significativa para os profissionais com menor tempo de atuação nas unidades de saúde ($p=0,040$; Figura 1). Assim como, profissionais que acreditam que o medo de exposição por má prática é uma barreira para notificação de EAM possuem menor tempo de APS ($p=0,022$; Figura 1). O medo de perda da reputação é uma barreira para notificação de EAM para aqueles profissionais que possuem menor tempo de unidade de saúde ($p=0,049$; Figura 1). Outras barreiras para a notificação de EAM são elencadas por profissionais que possuem significativamente maior tempo de formação ($p=0,010$; Figura 1).

Os enfermeiros que afirmam que a equipe da unidade de saúde notifica EAM possuem menor tempo de APS ($p=0,047$; Figura 5). Para os demais profissionais, as diferenças não foram estatisticamente significativas ($p>0,05$).

4. Discussão

As unidades de saúde que fizeram parte deste estudo pertencem a um distrito de saúde com população de 148.778 habitantes,²³ 24 unidades de saúde e 300 profissionais de saúde. O tema da pesquisa estimulou o debate nas reuniões de equipe das unidades de saúde

analisadas, isto fica demonstrado pelo número de respondentes, 58% de todos profissionais que atuam neste local. Os profissionais de saúde de instituições hospitalares têm debatido o tema do EAM, isto não parece ser a realidade na APS, apesar de que um terço de todos os EA ocorrerem em ambiente de cuidados primários podendo ser mais graves do que aqueles que ocorrem no ambiente hospitalar.^{24,25}

Analisando as respostas sobre a relevância da notificação de EAM 168 respondentes (96%) relatam a importância da notificação de erros relacionados a medicamentos, sendo que apenas 27 (15,4%) relatam saber notificar. As enfermeiras que relataram saber notificar EAM foram 20%, os médicos 11,1% e os odontólogos em sua totalidade relataram não saber notificar.

Waring(2005)²⁶ no estudo sobre barreiras culturais sinaliza que alguns erros comuns não são percebidos como tal e que são considerados rotina no contexto de trabalho médico e por isso não são notificados.

O tempo para realizar a notificação de erros relacionados a medicamentos aparece como uma barreira para os enfermeiros e médicos. A falta de padronização da notificação foi considerada uma barreira importante para a não notificação. A falta de confiança em notificar foi identificada como barreira para notificação de erros relacionados a medicamentos nos profissionais que trabalham há menos tempo na UBS. Os agentes de saúde bucal identificam que a notificação gera

trabalho extra sendo a principal barreira para a notificação de erros relacionados a medicamentos. Os técnicos de enfermagem identificam como principal barreira a falta de padronização da notificação de erro relacionado a medicamento.

Os profissionais que atuam há mais tempo nas unidades analisadas foram os médicos e ACS. Os que apresentaram maior rotatividade nas UBSs foram os enfermeiros e odontólogos. A alta rotatividade de profissionais de saúde nos serviços públicos tem se constituído em um desafio nas unidades de saúde de atenção primária. A limitação quanti e qualitativa dos recursos humanos, o uso indevido das tecnologias e a baixa continuidade da atenção prestada aos pacientes impacta no cotidiano dos trabalhadores de saúde.²⁷

Os referenciais teóricos sugerem que mais de 1,5 milhões de eventos adversos evitáveis de medicamentos, ou lesões devido a medicamentos, ocorrem nos Estados Unidos anualmente, destes 140.000 morrem.²⁸ Nos pacientes ambulatoriais com idade superior a 65 anos, estima-se que os efeitos adversos evitáveis de medicamentos excedam 530 000 por ano.²⁹ Aproximadamente um terço dos eventos adversos de medicamentos ambulatoriais pode ser evitável ou melhorado.³⁰ Alguns eventos adversos relacionados a medicamentos são resultado de erros não detectados.

No presente estudo, o medo de exposição em notificar e o medo de perda de reputação por

errar predominaram nos diferentes grupos profissionais. Os profissionais de saúde devem perceber o erro como inerente ao processo de cognição humana. Identificar o erro pode contribuir no estabelecimento de rotinas relacionadas à segurança do paciente.³¹ O medo é tido como uma das principais barreiras para a não notificação de EAM, principalmente em profissionais que trabalham há menos tempo na APS. Este sentimento, como barreira individual para notificação aparece em vários estudos sobre o tema.^{32,33} Em estudo realizado em Unidade de Terapia Intensiva no Reino Unido com entrevista a profissionais sobre erros relacionados a medicamentos, as barreiras encontradas foram: medo de perda do registro profissional, medo de ser visto como incompetente, medo de exposição com os colegas e medo de ser considerado culpado.³⁴

O medo deve-se muitas vezes à maneira pela qual erros são tratados na área da saúde. O erro é visto como inaceitável, já que estes profissionais lidam diretamente com vidas humanas, além de individual, ao invés de sistêmico, o que faz com que muitos profissionais tentem escondê-los ao invés de notificá-los. Alguns estudos mostram, porém, que a maior parte dos erros se deve ao sistema e não a falhas individuais.³⁴ Tal visão é prejudicial à segurança do paciente, já que identificar o erro pode contribuir no estabelecimento de rotinas relacionadas à segurança do paciente.³¹ Os profissionais de saúde devem perceber o erro como inerente ao

processo de cognição humana. Aceitar este fato para que se lide com os erros ao invés de escondê-los é essencial para que se previna futuros eventos adversos, já que a notificação dos que ocorreram no passado pode auxiliar em mudanças no sistema.

A incapacidade de reconhecer o evento adverso relacionado ao medicamento foi uma barreira determinante de não notificação. A notificação voluntária de eventos adversos tem sido proposta para ajudar a identificar e compreender os erros relacionados a medicamentos.^{35,2} A identificação e compreensão dos eventos adversos relacionados a medicamentos pode contribuir no cuidado de saúde com qualidade, para que além de segura a utilização dos medicamentos possa ser equitativa, oportuna, efetiva, eficiente e centrada no paciente.^{36,2} O fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais no cotidiano do trabalho é um condicionante para o desenvolvimento de estratégias para redução de incidentes na atenção primária à saúde.^{37,38}

A falta de padronização da notificação é citada por 68% dos respondentes, sendo a barreira mais citada por eles. Este dado indica a necessidade de um sistema efetivo e contínuo para notificação de EAM reconhecido pela APS. O desenvolvimento e implementação de um sistema para receber notificações nas instituições de saúde facilita e agiliza o processo de tomada de decisões a partir da notificação, minimizando riscos e evitando

eventos adversos, ampliando a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes em todos os níveis.³³

Os profissionais que indicaram outras barreiras para notificação de EAM além das já apresentadas no questionário possuem maior tempo de formação.

Os enfermeiros que notificam os erros relacionados a medicamentos são os que trabalham há menos tempo na APS, quando comparados aos que trabalham há mais tempo. O ensino sobre segurança do paciente é recente nas graduações em saúde. Estes conteúdos quando presentes na formação universitária estimulam o egresso a desempenhar atividades relacionadas ao tema.³³ Os enfermeiros em virtude de suas atribuições na equipe de saúde, tem responsabilidade na prevenção de eventos adversos na prática assistencial, sendo pouco instrumentalizados na sua formação para lidar com os erros, principalmente, porque esses são associados a sentimentos de incapacidade, culpa, vergonha e limitado conhecimento científico.³⁹⁻⁴¹ O fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais no cotidiano do trabalho é um condicionante para o desenvolvimento de estratégias para redução de incidentes na atenção primária à saúde.¹⁷

O desenvolvimento e implementação de um sistema para receber notificações nas instituições de saúde facilita e agiliza o processo de tomada de decisões a partir da

notificação, minimizando riscos e evitando eventos adversos, ampliando a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes em todos os níveis de complexidade de assistência em saúde.³³

A Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 01/2015 traz orientações gerais para notificação de eventos adversos relacionados a assistência à saúde.⁴² Os erros relacionados a medicamentos devem ser notificados em formulário próprio no sistema NOTIVISA 1.0, conforme orientações previstas na Nota Técnica nº02/2015.⁴³ Estas notificações devem ser realizadas pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e por usuários, familiares ou cuidadores. Cabe aos serviços de saúde sistematizar as informações de notificação que devem ser encaminhadas ao sistema de informação do NSP. É função do NSP identificar, analisar e notificar os EA, cabendo a gestão municipal, distrital definir o que deve ser priorizado.⁴³

O reconhecimento a partir da *World Alliance for Patient Safety em 2004* com a criação de uma agenda de pesquisa para definir e identificar prioridades na área da Segurança do Paciente identifica ações prioritárias a serem destacadas, entre as quais o monitoramento de eventos adversos relacionados a medicamentos na atenção primária em saúde. Isto só parece possível no reconhecimento de uma cultura de segurança do paciente, onde a notificação seja entendida como uma ferramenta de cuidado ao usuário em saúde da APS.³⁷

Como limitação do estudo seus achados não podem ser extrapolados para a totalidade dos profissionais da APS do Brasil, considerando a metodologia proposta e o percentual de retorno de 58% dos profissionais da equipe de saúde. A dinâmica das equipes de saúde, o excesso de demanda das unidades fez com alguns profissionais deste distrito de saúde não pudessem responder aos questionários.

Este estudo pode avaliar como as equipes de saúde da família deste território de saúde reconhecem a notificação de eventos adversos relacionados a medicamentos, apontando fragilidades e pontos críticos que contribuem para o erro neste processo de trabalho, sinalizando a necessidade de expor estes dados para instigar o debate da cultura da segurança do paciente neste nível de atenção em saúde.

5. Considerações Finais

A diversidade destes locais de saúde permitiu reconhecer nas falas dos respondentes a interface entre a existência do EAM e a não realização da notificação. As várias barreiras identificadas para notificação parecem sinalizar a necessidade de intervenções que possam minimizá-las. A dinâmica de trabalho das equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família pode se constituir em uma forma de abordagem desta temática junto a Atenção Primária em Saúde, se houverem aproximações na operacionalidade de núcleos de segurança de paciente que deem conta da Educação Permanente em Saúde voltados para o uso seguro do medicamento. Desta forma este estudo de forma pontual procurou abordar o tema e trazer ao debate a importância da equipe em saúde como estratégica para o uso seguro de medicamentos, desde que com conhecimento nesta abordagem.

Referências

- ¹Second Global Ministerial Summit on Patient Safety. [Internet] [citado 10 jul 2017] Disponível em: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/health/patient-safety-summit-2017.html>.
- ²Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, ed. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.
- ³World Health Organization. Cuidados de Saúde Primários – agora mais que nunca. [Internet] 2008. [citado 26 dez 2017] Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/08_overview_pr.pdf
- ⁴Montesi G, Lechi A. Prevention of medication errors: detection and audit. Br J Clin Pharmacol. 2009;67(6):651-655.
- ⁵Marchon, SG. A Segurança do paciente na APS. [Tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015.
- ⁶Estudo APEAS. [citado 15 out 2016]. Disponível em:
- ⁷M Aranaz-Andrés, C Aibar Remón C, Limón-Ramirez R, Amarilla, A, Restrepo FR, Urroz O et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events'. BMJ Qual Saf 2011 Dec;20(12):1043-1051.
- ⁸The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCCMERP: The First Ten Years, 2005.

- ⁹Kwan JL, Lol, Sampson M, Shojania K.G. Medication Reconciliation During Transitions of Care as Patient Safety Strategy. *Ann intern Med.* 2013; 158:397-403.
- ¹⁰National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention About Medication Errors [Internet] [citado 2 nov 2016]. Disponível em:
- ¹¹World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report. Chapter 3. The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred Terms [Internet]. Geneva: WHO; 2009. [citado..] Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
- ¹²ASHP. Guidelines on preventing medication errors in hospitals. *Am J Hosp Pharm.* 1993; 50:305-314.
- ¹³National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention About Medication Errors. [Internet] [citado] Disponível em: <http://www.nccmerp.org/sites/default/files/indexBW2001-06-12.pdf>.
- ¹⁴Gandhi TK, Seger DL, Bates DW. Identifying drug safety issues: from research to practice. *Int J Qual Health Care* 2000;12:69-79.
- ¹⁵World Health Organization. Reporting and learning systems for medication errors: the role of pharmacovigilance centres [Internet]. 2014. [citado] Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21625en/s21625en.pdf>
- ¹⁶Bohomol E, Ramos LH. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Rev bras enferm.* 2007;60(1): 32-36.
- ¹⁷Marchon SG, Junior WLM. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(7):1395-1402.
- ¹⁸Anderson JG, Ramanujam R, Hensel D, Anderson MM, Sirio CA. The need for organizational change in patient safety initiatives. *Int J Med Inform.* 2006 Dec; 75(12):809-817.
- ¹⁹Mostafaei D, Marnani BA, Esfahani HM, Fatemeh E, Shahzaidi S, Jamshidi E et al. Medication errors of nurses and factors in refusal to report medication. *Iran Red Crescent Med J.* 2014;16(10).
- ²⁰National Health Service. Seven steps to patient safety for primary care [Internet]. National Patient Safety Agency. May, 2006. [citado] Disponível em:
- ²¹Leape LL. Reporting of adverse events. *N Engl J Med.* 2002;347(20):1633-1638.
- ²²Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad de Saúde Pública.* 2008; 24(1):17-27.
- ²³Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br/home/> Acesso em 30 de Abril, 2017.
- ²⁴Cohen MR. Erros de Medicação. Washington: American Pharmaceutical Association; 1999.
- ²⁵World Health Organization. World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: the conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report. Geneva: WHO; 2009.
- ²⁶Waring JJ. Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting. *Soc Sci Med* 2005;60:1927e35.
- ²⁷Aspden P. Prevenção de erros de medicação. Washington: National Academic Press; 2006. Comitê para Identificar e Prevenir Erros de Medicamentos.
- ²⁸Robertson WO. Errors in prescribing. *Am J Health Sist Pharm.* 1995;52:382-385.
- ²⁹Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, Seger AC, Peterson J, Burdick E et al. Efeitos adversos de medicamentos no ambulatório. *N Engl J Med.* 2003;348(16):1556-1564.
- ³⁰Pedreira MLG, Harada MJCS. Aprendendo com erros. In: Harada MJCS et al. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 175-184.
- ³¹Kaldjian LCL, Jones EW, Rosenthal GE, Tripp-Reimer T, Hillis SL. An empirically derived taxonomy of factors affecting physicians' willingness to disclose medical errors. Audio, Transactions of the IRE Professional Group. *J Gen Intern Med.* 2006;21(9):942-948.
- ³²Haw C, Stubbs J, Dickens GL. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2014;21(9):797-805.
- ³³Sanghera IS, Franklin BD, Dhillion S. The attitudes and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in a UK intensive care unit. *Anaesthesia* 2007;62:53e61.
- ³⁴Aspden P. Prevenção de erros de medicação. Washington: National Academies Press; 2006. Comitê para Identificar e Prevenir Erros de Medicamentos.

- ³⁵Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros FC. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011; 11,377(9782): 2042-2053.
- ³⁶Wegner W, Silva SC, Kantorski K, Predebon CM, Sanches MO. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. *Esc Anna Nery*. 2016;20(3).
- ³⁷Capucho HC, Cassiani, SHB. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(4):791-798.
- ³⁸Duarte SC, Stipp MA, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. *Rev Bras Enferm*. 2015 jan/fev;68(1):136-146.
- ³⁹World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [citado 8 dez 2015]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf
- ⁴⁰Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. [Internet] Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. [citado ...] Disponível em:
- ⁴¹Reis TC, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciênc saúde Coletiva*. 2013;18(7).
- ⁴²Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA. Nota Técnica conjunta nº01 GVIMS/GGTES/ANVISA Nº01. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados a assistência em saúde. Brasília; 2015.
- ⁴³Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica conjunta nº02/2015. Gerência Geral de Monitoramento de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária- GGMON/ANVISA e Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde- GGTES/ANVISA. Orientações aos serviços e profissionais de saúde para a notificação de erros de medicação no sistema NOTIVISA, 2015. Brasília; 2015. [citado] Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-conjunta-n-02-2015>.

Submissão: 13/10/2018

Aceite: 06/01/2019