A PRODUÇÃO DO CUIDADO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

INTRODUÇÃO

A Segurança do paciente é entendida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário relacionado ao cuidado em saúde (HWO, 2007). Assim, é válido destacar a segurança do paciente como componente primordial para qualidade da assistência a saúde, possibilitando sanar as necessidades e expectativas dos usuários.

O Ministério da Saúde lançou em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente que almeja uma fundamentação teórica e prática dos serviços de saúde para a construção de uma cultura de segurança. Além disso, um dos eixos de atuação do programa refere a necessidade do incremento de pesquisas sobre segurança do paciente e o estímulo a uma prática assistencial segura durante a produção do cuidado (BRASIL, 2014).

A produção do cuidado trata-se de um processo que acontece dialogicamente entre os atores dos serviços de saúde. Fundamentada pela comunicação, estabelece elementos que podem revelar códigos, valores, símbolos e normas.

Apesar dos avanços das pesquisas sobre a produção do cuidado, o campo científico mais explorado nas pesquisas sobre segurança do paciente ainda é a atenção terciária. Assim, entendendo a segurança do paciente um componente fundamental para um cuidado de qualidade e que no Brasil são poucos os artigos que abordam a segurança do paciente na atenção primária, tornam-se necessários estudos que possibilitem vislumbrar os aspectos que estão implicados na produção de cuidado na ESF.

OBJETIVO

Analisar a produção do cuidado na estratégia saúde da família com foco na segurança do paciente.

METODOLOGIA

Estudo de caráter descritivo-analítico, de abordagem qualitativa realizado na Estratégia Saúde da Família de um município no interior do Ceará.

Participaram da pesquisa profissionais da saúde e usuários da Estratégia Saúde da Família.

Foram incluídos: trabalhadores de saúde que atuavam na ESF por no mínimo 20 horas semanais e um mês de atuação; usuários adultos cadastrados na Unidade de Saúde da Família pelo menos um ano.

O município estudado é dividido em cinco macroáreas de saúde, logo foi realizado um sorteio, onde foram selecionadas duas unidades de cada, totalizando

dez unidades, com oito gerentes de unidades, oito médicos, onze enfermeiros, seis dentistas, dois farmacêuticos, oito técnicos de enfermagem, vinte agentes comunitários de saúde e sessenta usuários.

Para a coleta de dados utilizou-se entrevistas semiestruturadas com trabalhadores da ESF, grupos focais com usuários e observação sistemática da assistência e serviços durante 37 horas e um diário de campo foi utilizado como estratégia para registro de impressões pessoais, observações de comportamentos contraditórios as falas. Vale destacar que tanto as entrevistas como os grupos focais foram gravados com o consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa.

Para o tratamento dos dados foram seguidas as fases de ordenação, classificação e análise; em que o pesquisador compara o objetivo, os resultados, as análises e os recursos metodológicos utilizados no intuito de dimensionar os resultados emergidos na pesquisa (MINAYO, 2010)

A ordenação dos dados ocorreu durante o primeiro contato com os dados brutos, com as transcrições dos materiais empíricos, na íntegra e com fidedignidade. Logo após foi realizada a leitura e releitura do material, para a organização e construção do mapeamento horizontal dos dados empíricos.

A classificação dos dados foi dividida em dois momentos. No primeiro, foi realizada a leitura horizontal e exaustiva (flutuante) do material coletado nas entrevistas, no diário de campo e no grupo focal, buscando estabelecer as estruturas de relevância e as ideias centrais sobre o tema em questão. No segundo, houve a constituição do *corpus*, com a submissão do conjunto de documentos coletados a procedimentos analíticos, com base na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

A classificação do material foi realizada por meio da divisão de dois grupos. O grupo I foi composto por equipes de trabalhadores e o grupo II por usuários.

A divisão em dois grupos (I e II) para a análise ocorreu durante a coleta de dados, exploração do material e pela necessidade operacional da pesquisa, visto que é indispensável a interpretação dos sentidos nas falas do cuidador e do ser cuidado para que se possa compreender a complexidade da questão pesquisada.

Para a análise das entrevistas, foi adotado a classificação de dados qualitativos proposto por Assis et al (1998). Com a construção dos quadros síntese para análise por meio de uma síntese horizontal que permitiram demonstrar as ideias comuns entre os participantes da pesquisa, formulando assim as estruturas de relevância, e a síntese vertical, que proporcionou desvendar o conteúdo central das entrevistas.

Para a análise dos dados emergidos dos grupos focais, primeiramente foi realizado uma validação dos dados com as participantes por meio de uma síntese dos conhecimentos emergidos pelo grupo ao final de cada tema determinado pelo temário focal. Assim, durante o segundo momento da análise dos dados do grupo

II, os conhecimentos que surgiram no grupo foram classificados por meio do quadro de análise e articulados com a síntese de conhecimentos emergidos durante as sessões.

Portanto, após a organização, classificação e análise, todos os dados foram agrupados por área do conhecimento e/ou conceito (s) ligados aos objetivos da pesquisa, tais como: Produção de cuidado, produção de cuidado de qualidade, (in) segurança do paciente e (in) satisfação do usuário e (in) segurança. Tais condutas de análise permitiram compreender da produção do cuidado na atenção primária, evidenciando as potencialidades e limitações vivenciadas tanto por trabalhadores de saúde e usuários da ESF.

Este estudo recebeu parecer favorável Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual do Ceará por meio da Plataforma Brasil recebendo parecer favorável cujo número de protocolo é 620.430 por respeitar os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A segurança do paciente perpassa todos os momentos que estão implicados na produção de cuidado, assim, para um melhor entendimento, os resultados desta pesquisa foram divididos em duas principais categorias: limitações para a segurança do paciente durante a produção do cuidado na ESF e potencialidades da produção do cuidado para a segurança do paciente na ESF.

Na categoria “Limitações para a segurança do paciente durante a produção do cuidado na ESF”, Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a Unidade Básica de saúde é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, apesar da unidade de saúde está localizada próximo das residências dos usuários, os mesmos referem que ao ultrapassar a mesma, iniciam-se uma série de dificuldades para terem literalmente acesso à assistência à saúde.

Os desafios para a segurança do paciente durante o cuidado são frequentes, porém para que ocorra a efetivação desta segurança no momento da produção do cuidado na ESF é necessário que todos os trabalhadores de saúde tenham conhecimento técnico, científico, e prático para garantir um cuidado integral no qual deve ser contemplado todas as necessidades dos usuários, responsabilizando-se assim para a construção de um cuidado seguro e de qualidade.

Outro aspecto importante para a segurança do paciente é a comunicação que é considerada um instrumento primordial para a articulação de conhecimentos e práticas durante a produção de cuidado, porém a dificuldade de mantê-la entre usuários e os atendentes da recepção, agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos da unidade acaba sendo um agravante para a produção do cuidado em saúde na ESF.

Guerreiro et al (2013), ressalta a importância do vínculo entre profissionais e usuários como fator favorável para o diálogo, que reforça as relações de confiança, melhorando o desfecho clínico dos pacientes/usuários. Quanto à precaução e a confiança, é indispensável atribuí-los à qualidade com foco na relação entre trabalhador e usuário, pois os aspectos intrínsecos do cuidado em saúde que geram confiança resultam em satisfação tanto no usuário como no profissional.

No entanto, Fonseca, Peterli e Costa (2014) apontam que existe um grande déficit de conhecimentos dos profissionais para implantar medidas que de fato reduzam os erros, de modo que a formação dos trabalhadores de saúde até hoje não inclui atributos adequados para o enfrentamento das necessidades do sistema para proporcionar segurança ao paciente.

Durante a pesquisa foi possível identificar a falta de vagas para realizar exames específicos solicitados logo após o atendimento médico ou da consulta de enfermagem. Isso ocorre mesmo com a ESF sendo articulada com outros níveis de atenção e com serviços municipais de apoio. Nesse sentido, Assis et al (2010) refere a importância do processo de produção do cuidado para a construção de práticas de saúde de qualidade.

Com base nos problemas relatados, Anel-Rodriguez, Cambero-Serrano, Irurzun-Zuazabal (2015) ressaltam que as reivindicações são uma fonte importante de informações sobre as limitações identificadas por usuários dos sistemas de saúde. Portanto, para consolidação de uma ESF segura é necessário o reconhecimento e superação das adversidades encontradas na ESF pelos tanto pelos usuários como pelos trabalhadores de saúde.

Na categoria “Potencialidades da produção do cuidado para a segurança do paciente na ESF”, o primeiro aspecto estudado foi a localização das unidades e durante a observação sistemática foi constatado que todas as unidades estudadas estão localizadas próximas das residências dos usuários, ou seja, cada território delimitado pela secretaria de saúde como micro área\ possui uma unidade, isso auxilia na produção do cuidado, é extremamente relevante para a segurança do paciente e vai de acordo com o PNAB (2012), o qual refere que é de responsabilidade das secretarias municipais de saúde garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas.

Com relação às áreas de cuidado, a enfermagem merece destaque quanto à satisfação dos usuários com a assistência disponibilizada. Das dez unidades pesquisadas, em apenas um grupo referiu insatisfação com o atendimento de enfermagem. Outras profissionais bastante elogiadas foram as médicas, sobretudo as estrangeiras, pois segundo as usuárias há comprometimento com a comunidade e até afirmaram que a consulta com a médica estrangeira demorava muito mais do que com os médicos brasileiros. Para fechar, tem-se o Agente

Comunitário de Saúde (ACS) como trabalhador de saúde indispensável que vincula e fundamenta estratégias e ações no território que tenham impacto direto na saúde da população.

Outro aspecto de relevância para a produção do cuidado para segurança do paciente na ESF é a estruturação assistencial com foco na transdisciplinaridade, pois é fato que os trabalhadores de saúde são muito focados em seu próprio desempenho e que a comunicação entre eles é deficitária, prejudicando assim o trabalho em equipe (FONSECA, PETERLI e COSTA, 2014).

Diante das potencialidades da estruturação de cuidado em saúde encontradas na ESF fica nítido o comprometimento tanto dos trabalhadores de saúde como dos usuários para um processo de trabalho articulado a uma produção de cuidado segura e de qualidade.

CONCLUSÕES

Pode-se considerar a necessidade da superação das adversidades vivenciadas na ESF por meio da efetivação de uma produção de cuidado segura voltada para a implementação de uma cultura de segurança com foco transdisciplinaridade.

Para tanto, é necessário criar um núcleo de segurança do paciente e gestão de risco articulado com a gestão municipal de saúde, direcionar o sistema para uma visão sistêmica do processo de trabalho e dos incidentes identificados na unidade, identificar as necessidades e implementar um serviço estruturado de acompanhamento e de educação permanente para os trabalhadores de saúde.

REFERÊNCIAS

ANEL-RODRIGUEZ, R. M.; CAMBERO-SERRANO, M. I.; IRURZUN-ZUAZABAL, E. Análise das reclamações dos pacientes na atenção primária: uma oportunidade para melhorar a segurança clínica. **Rev Calid Asist** ; 30(5): 220-225; 2015.

ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. Â. A. D, FRANCO, T. B.; JORGE, M, S. B. **Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**: Edufba; 2010.

ASSIS, M. M. A.; MIRON, V. L.; WETZEL, C.; ALMEIDA, M.; NASCIMENTO, M. **Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação**. *Sitientibus*. 1998;18:67-74.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

FONSECA, A. S.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. **Segurança do Paciente**. 1th ed. São Paulo: Martinary; 2014.

GUERRERO, P.; MELLO, A.; ANDRADE, S.; ERDMANN, A. L. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto & contexto enferm.** 22(1):132-40, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety Solutions Preamble**. Genebra; 2007.