

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

CHRISTINA COELHO NUNES

(RE) ORGANIZAR PROCESSOS DE TRABALHO E A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: um ensaio sobre a os incômodos vivenciados na trajetória de uma farmacêutica no Sistema Único de Saúde

BELO HORIZONTE

2024

CHRISTINA COELHO NUNES

(RE) ORGANIZAR PROCESSOS DE TRABALHO E PROMOVER SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: um ensaio sobre a os incômodos vivenciados na trajetória de uma farmacêutica no Sistema Único de Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Érika Guimarães Lage

BELO HORIZONTE

2024

N972r

Nunes, Christina Coelho.

(Re) organizar processos de trabalho e a segurança do paciente na atenção primária à saúde: um ensaio sobre a os incômodos vivenciados na trajetória de uma farmacêutica no Sistema Único de Saúde. / Christina Coelho Nunes. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

38 f.

Orientador(a): Érika Guimarães Lage.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Segurança do Paciente. 2. Educação Permanente em Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Processos de Trabalho. I. Lage, Érika Guimarães. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM W 84.6

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

ATA DE APRESENTAÇÃO DE TCC

Curso de Especialização *lato sensu em Saúde Pública*

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

*No dia **03** do mês de **outubro** de **2024**, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da aluna **Christina Coelho Nunes,** intitulado "(Re) Organizar processos de trabalho e segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre os incômodos vivenciados na trajetória de uma farmacêutica no Sistema Único de Saúde" foi avaliado pela banca composta por: **Érika Guimarães Lage** (orientadora), **Nádia Aparecida Campos Dutra** (Avaliadora) e **João André Tavares Álvares da Silva** (Avaliador), sendo considerado Aprovado, obtendo Nota/Conceito 98/A.*

Reformulações:

(X) Sugeridas – Conceito A e B.

( ) Exigidas para entrega em versão final – em conceito C.

Observações: As sugestões serão encaminhadas pelos avaliadores e serão acatadas.

Belo Horizonte, 03 de outubro de 2024.

_____

Érika Guimarães Lage - Orientadora

_____

Nádia Aparecida Campos Dutra – Avaliadora

_____

João André Tavares Álvares da Silva - Avaliador

Documento assinado eletronicamente por **João André Tavares Álvares da Silva**, **Analista de Educação e Pesquisa em Saúde - AEPS**, em 03/10/2024, às 10:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017 .

Documento assinado eletronicamente por **Erika Guimarães Lage**, **Servidor (a) Público (a)**, em 03/10/2024, às 10:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Nadia Aparecida Campos Dutra**, **Coordenador(a)**, em 03/10/2024, às 10:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **97784612** e o código CRC **EA2FE447**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os docentes da ESP-MG pela oportunidade de nos reencontrarmos no plano educacional, aos professores convidados e demais profissionais que fazem o impossível para que a Escola seja de fato uma instituição comprometida com a formação ética e responsável dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde.

À todas as pessoas que atravessaram minha caminhada pelo SUS contribuindo com o acúmulo de experiências que são utilizadas no meu dia a dia. E em especial a minha Orientadora Érika Lage por acreditar em mim e conseguir registrar minha voz através da escrita.

À minha família por ser a base e o caminho de tudo.

Mistério do Planeta

Novos Baianos

Vou mostrando como sou e vou sendo como posso
Jogando meu corpo no mundo
Andando por todos os cantos e pela lei natural dos encontros Eu deixo e recebo um tanto
E passo aos olhos nus ou vestidos de lunetas, passado, presente
Participo sendo o mistério do planeta
Pai-ó-ba-dó-ra-hm-da-ió-ba-da-ru-dem
Pi-ró-pó-hm-be-nó-hm-ba-ió-tum-dem
Pa-ió-pa-pi-ra-pum-ba-ió
Bum-de-ró-pó-um-bi-ra-pum-ba-ió-bum-dem
Vou mostrando como sou e vou sendo como posso
Jogando meu corpo no mundo
Andando por todos os cantos e pela lei natural dos encontros Eu deixo e recebo um tanto
E passo aos olhos nus ou vestidos de lunetas, passado, presente
Participo sendo o mistério do planeta
O tríplice mistério do "stop"
que eu passo por e sendo ele
No que fica em cada um
No que sigo o meu caminho e no ar que fez que assistiu
Abra um parênteses, não esqueça
Que independente disso, eu não passo de um malandro
De um moleque do Brasil
que peço e dou esmolas
Mas ando e penso sempre com mais de um
Por isso ninguém vê minha sacola

RESUMO

Durante os 15 anos de atuação profissional no Sistema Único de Saúde, vivenciei e observei situações na rotina de trabalho dos profissionais das equipes de atenção primária à saúde, que podem estar relacionadas à segurança do paciente. Cenas repetidas relacionadas à infraestrutura inadequada, ausência de padronização de processos e fluxos assistenciais, comunicação ineficaz, falhas na identificação correta do paciente e uso do medicamento seguro. Este ensaio tem como objetivo identificação de pontos críticos e avaliação das estratégias adotadas para superá-los, visando aprimorar as práticas e promover um ambiente mais seguro para os usuários do SUS. Após a análise das cenas descritas, elas foram agrupadas em quatro blocos de intervenções: Intervenções na Estrutura: Construindo o Alicerce do Cuidado; Intervenções na Organização da Oferta do Cuidado; Intervenções relacionadas à Segurança do Paciente; e Intervenções na Organização da APS: Amarrando as pontas soltas. Os desafios da reorganização dos processos de trabalho das equipes de atenção primária à saúde são grandes. As intervenções necessárias para a alternância deste cenário, com vistas à garantia de uma oferta de cuidado segura, envolvem articulação entre gestores, agendas de Educação Permanente em Saúde, cumprimento das normativas vigentes e também um trabalho das instituições de ensino que são responsáveis pela formação dos profissionais que atuarão na área da saúde, sobretudo no SUS.

Palavras-chave:
Segurança do Paciente; Educação Permanente em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Processos de Trabalho.

ABSTRACT

During my 15 years of professional experience in the Unified Health System (SUS), I have encountered and observed situations in the routine work of primary care teams that may be related to patient safety. Recurrent issues related to inadequate infrastructure, lack of standardized processes and care flows, ineffective communication, failures in the correct identification of patients, and safe medication use have been observed. This essay aims to identify critical points and evaluate the strategies adopted to overcome them, with the goal of improving practices and promoting a safer environment for SUS users. After analyzing the described situations, they were grouped into four intervention blocks: Interventions in Structure: Building the Foundation of Care; Interventions in the Organization of Care Delivery; Interventions Related to Patient Safety; and Interventions in the Organization of Primary Care: Tying Up Loose Ends. The challenges of reorganizing the work processes of primary care teams are significant. The necessary interventions to alter this scenario, aiming to ensure safe care delivery, involve coordination among managers, ongoing health education agendas, adherence to current regulations, and also the work of educational institutions responsible for training professionals who will work in the health sector, especially within SUS.

Keywords: Patient Safety; Continuing Health Education; Primary Health Care; Work Processes.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	-	Assistência Farmacêutica
ANVISA	-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	-	Atenção Primária à Saúde
AAE	-	Atenção Ambulatorial Especializada
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CQPTAPSAV	-	Coordenação de Qualificação de Processos de Trabalho e Ações de Vigilância
CSBAI	-	Coordenação de Saúde Bucal e Ações Integradas
DML	-	Depósito de Material de Limpeza
DPAPS	-	Diretoria de Políticas de Atenção Primária em Saúde
EA	-	Eventos Adversos
EPS	-	Educação Permanente em Saúde
EPI	-	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	-	Estratégia da Saúde da Família
IA	-	Inteligência Artificial
JCI	-	Joint Commission International
MACC	-	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MG	-	Minas Gerais
MS	-	Ministério da Saúde
NSP	-	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
PESP-MG	-	Plano Estadual de Segurança do Paciente de Minas Gerais
PDRI	-	Plano Diretor de Regionalização e Investimentos
PNSP	-	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP	-	Procedimento Operacional Padrão

PSF	-	Programa Saúde da Família
RAS	-	Rede de Atenção à Saúde
RDC	-	Resolução da Diretoria Colegiada
RT	-	Redes Temáticas
SIGAF	-	Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
SES-MG	-	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
VIGIPOS	-	Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária
WHO	-	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....9

2. CATEGORIAS ANALÍTICAS: um olhar sobre a literatura.....12

2.1 A Construção Social da Atenção Primária à Saúde e Educação Permanente em Saúde 12

2.2 A Segurança do Paciente 13

2.2.1 Histórico de implementação da Cultura de Segurança do Paciente em Minas Gerais.....16

2.2.2 A regulamentação e implantação dos Núcleos Municipais de Segurança do Paciente.....18

3 ESCOLHA METODOLÓGICA: o ensaio vivendo e refletindo as práticas do cotidiano do SUS.....19

4 CENAS EXPERIENCIADAS NO SUS.....20

4.1 Cenas de intervenções na estrutura: construindo o alicerce do cuidado.....21

4.2 Cenas de intervenções na organização da oferta do cuidado.....24

4.3 Cenas de intervenções relacionadas a segurança do paciente 27

4.4 Cenas de intervenções na reorganização da APS: amarrando as pontas soltas 32

5 APONTAMENTOS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS 32

REFERÊNCIAS 34

1. INTRODUÇÃO

O ano era 2009 e a rotina diária era, acordar, tomar banho, tomar café e iniciar as buscas por banco de empregos em sites, editais para concursos e ofertas de vagas para Farmácia e assim tive a oportunidade de participar de alguns processos ao longo de seis meses. Era um sábado de agosto aproximadamente 14h, meu telefone toca era uma Secretária de Saúde de um Município conhecido perguntando se eu teria disponibilidade de iniciar no cargo de Farmacêutico Municipal, prontamente disse "SIM", sem perguntar absolutamente nada sobre o serviço, carga horária e salário. Enfim, foi um SIM de coração.

Iniciei a prestação de serviços farmacêuticos, inserida no contexto da Atenção Primária em Saúde mais precisamente dentro de um Centro Municipal de Saúde, e concomitante à minha chegada foi inaugurada uma nova Equipe de Estratégia da Saúde da Família e assim nasceu o meu amor pela estratégia do Ministério da Saúde, caminhamos lado a lado na construção de processos de trabalho com vistas a qualificar o processo de Assistência Farmacêutica e Assistência de Enfermagem. Nesse espaço e nesse sentimento de doação, concentrei todos esforços e aprendizados adquiridos durante a graduação para que eu me tornasse uma profissional que conseguisse gerar valor aos usuários durante a prestação de serviços.

Neste Centro de Saúde, inicialmente a farmácia se localizava numa sala pequena, não tínhamos espaço físico necessário, o estoque se encontrava em um banheiro inativado e logo após o diagnóstico realizado, solicitei o meu primeiro pedido, novo local para a Farmácia, pleito este nunca atendido por outros gestores, mas tive fundamentação legal e articulação entre gestores e, em pouco tempo, a Assistência Farmacêutica municipal alcançava as primeiras conquistas.

A infraestrutura do serviço onde localizava-se a Farmácia, impossibilitava o cumprimento das resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no que tange ao cumprimento das diretrizes relacionadas às boas práticas na Assistência Farmacêutica. A armazenagem dos medicamentos poderia estar sendo comprometida em virtude do local em que se encontrava não atendendo os requisitos mínimos dispostos nas resoluções em vigor à época, como por exemplo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 216, de 15 de agosto de 2009 (ANVISA, 2009).

Outros processos de trabalho como dispensação de medicamentos e o serviço de orientação farmacêutica não dispunham de espaço adequado para a realização, podendo ocasionar desvios no desenvolvimento das atividades e expondo os usuários ao recebimento de um cuidado em desacordo das normas de segurança do paciente.

O público com quem tive contato durante meus quase dez anos de assistência, possuíam características distintas: eram crianças, jovens, adultos, idosos e a assistência se passava por todos os ciclos de vida. Ao iniciar as atividades, pude identificar na rotina do dia a dia, as dificuldades das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) em reorganizar os processos de trabalho desenvolvidos, logo os usuários nem sempre se sentiam acolhidos e com suas demandas atendidas.

Inicialmente, me propus a organizar os processos de trabalho da "casa" da farmácia. Construí e padronizei fluxos, elaborei Procedimento Operacional Padrão (POP), solicitei à Secretaria Municipal de Saúde a possibilidade de alteração do local de funcionamento da farmácia e tive o pleito aprovado. Adequamos a rotina de trabalho para que os profissionais (Farmacêutica e Técnica de Farmácia) estivessem no estabelecimento durante todo o horário de funcionamento do centro municipal de saúde. Informatizamos a Assistência Farmacêutica e, aos poucos, foi possível perceber que pequenas mudanças reverberam significativamente na vida dos usuários.

Esse movimento na Assistência Farmacêutica provocou uma onda de organização dos processos por parte de outros profissionais da assistência de maneira geral. Estruturaram reuniões periódicas, produziram materiais para o processo de educação em saúde e revisaram a ambiência do centro municipal de saúde. Éramos uma equipe que trabalhávamos de forma interprofissional, e aos poucos fomos reorganizando a APS.

Após alguns meses, o Município celebrou a adesão, por meio da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), ao Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde. Esse foi o meu primeiro contato com o processo de Educação Permanente em Saúde e com a temática "Construção Social da APS", além do célebre escritor Eugênio Vilaça Mendes é um momento onde os profissionais de saúde tiveram a oportunidade de discutir sobre a necessidade de reorganizar os processos de trabalho da APS.

A construção social da APS é uma proposta prática que aborda formas de reorganizar o trabalho das equipes de atenção primária e das unidades de saúde, utilizando tutorias de

forma presencial e a distância, educação permanente, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), o modelo de melhoria, o gerenciamento de processos e a educação tutorial (Mendes, 2019, p.14).

Passados dez anos, ingressei na SES-MG após uma longa espera para a posse do concurso e iniciei o meu exercício na Assistência Farmacêutica. Passei pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, na Câmara Técnica de Judicialização em Saúde, e, por último, atualmente me encontro na Superintendência de Atenção Primária, onde tudo começou. Do ponto de vista da gestão, tenho contribuído para a construção de políticas e projetos que possuem como objetivo reorganizar os processos de trabalho da APS, com o referencial atualizado de Eugênio Vilaça Mendes.

Durante todo o meu percurso no SUS, a preocupação com a reorganização dos processos de trabalho esteve sempre presente, a fim de proporcionar um atendimento ao usuário que fosse resolutivo e seguro. Embora o tema da segurança do paciente tenha ganhado maior visibilidade a partir de 2013, ele sempre foi uma prioridade intrínseca nas minhas atividades, garantindo que cada interação com o sistema de saúde fosse realizada com a máxima qualidade e segurança. A segurança do paciente é definida como a redução dos riscos e dos danos desnecessários associados à assistência em saúde a um mínimo aceitável e tem sido tema recorrente nos programas e nas políticas de saúde em todo mundo (Brasil, 2014)**.**

No Brasil, em 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) juntamente com a RDC nº 36 que previam o desenvolvimento de seis protocolos básicos sobre segurança do paciente e a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP)**.** Estes deveriam promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente em diferentes locais de assistência à saúde como: hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS), clínicas e serviços especializados de diagnóstico e tratamento (ANVISA, 2013).

Discutir e implementar estratégias de segurança na APS significa garantir que os cuidados prestados sejam eficazes, seguros e centrados no usuário, minimizando a ocorrência de erros e danos. A segurança do paciente na APS contribui não só para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, mas também para o fortalecimento da confiança da população no sistema de saúde.

A segurança do paciente é amplamente discutida, estudada e reconhecida pelos profissionais e pelos usuários, no âmbito hospitalar. Contudo, na APS, faz-se necessário realizar avanços, pois apesar de ser considerada relativamente segura e eventos adversos também estão presentes neste nível de atenção (Mesquita et al., 2016; Silva et al., 2019).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é aclarar as cenas vivenciadas na trajetória profissional, identificando e discutindo os incômodos frequentes e como eles impactam as ações dos profissionais de saúde em relação ao Modelo de Construção Social da APS e à Segurança do Paciente na Atenção Primária. Com base nas análises, serão propostas recomendações para reorganizar processos de trabalho, visando otimizar a segurança do paciente e aprimorar a eficiência dos serviços na APS.

2. CATEGORIAS ANALÍTICAS: um olhar sobre a literatura

2.1 A Construção Social da Atenção Primária à Saúde e Educação Permanente em Saúde

O modelo de construção social da APS, desenvolvido por Mendes et al. (2015), é estruturado em quatro fases, denominadas "momentos". No primeiro momento, as demandas da APS são classificadas por afinidade, facilitando a organização e gestão dessas necessidades. O segundo momento estabelece a relação entre essas demandas e a infraestrutura disponível, sendo esses dois estágios fundamentais para avaliar a resolutividade da APS (Mendes, 2015).

O terceiro momento foca na capacidade assistencial da APS, com destaque para seu papel de coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para exercer essa função de maneira eficiente, é imprescindível o uso de tecnologias que aprimorem a coordenação do cuidado. O quarto e último momento aborda a regulação das condições crônicas não agudizadas, destacando que o modelo vigente de regulação, baseado na oferta, está esgotado. Para uma regulação mais eficaz, propõe-se a substituição por um modelo voltado para a saúde da população, alinhado aos novos paradigmas de gestão.

Esse modelo utiliza a metáfora da construção de uma casa para simbolizar a organização dos diferentes perfis de oferta na APS. A gestão por processos, essencial para essa construção, envolve três etapas principais: mapeamento, redesenho e implantação dos

processos, seguidos pelo monitoramento dos processos redesenhados. A implementação dessas etapas é apoiada por uma estratégia educacional, composta por oficinas tutoriais, cursos e auditorias de produtos.

A metáfora da "casa da APS" nos convida a refletir sobre as intervenções tanto na estrutura quanto nos macros e micro processos que permeiam a APS, evidenciando como essa organização impacta diretamente a qualidade dos cuidados oferecidos. Nesse contexto, a análise do trabalho em saúde surge como uma das principais estratégias para promover mudanças na organização dos serviços e nas práticas desenvolvidas, sendo também a base da Educação Permanente em Saúde (EPS). Nesta, destaca-se a importância da problematização, da reflexão e da análise crítica das práticas cotidianas realizadas pelos profissionais nos diferentes serviços que compõem a rede de atenção à saúde (Minas Gerais, 2022).

2.2 A Segurança do Paciente

A história da Segurança do Paciente no Brasil é pontuada por marcos significativos que evidenciam a constante busca por práticas mais seguras e eficazes no cuidado à saúde (FIGURA 1). Em 1999, o país foi impactado pelo relatório "*To Err Is Human: Building a Safer Health System*" (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde Mais Seguro), que chamou a atenção para a necessidade de promover um sistema de saúde mais seguro (OMS, 2021).

A partir de um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em colaboração com a Joint Commission International (JCI) – Comissão Conjunta de Acreditação de Instituições de Cuidados à Saúde no período de 1995 a 2005, foram investigados os eventos adversos em saúde, que a OMS atualmente classifica como incidentes com dano. Os resultados indicaram que as causas estão relacionadas à falha de comunicação entre os profissionais de saúde, seja durante a transição de cuidados, pela falta de registro em prontuários ou pela ocorrência de prescrição verbal, seguida de uma avaliação inadequada do paciente (OMS, 2021).

Em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e identificou processos que poderiam contribuir com esta estratégia, reduzindo os riscos para os pacientes. Desta forma, A JCI e a OMS estabeleceram seis metas internacionais de

segurança do paciente, com o objetivo de promover melhorias específicas em situações de assistência consideradas de maior risco (OMS, 2021).

Adotadas por instituições em todo o mundo como uma forma de oferecer um atendimento cada vez melhor e mais adequado, as metas são: identificação do paciente, comunicação efetiva, uso seguro de medicamentos, realização de cirurgias seguras, prevenção do risco de infecções, prevenção do risco de quedas e lesão por pressão (OMS, 2021).

Em 2004, o Brasil aderiu à Aliança Mundial para Segurança do Paciente, reforçando seu compromisso global com a segurança nos cuidados de saúde. Nos anos seguintes, a nação participou ativamente de desafios globais, como o de 2005-2006, focado na higienização das mãos como medida fundamental para uma assistência limpa e segura (Brasil, 2017; OMS, 2021).

Os anos de 2007-2008 foram marcados pelo 2º desafio global, enfatizando que "cirurgia segura salva vidas". Nesse período, a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica foi um avanço crucial para garantir a segurança durante procedimentos cirúrgicos. Em 2009, a Portaria Nº 1.660 que instituiu o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPOS), no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do SUS (Brasil, 2009a, 2017; OMS, 2024).

No ano de 2011, a RDC 63/2011 estabeleceu requisitos de boas práticas para o funcionamento de serviços de saúde, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente (Brasil, 2011). O ano de 2013 foi particularmente relevante para a temática da segurança do paciente, com a publicação de diversas portarias e resoluções, incluindo a Portaria nº 529, a Portaria nº 941, a RDC nº 36/2013 e as Portarias nº 1.377 e nº 2.095, focadas na promoção de práticas seguras nos serviços de saúde. Essas medidas abrangeram desde a obrigatoriedade da elaboração de Protocolos de Segurança do Paciente até a criação de NSP para essa finalidade (ANVISA, 2013; Brasil, 2011, 2013a,b,c,d; 2017).

Por meio da Portaria MS/GM nº 529/2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). A Segurança do Paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado, e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma

assistência segura (Brasil, 2013a). Dentro dos objetivos específicos do PNSP encontram-se:

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.

Em 2017, a OMS atualizou a sua Lista de Verificação de Cirurgia Segura, aprimorando as práticas e reforçando a importância das equipes multidisciplinares na prevenção de erros. Um estudo em 25 hospitais do Paraná, Brasil, mostrou que o uso do checklist promove a segurança do paciente, melhora a comunicação entre os profissionais e contribui para a qualidade do atendimento (Tostes et al., 2019).

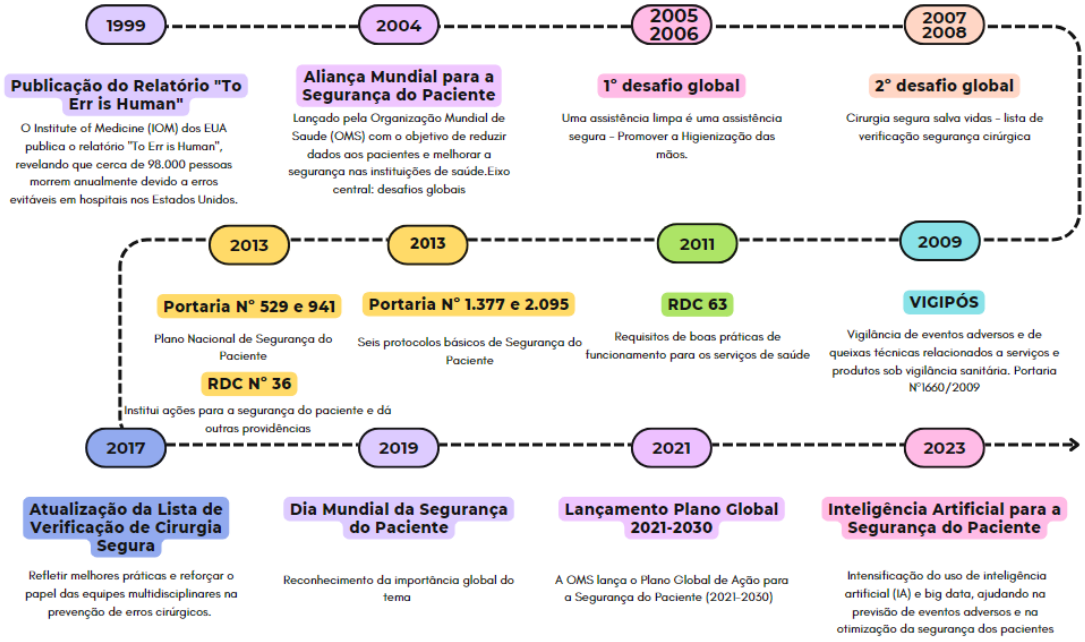
Em 2019, a OMS declarou o dia 17 de setembro como o Dia Mundial da Segurança do Paciente, reconhecendo a importância global do tema e promovendo campanhas anuais para estimular a adoção de melhores práticas. Em 2024, o slogan da campanha é "*Get it right, make it safe!"* (Faça certo, torne seguro!), enfatizando a importância do diagnóstico correto e oportuno para melhorar a segurança do paciente (OMS, 2024).

A pandemia de COVID-19, em 2020, expôs vulnerabilidades nos sistemas de saúde em relação à segurança do paciente, particularmente em áreas como prevenção de infecções, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e a sobrecarga das equipes de saúde. No ano de 2021, a OMS lançou o Plano Global de Ação para a Segurança do Paciente (2021–2030), estabelecendo objetivos e ações estratégicas para melhorar a segurança dos pacientes, com foco em liderança, políticas públicas e maior envolvimento dos pacientes, familiares ou responsáveis (OMS, 2021).

Em 2023, o uso de Inteligência Artificial (IA) e big data se intensificou, ajudando na previsão de eventos adversos e na otimização da segurança dos pacientes, com tecnologias mais robustas para monitoramento em tempo real, e análise de risco

contribuindo para o desenvolvimento de novas soluções e inovações, potencializando a área de saúde e acompanhando as tendências mundiais (Salvador et al, 2022).

Figura 1 - Evolução e Marcos Históricos na Segurança do Paciente: Principais Avanços e Publicações



Fonte: Adaptado de Brasil, 2017; OMS,2021.

Essa linha do tempo reflete a evolução contínua da segurança do paciente, com importantes avanços ao longo das últimas décadas, impulsionados por políticas globais, inovações tecnológicas e campanhas de conscientização. Em 2024, os esforços internacionais continuam focados em integrar práticas de segurança do paciente nos sistemas de saúde, com maior destaque em uma abordagem colaborativa entre profissionais de saúde, usuários e a sociedade para reduzir erros e melhorar a qualidade do atendimento.

2.2.1 Histórico de implementação da Cultura de Segurança do Paciente em Minas Gerais

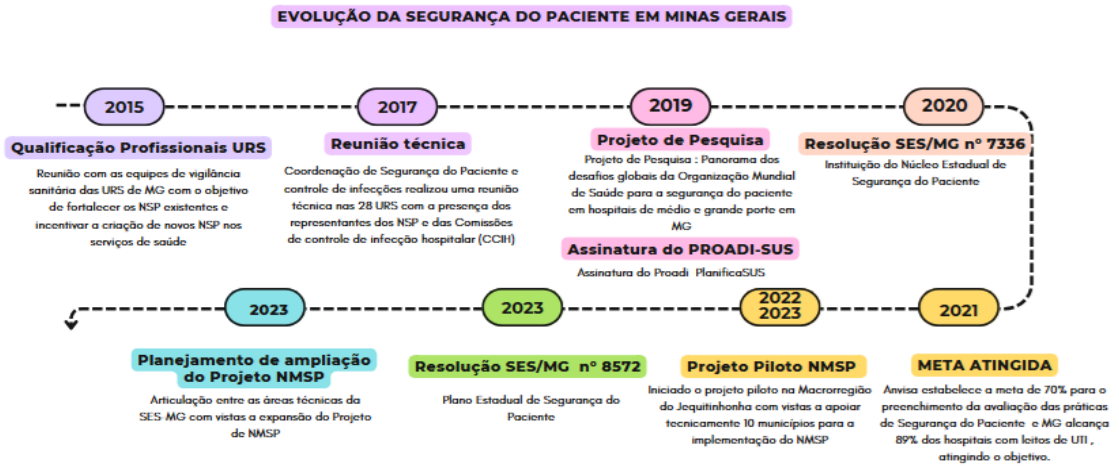
Nos últimos anos, o estado tem empreendido esforços significativos para implementar e fortalecer a Cultura de Segurança do Paciente, reconhecendo a importância fundamental de garantir um ambiente seguro nos serviços de saúde.

Em 2015, foram realizadas as primeiras ações de sensibilização visando à implementação do PNSP em Minas Gerais. Nesse período, houve uma qualificação direcionada às equipes de vigilância sanitária das unidades regionais de saúde do estado. O objetivo era fortalecer os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) já existentes e estimular a criação de novos núcleos nos diversos serviços de saúde. Essa medida representou um passo inicial crucial na promoção de uma cultura dedicada à segurança do paciente em todo o sistema de saúde mineiro (Minas Gerais, 2022).

O advento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) representa um reforço significativo na gestão da Vigilância em Saúde em Minas Gerais. O programa concentra sua atenção na qualidade e segurança da assistência prestada nos serviços de saúde do estado, visando aprimorar os processos assistenciais. O objetivo principal é elevar a excelência na aplicação de práticas e no gerenciamento de riscos, sugerindo uma organização mais eficaz das práticas de investigação.

Isso inclui o monitoramento de incidentes dentro do sistema de saúde e a otimização dos recursos disponíveis para enfrentar os desafios com qualidade e segurança. Essa abordagem visa garantir uma assistência mais sólida e confiável aos pacientes, refletindo o compromisso com a melhoria contínua nos cuidados de saúde em Minas Gerais. Na Figura 2, é possível acompanhar a evolução das ações voltadas para a segurança do paciente no estado de Minas Gerais.

Figura 2 - Ações da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais direcionadas à Segurança do Paciente



Fonte: Adaptado Minas Gerais, 2009, 2020, 2023.

2.2.2 A regulamentação e implantação dos Núcleos Municipais de Segurança do Paciente

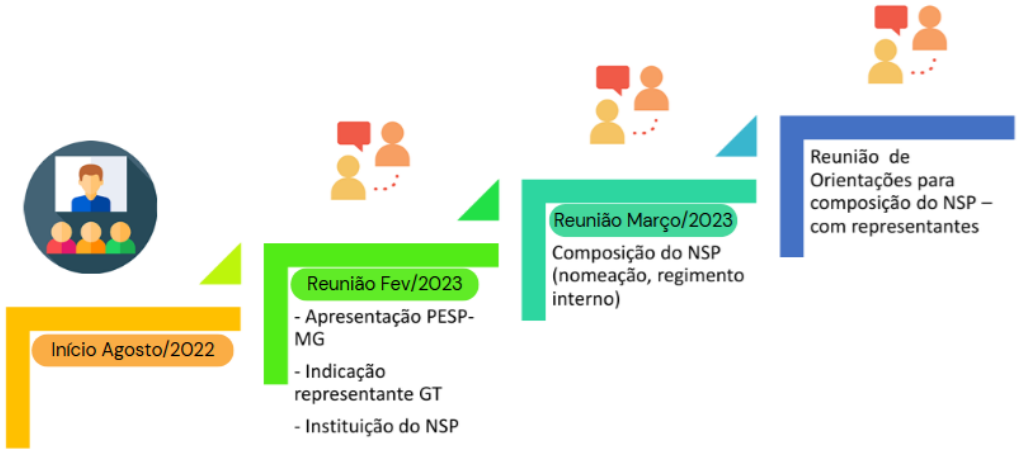
A temática da segurança do paciente sempre foi um assunto recorrente nas atividades da SES-MG. Contudo, após a publicação da RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da Anvisa, iniciaram-se as discussões e o planejamento de ações para a implementação do NSP nos serviços de saúde (ANVISA, 2013).

Em 2019, teve início a Planificação em Minas Gerais, também conhecida como Projeto Saúde em Rede. O projeto visou organizar as Redes de Atenção à Saúde e fomentar a reorganização dos processos de trabalho na APS e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). O Saúde em Rede também impulsionou a criação de núcleos de segurança municipais no estado.

Em 2020, foi publicada a Resolução SES/MG nº 7.336, de 11 de dezembro de 2020, que instituiu o Núcleo Estadual de Segurança do Paciente no âmbito da SES-MG, com o objetivo de promover e fomentar iniciativas de segurança do paciente nos serviços de saúde do estado (Minas Gerais, 2020).

Em 2023, foi aprovado o Plano Estadual de Segurança do Paciente (PESP-MG), conforme a Resolução SES/MG nº 8572, de 24 de janeiro de 2023. Atualmente, Minas Gerais conta, na macrorregião do Jequitinhonha, com 17 Núcleos Municipais de Segurança do Paciente (NMSP), formalizados por meio da publicação de portarias. Os NMSP fazem parte de um projeto estadual que visa estimular e efetivar a implantação desses núcleos. A Figura 3 apresenta as etapas que foram cumpridas para a implantação dos NMSP (Minas Gerais, 2023).

Figura 3 - Projeto piloto de implantação dos Núcleos Municipais de Segurança do Paciente na macrorregião do Jequitinhonha



Fonte: Elaborado pelas autoras.

O piloto continua ativo na macrorregião do Jequitinhonha, com o objetivo de alcançar os 31 municípios integrantes. Outras estratégias estão sendo construídas em conjunto com a área técnica responsável pela temática na SES-MG, para que possamos alcançar todo o território de Minas Gerais, totalizando 853 Municípios.

3. ESCOLHA METODOLÓGICA: o ensaio vivendo e refletindo as práticas do cotidiano do SUS

Como abordagem metodológica para a elaboração deste trabalho, o Ensaio se apresenta como uma opção que possibilita uma escrita mais livre, permitindo que angústias, questionamentos e criatividade se manifestem, sem que, no entanto, sejam interpretados como reflexões definitivas sobre qualquer dos temas tratados (Larrosa, 2004).

A partir da convicção de que as palavras produzem sentido, criam realidades e, às vezes, funcionam como potentes mecanismos de subjetivação. Eu creio no poder das palavras, na força das palavras, creio que fazemos coisas com as palavras e, também, que as palavras fazem coisas conosco. As palavras determinam nosso pensamento porque não pensamos com pensamentos, mas com palavras, não pensamos a partir de uma suposta genialidade ou inteligência, mas a partir de nossas palavras. E pensar não é somente "raciocinar" ou "calcular" ou "argumentar", como nos tem sido ensinado algumas vezes, mas é sobretudo dar sentido ao que somos e ao que nos acontece (Larrosa,2002).

As cenas elaboradas para este ensaio foram vivenciadas ao longo da minha trajetória como farmacêutica atuante no âmbito municipal. Rememorar cada uma delas faz parte do meu cotidiano até hoje. Atualmente, atuo no âmbito estadual, e as lições que aprendi e experimentei ao longo dessa jornada influenciam diretamente a forma como planejo e produzo o cuidado ao usuário. Seja na proposição e construção de políticas públicas, seja na construção de materiais orientativos para serem utilizados pelos profissionais da APS tanto nos momentos de EPS quanto na rotina diária de trabalho.

É importante destacar que durante a realização das atividades repetitivas no dia a dia, muitos profissionais de saúde acabam se acostumando com os riscos, e, com o tempo, deixam de reconhecê-los de forma clara na prática diária. Rememorar essas cenas e discuti-las torna-se, portanto, uma maneira valiosa de compartilhar os saberes adquiridos e de alcançar outros profissionais, incentivando-os a uma reflexão crítica semelhante, sobre os riscos envolvidos em suas rotinas.

4 CENAS EXPERIENCIADAS NO SUS

As cenas a seguir retratam momentos vividos durante meus 15 anos de dedicação à prestação de serviços no SUS em diversos serviços e de que forma essas experiências podem estar relacionadas com os temas a Construção Social da APS e a Segurança do Paciente.

A fim de garantir sigilo e proteção, algumas cenas foram alteradas, evitando assim a exposição dos sujeitos participantes da história. As leituras das cenas, as inúmeras discussões com minha orientadora e as buscas de evidências na literatura e em normativas

foram necessárias para sistematização da escrita, proporcionando o diálogo com os temas destacados.

No processo de idealização do trabalho de conclusão de curso, as cenas foram rememoradas de forma aleatória, em contrapartida, durante o processo de escrita foram elaboradas de maneira a respeitar a cronologia dos fatos, com vistas a uma melhor compreensão do texto e uma correlação com as categorias analíticas do estudo, foram organizadas em quatro blocos.

4.1 Cenas de intervenções na estrutura: construindo o alicerce do cuidado

O serviço sob meu olhar

O dia amanheceu e logo me organizei para que estivesse pontualmente no Centro de Saúde. O Centro de Saúde ficava a poucos metros da moradia em que eu estava instalada. Era aparentemente uma construção de uma UBS antiga com localização central e próximo ao Hospital Municipal. Fui recebida por uma funcionária que ficou responsável em me apresentar as instalações.

No prédio estava instalado na parte da entrada, os consultórios médicos, de enfermagem, sala de curativo, recepção e banheiros dos usuários. Já na parte posterior com um pátio dividindo os espaços, tínhamos o consultório odontológico, a farmácia, um outro consultório médico/psicólogo e a sala de vacina. Na parte superior, com acesso através de uma rampa, estava instalada a Secretaria Municipal de Saúde com as salas distribuídas entre sala de secretária, as mesas das referências técnicas da secretaria, uma sala espaçosa de reuniões, uma cozinha e um banheiro para funcionários.

Farmácia interditada

Depois do *tour* pelas instalações, cheguei até a farmácia. Havia faixa de interdição por parte do Conselho Regional de Farmácia. O farmacêutico anterior estava me aguardando para a troca de bastão. A nossa conversa durou apenas 30 minutos, o mesmo passou por todos os pontos bem rapidamente e foi embora, e nunca mais tive o contato.

Naquele momento em que ele saiu da sala, pensei, é, meu desafio é grande, mas estou firme. Cheguei à farmácia, as técnicas de enfermagem que auxiliavam na farmácia se dividiam entre a farmácia, a recepção e sala de curativos, estavam sentadas na cadeira de espera do consultório odontológico aguardando que eu retirasse o "lacre" e abrisse a porta.

Ao acender das luzes me deparei com um espaço bem pequeno prateleiras abarrotadas de medicamentos, caixas empilhadas até o teto, uma mesa para registro, um fichário para registro das medicações e um banheiro interditado para o uso que se tornou depósito de medicamentos, sem atender em nenhum ponto as normas sanitárias para o armazenamento dos mesmos.

A saída da secretaria de saúde do espaço físico do centro de saúde

Após a reorganização da casa, houve o anúncio por parte da secretária que haveria mudanças no andar onde encontrava-se instalada a secretaria. Eu não pensei duas vezes, vou pleitear a sala de reuniões e novamente solicitar a mudança do local da farmácia para um espaço maior para que eu pudesse adequar a oferta dos serviços prestados. A mudança da secretaria ocorreu em uma semana, e na semana seguinte estava eu na prefeitura solicitando a autorização da Prefeita para mais uma mudança, sempre com a justificativa de qualificar a oferta dos serviços prestados.

O sonho de todo farmacêutico de uma unidade básica de saúde estava prestes a se concretizar, local espaçoso e com acessibilidade ao usuário. Era uma sala enorme, consegui organizar a farmácia e o almoxarifado juntos! Um sonho. Encomendei paletes verticais que foram confeccionados por profissionais do almoxarifado da prefeitura, novamente contei com apoio de muitos profissionais para a nova mudança, no meio da segunda reorganização, surge a necessidade de equipamentos de informática e coincidência ou não, inscrevi o município no programa do Ministério da Saúde (MS) – QualifarSUS, resultado, fomos contemplados com 4 computadores, outro sonho, uma vez que éramos apenas duas servidoras.

Ao contar e rememorar as cenas, parece que o intervalo entre elas é pequeno, mas, em alguns casos, foram anos (dois anos). A rotina se qualificava dia após dia. Foi disponibilizado o SIGAF para os municípios — Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica, outro sonho realizado. Todas as dispensações eram registradas, permitindo a rastreabilidade dos medicamentos dispensados. Se eu parasse para detalhar o processo de cadastro, seria uma outra cena muito longa, que vou optar por reunir nesta. Iniciamos a educação da população, pois era necessário que entendessem o porquê e a importância daquele cadastro. Imagine cadastrar aproximadamente 10 mil pessoas no sistema!

Foram dias intensos de filas enormes, com documentos de toda família para que ao iniciarmos a utilização do SIGAF já tivéssemos uma boa base de dados para facilitar o serviço e dar fluidez no atendimento da farmácia. Neste momento, foi preciso envolver a sociedade como um todo, realizei a apresentação sobre o novo sistema de gerenciamento da assistência farmacêutica ao Conselho Municipal de Saúde, Câmara de Vereadores, aos e aos profissionais da rede de atenção à saúde, pois todos precisariam estar na mesma página para que desse certo. E como sempre, contei com meus colegas de equipe para uma forcinha no cadastro.

Enquanto tudo isso acontecia, a divulgação dos serviços prestados e quais eram os direitos dos usuários ganhavam forma. Conquistamos “novos clientes”, pois parte da população não sabia que poderia ter acesso aos medicamentos, mesmo consultando em serviços de saúde privados. A classe média alta passou a frequentar o posto, ao entender que o acesso ao serviço era direito de todos, e assim, dia a dia, novos usuários eram conquistados.

Unidade Farmácia de Minas inaugurada

Após alguns anos de funcionamento em instalações provisórias, o município foi contemplado, por meio da Resolução SES nº 1903 de 15 de junho de 2009, para participar da 2ª etapa do Programa Farmácia de Minas, que visava à transferência de recursos financeiros para a construção de uma instalação adequada às normas sanitárias vigentes para o funcionamento da farmácia. Além do espaço físico, a resolução também destinou mobiliário para o estabelecimento. A infraestrutura contava com 75 m², e seu projeto

arquitetônico garantia o excelente funcionamento do estabelecimento, previsto no projeto encontravam-se diferentes ambientes sendo eles: recepção, banheiro adaptado para os usuários portadores de necessidades especiais, sala do farmacêutico, almoxarifado, cozinha, banheiro para funcionários e DML.

O sonho tornou-se realidade. Entre a publicação da resolução e a inauguração da unidade Farmácia de Minas, somaram-se anos de luta e de permanência em ambientes inadequados para a prestação da Assistência Farmacêutica. Agora, eu tinha espaço, equipamentos, uma recepção que permitia ao usuário aguardar o atendimento sentado, e eles sabiam que podiam compartilhar confidências, sem medo ou vergonha, na sala do farmacêutico. Um novo conceito de Assistência Farmacêutica passou a ser experimentado pelos usuários.

Através dos incômodos gerados e descritos nas cenas acima, ainda que de forma empírica habitava em mim um sentimento e vontade em organizar a ambiência do local, as situações foram prontamente apresentadas aos gestores locais, aos profissionais e ao Conselho Municipal de Saúde e as intervenções propostas para a organização da ambiência poderiam otimizar o cuidado prestado aos usuários, à gestão e aos profissionais de saúde.

A Política Nacional de Humanização tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Baseia-se na ideia de transversalidade e na indissociabilidade da atenção e gestão, com projetos co-geridos de ambiência como um dispositivo para contribuir na mudança das relações de trabalho (Brasil, 2010).

A Segurança do Paciente traz consigo um conceito de erro: Os erros são considerados atos não intencionais e podem ser resultados de falhas individuais ou falhas no sistema. Existem evidências científicas que os erros que ocorrem na APS podem ser relacionados a problemas nos espaços físicos, comunicação ineficaz, ausência de protocolos e diretrizes clínicas para organização do serviço (Silva, 2019; OMS, 2021).

O armazenamento incorreto está diretamente ligado à qualidade dos insumos que estavam sob responsabilidade da Assistência Farmacêutica (AF), além de interferir em um bom controle do estoque dos mesmos, parte que envolve o planejamento do ciclo da AF. Todos os produtos precisam ser armazenados de maneira organizada, de acordo com as instruções do fabricante e em condições que assegurem a preservação de sua identidade, integridade, qualidade, segurança, eficácia e possibilidade de rastreamento (Brasil, 2009).

As consequências das intervenções estavam diretamente relacionadas ao melhor acolhimento do usuário, acompanhamento do percurso na rede de atenção à saúde do município, rastreabilidade dos procedimentos realizados, informação correta de acordo com as diretrizes clínicas pré-estabelecidas e a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, contribuindo para a garantia da segurança do paciente e diminuir a chance de erros.

4.2 Cenas de intervenções na organização da oferta do cuidado

A chegada no município

O dia da semana era Domingo, entrei em um transporte público às 15h30 com destino a cidade em que iniciaria o meu primeiro emprego como farmacêutica. Desembarquei na cidade às 20h e os meus futuros colegas de moradia já me esperavam num restaurante em frente à rodoviária. Estavam presentes um odontólogo de uma e-SF rural, a enfermeira da mesma e-SF, uma médica, uma fisioterapeuta, uma técnica de enfermagem e eu como farmacêutica completaria uma moradia multiprofissional. Essa feliz coincidência de uma moradia plural passava a ser o início da minha vivência inserida num ambiente de uma Equipe de e-SF, completa.

Balanço inicial e inventário de medicamentos

Ao abrirmos a farmácia, tomei nota de que haviam medicamentos da Portaria nº 344 sob supervisão do serviço de Psicologia, medicamentos sob supervisão das equipes de Estratégia de Saúde da Família, e medicamentos sob supervisão da Secretaria Municipal de Saúde. Naquele momento inicial, programei um balanço e inventário para registrar o marco zero em relação ao estoque encontrado.

No final do dia, encaminhei um ofício à Secretaria Municipal de Saúde solicitando o recolhimento dos medicamentos que estavam sob responsabilidade das equipes de Estratégia de Saúde da Família e da psicóloga, já sinalizando a realização de um balanço no sábado seguinte. Para o balanço, solicitei a colaboração dos colegas que residiam na moradia da prefeitura. Eu já havia recebido “o sim” por parte dos colegas, só precisava da confirmação da secretária.

O ofício foi recebido e a atividade rapidamente autorizada. Chegamos às 07h e saímos do Centro Municipal de Saúde por volta das 17h. Dividimos as equipes entre contagem e organização do espaço físico. Éramos seis integrantes, e ao final do dia, todos estavam exaustos, mas a farmácia estava devidamente organizada.

Foi preciso um trabalho em conjunto com a Secretaria Municipal, para estabelecer novas “regras” e fluxos de funcionamento da farmácia, além das atribuições dos atores. Se anteriormente os medicamentos eram entregues sem receitas e sem registros, este tipo de acontecimento não seria mais permitido.

Os primeiros dias da nova administração da farmácia

Os dias seguintes às primeiras alterações foram difíceis, para mudar a lógica da prestação de serviço farmacêutico e do cuidado que passaria ser ofertado exigia um esforço de educação da população e o que isso refletiria no seu próprio cuidado.

Era preciso que a mudança, as regras, os fluxos assistenciais que foram desenhados após a (re) organização gerassem um valor para o usuário e que era preciso construir essa relação profissional através do vínculo com o usuário. As regras e exigências mudaram ou passaram a existir? Não sei precisar!

A partir daquele momento, não existiam dispensações sem prescrição por parte dos profissionais autorizados sendo eles: enfermeiros, médicos ou odontólogos, não havia dispensações prescritas por médicos veterinários e assim não existiam dipirona, omeprazol e ibuprofeno sem receita.

Foram dias com os mesmos dizeres e justificativas sendo uma fala uniforme por minha parte e também por parte da auxiliar de farmácia, precisávamos replicar exatamente o mesmo pensamento para que este fosse amplamente difundido e construído como verdade na rotina dos usuários que desejavam acesso à medicação através da farmácia municipal.

Depois de alguns dias, o processo de educação em saúde daquela população germinou, os incômodos e incomodados com os fluxos padronizados já compreendiam as regras e a nova maneira de produção do cuidado. A minha figura como farmacêutica foi ocupando espaço e sendo reconhecida por uma população que não tinha ainda vivenciado esse profissional como parte fundamental no seu processo de cuidado.

A oferta do cuidado farmacêutico

A casa já estava arrumada, as regras para o acesso aos medicamentos definidas e difundidas junto aos usuários. O Ciclo da Assistência Farmacêutica compreende, seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, o controle da qualidade e utilização. Na minha avaliação este ciclo já se encontrava organizado, mas era preciso fazer mais pelos usuários.

O próximo passo foi organizar a prática do cuidado farmacêutico, este pode ser dividido em duas dimensões, uma diretamente ligada aos usuários e outra ligada diretamente aos profissionais que fazem parte da equipe. Iniciamos o planejamento das atividades de educação em saúde que seriam retomadas no Centro de Saúde, reativamos o grupo de gestantes, o HIPERDIA, o grupo de atividade física, planejamos a oferta da "Abordagem Intensiva ao Fumante", isso tudo capitaneado e motivados pelo meu desejo de oferta do cuidado aos usuários.

Os grupos operativos, iniciaram tímidos com poucos participantes e aos poucos foram ganhando, respeito, admiração e curiosidade por parte dos usuários. Em pouco tempo, a rotina já encontrava-se estabelecida, com cronograma a ser executado, com discussões de temas em reuniões de equipe, era mais um importante passo na construção da minha identidade como farmacêutica.

A análise preliminar realizada ao chegar ao estabelecimento, levou em consideração aspectos relacionados à infraestrutura do local (almoxarifado e instalação da farmácia), os fluxos e os processos de trabalho existentes. O resultado da análise apontou pontos críticos que poderiam ser dificultadores para o exercício da profissão durante a realização

das atividades da AF municipal. A realização do Cuidado Farmacêutico requer espaços que garantam o ambiente seguro e protegido, respeitando as individualidades dos usuários. De acordo com a Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, está previsto a diretriz que visa garantir a estrutura física mínima compatível para a realização dos serviços relacionados ao Cuidado Farmacêutico de forma segura, humanizada e com acessibilidade (Brasil, 2024).

O ambiente inapropriado com um balcão de dispensação estreito e adaptado através de um corte central em uma porta convencional, poderiam interferir na dispensação e na boa compreensão das informações prestadas aos usuários no momento da dispensação do medicamento, a ausência de registro das dispensações, bem como a exigência de receituário poderiam comprometer o uso seguro da medicação e a identificação correta do paciente. Todos estes pontos relatados somam-se ao fato da comunicação entre os profissionais e usuários também sofrerem interferências, pela ausência de processos e fluxos de trabalho.

O cuidado farmacêutico de acordo com o Ministério da Saúde (MS) é definido pela "ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos" (Brasil, 2014 b, p.61). Ao chegar à cidade, com o convívio em uma moradia multidisciplinar, me permitiu compreender a lógica do trabalho colaborativo entre diferentes áreas, aplicado diariamente no cuidado integral dos usuários, respeitando as atribuições de cada profissional.

As atividades na APS que são desenvolvidas na lógica interdisciplinar proporcionam diferentes abordagens sobre um mesmo indivíduo. A atuação do farmacêutico na APS exige do profissional uma articulação pessoal voltada para forma de atuar e de como se reconhecer com parte Rede de Atenção à Saúde, rompendo a relação restrita entre profissional e produto farmacêutico.

Neste aspecto, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) aponta que a formação prática do farmacêutico, orientada mais para o produto do que para os serviços de saúde, dificulta o trabalho em equipe e a integração com a comunidade, representando um grande desafio a ser superado para mudança desse paradigma (OPAS, 2013). Além disso, as demandas técnico-gerenciais dos serviços muitas vezes, se sobrepõem às atividades

assistenciais. Diante disso, o farmacêutico precisa redefinir seu papel com segurança e autonomia para pôr em prática o Cuidado Farmacêutico, fundamental para transformar a realidade da AF (Oliveira et al., 2017; Destro et al., 2021).

Os desafios na atuação profissional, em suas diversas categorias, são inúmeros, mas não há espaço para a produção de cuidado de forma individualizada. As percepções e incômodos que vivenciei e superei de forma unilateral contribuíram para a oferta do cuidado farmacêutico, porém para a garantia da integralidade do cuidado seria insuficiente, pois existem limitações no exercício de cada profissão.

O movimento de reestruturação dos serviços farmacêuticos no município, acrescido do esforço coletivo dos profissionais, foram fundamentais para a construção de uma lógica multiprofissional. Tornamo-nos uma rede de atenção forte e potente no município, na maioria das vezes sendo provocadas por mim e pela equipe de enfermagem, movimento este sentido pelos usuários.

Desta forma, as cenas descritas serviram de ponta pé inicial para a construção de um alicerce do cuidado, que vem sendo refinada continuamente, com o objetivo de superar as barreiras que possam comprometer a assistência à saúde dos usuários.

4.3 Cenas de intervenções relacionadas a segurança do paciente

Resolução RDC Nº 44, de 26 de outubro de 2010

Os serviços ofertados eram norteados por resoluções e regramentos sanitários existentes, após a publicação de Normas Técnicas e resoluções, os fluxos de serviços eram adequados para que pudéssemos atender as normativas.
Após a RDC nº 44, os antimicrobianos precisariam ser prescritos em duas vias, com a retenção da primeira via pelo estabelecimento. Além disso, para a dispensação dos medicamentos, tanto os antimicrobianos como os medicamentos da Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, precisariam apresentar o documento de identidade do responsável. Nem preciso dizer que atrelaram à nova farmacêutica mais uma regra. Foram dias de educação voltada para os profissionais e também para os usuários, mas nada como um bom acolhimento, escuta qualificada e argumentos baseados em evidências para que uma nova cultura fosse instituída.

No texto, pode parecer que a mudança ocorreu da noite para o dia, mas foram meses e anos repetindo as mesmas falas com usuários insatisfeitos e prescritores desinformados. Com o tempo, as coisas foram se ajeitando novamente, e essas situações se tornaram menos frequentes.

Identificação do usuário

Durante boa parte do tempo de serviço, estivemos lotadas ao lado do consultório odontológico, onde dois profissionais realizavam o atendimento das Equipes de Saúde da Família. Em uma das nossas inúmeras conversas para construção de estratégias de cuidado ao usuário, uma das pautas abordadas foi a apresentação de documento de identidade com foto para a prestação dos serviços. Inicialmente, a prática parecia estranha para os profissionais, uma vez que se tratava de um município de pequeno porte, onde todos se conheciam e conheciam as famílias. No entanto, reforcei a importância da prática, justificando a rotatividade de profissionais que atuavam no município e que, talvez, não teriam conhecimento dessa população adscrita.

Foi aí que tomei conhecimento de um fato que aconteceu com um de nossos usuários: eram crianças gêmeas idênticas. Os pais as levaram para uma consulta odontológica e elas aguardavam ser chamadas para atendimento. Os pais se ausentaram por um segundo e as crianças foram chamadas pelo profissional. Acreditem se quiser, foi realizada a extração de um dente de forma equivocada, pois os prontuários foram trocados no momento do procedimento. Eu fiquei chocada com a história, e hoje, essa usuária já é adulta.

Em virtude da extração de um dente permanente, precisou iniciar, na sua juventude, um tratamento ortodôntico para que pudesse minimizar o dano e, posteriormente, passar por um processo de implante dentário. É curioso e assustador ao mesmo tempo. Após este relato, foi compreendida e levada para a reunião de equipe a nova regra que passaria ser instituída: a exigência do documento de identidade do usuário para a oferta do serviço odontológico.

O velório

O município possuía uma população de aproximadamente 10 mil habitantes, a maior parte residente no perímetro urbano. Não era de se assustar que eu conhecesse praticamente toda a população pelo nome, sobrenome e até pelo remédio que tomava.

Faço uma pausa para registrar a minha memória e justificar essa cena. As distribuições de medicamentos eram feitas trimestralmente, com novas remessas chegando. Pode acreditar, eu memorizava os lotes e as validades de cada medicamento, e eram muitos. Nesse sentido, ficava fácil memorizar os usuários e seus medicamentos.

Certa vez, eu estava em um velório na cidade, em pleno domingo, durante o momento de despedida dos familiares e amigos, chega um usuário e diz: “Ah! Aquela menina ali é farmacêutica do posto, pergunte a ela.” Assim, uma pessoa se aproximou e me perguntou: “Oi, sou parente do Sr. Tal — o falecido — e vim de outra cidade para me despedir, mas esqueci meu remédio de pressão. Você poderia me ajudar a encontrar alguém que pudesse me emprestar? ”

As farmácias no município funcionavam de plantão e, como a parente próxima retornaria no dia seguinte para sua casa, era mais fácil encontrar alguém que pudesse fazer essa caridade (risos) do que entrar em contato com a farmácia privada de plantão para adquirir o medicamento.

Bem, logo pensei nos familiares do falecido para ver se alguém dentro da própria família poderia fazer o empréstimo. Curiosamente, lembrei de um usuário que morava a duas casas do falecido e fiz o pedido. Não preciso dizer que isso virou uma história na cidade, mas, se foi por um bom motivo, assim agradeço à minha memória.

Dispensações equivocadas

O processo de reorganização parecia estar surtindo efeito: usuários esclarecidos, equipe treinada para a oferta do cuidado. E aí que veio o perigo. Isso aconteceu duas vezes ao longo de quase 10 anos de estadia no município, e vou resumir as histórias em uma única cena. O recebimento das insulinas era mensal, recebíamos aproximadamente 100 unidades insulina NPH e cerca de 5 unidades de insulina Regular, que eram organizadas em locais diferentes, justamente, para evitar erros durante as dispensações.

No entanto, um dia, ao abrir a geladeira após o recebimento, fiquei assustada: não havia insulina Regular. O volume de dispensação era bem menor que o da NPH. Congelei, o coração acelerou, e pensei que talvez tivesse ocorrido uma troca, entregando NPH em vez de Regular.

Perguntei rapidamente à atendente para quem as insulinas haviam sido dispensadas, imaginando que poderia ter ocorrido um equívoco. Ela respondeu que verificaria no relatório de dispensação do SIGAF. Para nossa sorte, o erro foi confirmado: só haviam sido dispensadas insulinas NPH, ou seja, a troca ocorreu na entrega do medicamento. Já pensei na possibilidade de usuários estarem em crise hipoglicêmica por utilizarem insulinas erradas, mas ao mesmo tempo tive um alívio e pedi para que alguém fosse às casas de cada um deles de moto e verificasse as insulinas. Assim foi feito. O tempo parecia não passar até o retorno da atendente, e a angústia tomou conta de mim. Passado um tempo, ela retornou com as 5 insulinas Regulares, e eu respirei aliviada. Outras medidas foram tomadas para que situações semelhantes não voltassem a acontecer.

A segunda história aconteceu comigo. Fui dispensar um medicamento e entreguei a posologia de 25 mg em vez de 100 mg. Embora fosse um menor, esse usuário estaria sendo tratado com subdose. No entanto, tratava-se de um antipsicótico e poderia gerar um efeito deletério para o usuário. Rapidamente, no balanço final dos medicamentos controlados, identificamos o erro novamente. Congelei e o coração bateu acelerado.

Naquela época, eu não dirigia, e o endereço que constava no sistema e na receita sinalizavam uma zona rural de difícil acesso, localizada a 15 km da cidade. Liguei para um servidor da dengue e pedi, pelo amor de Deus, que me levasse até a casa do usuário naquele exato momento. Não demorou 5 minutos, estava ele na porta pronto para podermos partir. Não preciso dizer que fui apreensiva até chegar à casa do usuário e informar à família o que havia acontecido. Mais uma vez, respirei aliviada ao conseguir realizar a troca do medicamento.

Casos como esses devem acontecer com uma certa frequência, mesmo com a existência de protocolos, sistemas e profissionais treinados. É preciso estar e ser vigilante durante todo o processo.

A temporalidade das cenas elaboradas, antecedem grande parte dos marcos regulatórios relacionados à temática de segurança do paciente. O cumprimento ou descumprimento das RDC vigentes serviam base para a análise da qualidade dos serviços ofertados.

No rememorar das cenas, as quatro metas de um total de seis metas internacionais de segurança do paciente foram identificadas. As situações de alertas evidenciaram a necessidade dos momentos de Educação Permanente, qualificação de profissionais das

equipes para que consigamos por fim construir e implementar a cultura de segurança do paciente que possa alcançar as metas internacionais.

A cultura de segurança estabelecida no PNSP deve ser amplamente discutida e promovida entre as equipes de APS. Segundo a Portaria nº 529/2013, "cultura de segurança" é definida como a cultura em que todos os profissionais, tanto na assistência quanto na gestão, assumem o compromisso com a sua própria segurança, com a segurança dos outros membros da equipe, dos clientes e de seus familiares. Concomitantemente, de acordo com o artigo 3º, §2º da RDC 36/2013, a cultura de segurança do paciente é conceituada como um "conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde" (ANVISA, 2013; Brasil, 2013a).

Os processos de trabalho na APS, desde o acolhimento do usuário na recepção até a realização dos procedimentos finais (como consultas médicas, odontológicas, dispensação de medicamentos, aplicação de injetáveis, entre outros), devem garantir uma comunicação efetiva tanto entre os profissionais de saúde quanto entre os serviços de saúde, assegurando um ambiente seguro.

4.4 Cenas de intervenções na reorganização da APS: amarrando as pontas soltas

Construção dos casos para o Saúde em Rede e o novo decreto de competências

O ano era 2019, já com dois anos de atuação na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, fui designada para acompanhar as atividades de Planificação de Atenção à Saúde na Macrorregião do Jequitinhonha. Ao longo dos meses, recebemos a missão de expandir as atividades realizadas nessa macro para que alcançassem todo o estado.

Foram realizadas diversas discussões internas, e chegamos à conclusão que precisaríamos celebrar uma parceria com a Escola de Saúde Pública (ESP-MG). Assim, foi criado um grupo de trabalho, em colaboração com a ESP-MG, responsável pela elaboração dos materiais pedagógicos que seriam utilizados ao longo do projeto. As temáticas foram previamente definidas seguindo a lógica do modelo de construção social da APS.

Os materiais desenvolvidos problematizam os desafios enfrentados pelas equipes de APS e AAE, passando por situações relacionadas à infraestrutura, segurança do paciente, promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado em saúde bucal. Nesse sentido, as experiências que vivenciei durante os anos de atuação na assistência do SUS foram transformadas em casos clínicos, permitindo que outros profissionais

identificassem situações semelhantes e discutissem coletivamente formas de reorganizar os processos de trabalho para gerar valor para o usuário.

Novo decreto de competências: perspectivas de quem iniciou na assistência

Na perspectiva de utilizar as experiências vivenciadas para a construção de políticas e diretrizes a serem adotadas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais, foi publicado o Decreto nº48.661 de 31 de julho de 2023, que estabelece as competências da SES-MG e descreve a sua estrutura orgânica.

Com a publicação do decreto, a Diretoria de Políticas de Atenção Primária em Saúde (DPAPS) surge com uma nova composição, que inclui a Coordenação de Qualificação de Processos de Trabalho e Ações de Vigilância (CQPTAPSAV) e a Coordenação de Saúde Bucal e Ações Integradas (CSBAI).

Após o decreto, a vocação das coordenações é voltada para este movimento de pensar na organização dos processos de trabalho e de que maneira a reorganização se relaciona à segurança do paciente. O porquê de se construir procedimentos operacionais padrões, diretrizes clínicas, documentos orientadores e normas técnicas que serão utilizadas por diferentes categorias profissionais na APS. Além disso, houve o cuidado de sensibilizar a equipe durante o processo de elaboração, para garantir que esses documentos fossem construídos de maneira que fizessem sentido para os profissionais e possibilitasse, a partir da reorganização, a oferta de um cuidado qualificado e resolutivo para os usuários.

Os processos de trabalhos desenvolvidos pela CQPTAPSAV foram impulsionados pelo movimento gerado pelo Projeto Saúde em Rede. A incorporação das atividades realizadas pelo projeto possibilitou a ampliação e a melhor orientação das atividades desenvolvidas pela coordenação.

As cenas descritas acima, acrescidas das experiências vivenciadas ao longo dos anos na prática assistencial, foram essenciais para a interiorização do processo de segurança nas práticas assistenciais. Essas experiências são utilizadas para problematizar, junto às equipes da SES-MG, o desenvolvimento de novas diretrizes e políticas públicas.

O processo de construção deve se basear nas realidades dos serviços de saúde e em como as propostas podem ampliar a qualificação das equipes de atenção primária para oferecer um cuidado seguro. A literatura aponta que processos (re)organizados de acordo com a lógica de modelos de atenção à saúde e em consonância com a realidade epidemiológica dos serviços promovem a otimização dos serviços ofertados.

5 APONTAMENTOS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Antes da escolha metodológica da escrita, havia o desejo de traduzir parte da minha trajetória de 15 anos no SUS neste trabalho e contribuir com outros profissionais. De maneira geral, as experiências vivenciadas na assistência, mostraram-se sensíveis às intervenções propostas na época. A reorganização dos processos de trabalho, a alteração da ambiência e infraestrutura, e implementação do cuidado farmacêutico foram viáveis graças à colaboração de diversos atores na APS e à adoção de normativas específicas para cada tema.

Estudos na literatura destacam a importância da colaboração com os profissionais da APS, da organização dos processos de trabalho e da implementação da cultura de segurança. Uma pesquisa com cinquenta farmacêuticos, com o objetivo de descrever seus perfis, revelou que 74% dos farmacêuticos possuem um perfil predominantemente técnico-gerencial, 13% um perfil assistencial e 13% equilibram ambos. A proporção de tempo dedicada às atividades assistenciais foi de 37% (Destro et al., 2021).

Esses dados corroboram os resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos – Serviços (PNAUM), que indicou que, entre os farmacêuticos entrevistados, pouco mais de 20% realizam atividades clínicas na Atenção Primária à Saúde no Brasil (Araújo et al., 2017).

A análise das minhas práticas assistenciais e da literatura revela que o Cuidado Farmacêutico já faz parte dos serviços da APS, mas ainda enfrenta desafios relacionados à infraestrutura das farmácias, às demandas gerenciais e logísticas, e à percepção do papel dos farmacêuticos. Avanços são notados pelos usuários quando os farmacêuticos atuam em equipes multiprofissionais (Destro et al., 2021).

É fundamental ressaltar a necessidade de novas exigências para a profissão farmacêutica no SUS, incluindo investimentos na reorganização dos processos de trabalho, qualificação dos profissionais por meio de educação permanente e ajuste da agenda conforme diretrizes institucionais, com o objetivo de mudar o foco do medicamento para uma abordagem mais abrangente.

Intervenções nos processos de trabalho e na infraestrutura dos serviços de saúde devem garantir a segurança do paciente. Discutir esses temas em equipes multiprofissionais pode promover novas práticas profissionais e melhorar as relações de trabalho. Os avanços e marcos regulatórios na Segurança do Paciente são contínuos e requerem profissionais qualificados e atentos ao processo.

Embora normas e regulamentações sejam essenciais para estabelecer a base da segurança do paciente, sua eficácia pode ser limitada por vários fatores, como falta de conhecimento ou adesão por parte dos profissionais de saúde, desafios na implementação prática e diferenças na capacidade de regulamentação entre regiões. Além disso, a rápida evolução da medicina e da tecnologia exige uma atualização constante das regulamentações para refletir as melhores práticas atuais.

Considerando a complexidade dos processos de trabalho em saúde na APS, é evidente a importância de incluir a Segurança do Paciente nas ações de qualificação dos profissionais e na Educação Permanente em Saúde. Discutir situações vivenciadas pelos profissionais em grupo pode aprimorar práticas, evitar erros e qualificar a oferta de cuidados.

A literatura aponta que existem quatro modos de aprendizagem dentro das organizações: aprender com os outros, a partir dos erros, a partir dos dados obtidos e através das respostas inesperadas. Aprender com os outros se dá através das experiências reveladas em conversas ou em publicações. Por sua vez, aprender a partir dos erros acontece na identificação e análise dos próprios erros. Já, aprender com o uso dos dados obtidos é aproveitar os resultados para fornecer *feedback* e conduzir o desempenho da organização. Por fim, aprender a partir das respostas inesperadas acontece quando há constante vigilância e prevenção aos acontecimentos (Oliveira et al., 2017).

Neste sentido, um grande desafio é de que maneira, as situações/erros experimentadas ao longo destes anos possam ser inseridas nos espaços de discussões existentes, gerando reflexões que podem ser utilizadas entre as áreas da SES-MG para construção de uma lógica de processos de trabalho e de um ambiente seguro para o usuário dentro da rede. E ainda estruturarmos formas de institucionalizar diretrizes políticas que poderão ser utilizadas pelos profissionais dos municípios do Estado de Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, P. S. et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 51, supl. 2, p. 6s, 2017a. Disponível em: https://doi.org/10.11606/ S1518-8787.2017051007109. Acesso em: 06 set. 2024.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 216, de 15 de setembro de 2004.** Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0216_15_09_2004.html>. Acesso em: 06 set. 2024.

_____. **Resolução-RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009.** Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. 2009 b Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/rdc0044_17_08_2009.pdf>. Acesso em: 06 set. 2024.

_____. **Resolução-RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html>. Acesso em: 06 abr.2024

_____. **Resolução RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013 jul 26;150(143 Seção 1):32-3.Acesso em: 06 set. 2024.

_____. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf>. Acesso em: 10 de jun. 2024.

_____. **Resolução nº 216, de 15 de setembro de 2004.** Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0216_15_09_2004.html. Acesso em: 06 set. 2024.

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO. **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática** .DALCIN, T. C., DAUDT, C.G. – Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre, 2020. 220 páginas. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf> Acesso em: 06 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009. **Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária – VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde** – SUS. 2009 a Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660_22_07_2009.html>. Acesso em: 06 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998.** Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html#:~:text=Fica%20proibida%20a%20manipula%C3%A7%C3%A3o%20em,T%C3%A9cnico%20e%20de%20suas%20atualiza%C3%A7%C3%B5es. Acesso em: 22 out. 2024.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1444-0. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/rede-humanizasus/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf> . Acesso em 06 abr.2024

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. 2013a. Acesso em: 06 set. 2024.

_____.Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 941, de 17 de maio de 2013**. Altera e acresce dispositivo ao art. 8º da Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0941_17_05_2013.html#:~:text=Altera%20e%20acresce%20dispositivo%20ao,Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente%20(PNSP).&text=XIV%20%2D%20um%20da%20Confedera%C3%A7%C3%A3o%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde>. 2013b. Acesso em: 14 jun. 2024.

_____.Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013.** Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Disponível em:< https://https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html#:~:text=Aprova%20os%20Protocolos%20de%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.&text=Considerando%20que%20a%20gest%C3%A3o%20de,na%20data%20de%20sua%20publica%C3%A7%C3%A3o>. 2013c. Acesso em: 14 jun. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. 2013d. Acesso em: 14 jun. 2024.

_____. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 2014 a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 20 de abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.** 108 p. il. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1). ISBN 978-85-334-2196-7. 2014 b Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf. Acesso em: [data de acesso].

_____. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. **Portaria GM/MS nº 4.379, de 14 de junho de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para estabelecer as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 17 jun. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4379_17_06_2024.html#:~:text=III%20%2D%20fomentar%20as%20estrat%C3%A9gias%20para,servi%C3%A7os%20relacionados%20ao%20cuidado%20farmac%C3%AAutico.&text=.%22%20(NR)-,Art.,na%20data%20de%20sua%20publica%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 23 out. 2024.

DESTRO, D. R.; VALE, S. A.; BRITO, M. J. M.; CHEMELLO, C. Desafios para o cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31(3), e310323, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/physis/2021.v31n3/e310323/pt>. Acesso em: 06 set. 2024.

LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação** , n. 19, p. 20–28, jan. 2002**.** Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/# . Acesso em 15 mar. 2024.

LARROSA, Jorge. A operação ensaio: sobre o ensaiar e o ensaiar-se no pensamento, na escrita e na vida. **Educação & realidade**, v. 29, n. 1, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015. Disponível em: https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/12/A-CONSTRUCAO-SOCIAL-DA-APS-2-edicao-1.pdf. Acesso em: 06 set. 2024.

MESQUITA, K. O.; SILVA, L. C. C.; LIRA, R. C. M.; FREITAS, C. A. S. L.; LIRA, G. V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**., v. 21, n. 2, p. 01-08, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/684/45665-182025-1-pb.pdf>. Acesso em: : 06 set.2024

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **RESOLUÇÃO SES Nº 1.903 DE 15 DE JUNHO DE 2009.** Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_1903.pdf>. Acesso em: 12 set. 2024

_____. Secretaria do Estado de Saúde. RESOLUÇÃO [1] SES/MG Nº 7.336 DE 11 DE DEZEMBRO DE 2020. Disponível em:

<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%207336%2011-12-20%20Institui%20o%20NESPMG%20(2).pdf>. Acesso em: 12 set. 2024

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Projeto Saúde em Rede: guia das oficinas tutoriais na Atenção Primária à Saúde (APS): v. I, ed.1, rev. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2022. 122 p. ISBN: 978-65-89122-06-7.

_____. Secretaria do Estado de Saúde. **Plano estadual de segurança do paciente 2023-2025**. Minas Gerais.2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/ilovepdf_merged%20(1).pdf> . Acesso em: 22 de abr.2024.

OLIVEIRA, G. C. B.; ALVES, M. R.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Action research as a tool for transformation of the pharmacist's praxis in primary care. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences* [**Revista Internacional de Farmácia e Ciências Farmacêuticas**] v. 9, p. 180-185, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/11/document.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). World Patient Safety Day. Disponível em: <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/world-patient-safety-day-2024>. Acesso em: 06 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Serviços farmacêuticos baseados na atenção primária de saúde. Documento de posição da OPAS/OMS. Washington, DC: OPAS, 2013. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n. 6). Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21582&Itemid=270&lang=en>. Acesso em: 16 ago. 2024.

SALVADOR, P.T.C. O; TOURINHO, S.V.T.; TIMOTEO, S.T.;SCHUELTER, P.I .**Desenvolvimento de Tecnologias em Pesquisa e Saúde: da teoria à prática.** v. 1. Rio de Janeiro: Editora Científica Digital, 2022. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/220408595.pdf>. ISBN 978-65-5360-108-6. Acesso em: 10 maio 2024.

SANTOS-FILHO, S. B. **Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SILVA, A. P. F. da; BACKES, D. S.; MAGNAGO, T. S. B. de S.; COLOMÉ, J. S. Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, p. e20180164, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180164>. Acesso em: 06 set. 2024.

SILVA, L. DE L. T., DIAS, F. C. DE S., MAFORTE, N. T. P., & Menezes, A. C. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210130, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0130>. Acesso em: 06 set. 2024.

SOUZA, C.S.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G..; ROCHA, L.P.; BARLEM, E.L.D.; SILVA, T.L.; NEUTZLING, B.R.S. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem** v.40, n.spe, p. e20180294, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180294>. Acesso em: 06 set. 2024.

STRALHOTI, K. N. O., CORDEIRO, T. L. R., SANTOS, S. P., ANDRADE, L. A. S. & CAXAMBU, J. E. (2021). Segurança do paciente na emergência: compreensão da equipe de um hospital de referência. **Saúde Coletiva**, Barueri, v.11, n.68, p. 7819–7822, 2021. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1837>. Acesso em: 10 set. 2024.

TOSTES, M. F. P.; GALVÃO, C. M. Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, p. e20180164, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/VBVNNpyqXyWrcFwL9hNKy3K/#. Acesso em: 10 set. 2024.