

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS (UNISINOS)
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

EVÂNIA LOPES MARTINS

**A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOBRE O RISCO NO USO DE MEDICAMENTOS PARA SEGURANÇA DO
PACIENTE COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL**

São Leopoldo

2024

EVÂNIA LOPES MARTINS

**A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOBRE O RISCO NO USO DE MEDICAMENTOS PARA SEGURANÇA DO
PACIENTE COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges

São Leopoldo

2024

M386p

Martins, Evânia Lopes.

A percepção de profissionais da atenção primária à saúde sobre o risco no uso de medicamentos para segurança do paciente com doença crônica não transmissível / Evânia Lopes Martins. – 2024.

109 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.

“Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges.”

1. Atenção primária. 2. Condições crônicas. 3. Erros de medicação. 4. Segurança do paciente. I. Título.

CDU 614

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecária: Silvana Dornelles Studzinski – CRB 10/2524)

EVÂNIA LOPES MARTINS

**A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOBRE O RISCO NO USO DE MEDICAMENTOS PARA SEGURANÇA DO
PACIENTE COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Aprovado em 08 de março de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Daniel Schuch da Silva – UCPel

Prof^a. Dr^a. Vânia Schmeider - UNISINOS

Dedico esta conquista, aos meus amados tios, Tia Vizinha e Tio Ronald, por serem fontes inesgotáveis de carinho, apoio e amor.

Ao meu Noivo, maior incentivador, gratidão por tanto, gratidão por tudo...

A minha eterna Avó (*in memoriam*), por todas às lições de amor e por sempre acreditar em mim.

AGRADECIMENTOS À CAPES

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.



AGRADECIMENTOS

A todos que contribuíram de alguma forma com este estudo e com a realização deste sonho. Muito obrigada por dividirem comigo esta felicidade. Fica expressa a minha eterna gratidão:

À minha família, que me ensinou que o estudo sempre será o melhor caminho, obrigada por tudo!

Ao meu grande e eterno amor, minha vó Eva, por ter me ensinado sobre o amor e por sempre acreditar em mim. Nunca vou esquecer das tuas palavras: “filha, a vó torce muito por ti...”, obrigada pelo teu amor!

Às minhas afilhadas Cecília e Laura, minhas pessoas neste mundo, obrigada por serem luz na minha vida.

À minha sogra e cunhadas, que não medem esforços para me verem feliz. Só há uma maneira de explicar os laços que nos unem, eles são uma questão de amor, amor incondicional.

Ao meu amado companheiro de vida, Maikon, por tanto amor, carinho, compreensão e apoio nos momentos difíceis desta caminhada. Você é meu porto seguro. Obrigada por dividir a vida comigo. Te amo!

Ao meu querido orientador Prof. Dr. José Roque Junges, que me acolheu e ajudou a conquistar este título. Exemplo de profissional e pessoa, que com muita dedicação e empenho esteve ao meu lado, me proporcionando um aprendizado que levarei para vida toda. Obrigada por acreditar na minha capacidade, obrigada por tudo que fizeste por mim.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) pela excelência no ensino, a coordenadora Prof^a. Rafaela Schaefer por toda dedicação e por sempre me apoiar, obrigada por tudo!

À Cristiane, pela simpatia e disposição em todos os momentos, em todas às dúvidas: “oh Cris, preciso de uma ajuda...”. Sempre pude contar contigo e isso deixou meu coração mais leve.

À querida bolsista de iniciação científica Desiré Testa, por todo carinho e disponibilidade nas coletas de dados deste estudo, obrigada e conta comigo sempre.

Aos meus eternos amigos e afilhados Bruno e Kamilla, por estarem sempre presentes e por serem amor e carinho nesta caminhada.

Aos meus amigos de vida Jennifer, Dani, Giovanna, Laísa e Pedro, por se manterem presentes na minha vida mesmo que distantes.

À querida Josi, profissional e pessoa maravilhosa que tive o privilégio de conhecer, obrigada por me ouvir e apoiar.

Aos meus eternos colegas, que dividiram essa caminhada comigo. Foram dois anos de muito companheirismo. Obrigada amigos, levarei vocês em meu coração.

Aos membros da banca avaliadora, Prof^a. Dr^a. Vânia Schneider e Prof. Dr. Daniel Schuch, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com essa dissertação. Obrigada por cada contribuição!

Por fim, o meu profundo agradecimento aos meus tios de coração, Tia Vizinha e Tio Ronald, por proporcionarem a realização deste sonho. Obrigada por acreditarem em mim. Essa conquista é para vocês!

*“O mundo está nas mãos daqueles que têm a coragem
de sonhar e correr o risco de viver seus sonhos”*

(Paulo Coelho)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Delineamento metodológico da pesquisa.	33
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais momentos das sessões grupais.	40
Quadro 2 - Termos usados no método de Análise Temática.	41
Quadro 3 - Cronograma de atividades do estudo.....	45
Quadro 4 - Orçamento para execução do estudo	46

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
EM	Erro de Medicação
EPS	Educação Permanente em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOM	Instituto de Medicina
LT	Letramento em Saúde
MS	Ministério da Saúde
PPFB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resoluções da Diretoria Colegiada
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Tema	19
1.2 Delimitação do tema	19
1.3 Problema	19
1.4 Objetivos	19
1.4.1 Objetivo geral	19
1.4.2 Objetivos específicos.....	20
1.5 Justificativa.....	20
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
2.1 O cuidado ao paciente crônico na atenção primária à saúde	22
2.2 Uso de medicamentos por pacientes crônicos	23
2.2.1 Erro de prescrição	25
2.2.2 Erro de dispensação.....	27
2.2.3 Erro de administração	28
2.3 Segurança do paciente	29
3 METODOLOGIA	32
3.1 Delineamento do estudo.....	34
3.2 Local do estudo	35
3.3 População e amostra	35
3.4 Critérios de inclusão.....	35
3.5 Coletas de dados	36
3.5.1 A técnica de Grupo Focal	36
3.5.2 Desenvolvimento da técnica de grupo focal	39
3.5.2.1 Planejamento	39
3.5.2.2 As sessões	39
3.6 Análise de dados	40
3.7 Aspectos éticos	44
4 CRONOGRAMA	45
5 ORÇAMENTO	46
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	58
PARTE 2 - RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	59

ANEXO A - FORMULÁRIO DE PERGUNTAS	78
PARTE 3 - ARTIGO	79

RESUMO

O artigo teve como objetivo conhecer a percepção de profissionais da atenção primária sobre o risco no uso de medicamentos para a segurança do paciente com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com delineamento exploratório e abordagem hermenêutica crítica, conduzida em 2023, no município de Sapucaia do Sul/RS. A coleta de dados foi realizada pela discussão de grupos focais em cinco unidades de atenção primária. Os dados coletados foram analisados na perspectiva da análise temática e interpretados a partir da hermenêutica dialética. Os resultados retrataram três unidades temáticas: “Erros de Prescrição”, “Erros de Administração” e “Estratégias para minimizar os erros de medicação para segurança do paciente”. Os profissionais destacaram erros de legibilidade, prescrição duplicada, falta de entendimento no uso correto dos medicamentos. Por outro lado, foram apontadas condutas como: qualificação profissional, escuta qualificada e a utilização de prontuários eletrônicos integrados, necessárias para a redução dos erros de medicação visando promover o uso racional de medicamentos e garantir a segurança dos pacientes com DCNT na atenção primária. Conclui-se que esses achados têm o potencial de estimular reflexões futuras e o desenvolvimento de novos estudos, contribuindo para a visibilidade da temática e fortalecendo as estratégias voltadas à redução de erros de medicação e à melhoria da assistência na atenção primária.

Palavras-chave: Erros de medicação; Segurança do Paciente; Atenção Primária; Condições Crônicas.

ABSTRACT

The article aimed to understand the perception of primary care professionals regarding the risk of medication use for patient safety with Non-Communicable Chronic Diseases (NCDs). It is a qualitative research with an exploratory design and a critical hermeneutic approach, conducted in 2023 in Sapucaia do Sul/RS municipality. Data collection was done through discussion of focus groups in five primary care units. The collected data were analyzed using thematic analysis and interpreted from a dialectical hermeneutic perspective. The results portrayed three thematic units: "Prescription Errors," "Administration Errors," and "Strategies to minimize medication errors for patient safety." Professionals highlighted issues such as readability errors, duplicate prescriptions, and lack of understanding in the correct use of medications. On the other hand, practices such as professional qualification, qualified listening, and the use of integrated electronic medical records were identified as necessary to reduce medication errors, aiming to promote rational drug use and ensure patient safety with NCDs in primary care. It is concluded that these findings have the potential to stimulate future reflections and the development of new studies, contributing to the visibility of the issue and strengthening strategies aimed at reducing medication errors and improving primary care assistance.

Key-words: Medication errors; Patient safety; Primary attention; Chronic conditions.

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação está dividida em três partes: projeto, relatório e artigo. No projeto apresentam-se o tema, o problema de pesquisa, seus objetivos, sua justificativa, seu referencial teórico, a metodologia, seus aspectos éticos, além do orçamento e do cronograma. Este projeto passou por uma banca de qualificação para a sua aprovação. O projeto foi submetido ao comitê de ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), recebendo sua aprovação.

O relatório é a descrição do desenvolvimento do trabalho, desde os primeiros contatos até a seleção das equipes, onde aconteceram as coletas, e a trajetória das análises dos dados coletados.

Por fim, a última parte compõe a produção do artigo científico que sintetiza os resultados da pesquisa que será submetido na revista INTERFACE – Comunicação, Saúde e Educação.

PARTE 1 - PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

Os padrões epidemiológicos, demográficos e nutricionais globais mudaram desde meados do século passado e, de acordo com esse cenário, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) tornaram-se o problema de saúde pública mais importante do mundo (SANTOSA *et al.* 2014; STOPA *et al.* 2022), abrangendo indivíduos de todas as classes socioeconômicas, especialmente, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), essas patologias impactam negativamente o desenvolvimento macroeconômico dos países e o bem-estar das famílias, em principal, para os grupos de baixa e média renda (BONITA *et al.* 2013; MELO *et al.* 2015).

No Brasil, as DCNT são responsáveis por grande número de mortes e redução da qualidade de vida, levando à incapacidade e à limitação das atividades de trabalho e lazer (BRASIL, 2011). Existem muitos fatores de risco para o seu desenvolvimento, como fatores socioeconômicos, ambientais e culturais (globalização, envelhecimento populacional e urbanização); fatores individuais modificáveis (falta de exercícios, má alimentação, tabagismo, consumo de álcool); fatores individuais não modificáveis (idade, sexo e genética) e fatores bioquímicos (sobrepeso/obesidade, hiperlipidemia), que, por sua vez, justificam a ocorrência frequente dessa patologia (OMS, 2013).

Muitas vezes, as pessoas em condições crônicas iniciam o tratamento na Atenção Primária à Saúde (APS), que é o primeiro local de contato com uma equipe de profissionais que trabalham para realizar os cuidados e serviços essenciais de saúde (KABIR *et al.* 2022). Conseqüentemente, devido à crescente procura pelos serviços na rede primária, a atenção em saúde voltada para as doenças crônicas tornou-se um desafio para os profissionais da APS, isto porque, são condições muito frequentes e multifatoriais. Além desses fatores, para que a abordagem seja efetiva, várias categorias profissionais de saúde devem estar envolvidas, exigindo o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014; GEWEHR *et al.* 2018).

As DCNT podem ser controladas por meio do uso de medicamentos, cujo acesso e uso adequado são essenciais para o sucesso da farmacoterapia, proporcionando uma melhor qualidade e expectativa de vida das pessoas (TAVARES *et al.* 2016). Porém, para que esse uso não represente danos à saúde dos pacientes com doenças crônicas, é necessário que erros de medicação (prescrição,

dispensação e administração) sejam evitados por meio de medidas que garantem maior qualidade do serviço prestado, assim como no tratamento medicamentoso (ARAÚJO *et al.* 2019).

A ocorrência de falhas no processo de uso de medicamentos gera um grande problema de saúde pública, podendo causar danos aos pacientes, levar ao aumento dos gastos com a saúde e à redução da segurança do paciente (ANVISA, 2019). Garantir o uso seguro de medicamentos é fundamental para a segurança do paciente, a fim de manter a qualidade dos cuidados de saúde, sendo que cabe, aos profissionais da atenção primária, prestar cuidados seguros e de qualidade, com o objetivo de reduzir os eventos adversos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes crônicos (OMS, 2017; ANVISA, 2019).

1.1 Tema

Segurança do paciente com DCNT na atenção primária à saúde.

1.2 Delimitação do tema

Risco no uso de medicamentos e a segurança do paciente na atenção primária à saúde.

1.3 Problema

Quais são as percepções dos profissionais sobre o risco no uso de medicamentos para a segurança dos pacientes com DCNT na atenção primária à saúde?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Conhecer a percepção dos profissionais da atenção primária sobre o risco no uso de medicamentos para segurança do paciente com DCNT.

1.4.2 Objetivos específicos

Para atingir o objetivo geral foram delimitados os seguintes objetivos específicos:

- a) Apontar às dificuldades vivenciadas pelos pacientes com DCNT em relação ao uso de medicamentos, a partir do relato dos profissionais de saúde da atenção primária;
- b) Discutir sobre a compreensão quanto ao uso dos medicamentos pelos pacientes em condições crônicas por parte dos profissionais da atenção primária e, sua percepção sobre a segurança do paciente;
- c) Analisar o conhecimento e a cultura dos profissionais da atenção primária sobre a segurança do paciente com DCNT.

1.5 Justificativa

Como porta de entrada no sistema de saúde, a APS é o nível de atenção mais utilizado pela população e se encontra no centro do cuidado de saúde integrado. Apresenta como uma de suas características a coordenação de uma rede de atenção à saúde, que oferece aos pacientes e suas famílias uma abordagem centrada no usuário, com objetivo de garantir respostas adequadas às suas necessidades (BRASIL, 2017; MARCHON; MENDES JUNIOR, 2019).

Devido a maioria dos cuidados serem prestados neste âmbito de atenção, a ocorrência de erros relacionados ao uso de medicamentos é crescente. Para tanto, um ponto importante na prevenção das doenças crônicas é a orientação quanto ao uso correto destes medicamentos, no intuito de prevenir os riscos à saúde que possam acarretar uma piora clínica do paciente (SANTOS, 2018; ISMP, 2019; ROCHA; VIANA; VIEIRA, 2021).

Há riscos específicos que podem afetar a segurança do paciente. Os erros de medicação (prescrição, dispensação e administração) são os fatores potenciais para o insucesso da farmacoterapia e controle das doenças crônicas nesse nível de atenção. A ocorrência destes erros apresenta como consequência o aumento de agravos e danos, que influenciam de forma negativa o cuidado prestado (OLIVEIRA; MELO, 2011; SANTOS, 2018).

Nesse sentido, garantir o uso seguro de medicamentos é crucial para manter a qualidade dos serviços de saúde no escopo da segurança do paciente, reconhecendo que o uso de medicamentos é um processo multidisciplinar. Dessa forma, o desenvolvimento e a implantação de programas e estratégias de prevenção de erros de medicação devem ocorrer de forma integrada entre os setores do sistema de saúde, profissionais envolvidos e pacientes, utilizando os meios disponíveis para a resolução dos problemas e minimização de incidentes (ANVISA, 2019).

De acordo com Marchon e Mendes Junior (2014) existem vários fatores contribuintes de incidentes na APS, entre eles destacam-se falhas na comunicação interprofissional e/ou entre profissionais e pacientes, erros de diagnóstico, erros relacionados ao tratamento medicamentoso e falhas no cuidado. Por conseguinte, Chaneliere *et al.* (2018) em sua pesquisa qualitativa também verificou os fatores contribuintes de incidentes, no qual os erros de comunicação e os fatores humanos (condições físicas, elementos psico-relacionais, atitudes ou comportamentos) relacionados aos profissionais e paciente como: raiva, falta de atenção, estresse e fadiga estão frequentemente envolvidos nos incidentes, contribuindo para um cuidado inseguro (CHANELIERE *et al.* 2018).

No entanto, esses incidentes característicos da APS, afetam a segurança dos pacientes em condições crônicas e podem apresentar potenciais para danos graves, resultando em internações hospitalares, lesões permanentes ou óbitos (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014). Portanto, é inestimável identificar os eventos que tenham risco de danos, e sobretudo, encontrar melhorias nos processos de trabalho e o envolvimento dos pacientes, seus familiares e profissionais, a fim de prevenir danos associados ao uso de medicamentos em pacientes crônicos.

Diante o exposto, ressalta-se a importância da realização de estudos que visam contribuir para melhora da saúde pública e a segurança do paciente crônico em relação ao uso de medicamentos, deste modo, incentivando sua utilização de forma segura, racional e mais efetiva, bem como consolidar o conhecimento ainda considerado uma lacuna científica.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A revisão da literatura foi dividida em três subcapítulos: I) O cuidado ao paciente crônico na atenção primária à saúde, II) Uso de medicamentos em pacientes crônicos e, III) Segurança do paciente, sendo estes, apresentados na sequência.

2.1 O cuidado ao paciente crônico na atenção primária à saúde

As DCNT constituem um grupo de patologias de múltiplas causas, diversos fatores de risco e de origem não infecciosa que se desenvolvem ao longo da vida, muitas vezes de forma lenta e silenciosa. Estas doenças resultam em incapacidades funcionais que comprometem a qualidade de vida do indivíduo, especialmente aqueles que pertencem a grupos vulneráveis, como os de baixa renda e escolaridade (BONITA *et al.* 2013; WILLIAMS *et al.* 2018; BRASIL, 2021).

Este tipo de doença crônica representa a maior carga de morbimortalidade no mundo sendo responsáveis por 74% das mortes globais (OPAS, 2022). A maioria dos óbitos por DCNT são relacionadas às Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), ao câncer, a diabetes e às doenças respiratórias crônicas. No entanto, as principais causas dessas patologias incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2011). No Brasil, de acordo com estimativas da Pesquisa Nacional de Saúde em 2019, 54,7% dos óbitos registrados foram causados por DCNT (BRASIL, 2021).

Com intuito de reduzir a carga das DCNT no Brasil, foi implementado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Este plano teve como objetivo o desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde, prevenção e cuidado integral, centralizado para o controle das DCNT e seus fatores de risco (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011; OLIVEIRA; SOUZA; MORAIS NETO, 2020).

Diante desta realidade, as DCNT marcam uma situação problemática de saúde, exigindo estratégias de contenção na APS configurada como “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se pela abordagem preventiva como uma de suas prioridades (MENDES, 2012).

Perante o exposto, o primeiro contato dos indivíduos que possuem DCNT com os serviços de saúde pública se dá através da APS, onde verificasse a relevância da

doença por profissionais que apresentam um papel fundamental no cuidado e manejo destes pacientes (BRASIL, 2014). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as unidades da APS foram as mais citadas pelos pacientes na procura por consultas, confirmando que o SUS é referência de atendimento para os brasileiros que possuem DCNT (BRASIL, 2020).

Segundo Malta; Merhy, 2010, o cuidado ao paciente com DCNT deve se dar de forma integral, visando sempre um cuidado organizado em rede (MALTA; MERHY, 2010). Nesse sentido, a Portaria GM/MS nº 483 de 1º de abril de 2014 no Art. 4º redefine a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014a), tendo como finalidade:

- I) Realizar atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.
- II) Fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

Entretanto, é essencial integrar os cuidados a pacientes crônicos, visto que, estes usuários têm necessidades diversas de atenção à saúde. Portanto, é necessário fortalecer a cultura de segurança do paciente nesse nível de atenção, a fim de permitir uma melhor prevenção e controle das doenças crônicas (SOUZA *et al.* 2019; WHO, 2015).

2.2 Uso de medicamentos por pacientes crônicos

A definição de medicamento é dada como sendo “todo produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnósticos” (BRASIL, 1973). Eles ocupam um papel importante nas práticas profissionais e culturais e estão diretamente relacionados com a promoção ou a recuperação da saúde, sendo muitas vezes responsáveis pela própria manutenção da vida (BRASIL, 2012).

Os medicamentos são fundamentais para o enfrentamento das DCNT, tendo em vista que quando utilizados de maneira correta proporcionam uma melhor qualidade de vida melhor, controle de doenças e a redução da morbimortalidade dos usuários portadores de doenças crônicas (TAVARES *et al.* 2015). Portanto, o tratamento

medicamentoso corresponde uma das principais estratégias para o controle em nível individual das DCNT sendo empregado em até 87% dos adultos e idosos (PANIZ *et al.* 2007; REMONDI; CABRERA; DE SOUZA, 2014).

No Brasil, medicamentos para doenças crônicas estão disponíveis gratuitamente nas farmácias do SUS e no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). Neste primeiro acesso, todos os medicamentos são gratuitos e destinados às DCNT mais prevalentes e, no segundo, o elenco de medicamentos é mais reduzido e ofertado mediante copagamento, sendo apenas alguns deles gratuitos. Já, outra forma de acesso à medicamentos para doenças crônicas se dá pela obtenção mediante pagamento no setor privado (OLIVEIRA *et al.* 2016; MATTA *et al.* 2018).

Apesar do acesso à medicamentos ser um indicador da qualidade e resolutividade, faz-se necessária a orientação ao paciente quanto ao uso correto, visto que, quando administrado de forma incorreta, pode agravar o quadro clínico e trazer consequências para a saúde (REMONDI; CABRERA; DE SOUZA, 2014; SANTOS, 2018). Segundo a OMS, mais de 50% de todos os medicamentos prescritos são dispensados ou vendidos de maneira inadequada e 50% dos pacientes os utilizam incorretamente (BRASIL, 2012).

Devido ao aumento da expectativa de vida, tem se tornando mais frequente o número de DCNT e com isso, o aumento no uso concomitante de cinco ou mais medicamentos denominado como polifarmácia. De acordo com a OMS, a polifarmácia é uma condição cada vez mais comum, porém, para o paciente pode haver risco de reações adversas, interações medicamentosas e dificuldades na adesão ao tratamento. Além disso, o uso de vários medicamentos favorece o aumento no risco de ocorrerem erros de medicação (BRASIL, 2012; SILOCCHI, 2013; ISMP, 2017).

Os erros de medicação (EM) segundo o *United States National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* é definido como:

Qualquer evento evitável que possa causar ou levar ao uso inadequado de medicamentos ou danos ao paciente enquanto o medicamento está sob o controle do profissional de saúde, do paciente ou do consumidor. Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos para o cuidado de saúde, aos procedimentos e aos sistemas, incluindo prescrição, comunicação, rótulo dos produtos, embalagem, nomenclatura, composição, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso.

Essas iatrogênicas constituem um grande problema de saúde pública e são responsáveis pela ocorrência de hospitalizações, mortalidade e aumento dos custos em saúde (ANGAMO *et al.* 2016)

Estes erros podem ser classificados em I) erro de prescrição, II) erro de dispensação e, III) erro de administração. São eventos comuns e passíveis de ocorrência em qualquer serviço de assistência à saúde. Entretanto, é de suma importância que no processo de cuidado em saúde, os profissionais assegurem a qualidade da farmacoterapia evitando danos aos pacientes (OMS, 2016; SALVADOR *et al.* 2016; BRASIL, 2013).

Para implementar mudanças nas práticas de saúde e o aumento na segurança do uso de medicamentos pelos pacientes a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) implementou em 2019, o VigiMed, novo sistema nacional de notificações de eventos adversos provocados por medicamentos e de relatos de casos de erros de medicação em serviços de saúde. De acordo com o boletim, entre janeiro e outubro de 2019 foram recebidas 2.771 notificações relacionadas a erros de medicação, o que representou um aumento de 64,5% quando comparado com 2018 (1.684) e de 218% em relação a 2017 (871) (ANVISA, 2020).

É fundamental receber notificações sobre os erros de medicação para que sejam adotadas medidas necessárias para minimizá-los ou evitá-los, podendo envolver a emissão de advertências, a criação de relatórios ou a alteração da regulamentação do produto. Portanto, compreender o tipo de fatores subjacentes a um erro é essencial para avaliar a probabilidade do erro resultante (ANVISA, 2019).

2.2.1 Erro de prescrição

A prescrição de medicamentos é considerada uma atividade de suma importância para o processo de cuidados assistenciais aos pacientes (BONADIMAN, *et al.* 2013), sendo vista como uma forma de orientação de um plano terapêutico elaborado por profissionais habilitados para que não ocorra erros de medicação, podendo ocasionar sérios danos ao paciente.

Os erros de prescrição configuram um tipo de erro que ocorre durante a prescrição de medicamentos comprometendo a sua segurança, efetividade e apresentando gastos ao paciente e ao sistema público de saúde (ZANETTI; MARCHETTI; GARCIA DE ANDRADE, 2018; ANACLETO *et al.* 2010). Segundo Santi

(2016) cerca de 80% dos pacientes atendidos na APS saem com alguma prescrição medicamentosa. No entanto, para que não ocorra a falta de entendimento sobre o uso do medicamento, a confiabilidade e uma boa relação entre os profissionais e os pacientes é de grande relevância para a adesão ao tratamento (SANTI, 2016).

A legislação brasileira estabelece alguns preceitos gerais para as prescrições, definidos em lei (Leis Federais 5.991/73, 9.787/99 e as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) ANVISA nº 80/2006 e 16/2007) no intuito de assegurar sua qualidade, as quais necessitam apresentar-se de forma clara, legível e em linguagem compreensível. Conforme a legislação, para que seja realizada uma prescrição é necessário que apresente os principais componentes, como segue abaixo:

- a) devem ser escritos a tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível;
- b) devem conter o nome e o endereço residencial do paciente e, expressamente, o modo de usar a medicação;
- c) devem conter a data e a assinatura do profissional, endereço do consultório ou da residência, e o número de inscrição no respectivo Conselho profissional;
- d) informações quanto ao uso interno ou externo dos medicamentos, via de administração, intervalos entre as doses, doses máximas por dia e duração do tratamento são essenciais para administração do medicamento;
- e) nomenclatura do medicamento deve estar de acordo com Denominação Comum Brasileira (DCB), e na sua ausência, utiliza-se a Denominação Comum Internacional (DCI).

Apesar da legislação sobre as prescrições, estudos evidenciam (GIMENES, *et al.* 2011; BONADIMAN *et al.* 2013; ALBARRAK *et al.* 2014; BANDEIRA *et al.* 2015) que os requisitos nem sempre não considerados pelos profissionais no momento de prescrever o medicamento, ocorrendo assim, erros comuns que podem manifestar uma série de problemas no processo de administração de medicamentos.

Segundo o estudo de Gimenes *et al.* (2011), no qual o autor analisou a influência da prescrição médica nos erros de via de administração, observou-se que 91,3% das prescrições apresentavam siglas e abreviaturas, em 22,8% os dados do paciente estavam ausentes e 4,3% não apresentavam data e possuíam rasuras (GIMENES *et al.* 2011). Bezerra e Batista (2020) em uma revisão sistemática da literatura analisaram sobre os erros de prescrições na APS, no qual constataram que os erros mais comuns foram a omissão de duração do tratamento, medicamentos prescritos pelo nome comercial, polifarmácia, terapia duplicada, combinações

contraindicadas de medicamentos e a falta de adesão à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)¹

Diante ao exposto, é importante ressaltar que o principal desafio para qualificação da atenção em saúde é garantir que as prescrições dos medicamentos ocorram de forma apropriada e segura (NASCIMENTO *et al.* 2017), e que haja serviços de acompanhamento farmacêutico, para que assim, se desenvolva planos de cuidado e resolutividade de problemas relacionados aos medicamentos, assim como, capacitação continuada de profissionais, educação da população e a adoção de estratégias para qualificar o uso de medicamentos e contribuir para o fortalecimento da segurança do paciente (NASCIMENTO *et al.* 2017; SANTOS, 2018).

2.2.2 Erro de dispensação

O termo dispensação foi definido no Brasil, desde 1973, como o fornecimento de medicamentos ao consumidor em resposta a uma prescrição elaborada por profissionais autorizados (BRASIL, 1973). É considerada uma atividade de saúde que orienta o usuário para o uso correto do medicamento, garantindo a ele uma entrega adequada e racional (SANTOR *et al.* 2014). Quando ocorrem falhas na dispensação, significa que há fragilidade no processo de trabalho, indicando uma relação direta com os riscos maiores de ocorrências de acidentes com danos graves (LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2012). É uma das etapas mais delicadas, na qual exige um sistema seguro, organizado e eficaz, garantindo assim, que os medicamentos sejam dispensados corretamente em consonância com as prescrições para reduzir a possibilidade de erros (ANACLETO *et al.* 2007).

A dispensação de medicamentos é realizada pelo profissional farmacêutico que apresenta um papel de extrema importância para realização da farmacoterapia adequada. Neste processo, a comunicação entre paciente e profissional é fundamental para que todas as informações sejam transmitidas a fim de corrigir, identificar ou reduzir erros antes do início do tratamento (LYRA *et al.* 2004; OENNING *et al.* 2011).

¹ Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é uma lista de medicamentos oferecidos em todos os níveis de atenção e nas linhas de cuidado do SUS, a fim de atender às necessidades de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Perante o exposto, um estudo realizado em Santa Catarina teve como objetivo verificar o conhecimento dos pacientes sobre seu tratamento medicamentoso após a consulta médica e dispensação, realizadas em uma unidade básica de saúde. Foram entrevistados 111 pacientes e o nível de conhecimento foi verificado através de perguntas relacionadas ao nome do medicamento, dose, frequência de uso, duração do tratamento, efeitos adversos e precauções. No entanto, pode-se verificar que o nível de entendimento após a consulta foi 64,4% insuficiente, e após a dispensação foi de 7,3% insuficiente, confirmando assim, a importância do profissional farmacêutico na orientação dos pacientes para utilização correta dos medicamentos (OENNING *et al.* 2011).

Para que haja maior segurança na dispensação, estudos já abordam propostas de implementação de um modelo de prática para facilitar o desenvolvimento de um trabalho de qualidade e, a partir disso, o profissional farmacêutico pode participar do cuidado aos pacientes, principalmente no que se refere ao uso adequado dos medicamentos, refletindo de forma positiva nos resultados da terapia medicamentosa (LEITE *et al.* 2017; SOARES *et al.* 2013; ANGONESI; RENNÓ, 2011).

2.2.3 Erro de administração

A administração de medicamento é entendida como um processo que envolve a segurança do paciente no que diz respeito à terapêutica medicamentosa. Este processo deve ser realizado de maneira eficiente e responsável, no intuito que o plano terapêutico implementado seja cumprido, sem que ocorra erros e danos ao paciente (DALCIN *et al.* 2020). Prevenir o erro de administração é uma etapa importante para a promoção da segurança do paciente, devido ao fato, de representar a última etapa do processo de medicação, evitando que os erros provenientes da prescrição e dispensação, chegue ao paciente (CONASS, 2018).

Nesta perspectiva, a OMS em 2017 lançou o terceiro desafio global de segurança do paciente intitulado como “medicação sem danos”, que teve como objetivo reduzir em 50% dos danos causados por erros de medicação. Erros estes que podem ocorrer em qualquer etapa do processo de medicação, sendo a administração a de maior risco por representar a última etapa deste processo, antes que o paciente receba o medicamento (WHO, 2017).

Neste contexto, estudos observaram os erros mais frequentes ocorridos em unidades de saúde no processo de administração de medicamentos. No qual, foram considerados erros de horário, de dose, de omissão, troca de paciente e via errada (ASSUNÇÃO-COSTA *et al.* 2022; GOMES *et al.* 2016). Para que ocorra o cuidado seguro em relação a administração de medicamento, estudos nacionais apresentam estratégias seguras que contribuam para esta redução, vislumbrando a contribuição para o cuidado seguro e de qualidade (CARDOSO; SANTOS, 2019).

Porém, é de grande relevância que os profissionais de saúde busquem qualificação e atualização periodicamente com a finalidade de reduzir estes erros, a fim de atender a necessidade do indivíduo sem causar danos. Contudo, é de suma importância que estudos ainda escassos em nível de atenção primária sejam implementados para que possam contribuir na elaboração de políticas de incentivo em prol da segurança do paciente (VOLPE *et al.* 2016).

2.3 Segurança do paciente

A segurança do paciente é um componente fundamental na qualidade do cuidado e tem por objetivo a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde (ANVISA, 2014). Este tema ganhou visibilidade após a divulgação do relatório “*To err is human: building a safer health care system*” ter sido publicado; relatório este que traduzido significa “Errar é humano: a construção de um sistema de saúde mais seguro”, publicado pelo do Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA). Esta publicação foi classificada como um marco, apresentando a dimensão do problema e estimulando esforços na melhoria da área de segurança do paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

A OMS preocupada com a segurança do paciente criou em 2004 o programa *The World Alliance for Patient Safety*, com objetivo de desenvolver políticas mundiais no intuito de melhorar o cuidado aos pacientes nos serviços de saúde. Entre as iniciativas desse programa, destaca-se a tentativa de conceituar as questões envolvidas com a segurança do paciente, despertando os países membros para o compromisso de desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para esta temática (WHO, 2009).

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) instituído no dia 1º de abril de 2013 através da portaria nº 529 do Ministério da Saúde (MS), teve como objetivo difundir conhecimentos sobre segurança do paciente, além de promover e ampliar iniciativas ao acesso da sociedade às informações relativas a esse tema (BRASIL, 2013a). Embora a maioria dos estudos sobre a segurança do paciente sejam discutidos com mais afinco no âmbito hospitalar, mesmo diante da grande demanda de cuidados prestados na APS, faz-se necessário realizar avanços, pois apesar de ser considerada relativamente segura, incidentes também estão presentes neste nível de atenção (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014).

Pensando nisso, em fevereiro de 2012, a OMS criou um grupo conhecido como *Safer Primary Care Expert Working Group*, traduzido significa “Grupo de trabalho de especialistas em cuidados primários mais seguros” com intuito de aprimorar o conhecimento sobre os riscos para os pacientes em cuidados de saúde primários e a magnitude dos incidentes devido a práticas inseguras para a realização de pesquisas nesta temática (WHO, 2023). Vale ressaltar que segundo a OMS, incidente é considerado um evento ou circunstância que pode ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente. Incidente sem danos é chamado quando um evento ocorreu a um paciente, mas não chegou a resultar em dano. Quando incidente resulta em dano é chamado de evento adverso (WHO, 2009).

Na literatura, as ocorrências de incidentes estão diretamente ligadas ao diagnóstico, erro no tratamento medicamentoso e na gestão do serviço, sendo a comunicação entre: I) os profissionais e os pacientes, II) os profissionais da mesma unidade de saúde e, III) as unidades diferentes, o fator contribuinte mais encontrado (MAKEHAM *et al.* 2008; SINGH *et al.* 2017). Estudos internacionais indicam que as ocorrências de incidentes na segurança do paciente são comuns, em torno de dois a três incidentes a cada cem consultas na APS (PANESAR *et al.* 2015). No Brasil, estudos apontam como incidentes principalmente os relacionados aos erros de medicação, de manuseio do prontuário, de gestão, de comunicação com paciente/interprofissional e de registros de agendamento (MACHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2016; AGUIAR; MACEDO, 2020).

Segundo Silva (2021) que avaliou a percepção de profissionais na APS sobre a segurança do paciente, observou-se que os erros de medicação foram os mais apontados pelos participantes, sendo identificados falhas nos processos de administração e prescrição dos medicamentos. Em outro estudo pode-se observar

que os erros relacionados aos medicamentos se repetem e apresentam uma ameaça à segurança do paciente. De acordo com as percepções dos profissionais estes incidentes podem ser evitados através da implementação de estratégias de intervenção (DE MESQUITA *et al.* 2020).

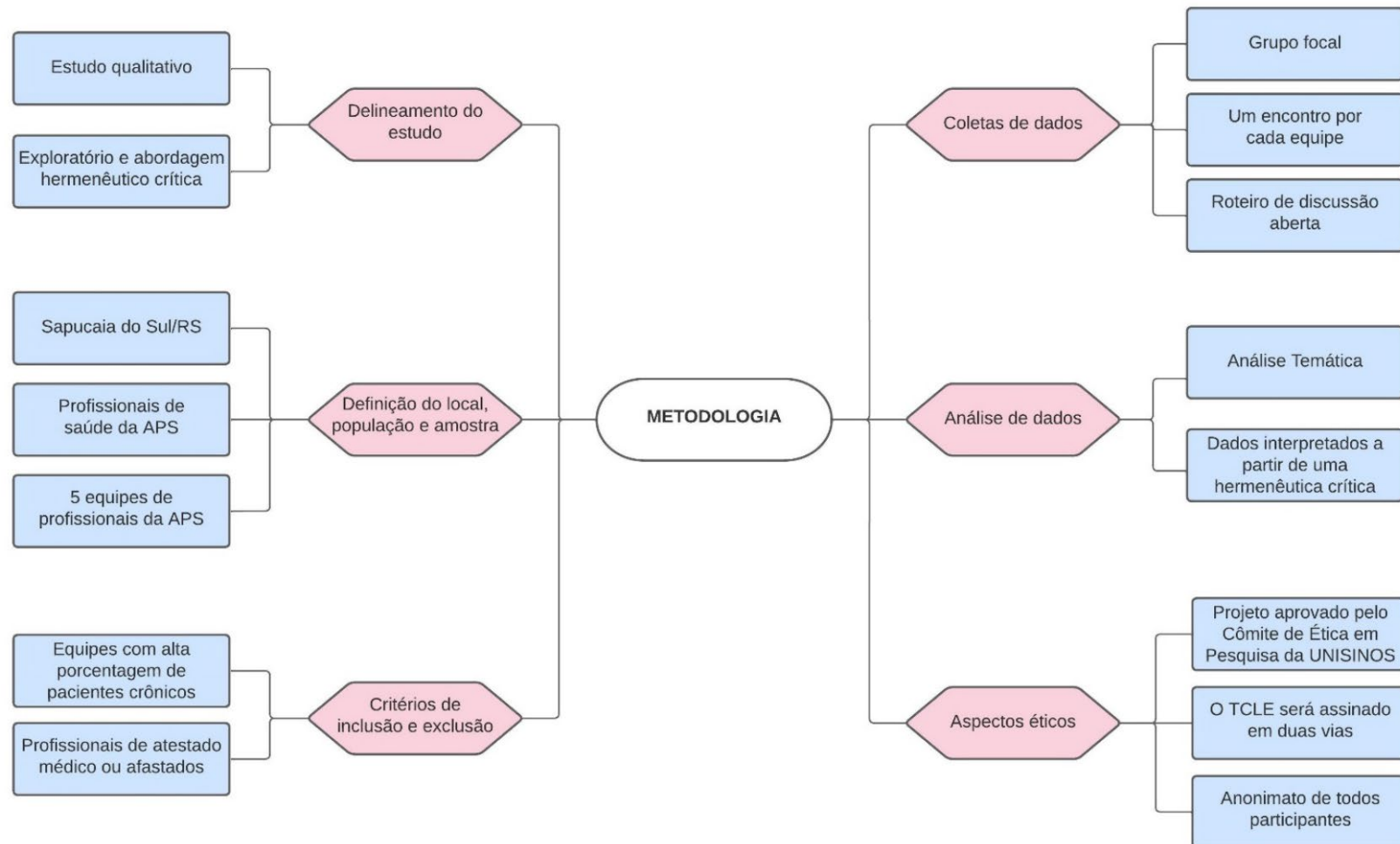
Diante ao exposto, estudos no âmbito da APS são de grande relevância no contexto atual de saúde. Porém para que isto aconteça, pesquisas relacionadas a segurança dos pacientes precisam sair da escassez e darem lugar à estudos mais aprofundados, que auxiliem os profissionais e gestores na realização do planejamento e desenvolvimento de estratégias para melhorar a qualidade do cuidado na APS (MACHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015; DE MESQUITA *et al.* 2016).

3 METODOLOGIA

O presente estudo faz parte de um projeto de maior abrangência intitulado “Percepção dos profissionais das equipes de atenção primária sobre a segurança do paciente em condições crônicas”. Trata-se de um projeto de pesquisa coordenado pelo Prof. Dr. José Roque Junges, que tem como objetivo analisar a percepção dos profissionais da atenção primária sobre incidentes ocorridos no atendimento que podem afetar a segurança do paciente. O projeto discute a construção de uma cultura da segurança do paciente como uma questão ética central que ainda necessita tornar-se uma preocupação e uma discussão das equipes de atenção primária. A referida pesquisa debate ainda a constatação da vulneração programática como contexto dos fatores que podem afetar a segurança do paciente, sendo o acesso à rede de atenção um dos fatores primordiais para garantir a segurança do paciente, o que torna a cultura da segurança do paciente uma temática importante e central de investigação para a qualificação da atenção primária. Assim, a pesquisa pretende reunir num percurso investigativo esses três elementos: segurança do paciente, atenção primária e condição crônica, usando tanto um enfoque quantitativo quanto qualitativo para elucidar a complexidade do problema (JUNGES, 2019).

Os subcapítulos a seguir apresentam o delineamento metodológico proposto para execução desta pesquisa, estando os mesmos dispostos da seguinte forma: I) delineamento do estudo, II) definição do local, população e amostra, III) critérios de inclusão e exclusão, IV) método de coleta de dados, V) análise dos dados e VI) aspectos éticos, conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1 - Delineamento metodológico da pesquisa.



Fonte: Elaborado pela autora.

3.1 Delineamento do estudo

O presente estudo será qualitativo com delineamento exploratório e uma abordagem hermenêutica crítica.

A pesquisa qualitativa é definida como a análise que favorece por meio do estudo das ações sociais, os micros processos, tanto em indivíduos como em grupos. Ainda, estudos com métodos qualitativos têm uma abordagem interpretativa do mundo, isto quer dizer que os pesquisadores abordam os problemas em termos dos sentidos em que os indivíduos a eles concedem (DENZIN; LINCOLN, 2006). Neste método os entrevistados são incentivados a se sentirem à vontade para expor suas ideias e opiniões, o que faz com que eles explorem seus pontos de vista, gerando reflexões e críticas sobre o conteúdo referente ao estudo. A interatividade entre os sujeitos na pesquisa qualitativa caracteriza um processo dialógico em que pesquisadores e entrevistados tem papel principal, assim configurando-os como construtores do conhecimento (GLESNE, 2015).

Deste modo, a pesquisa qualitativa não se trata somente de uma coleta de dados como se o dado se encontrasse meramente à espera de ser coletado, mas sim de compreender os significados que surgem do cenário da pesquisa, à proporção que os participantes opinam, refletem e discutem sobre o assunto proposto (MARTINS, 2004).

Em relação ao delineamento da pesquisa, costumam ser do tipo qualitativa as pesquisas com delineamento exploratório, direcionam-se na proximidade com o problema, com objetivo de deixar mais visível ou de construir hipóteses (OLIVEIRA; PONTE; BARBOSA, 2006). Para Malhotra (2001), pesquisas com delineamento exploratório tem como propósito central, o provimento de critérios sobre a situação-problema enfrentada pelo pesquisador e sua percepção.

A pesquisa exploratória é usada quando se pretende captar dados sobre a essência de um problema, emprega esse tipo de pesquisa quando não há ideias formadas o suficiente, para que seja viável acompanhar uma pesquisa descritiva ou experimental, ou quando o interesse do projeto é exatamente colher uma quantidade de informações que analisem a fundo como dado evento ocorre. Pesquisas com esse tipo de delineamento em grande parte, envolve levantamento bibliográfico,

documental, entrevistas ou questionários com pessoas que passaram por alguma vivência com o problema (OLIVEIRA; PONTE; BARBOSA, 2006).

Por fim a abordagem hermenêutica crítica foi escolhida por ser um método interpretativo capaz de produzir uma interpretação contextualizada e crítica de um determinado assunto, favorecendo um aprofundamento das partes do texto e propiciando também uma reflexão sobre os temas sugeridos com esteio nas narrações.

3.2 Local do estudo

O local de pesquisa será o município de Sapucaia do Sul, situado na região metropolitana de Porto Alegre a 20 km da capital; o município se estende por 58,3 km² e conta com uma estimativa em 2021 de 142.508 habitantes. A densidade demográfica é de 2.245,91 habitantes por km² no território do município (IBGE, 2021).

O município conta atualmente com 70% de cobertura de atenção primária, com 20 (vinte e três) equipes de estratégia saúde da família e 5 (equipes) básicas de saúde, distribuídas em 25 (vinte e seis) unidades de saúde (SAPUCAIA DO SUL, 2022).

3.3 População e amostra

O estudo será desenvolvido com profissionais de saúde de cinco equipes de Estratégia e Saúde da Família indicadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS.

A escolha do local para realização do trabalho se deu em razão do município dispor de uma rede de atenção primária estruturada e organizada.

3.4 Critérios de inclusão

Serão incluídos no estudo os profissionais de saúde trabalhadores de cinco equipes da atenção primária que aceitarem participar da pesquisa e apresentarem no mínimo 6 meses de atuação como profissional da APS.

As equipes serão indicadas pela coordenação da APS da Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS, tendo como critério de escolha, equipes que tiverem uma alta porcentagem de pacientes em condições crônicas.

3.4 Critérios de exclusão

Quanto aos critérios de exclusão, estes compreendem profissionais de saúde da atenção primária, que estiverem em atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período de produção de dados.

3.5 Coletas de dados

A coleta de dados será realizada no segundo semestre do ano de 2023 e para a produção de dados, terá como técnica principal a discussão de Grupo Focal (GF).

3.5.1 A técnica de Grupo Focal

Para a coleta de dados será utilizada a técnica de GF. Justifica-se a escolha desta técnica por se adequar a proposta de estudo e por proporcionar a possibilidade de intensificar o acesso a informações sobre um determinado fenômeno, seja pelo fato de gerar tantas ideias, quanto conhecer estas em profundidade (DALL'AGNOL, 1999). Este tipo de técnica vem sendo muito adotado em intervenções sociais, educativas, terapêuticas e motivacionais. Assim, torna-se uma estratégia com potencial para produzir dados que colaborem para ações pensadas ao bem-estar e à qualidade de vida (SOUZA, 2020).

Os GF caracterizam-se como uma técnica de coleta de dados em pesquisas em que o objetivo do pesquisador é obter informações sobre um tema específico por meio da interação e discussão entre os participantes que se reúnem em um local comum por um determinado período de tempo (DALL'AGNOL, 1999; DALL'AGNOL, 2012).

Para o desenvolvimento desta pesquisa serão observados alguns critérios no que tange a composição, número de encontros, duração das discussões, local das reuniões e dimensão do grupo. Assim, apresenta-se o planejamento fundamentado em Dall'Agnol (1999). Sendo assim, os seguintes critérios foram adotados:

- I. Para estabelecer o número de encontros é importante considerar o objetivo do estudo;
- II. A duração das discussões não deve ultrapassar duas horas para que não ocorra fadiga entre os participantes, desqualificando o debate;
- III. Os participantes também são determinados pelo objetivo do estudo, devendo estes ter pelo menos um traço em comum respeitando a homogeneidade do estudo;
- IV. Quanto a dimensão do grupo, é recomendável um intervalo de seis a quinze participantes. É importante ressaltar que um grupo maior é enriquecedor para obter pontos de vistas diferentes, e em um grupo menor é possível obter mais profundidade da temática;
- V. A escolha do ambiente para a realizações das discussões é fundamental. O local deve ser confortável possibilitando a privacidade dos participantes, a fim que não ocorram constrangimento. É importante que a disposição dos assentos seja organizada de forma circular para promover uma visão ampla dos participantes, bem como dispostos em distâncias aproximadamente iguais à equipe coordenadora. Esta distribuição estimula a interação e previne conversas paralelas;
- VI. A equipe de coordenação deve ser composta pelo moderador e pelo(s) observador(s), que juntos são responsáveis pela condução do GF. Ao final de cada encontro, a equipe de coordenação deve se reunir para realizar um panorama geral sobre como foi andamento e o que pode ser melhorado.
- VII. O moderador tem um papel de fundamental importância para o bom funcionamento do GF. Implica no preparo e organização de todas as etapas do processo. O moderador é um facilitador do debate, abre a sessão dando as boas-vindas aos participantes, apresenta-se e convoca o(s) observador(s) a se apresentarem. Ele esclarece os objetivos e finalidades da pesquisa bem como a técnica de grupo, promove a apresentação dos participantes entre si, esclarece sobre a dinâmica de discussão, fomenta opiniões, cede a palavra aos observadores, acena para a importância do setting (contrato grupal), propõe questões para o debate, conduz o debate auxiliado pelos observadores, concede espaço para os participantes e encerra a sessão;

- VIII. A figura do observador é um ponto chave para o sucesso da técnica de GF. Seu papel consiste em acompanhar e registrar tudo que ocorreu no encontro, inclusive as formas de expressão dos participantes. O observador durante as discussões auxilia o moderador no controle do tempo, no monitoramento do equipamento de gravação de forma discreta e participa das avaliações das sessões;
- IX. Para que os encontros sejam realizados em êxito é importante realizar um planejamento com antecedência pela equipe, seguindo o roteiro que apresenta os seguintes tópicos:
- a) Abertura da sessão;
 - b) Apresentação dos participantes entre si;
 - c) Esclarecimento sobre a dinâmica de discussões;
 - d) Estabelecimento do *setting*;
 - e) Debate;
 - f) Encerramento da sessão.
- X. Quando o pesquisador estiver planejando a sessão é importante que a técnica de moderação e o estilo de grupo já estejam definidos. Quanto a técnica de moderação pode apresentar dois modos:
- a) Diretiva, utilizando perguntas dirigidas;
 - b) Não diretivas, que apresenta questões abertas.
- XI. O estilo de grupo pode ser:
- a) Estruturado: O moderador utiliza um guia de temas com questões acerca dos objetivos da investigação;
 - b) Não estruturado: Utiliza-se um guia tema bastante vago, sendo que o foco e o estilo do debate ficam a cargo do próprio grupo;
 - c) Semi estruturado: Se constitui de um guia de temas estruturado que inclui também questões abertas.

- XII. Em relação ao guia de temas consiste no resumo dos objetivos e das questões a serem trabalhadas no GF. A organização do seu conteúdo depende da questão de pesquisa. Nele constará um esquema que norteará a sessão.

3.5.2 Desenvolvimento da técnica de grupo focal

Este subitem descreve como as sessões de GF desta pesquisa serão organizadas.

3.5.2.1 Planejamento

Para o desenvolvimento do GF, primeiramente, será contatada a Secretaria de Saúde do município de Sapucaia do Sul/RS para a seleção das equipes que farão parte da pesquisa. Para a composição das sessões todas os profissionais das unidades serão convidados a participar do GF, sendo previsto um dimensionamento de até 15 participantes, além da equipe de coordenação que será composta por uma moderadora (aluna de mestrado) e uma observadora (estudante de graduação e bolsista de iniciação científica).

Quanto ao número de equipes que farão parte da pesquisa ficaram estabelecidas cinco equipes de estratégia e saúde da família que obedecerem aos critérios de inclusão desta pesquisa.

3.5.2.2 As sessões

As sessões, conforme indicado no Quadro 1, irão ocorrer nas próprias unidades nos horários de reunião das equipes, sendo que os dias e horários serão acordados com um profissional responsável por cada UBS. A condução dos debates irá seguir um método semiestruturado, na qual se utilizou um guia de temas previamente delineado. Este guia constituiu-se de um roteiro para a operacionalização das sessões e algumas questões norteadoras relacionada com o objetivo do estudo e com a questão de pesquisa.

Quadro 1 - Principais momentos das sessões grupais.

Grupos Focais	
Abertura da Sessão	A moderadora agradece a participação de todos, apresentada o pesquisador e observador, realiza uma introdução sobre o tema e objetivos da pesquisa.
Apresentação dos participantes	Será utilizada a dinâmica em que todos os participantes falam seu nome e cargo da unidade para que a moderadora e observadora possam diferenciar na discussão.
Esclarecimentos sobre a dinâmica de discussões	Informações gerais sobre a dinâmica.
Estabelecimento dos <i>setting</i>	Em todas as sessões será destacado o uso do gravador, a confidencialidade dos participantes e a assinatura do TCLE.
Questões norteadoras para o debate	Como é realizado o cuidado longitudinal de pessoas em condições crônicas?
	Vocês desenvolvem projetos pautados no uso racional de medicamentos junto aos usuários com DCNT?
	Quais erros de medicação são mais frequentes na unidade de saúde? O que a equipe faz nesta situação?
	Na opinião de vocês, quais os motivos que levam a ocorrência de erros de medicação?
	Como é realizado a segurança do paciente frente aos riscos que o uso dos medicamentos pode causar no paciente crônico?
	Relatar eventos mais graves que acabaram em danos ou risco de danos pelo uso incorreto de medicamentos em doentes crônicos acontecidos no último ano. Como agiram perante estes eventos?
Encerramento da sessão	Agradecimento pela participação de todos.

Fonte: Elaborado pela autora.

3.6 Análise de dados

Antes de iniciar a descrição da análise de dados é importante definir alguns termos que foram determinados por Braun e Clarke (2006) e serão utilizados ao longo desta pesquisa, de acordo com o indicado no Quadro 2.

Os dados serão analisados na perspectiva da análise temática e interpretados a partir de uma hermenêutica dialética.

Para Braun e Clarke (2006) a análise qualitativa dos dados, intitulada análise temática, trata-se de um método utilizado para identificar, analisar, interpretar e relatar os temas a partir dos dados qualitativos. Assim, proporcionando estruturar e detalhar

a produção dos materiais minuciosamente, colaborando para uma análise interpretativa sobre os dados.

Quadro 2 - Termos usados no método de Análise Temática.

<i>Corpus</i> de dados	São todos os dados gerados para um projeto de pesquisa específico.
Conjuntos de dados	Refere-se a todos os dados do <i>corpus</i> usados em uma análise particular.
Item	Esta palavra é usada para se referir a cada parte individual dos dados gerados, que formam o <i>corpus</i> de dados ou o conjunto de dados
Extrato	Refere-se a um excerto individual codificado de dados, que foi identificado e extraído a partir de um item.

Fonte: Adaptado de Braun e Clarke (2006).

Na análise temática, os temas dentro dos dados podem ser identificados por dedução ou indução. A análise dedutiva é explicitamente orientada pelo analista, esta forma de análise tende a descrever dados menos gerais, destacando apenas alguns aspectos dos dados com mais detalhes. Todavia, a análise indutiva que será utilizada nesta pesquisa, é guiada pelos dados, sem tentar se ajustar a um modelo de codificação preexistente ou aos preconceitos analíticos do pesquisador (BRAUN; CLARKE, 2006).

A análise, será por meio do método de análise temática indicada por Braun e Clarke (2006), através de seis etapas conforme descrito a seguir:

- I. *Familiarização com os dados*: Esta etapa se dará pelo contato prévio do pesquisador com o corpus de dados, na qual serão realizadas transcrições manualmente das gravações dos GF e após suas revisões. É importante que nesta fase o pesquisador faça uma imersão no corpus de dados para familiarização do conteúdo em profundidade e ampliação. Essa imersão significa leituras repetitivas dos dados em busca de ideias preliminares de codificação, realizado anotações e marcações à medida que a leitura se desenvolve.
- II. *Geração de códigos iniciais*: A segunda etapa será para codificar os aspectos interessantes do conjunto de dados de modo sistemático. O processo de codificação é a parte da análise, na qual os dados serão

organizados em grupos que combinam significados. Neste processo serão reunidos extratos relevantes a cada código.

- III. *Busca de temas*: Na terceira fase, será realizada uma análise mais abrangente, agrupando os códigos em temas potenciais. Nesta fase, o pesquisador começa a analisar os códigos e a pensar de que modo vários códigos podem combinar-se para formar um tema abrangente. Alguns códigos podem formar temas principais, outros podem formar subtemas e outros podem até ser eliminados.
- IV. *Revisão de temas*: Na quarta etapa será para revisar e verificar se os temas funcionam em relação aos extratos e ao corpus de dados como um todo, para deste modo, gerar um mapa temático da análise. Assim, os itens contidos nos temas devem fundir-se num padrão que mostre algo em comum entre eles, ao mesmo tempo que deve haver diferenças claras entre cada tema separadamente.
- V. *Definição e nomeação de temas*: Na quinta etapa será definido e nomeado os temas, gerando definições e nomes claros a cada tema. Esta fase se inicia com um mapa temático satisfatório dos dados e após refina-se ainda mais os temas que serão apresentados ao final da análise.
- VI. *Produção do relatório*: Na última etapa será produzido o relatório científico da análise quando se tem um conjunto de dados totalmente trabalhados. Neste processo é importante que a análise escrita forneça um relatório conciso, coerente, lógico, que contenha provas suficientes dos temas nos dados, enfim, que escolha exemplos vivos, ou extratos que capturem a essência do ponto que será demonstrado.

Ainda para Braun e Clarke (2006) a análise temática apresenta flexibilidade por ser essencialmente independente de uma teoria ou epistemologia específica, podendo ser aplicada com uma variedade de abordagens teóricas e epistemológicas. Além do que, as abordagens desta análise podem ser utilizadas como conjuntos de dados de variados tamanhos e tem a possibilidade de ser aplicadas a uma variedade de temas

e assuntos de pesquisa. Para King e Brook (2018), ela pode ser usada a partir de muitas perspectivas teóricas e, por isto, empregada para responder de um modo proveitoso a uma variedade de questões de pesquisa, o que depende da forma particular de análise temática escolhida.

A interpretação dialética, que fará parte deste estudo, tem como finalidade a construção da compreensão e da crítica, possibilitando a interpretação dos sentidos dos sujeitos, apontando para as contradições e os conflitos presentes nas práticas. No entanto, o conceito de dialética é entendido como a arte do diálogo ou discussão, baseada na força da argumentação e demonstração de um tema, para definir e distinguir com clareza os assuntos e conceitos debatidos na discussão (MINAYO, 2002).

A abordagem ou matriz teórica do tratamento analítico dos dados será a hermenêutica crítica. O ponto de partida dessa análise é que dados linguísticos não são um espelho da realidade, mas uma construção social que depende do contexto no qual essa linguagem é empregada. A linguagem não é um meio neutro para descrever o mundo real. As descrições linguísticas não servem simplesmente para descrever o mundo, mas para construí-lo. Assim, a linguagem como forma de discurso serve para regulamentar as relações de poder de um grupo, apontando para o que pode ser dito e o que não pode, quem pode falar e quem deve escutar, e por fim, quem tem autoridade para definir as relações sociais aceitáveis (KINCHELOE; McLAREN, 2006).

Esse pressuposto da hermenêutica crítica está intimamente relacionado com a produção de conhecimento que é o objetivo de qualquer pesquisa. Esse conhecimento, no caso da pesquisa qualitativa, não pode ser utilizado como descrição da realidade, mas sempre como interpretação. O ato hermenêutico da interpretação expressa o entendimento daquilo que foi coletado para permitir a sua compreensão. A própria percepção que foi coletada do participante é também interpretação. Fazer hermenêutica é apontar para as condições contextuais de linguagem, tanto das percepções do participante da pesquisa, quanto das compreensões e interpretações do próprio pesquisador, necessitam de uma permanente autocrítica de seus pressupostos de análise (KINCHELOE; McLAREN, 2006).

Na hermenêutica crítica analisa-se as formas de linguagem dos pesquisados e dos próprios intérpretes, dependentes de contextos socioculturais e de momentos históricos. Trata-se de revelar os paradigmas ocultos de compreensão e as dinâmicas

culturais tácitas que determinam os significados dados à realidade. Isso significa uma análise matizada dos impactos de forças hegemônicas e ideológicas presentes tanto nas microdinâmicas quotidianas das práticas, quanto nas macros dinâmicas organizacionais. A análise hermenêutico crítica exige um exame de como as experiências quotidianas dependem das representações culturais dessas experiências, elucidando as codificações ideológicas presentes nestas representações (KINCHELOE; McLAREN, 2006).

3.7 Aspectos éticos

Para este estudo foram apreciadas todas as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 que traz diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas que envolvem seres humanos. Por fazer parte da pesquisa “Percepção dos profissionais das equipes de atenção primária sobre segurança do paciente em condições crônicas”, encontra-se registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Este estudo apresenta riscos mínimos aos participantes, como constrangimento para responder os questionamentos. Para minimizar essa situação, a discussão focal será no dia e horário destinado a reunião de equipe, em sala própria, dentro da UBS, a fim de reduzir qualquer desconforto que possa ser causado pelos questionamentos e deve ter duração em média de uma hora.

O estudo oferece como benefício aos participantes, a comunicação e a troca dos saberes entre equipe, além da reflexão da temática sobre segurança do paciente e acolhimento. Dessa forma o projeto reforça a importância de políticas públicas que promovem e incentivam a educação permanente.

O TCLE será assinado em duas vias, ficando uma em poder do entrevistado e outra da entrevistadora. A pesquisadora se comprometerá em manter o anonimato de todos os participantes e utilizará os dados coletados, exclusivamente para o desenvolvimento da pesquisa.

4 CRONOGRAMA

No Quadro 3 está representado o cronograma de execução do Mestrado, desde a definição do tema até a sua respectiva finalização.

Quadro 3 - Cronograma de atividades do estudo

Atividades	2023										2024		
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Definição do tema	X												
Revisão da literatura e buscas de artigos	X	X	X	X									
Seleção e leitura das obras para elaboração do projeto		X	X	X									
Elaboração do projeto		X	X	X									
Qualificação do projeto				X									
Coleta de dados					X	X	X						
Tratamento dos dados							X	X	X				
Redação do artigo								X	X	X	X	X	
Defesa do projeto													X
Submissão do artigo													X

Fonte: Elaborado pela autora.

5 ORÇAMENTO

Este estudo utilizará dados que serão coletados. Os custos decorrentes de impressões, deslocamento e outros gastos eventuais necessários ficarão a cargo da pesquisadora, exemplificados no Quadro 4 a seguir.

Quadro 4 - Orçamento para execução do estudo

Descrição	Valor Unitário (R\$)	Quantidade	Valor Total (R\$)
Material de Escritório			
Caderno	10,00	1	10,00
Caneta marca texto	4,00	3	12,00
Caneta esferográfica azul	3,50	2	7,00
Grampeador	25,00	1	25,00
Caixa de grampos para grampeador com 2500 unid.	14,50	1	14,50
Papel sulfite - folha A4 - pacote com 500 folhas	24,50	2	49,00
Cartucho toner para impressora a laser	170,00	1	170,00
Material de Permanente			
Pen drive 16Gb	30,00	1	30,00
Impressões totais	0,26	1000	260,00
Gasolina			
Deslocamento São Leopoldo - Sapucaia	30,00	5 idas/voltas	150,00
Total: R\$ 727,50			

Fonte: Elaborado pela autora.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. **Boletim de Farmacovigilância aborda erros de medicação**. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/resultadodebusca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=5765434&_101_type=content&_101_groupId=219201&_101_urlTitle=boletim-de-farmacovigilancia-aborda-erros-de-medicacao&inheritRedirect=true. Acesso em: 04 abr.2023.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. **Boletim Farmacovigilância. Erros de Medicação.2019**. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/2894786/Boletim+de+Farmacovigil%C3%A2ncia+n%C2%BA+08/a82130ea-7f22-4c41-af7c-d5047ad9891c>. Acesso em: 19 maio.2023.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. **Resolução nº 16, de março de 2007**. Aprova Regulamento Técnico para Medicamentos Genéricos. Brasília, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2007/rdc0016_02_03_2007.html. Acesso em: 21 abri.2023.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. **Resolução nº 80, de 11 de maio de 2006**.Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/rdc0080_11_05_2006.html. Acesso em: 21 abr.2023.
- AGUIAR, T. L. *et al.* Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 24, n. 1, art. e190622, 2020.DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190622>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/b4nMn6pWH7PLFDTdG4jFk6K/>. Acesso em: 24 abr.2023.
- ALBARRAK, A.I. *et al.* Assessment of legibility and completeness of handwritten and electronic prescriptions. **Saudi Pharm J**, v.22, n.6, p.522-7, 2017.DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2014.02.013>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25561864/>. Acesso em: 24 abr.2023.
- ÁLVARES, J., *et al.* Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.DOI: DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007027>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/tTLMDcBJD4LvYFpZvMzhsxr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 abr.2023.
- ANACLETO, T. A. *et al.* Erros de Medicação. **Pharmacia Brasileira**, p. 1-24, jan./fev. 2010.DOI: Acesso em: 21 de abril de 2023.Disponível em: <https://www.cff.org.br/revista.php?id=124&titulo=Revista+Pharmacia+Brasileira+-+N%C3%BAmero+74>.Acesso em: 02 mai.2023.

ANACLETO, T. A. *et al.* Erros na dispensação de medicamentos na farmácia hospitalar. **Clinicas**, v. 62, p. 243-250, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1807-59322005000400011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/Fnz34hCMX9trwhP7cGrcFZm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 mai.2023.

ANGONESI D, RENNÓ MU. Dispensation of Pharmaceuticals: proposal of a model for dispensation. **Cienc. Saude Colet.** 2011;16(9):3883-91. DOI: 10.1590/S1413-81232011001000024. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/478f1e9b0c01496102be5853a0c088e2/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2034998>. Acesso em: 26 abr.2023.

ASSUNÇÃO-COSTA, L. *et al.* Drug administration errors in Latin America: A systematic review. **PLoS ONE.** Public Library of Science, 1 ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272123>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0272123>. Acesso em: 26 abr.2023.

BANDEIRA, V. A. C. *et al.* Análise das prescrições dispensadas em uma unidade básica de saúde do município de Ijuí – RS. **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 1, p. 229-238, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583415553>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/revistasaude/article/view/15553>. Acesso em: 27 abr.2023.

BARBOZA Z, M. O.; MALDONADO M, J.; GARCIA DE ANDRADE, R. C. Adequação da prescrição de medicamentos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto-SP: estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1–11, 6 fev. 2018. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1443](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1443). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1443/877>. Acesso em: 27 abr.2023.

BEZERRA, M. DO C. M.; MARIZ BATISTA, A. Erros de prescrição de medicamentos na atenção primária frente ao programa nacional de segurança do paciente. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, v. 32, n. 2, p. 120–127, 7 jul. 2020. DOI: <http://10.14450/2318-9312.v32.e2.a2020.pp120-127>. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/31331>. Acesso em: 29 abr.2023.

BONITA, R. *et al.* Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: A stepwise approach. **The Lancet** Elsevier B.V., 2013. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61993-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61993-X). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61993-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61993-X/fulltext). Acesso em: 29 abr.2023.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cr onica_cab35.pdf. Acesso em: 21 abr.2023.

BRASIL. **Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973.** Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e

Correlatos, e dá outras Providências. Constituição Federativa do Brasil de 1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5991.htm. Acesso em: 30 mar.2023.

BRASIL. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999**. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Constituição Federativa do Brasil de 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9787.htm. Acesso em: 21 abr.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/>. Acesso em: 02 mai.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente – Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília. 2013. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>. Acesso em: 21 abr.2023.

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021- 2030**. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 02 abr.2023.

BRASIL. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 27 mar.2023.

BRASIL. **Uso racional de medicamentos**. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_selecionados.pdf. Acesso em: 02 abr.2023.

BRASIL. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_selecionados.pdf. Acesso em: 30 mar.2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, London, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1191/1478088706qp063oa?needAccess=true>. Acesso em: 30 mar.2023.

CAIXETA, N. C. R. C. *et al.* Modo de uso dos medicamentos de portadores de doenças crônicas acompanhados pelas equipes da estratégia de saúde da família

de um município mineiro. **Cinergis**, v. 18, n. 1, 18 out. 2016. DOI: <https://doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8140>. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8140>. Acesso em: 27 abr.2023.

CARDOSO, A.S.F. *et al.* Elaboração e validação de checklist para administração de medicamentos para pacientes em protocolos de pesquisa. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180311>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/dBWnfXZktpGNG3hgxykDDsk/>. Acesso em: 27 abr.2023.

CARVALHO MALTA, D.; ELIAS MERHY, E. The path of the line of care from the perspective of non-transmissible chronic diseases. **Interface-Comunic**. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Vp4G9JR7JkP7K5N8SCRh3qr/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 28 abr.2023.

CHANELIERE, M. *et al.* Factors contributing to patient safety incidents in primary care: a descriptive analysis of patient safety incidents in a French study using CADYA (categorization of errors in primary care). **BMC family practice**, v. 19, n. 1, p. 1-13, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0803-9>. Disponível em: <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-018-0803-9>. Acesso em: 27 abr.2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O uso seguro de medicamentos no Brasil**. 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/vigilancia-em-saude-e-defesa-do-sus-serao-temas-de-conferencia-nacional>. Acesso em: 27 abr.2023.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/23448>. Acesso em: 12 nov.2023.

DALL'AGNOL, C. M. *et al.* A noção de tarefa nos grupos focais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v 33, n. 1, p. 186-90, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/h8mvjzKnDkCT7HWS6PG9MKG/>. Acesso em: 12 nov.2023.

DALCIL, T.C. *et al.* **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria & Prática**. Associação Hospital Moinhos de Vento. Porto Alegre, 2020. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2023.

DE MESQUITA, K. O. *et al.* Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4836/483653650026/483653650026.pdf>. Acesso em: 16 abr.2023.

- DE MESQUITA, Karina Oliveira et al. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: a visão dos profissionais de enfermagem. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 1, 2020. Disponível em: https://www.academia.edu/52500812/Seguran%C3%A7a_Do_Paciente_Na_Aten%C3%A7%C3%A3o_Prim%C3%A1ria_%C3%80_Sa%C3%BAde_A_Vis%C3%A3o_Dos_Profissionais_De_Enfermagem. Acesso em: 17 abr.2023.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41. Disponível em: <https://bds.unb.br/handle/123456789/863>. Acesso em: 17 abr.2023.
- GEWEHR, D. M *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, p. 179-190, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811614>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n116/179-190/>. Acesso em: 18 abr.2023.
- GIMENES, F.R.E. *et al.* Administração de medicamentos, em vias diferentes das prescritas, relacionadas à prescrição médica. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ZZy8sXc3qRYLwRSTnNxrNHR/?lang=pt>. Acesso em: 16 abr.2023.
- GLENE, C. **Becoming qualitative researchers: an introduction**. 5th ed. London: Pearson, 2015. Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=ED594812>. Acesso em: 05 mai.2023.
- GOMES, A.T.L, *et al.* Medication administration errors: evidences and implications for patient safety. **Cogitare Enferm**. 2016. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/4836/483653826022/483653826022_2.pdf. Acesso em: 19 mai.2023.
- INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. **Patient Safety: Pharmacists' role in medication without harm**. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente%20FIP.pdf>. Acesso em: 23 maio. 2023.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sapucaia do Sul, RS: panorama: população**. Rio de Janeiro: IBGE, [2021]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sapucaia-do-sul/panorama>. Acesso em: 02 mai. 2023.
- ISMP-Brasil. **Como prevenir erros de medicação associados a polifarmácia?** 2017. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/noticia/como-prevenir-erros-de-medicacao-associados-a-polifarmacia/>. Acesso em: 04 abr. 2023.
- JUNGES, R. J. **Percepção dos profissionais das equipes de atenção primária sobre a segurança do paciente em condições crônicas**: projeto de pesquisa. São Leopoldo: Unisinos. Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação, 2019.

KABIR, A *et al.* Health system readiness for non-communicable diseases at the primary care level: A systematic review. **BMJ open**, v. 12, n. 2, p. e060387, 2022. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-060387. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8830230/>. Acesso em: 18 abr.2018.

KINCHELOE, J. L.; McLAREN, P. Repensando a teoria crítica e a pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 281-313. Disponível em: <https://bds.unb.br/handle/123456789/863>. Acesso em: 02 mai.2023.

KOHN, L. T.; CORRIGNAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. 2nd ed. Washington: National Academy Press, 1999. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Jj25GILKXSgC&oi=fnd&pg=PT25&dq=To+err+is+human:+building+a+safer+health+system&ots=bKgkhtsK95F&sig=ZPQVcKGZmVfXg9CtWtVBRnowPas#v=onepage&q=To%20err%20is%20human%3A%20building%20a%20safer%20health%20system&f=false>. Acesso em: 02 mai.2023.

LEITE, S. N. *et al.* Medicine dispensing service in primary health care of SUS. **Revista de Saude Publica**, v. 51, p. 1s–10s, 2017a. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007121>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/HYT7kJRVbrwNpB3DjPSmNJm/?lang=en>. Acesso em: 19 abr.2023.

LIMA-DELLAMORA EC, CAETANO R, OSORIO-DE-CASTRO CGS. Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos no Estado do Rio de Janeiro. **Cien Saude Colet** 2012; 17(9):2387-2396. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7Cydr3ZC3GJcLvJyqghSBvt/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 19 abr.2023.

LYRA, D. P.; PRADO, M. C.T. A.; ABRIATA, J. P.; PELÁ, I. R. As prescrições médicas como causadoras de risco para problemas relacionados com os medicamentos. **Pharmacy Practice**, v. 2, n. 2, p. 86–96. 2004. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/690/69020203.pdf>. Acesso em: 20 abr.2023.

MACEDO, L. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde em município de grande porte na percepção de trabalhadores. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, art. e20180410. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0410>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/hVBP89sYmg3ngcCyGsgwJDD/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr.2023.

MAKEHAM M, *et al.* Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research. **World Health Organization**, Switzerland, 2008. Disponível em: www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/primary_care_ps_research/en/index.html. Acesso em: 03 maio.2023.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. Disponível em:

https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=2B-QDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=Pesquisa+de+marketing:+uma+orienta%C3%A7%C3%A3o+aplicada.+&ots=i8KTFF7EOB&sig=LKfGeMSA0wXXJETx_A7sLHwYQ_Q#v=onepage&q=Pesquisa%20de%20marketing%3A%20uma%20orienta%C3%A7%C3%A3o%20aplicada.&f=false. Acesso em: 19 abr.2023.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L. DE; SILVA JUNIOR, J. B. DA. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425–438, dez. 2011. DOI:10.5123/S1679-49742011000400002. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/riserver/api/core/bitstreams/4e373c52-e163-4b60-a597-ce3077e8c487/content>. Acesso em: 21 abr.2023.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. Patient safety in primary health care: a systematic review. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, p. 1815-1835, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114113>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2014.v30n9/1815-1835/en/>. Acesso em: 21 abr.2023.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W.V.; PAVÃO, A. L. B. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 2313-2330, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194214>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2015.v31n11/2313-2330/pt/>. Acesso em: 19 abr.2023.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/4jbGxKMDjKq79VqwQ6t6Ppp/?format=pdf>. Acesso em 24 abr.2023.

MATTA, S. R. *et al.* Sources of medicines for chronic patients using the Brazilian unified national health system. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 3, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00073817>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YcC94VyLq66PwxddL7m33fn/abstract/?lang=en>. Acesso em: 20 abr.2023.

MELO, S. P.S. D. C *et al.* Chronic noncommunicable diseases and associated factors among adults in an impoverished urban area of the Brazilian northeast. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 24, p. 3159-3168, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30742017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PWvhHXfyGfsv7H3cXqzhwrf/abstract/?format=html&lang=en&stop=next>. Acesso em: 22 abr.2023.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49107/9788579670787-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 abr.2023.

MINAYO, M. C. S. A hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. *In*: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002. p. 83-107. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/24sgf/05>. Acesso em: 25 abr.2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/relacao-nacional-de-medicamentos-essenciais>. Acesso em: 03 mai. 2023.

NASCIMENTO, R.C.R.M. *et al*. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do prescritas, relacionada a prescrição médica. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.19, n. 1, p. 11-17, 2011.DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007136. Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php/?xml=0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007136.xml>. Acesso em: 03 mai.2023.

OENNING D, Oliveira BV, BLATT CR. Patient awareness about drugs prescribed after medical appointment and prescription. **Cien Saude Coletiva**, 2011.DOI: 10.1590/s1413-81232011000800027. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21808915/>. Acesso em: 04 mai.2023

OLIVEIRA, J. H. DE; SOUZA, M. R. DE; MORAIS NETO, O. L. DE. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 29, n. 5, p. e2020121, 1 nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/gmhbmfqDHgggtsbLRRLWqfS/?lang=pt>. Acesso em: 04 mai.2023.

OLIVEIRA, M. A. *et al*. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: A multidimensional approach. **Revista de Saude Publica**, v. 50, 2016.DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006161>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vyNsNwqPkkK8npjNvfFgysk/?lang=en>. Acesso em: 04 mai.2023.

OLIVEIRA, M. C.; PONTE, V. M. R.; BARBOSA, J. V. B. Metodologias de pesquisa adotadas nos estudos sobre balanced scorecard. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 13., 2006, Belo Horizonte. **Anais [...]**. São Leopoldo: Associação Brasileira de Custos, 2006. Disponível em:<https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/1701/1701>. Acesso em: 02 de maio 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Erros de medicamentos**. Série técnica sobre atenção primária mais segura. 2016. Disponível em: http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio-Proqualis-Erros-de-medicacao-ABRIL-2018-1_0_0.pdf. Acesso em: 04 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas: Considerações sobre o fortalecimento da capacidade regulatória**. 2016; Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28583/9789275718667-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 mai.2023.

PADOVEZE, M. C.; FIGUEIREDO, R. M. O papel da atenção primária na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1137-1144, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/wXRvh4xnLmtWFZgS6rpCwDF/?stop=next&lang=pt&format=html>. Acesso em: 12 mai.2023.

PANESAR, S.S. *et al.* How safe is primary care? A systematic review. **BMJ quality & safety**, v. 25, n. 7, p. 544-553, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs2015-004178>. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/early/2015/12/28/bmjqs-2015-004178?versioned=true>. Acesso em: 12 mai.2023.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; DE SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: Prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. 1, p. 126–136, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X0009261>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/89w4bykTcKBwFLZRcSJ8cTF/?lang=pt>. Acesso em: 12 mai.2023.

ROCHA, M. P.D; VIANA, I. S.; VIEIRA, I. F. Segurança do Paciente na Atenção Primária em Saúde de um município brasileiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310420>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/xPLNMgwpSbZc4fkYzQLDH7n/?lang=pt>. Acesso em: 13 mai.2023.

SANTI, L. Q. **Prescrição: o que levar em conta?** Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica. Série Uso Racional de Medicamentos. Organização Pan-Americana de Saúde, 2016; 1(14):1-11. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/prescricao-o-que-levar-em-conta/>. Acesso em: 14 mai.2023.

SANTOS, Anna Cecília Soares. **Segurança do paciente relacionada a erros de medicação na atenção primária à saúde**. 2018. 114 f., il. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNB_4797158761293b1980c5098d3f0f6dc8. Acesso em: 15 mai.2023.

SANTOS, P.R.A; ROCHA, F.L.R; SAMPAIO, C.S.J.C. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/MBzJNJNhGG6XqKPRdZ37tdj/>. Acesso em: 14 mai.2023.

SANTOSA A *et al.* The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review. **Glob Health Action**.;15(7): 23574.

2014. DOI: 10.3402/gha.v7.23574. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4038769/>. Acesso em: 03 mai.2023.

SAPUCAIA DO SUL. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. **Secretaria Municipal da Saúde**. Sapucaia do Sul: Prefeitura Municipal, 2022. Disponível em:
<https://www.sapucaiaodosul.rs.gov.br/secretaria/saude/>. Acesso em: 02 mai. 2023.

SARTOR, V. DE B.; DE FREITAS, S. F. T. Model for the evaluation of drug-dispensing services in primary health care. **Revista de Saude Publica**, v. 48, n. 5, p. 827–836, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005135>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/sy5HXKrYkb3NBjHHyLjMntb/?lang=en>. Acesso em: 04 mai.2023.

SINGH, H. *et al.* The global burden of diagnostic errors in primary care. **BMJ quality & safety**, v. 26, n. 6, p. 484-494, 2017.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Rev Saude Publica**, v.51, Supl 2:19s, 2017. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf. Acesso em: 05 mai.2023.

SOARES, L. *et al.* A model for drug dispensing service based on the care process in the Brazilian health system. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, vol. 49, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-82502013000100012>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/bjps/a/SMGbjZRM5yhbKCZVXL6qg5y/?lang=en>. Acesso em: 06 mai.2023.

SOUZA, L. K. Recomendações para a realização de grupos focais na pesquisa qualitativa. **PSI UNISC**, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 1, p. 52-66, 2020. DOI: <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v4i1.13500>. Disponível em:
<https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/13500>. Acesso em: 19 mai.2023.

SOUZA *et al.* Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 1. p. 32-39, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/NcKsSHnLrQv4WhF9GDf5cKd/?lang=pt>. Acesso em: 18 mai.2023.

STOPA, S. R *et al.* Surveillance of Chronic Non-communicable Diseases: thoughts on the role of national health surveys of Brazil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, p. e20211048, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200013.especial>. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/ress/2022.v31nspe1/e20211048/en/>. Acesso em: 24 mai.2023.

TAVARES, N. U. L *et al.* Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 10s, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006150>. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/rsp/2016.v50suppl2/10s/>. Acesso em: 17 mai.2023. TAVARES, N. U. L. *et al.* Uso de medicamentos para tratamento de

doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 315–323, jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/8PrkGvDL5tTRhyJkNLkxD5k/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 mai.2023.

VOLPE, C. R. G. *et al.* Fatores de risco para erros de medicação na prescrição eletrônica e manual. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. University of São Paulo, Ribeirão Preto College of Nursing Organisation, 2016. DOI: DOI: 10.1590/1518-8345.0642.2742. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/r/lae/article/view/124573>. Acesso em: 03 mai.2023.

WILLIAMS, J. *et al.* A systematic review of associations between non-communicable diseases and socioeconomic status within low- and lower-middle-income countries. **Journal of Global Health**, v. 8, n. 2, 2018. DOI: 10.7189/jogh.08.020409. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6076564/>. Acesso em: 02 mai.2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas 2015**. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/PAHO-Innovate-Care-2013-Eng.pdf>. Acesso em: 29 mar.2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication without harm: WHO global patient safety challenge**. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 27 abr.2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases 2022**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 24 mar.2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safer primary care**. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safer-primary-care>. Acesso em: 03 mai.2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The conceptual framework for the international classification for patient safety**. Geneva: WHO; 2009. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882?locale-attribute=en&>. Acesso em: 03 mai.2023.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética é responsável por assegurar os cuidados éticos da pesquisa com seres humanos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A DISCUSSÃO FOCAL DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE FATÔRES QUE AFETAM A SEGURANÇA DO PACIENTE.

O professor José Roque Junges e a mestrandia Evânia Lopes Martins, ambos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS estão desenvolvendo em Sapucaia do Sul, com anuência da Secretaria Municipal de Saúde, a pesquisa “PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE EM CONDIÇÕES CRÔNICAS” com objetivo de conhecer a percepção dos profissionais da atenção primária sobre os fatores que influenciam a segurança do paciente em condições crônicas.

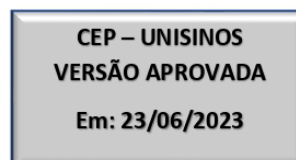
A tomada de consciência sobre esses fatores é importante para o aprimoramento e a qualidade do atendimento. Um desses fatores é o medicamento que pessoas em condições crônicas tomam. A discussão focal versará sobre como o uso correto do medicamento influencia a segurança do paciente. Sua participação tem que ser livre e voluntária. Essa discussão pode trazer benefícios para uma maior segurança do paciente na Atenção primária. A pesquisa pode lhe trazer riscos por discutir questões da prática de sua equipe. Serão tomadas todas as medidas para diminuir ou impedir a ocorrência desses riscos. Antes de nada pactuar com a equipe o sentido da discussão para o aprimoramento da sua prática clínica. A outra medida é a confidencialidade das discussões do grupo. Sua identidade será preservada e nunca aparecerá na análise e publicação dos resultados. Você tem direito a receber todos os esclarecimentos necessários sobre a pesquisa e poderá suspender a sua participação a qualquer momento. Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma em sua posse e a outra com o respectivo pesquisador.

_____, ____/_____/2023.

Nome do participante

Assinatura do participante

Evânia Martins – tel. 51- 991086825
Pesquisadora



PARTE 2 - RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo geral analisar a percepção dos profissionais da atenção primária sobre o risco no uso de medicamentos para a segurança do paciente com DCNT. A escrita do relatório de pesquisa será realizada em primeira pessoa, para que o leitor se sinta dentro do diário de campo da pesquisadora, a partir da narrativa.

2 INSERÇÃO NA PESQUISA QUALITATIVA

Minha trajetória acadêmica no mestrado iniciou-se em setembro de 2021, quando fui aprovada no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pela UNISINOS. Meus primeiros passos na construção do projeto de pesquisa foi compilar minha vivência acadêmica na Liga em Farmácia Clínica, na Atenção Básica (LAFAC), da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), na qual participei como aluna fundadora, no ano de 2019. Essa experiência despertou, em mim, o interesse em entender o motivo pelo qual os pacientes que consultavam na unidade utilizavam os medicamentos de maneira errada e porque muitos não aderiram o tratamento medicamentoso. Então, tive a oportunidade de me inserir no projeto do Prof. Dr. José Roque Junges, intitulado “Percepção dos profissionais da atenção primária sobre a segurança do paciente em condições crônicas”. Nesse projeto, tive o imenso prazer de aprofundar meus estudos sobre a segurança do paciente, conhecendo a realidade dos pacientes crônicos quanto aos erros de medicação, através da percepção dos profissionais da atenção primária. Também, pude encontrar estratégias que possam reduzir esses erros, melhorando, assim, a saúde pública e a segurança do cuidado em relação ao uso de medicamentos

3 MOVIMENTOS INICIAIS PARA ENTRADA EM CAMPO

Após a realização da qualificação do projeto de pesquisa e a obtenção da aprovação, que ocorreu em 27 de junho de 2023, meu orientador, o Prof. Dr. José Roque Junges, enviou-me o contato da apoiadora institucional no município de Sapucaia do Sul para que eu pudesse conversar e definir as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que fariam parte da minha dissertação. Então, no dia 28 de junho de 2023, enviei uma mensagem, via WhatsApp, para apoiadora, apresentando-me e

explicando brevemente o objetivo do meu estudo. Ao final, perguntei se a nossa primeira conversa poderia ser presencialmente. De imediato, tive uma resposta positiva, sendo agendada a nossa conversa no dia 05 de julho de 2023, na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), de Sapucaia, às 11h.

Durante esse período que antecedeu a conversa com a apoiadora, fiquei trabalhando na metodologia da dissertação e percebi que, antes de entrar em campo, precisava estar segura da abordagem que teria com os profissionais, pois era meu primeiro contato com o grupo focal. Nesse momento, tive a ideia de realizar um estudo piloto, com intuito de testar o instrumento de coleta de dados, relevando as dificuldades e mudanças que se apresentaram na execução da pesquisa. Com tal ideia elaborada, fui conversar com meu orientador, que apoiou e incentivou essa escolha.

No dia 05 de julho de 2023, fui até a SMS, de Sapucaia, conversar com a apoiadora. Chegando lá, tive uma recepção ótima de uma senhora, que me acompanhou até a sala onde seria a conversa. Minutos depois, a apoiadora chamou-me e fui direcionada a sua mesa de trabalho. Primeiramente, apresentei-me e agradei a oportunidade de conversar presencialmente e, após, expliquei meu projeto e falei da ideia de realizar um estudo piloto. Em seguida, fizemos a escolha das 6 unidades com equipes de estratégia e saúde da família (5 unidades mais 1 unidade do estudo piloto), de acordo com os critérios de inclusão elaborados para este estudo. No entanto, ficou acordado que a apoiadora iria na reunião de equipe da unidade, onde seria realizado o estudo piloto, para conversar com os profissionais e agendar a visita. Ao final da nossa conversa, ela explicou-me que, após as 5 UBS escolhidas, enviaria um e-mail, explicando o meu estudo e perguntando se a unidade teria interesse naquele momento. Posteriormente, se tivéssemos uma resposta positiva, ela passaria os contatos dos responsáveis das unidades para que eu agendasse as visitas.

Dia 07 de julho de 2023, a apoiadora entrou em contato comigo para confirmar o estudo piloto no dia 14 de julho de 2023, às 15h. Então, após a confirmação, conversei com meu orientador em relação aos assuntos que foram abordados com a apoiadora. Ficou combinado que uma bolsista de iniciação científica, aluna do Prof. Dr. José Roque Junges, auxiliaria nas coletas como pesquisadora auxiliar. Combinado isso, o professor me passou o contato dessa aluna e fiquei responsável por contatá-

la e marcar uma reunião. No mesmo dia, enviei uma mensagem para a bolsista, via WhatsApp, e marcamos uma reunião para o dia 10 de julho de 2023, às 10h.

Durante o processo de preparação para o estudo piloto e entrada em campo, tive auxílio de muitas pessoas especiais, que me escutaram e orientaram, da melhor maneira possível, para que as coletas de dados fossem realizadas com muito sucesso. Uma dessas pessoas foi a Profa. Dra. Vânia Schneider que, prontamente, agendou uma reunião comigo no dia 08 de julho de 2023, via Teams. Meu primeiro contato com ela foi na minha banca de qualificação, onde ela trouxe contribuições riquíssimas para o meu projeto, principalmente, na metodologia, pois, em sua trajetória acadêmica, trabalhou com grupo focal e análise de dados temática, a qual utilizei na minha dissertação. Nossa reunião foi em um sábado, às 11h, e quando ingressei na sala, a Profa. Dra. Vânia Schneider já estava esperando-me com um sorriso no rosto e com seu chimarrão. Em uma hora de reunião, além de sanar todas as minhas dúvidas em relação à metodologia do projeto, debatemos ideias que poderiam ser acrescentadas nas entrevistas. A professora também relatou-me a sua vivência com grupos focais e análise temática. Posso dizer que, para mim, foi uma reunião muito rica, que deu mais segurança para iniciar minha entrada em campo.

Na semana que estava agendado o estudo piloto, conversei com a bolsista em uma chamada de vídeo via Teams, na qual expliquei o projeto e como seriam realizadas as coletas. Como essa aluna já participava do projeto do Prof. Dr. José Roque Junges, desde o início, como bolsista de iniciação científica, já conhecia as UBS e tinha conhecimento de como ocorriam as entrevistas. No final da reunião, ela me relatou disponibilidade para me acompanhar em todas as unidades.

4 GRUPOS FOCAIS

As coletas de dados para este estudo tiveram início no segundo semestre de 2023. Os grupos focais foram realizados em espaços próprios nas unidades de saúde, no momento da reunião semanal de equipe. Participaram em torno de 17 profissionais, entre eles, agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos, auxiliares de saúde bucal, enfermeiros, dentistas, médicos, residentes e técnicos de enfermagem. Em cada unidade, os profissionais foram informados, com antecedência, pela apoiadora da SMS, sobre a pesquisa e que seria utilizado de 30 a 45 min da reunião de equipe para a discussão.

Antes de iniciarmos os grupos focais, realizei uma breve apresentação sobre mim e a bolsista de iniciação científica que me acompanhou nesse processo como pesquisadora auxiliar, bem como o objetivo do estudo e preceitos éticos que envolviam o projeto. Também, foi perguntado sobre a autorização do uso do gravador, reforçando o anonimato de todos. Logo, os profissionais fizeram uma rápida apresentação, falando seus nomes e sobre os cargos que exerciam na unidade. Por fim, aos profissionais que tiveram interesse em participar, foram entregues o TCLE em duas vias e um formulário com três perguntas elaboradas para que pudéssemos conhecer o perfil dos profissionais.

Após ligar o gravador, iniciou-se a discussão pela temática proposta, seguindo um roteiro com questões norteadoras. Durante os grupos focais, os profissionais mostraram interesse em participar, com predominância para os dentistas, enfermeiros e médicos. Porém, observamos que os agentes comunitários de saúde foram os menos participativos.

4.1 Estudo Piloto

As coletas de dados da unidade que será nomeada nesta pesquisa como unidade piloto ocorreram no dia 14 de julho de 2023, às 15h e todos os profissionais presentes estão representados no Quadro 1.

Quadro 1 - Codificação dos participantes da Unidade Piloto.

Código	Profissão
A0	Auxiliar Administrativo
B0	Auxiliar de Saúde Bucal
C0/D0/E0/F0/G0/H0	Agente Comunitário de Saúde
I0	Enfermeiro
J0	Médico
K0/L0	Técnico de Enfermagem

Fonte: Elaborado pela autora.

Chegamos no local um pouco antes do horário, encaminhei-me até a recepção e apresentei-me para a A0, a qual pediu, gentilmente, que aguardássemos sentadas na sala de espera. Nesse momento, o que me chamou atenção nessa unidade foi que, ao lado de onde estava sentada, tinha um painel com fotos de ações e atividades que

os profissionais organizavam com os pacientes, como: aulas de artesanato, crochê, brincadeiras, exercícios físicos e algumas comemorações. Pude observar uma equipe bem unida e participativa com a comunidade.

Depois de algum tempo aguardando, a I0 se aproximou de nós, apresentou-se e disse que atenderia mais uma paciente e, logo, daríamos início à reunião. Nesse dia, a unidade estava bem movimentada por pacientes buscando renovação de receitas e, também, com mães com seus filhos resfriados. Às 15h20min, os profissionais foram acomodando-se nas cadeiras verdes da sala, um ambiente bem pequeno, sendo necessário que alguns profissionais se sentassem em cadeiras de madeira e uma cadeira de rodas que tinha na unidade.

Antes de iniciarmos a reunião, as C0/D0 ofereceram arroz doce que tinha sido feito pelas profissionais para a reunião de equipe. No primeiro momento, recusamos e agradecemos, pois estávamos com vergonha, mas, depois de mais uma tentativa delas, aceitamos, e, por sinal, estava muito bom. Após todos servirem-se de arroz doce, I0 introduziu a reunião, pedindo que os profissionais se apresentassem e mencionou que, naquele momento, apenas o dentista não se fazia presente. Em seguida, apresentamo-nos e, então, expliquei a pesquisa e perguntei se todos da equipe gostariam de participar, assinando, assim, o TCLE em duas vias e o formulário (ANEXO A). Aguardamos todos assinarem e pedi a permissão para a conversa ser gravada, enfatizando que a identidade dos profissionais seria preservada.

Dando início ao grupo focal, a primeira a falar foi a I0, que explicou como era realizado o cuidado longitudinal dos pacientes com DCNT na unidade, seguida das agentes de saúde. É importante destacar que, nessa unidade, 6 agentes comunitárias de saúde faziam parte da equipe, mas somente 3 delas participaram da discussão, relatando eventos que ocorreram com pacientes em relação aos erros de medicação. No decorrer da conversa, muitos profissionais não falaram, mas pude perceber que eles estavam atentos ao que estava sendo discutido, porém somente o J0 e a A0 estavam mexendo no celular, mas ninguém abandonou o grupo focal. Ao término do GF, alguns profissionais desejaram sucesso na pesquisa e a F0 conduziu-nos até a porta.

Com a coleta do estudo piloto finalizada, realizei a transcrição manualmente e, após, enviei para o Dr. José Roque Junges verificar. Porém, observando os questionamentos realizados no piloto, percebi que estava faltando abordar alguma pergunta relacionada às doenças crônicas mais frequentes nas unidades, para que

podéssemos realizar um quantitativo deixando os resultados mais robustos. Sendo assim, anotei essa ideia para questionar os profissionais nas próximas discussões.

Então, após a análise da transcrição, agendamos uma reunião online para conversarmos sobre o estudo piloto. Assim, observamos que seria necessário aprofundar mais as perguntas nos aspectos que respondem ao problema de pesquisa. Com isso, pude observar que, nesse primeiro contato com o grupo focal, fiquei com muita pressa nas perguntas norteadoras, não permitindo que outros questionamentos acerca da temática fossem realizados.

No entanto, nesse processo inicial de conhecimento e aplicabilidade do grupo focal, o estudo piloto foi de suma importância, pois me fez vivenciar como seriam as outras coletas e o diálogo com os participantes do estudo. Ainda, auxiliou a revisar e aprimorar os pontos necessários para garantir resultados que respondessem o problema de pesquisa.

4.1.1 Caracterização dos Participantes

Com o formulário disponibilizado antes do GF, foi realizado uma caracterização dos participantes, conforme a Tabela 1, no qual observou-se um total de 12 participantes, sendo todos do sexo feminino. A faixa etária variou de 24 a 63 anos e a maioria dos profissionais já atuavam na APS entre 10 e 19 anos.

Tabela 1 - Caracterização dos Participantes da Unidade Piloto.

Profissão	N	%
Agente Comunitário de Saúde	6	50,00
Auxiliar Administrativo	1	8,33
Auxiliar de Saúde Bucal	1	8,33
Enfermeiro	1	8,33
Médico	1	8,33
Técnico de Enfermagem	2	16,67
Idade		
24 a 34	2	16,67
35 a 45	1	8,33
46 a 56	4	33,33
57 a 67	5	41,67
Tempo de atuação na APS		
≥ 6 meses	1	8,33

1 a 9 anos	4	33,33
10 a 19 anos	6	50,00
20 a 29 anos	1	8,33
TOTAL	12	100,00

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2 Primeiro Grupo Focal

As coletas de dados da unidade que será nomeada de unidade 1, ocorreu no dia 25 de julho de 2023, às 10h, e todos os participantes estão representados no Quadro 2.

Quadro 2 - Codificação dos participantes da Unidade Piloto.

Código	Profissão
A1	Auxiliar Administrativo
B1/C1/D1/E1	Agente Comunitário de Saúde
F1	Cirurgião Dentista
G1	Enfermeiro
H1	Nutricionista Residente
I1	Médico
J1/K1/L1	Técnico de Enfermagem

Fonte: Elaborado pela autora.

Neste dia, chegamos na unidade um pouco antes do horário. Fomos recepcionadas pela A1, que nos apresentou a todos os profissionais na unidade e, após, encaminhou-nos para sala de reunião. Nesse momento, pude observar uma sala ampla e bem equipada, com cadeiras em bom estado, televisão, armários, purificador de água elétrico e um “Quadro dos Desejos 2023”, onde a equipe escrevia todos seus desejos para o ano, o que me pareceu bem motivador. Após alguns minutos aguardando, os profissionais começaram a se posicionar para reunião, e uma B1 ofereceu-nos um chá bem quentinho, logo aceitamos, pois, aquela manhã estava muito fria.

Alguns minutos depois, com todos os profissionais acomodados para reunião, o I1 com a qual foi realizado o contato prévio apresentou-se e pediu que o apoiador institucional, presente nesse dia, informasse alguns avisos e, após, fizéssemos nossa apresentação. Nesse dia, na reunião, estava uma médica recém-formada que faria parte da equipe, porém ela não participou do grupo focal.

Em seguida, realizamos a nossa apresentação e, depois dos TCLE e formulários assinados, pedimos a permissão de todos para a gravação, dando início à discussão focal. O primeiro a falar foi o I1, que apresentou as doenças crônicas mais frequentes na unidade e como se dava o cuidado longitudinal desses pacientes. É importante ressaltar que essa profissional foi muito participativa em toda a discussão, relatando eventos pertinentes em relação aos erros de prescrição. Após a fala do I1, o F1 sentiu-se mais à vontade e iniciou sua fala. O G1 e as B1/C1/D1/E1 tiveram uma pequena participação na discussão, porém os J1/K1/L1 e a H1 mantiveram-se em silêncio. No entanto, conseguimos observar que, apesar de poucos profissionais participarem, todos estavam atentos à discussão e ninguém abandonou o grupo focal ou aproveitou o tempo da discussão para ficar mexendo no celular.

Ao final, agradei a participação de todos, e a médica pediu que enviasse a versão final da dissertação para a unidade, pois seria um prazer ler os resultados deste estudo. O G1, então, direcionou-nos até a saída e agradecemos novamente.

4.2.1 Caracterização dos Participantes

Através do formulário foi observado um total de 12 participantes no grupo focal, conforme apresentado na Tabela 2. A faixa etária variou de 22 a 61 anos, sendo que a maioria dos profissionais já atuavam na APS entre 1 a 9 anos.

Tabela 2 - Caracterização dos Participantes da Unidade 1.

Profissão	N	%
Agente Comunitário de Saúde	4	50,00
Auxiliar Administrativo	1	8,33
Cirurgião Dentista	1	8,33
Enfermeiro	1	8,33
Médico	1	8,33
Nutricionista Residente	1	8,33
Técnico de Enfermagem	3	25,00
Idade		
22 a 32	3	25,00
33 a 43	3	25,00
44 a 54	1	8,33
55 a 65	5	41,67
Tempo de atuação na APS		

≥ 6 meses	2	16,67
1 a 9 anos	8	66,67
10 a 19 anos	2	16,67
TOTAL	12	100,00

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 Segundo Grupo focal

As coletas de dados da unidade que será nomeada de unidade 2, ocorreu no dia 01 de agosto de 2023, às 11h e os profissionais que participaram do grupo focal estão representados do Quadro 3.

Quadro 3 - Codificação dos participantes da Unidade 2.

Código	Profissão
A2	Auxiliar Administrativo
B2/C2/D2/E2	Agente Comunitário de Saúde
F2	Auxiliar de Saúde Bucal
G2	Cirurgião Dentista
H2	Enfermeiro
I2	Fisioterapeuta Residente
J2	Médico Cubano
K2	Técnico de Enfermagem

Fonte: Elaborado pela autora.

Chegamos na unidade 2 um pouco antes do horário e encaminhamo-nos diretamente para a A2, que pediu para aguardarmos sentadas na recepção, até o horário da reunião. Nesse momento, conseguimos observar que a unidade era pequena, bem-organizada, possuía câmara de vigilância, televisão e apresentava, nas paredes, vários avisos pendurados, com intuito de orientar a população, entre eles: que a tolerância de atraso em consultas era somente 10 min e que as receitas só seriam renovadas com a apresentação da cópia da receita anterior.

Nesse período que esperávamos a reunião iniciar, chegou uma senhora, que se dirigiu, rapidamente, ao balcão da recepção, dizendo que tinha uma consulta agendada com o médico, às 10h. A A2, então, avisou que ela estava atrasada há 15min e não poderia ser atendida. A senhora ficou muito brava, e a funcionária explicou sobre a tolerância e agendou novamente a sua consulta. Alguns minutos depois, a G2 com quem fiz o contato prévio avisou-nos que a reunião já começaria.

Assim, os outros profissionais acomodaram-se nas cadeiras pretas da própria recepção, pois a unidade não tinha sala de reuniões.

Antes do GF, os profissionais relataram alguns casos de pacientes para a assistente social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) presente na reunião. Percebemos que todos esses casos fizeram com que a equipe discordasse sobre alguns pontos, deixando a reunião com o clima pesado.

Após todas as informações relatadas para a assistente social, fizemos nossa apresentação e, com o aceite de todos para a conversa ser gravada, a discussão iniciou. A primeira a falar foi a G2, seguido do H2, ambos foram bem participativos na discussão, relatando eventos pertinentes ao tema abordado.

Em certo momento da reunião, questionei se as B2/C2/D2/E2 poderiam relatar eventos sobre erros de medicação com os pacientes que elas auxiliavam, porém nenhuma delas quis falar e saíram da reunião para ficar sentadas em um canto da recepção, mexendo no celular. Todos os participantes ficaram constrangidos com a cena e, rapidamente, o F2 e a I2 dispuseram-se a falar para não permanecer um silêncio total.

Um ponto que nos chamou muito a atenção no GF foi a fala da I2, que era a profissional mais nova, com 6 meses de atuação. Percebemos que, apesar de pouco tempo atuando na unidade, ela já tinha vivenciado casos de erros de medicações bem preocupantes e mostrou-se uma profissional bem engajada com a população, sendo elogiada pelo H2 no decorrer da discussão.

Aos poucos, os profissionais que participaram da discussão mostraram-se atentos a todos os questionamentos, deixando o GF com uma abordagem rica. Ao final, agradecemos a participação de todos, o H2 acompanhou-nos até o portão da unidade e parabenizou pelo tema do estudo.

4.3.1 Caracterização dos Participantes

Na unidade 2 foi observado um total de 10 participantes no grupo focal, conforme exposto na Tabela 3. A faixa etária variou de 27 a 70 anos, sendo que a maioria dos profissionais já atuavam na APS entre 1 a 10 anos.

Tabela 3 - Caracterização dos Participantes da Unidade 2.

Profissão	N	%
Agente Comunitário de Saúde	3	30,00
Auxiliar Administrativo	1	10,00
Auxiliar de Saúde Bucal	1	10,00
Cirurgião Dentista	1	10,00
Enfermeiro	1	10,00
Fisioterapeuta Residente	1	10,00
Médica	1	10,00
Técnico de Enfermagem	1	10,00
Idade		
27 a 37	3	30,00
38 a 48	4	40,00
49 a 59	2	20,00
60 a 70	1	10,00
Tempo de atuação na APS		
≥ 6 meses	2	20,00
1 a 10 anos	5	50,00
11 a 21 anos	3	30,00
TOTAL	10	100,00

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 Terceiro Grupo Focal

As coletas de dados da unidade que será nomeada de unidade 3, ocorreu no em 01 de agosto de 2023, às 13h. E todos os profissionais que participaram do grupo focal estão representados do Quadro 4 com seus respectivos códigos.

Quando chegamos na unidade neste dia, observamos que se encontrava fechada e, no portão, havia um aviso que não haveria expediente externo devido à reunião de equipe naquele turno. A A3 que nos recebeu pediu que aguardássemos na recepção até a chegada da E3 com quem fiz o contato prévio.

Quadro 4 - Codificação dos participantes da Unidade 3.

Código	Profissão
A3	Auxiliar Administrativo
B3/C3	Agente Comunitário de Saúde
D3	Cirurgião Dentista
E3	Enfermeiro

F3	Médico
G3	Técnico de Enfermagem

Fonte: Elaborado pela autora.

Alguns minutos depois, a A3 encaminhou-nos para a sala de reunião, onde já se encontravam os profissionais. Era uma sala ampla, com sofás e uma mesa de reuniões ao centro. Nesse momento, todos nos acolheram, porém notamos que ninguém sabia o motivo pelo qual estávamos lá. Após a chegada da E3, ela avisou a equipe que éramos alunas da UNISINOS e estaríamos na reunião para uma pesquisa de mestrado.

Em seguida, fizemos nossa apresentação e entregamos os TCLE e os formulários, porém três profissionais não quiseram participar e se retiraram da sala de reuniões. Então, após a assinatura dos demais profissionais e o aceite para a gravação, damos início à discussão. É importante ressaltar que A3 não participou, pois estava na unidade há apenas 3 meses.

A E3 foi a mais participativa, e os outros profissionais tiveram falas breves e objetivas em relação ao tema. Em certo momento, foi questionado sobre os erros de administração, e a B3 entregou algumas folhas que continham imagens de sol, de lua e de pratos, explicando que elas confeccionavam caixas de medicamentos, para os pacientes, com essas imagens, no intuito de orientar o horário correto dos medicamentos.

Essa foi a equipe menos participativa, as questões eram abordadas e ficavam muito tempo em silêncio, foi o grupo focal mais rápido. Contudo, ao longo da discussão, não tivemos mais desistências ou distrações dos profissionais no celular.

4.4.1 Caracterização dos Participantes

Nesta unidade foi observado o menor número de participantes totalizando apenas 6, conforme pode-se observar na Tabela 4. A faixa etária variou de 32 a 68 anos, sendo que a maioria dos profissionais já atuam na APS entre 1 a 10 anos.

Tabela 4 - Caracterização dos Participantes.

Profissão	N	%
Agente Comunitário de Saúde	2	33,33
Cirurgião Dentista	1	16,67
Enfermeiro	1	16,67
Médico	1	16,67
Técnico de Enfermagem	1	16,67
Idade		
32 a 42	3	30,00
43 a 53	1	16,67
54 a 64	1	16,67
65 a 75	1	16,67
Tempo de atuação na APS		
≥ 6 meses	0	0,00
1 a 10 anos	3	50,00
11 a 21 anos	1	16,67
22 a 32 anos	2	33,33
TOTAL	6	100,00

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5 Quarto Grupo Focal

As coletas de dados da unidade que será nomeada de unidade 4, ocorreu no dia 08 de agosto de 2023, às 15h. E todos os profissionais que participaram do grupo focal estão representados do Quadro 5 com seus respectivos códigos.

Ao chegarmos na unidade, fomos diretamente apresentar-nos para as C4, que orientaram que aguardássemos na sala de espera da unidade. Como chegamos um pouco antes do horário, conseguimos ficar observando o ambiente, era uma unidade com duas equipes de saúde da família, que possuía uma estrutura pequena, bem-organizada, com vários cartazes informativos sobre a dengue, teste rápido da sífilis e câncer de boca. Um ponto que nos chamou a atenção foi que a unidade costumava ser bem movimentada devido ao pronto socorro que se encontrava ao lado.

Quadro 5 - Codificação dos participantes da Unidade 4.

Código	Profissão
A4/B4	Agente Comunitário de Saúde
C4	Auxiliar de Saúde Bucal
D4/E4	Enfermeiro

F4	Cirurgião Dentista
G4/H4	Médico
I4/J4	Técnico de Enfermagem

Fonte: Elaborado pela autora.

Perto do horário da reunião de equipe, a D4 com quem fiz o contato prévio pediu que aguardássemos mais um pouco, pois ela atenderia uma última paciente e, após, daríamos início à reunião. Alguns minutos depois, a D4 fechou as portas da unidade, e os profissionais começaram a se acomodar em cadeiras pretas na recepção, pois essa unidade não possuía sala de reuniões.

Em seguida, fizemos uma breve apresentação, entregamos os TCLE e os formulários e pedimos que todos os profissionais se apresentassem, dizendo seus nomes e suas profissões. Então, com a assinatura de todos e o aceite para a gravação, demos início à discussão. É importante ressaltar que as duas auxiliares administrativas da unidade não quiseram participar do GF e ausentaram-se da reunião naquele momento.

Nessa unidade, os profissionais que foram mais participativos foram os médicos e as enfermeiras, apresentando relatos muito pertinentes sobre o assunto. O restante da equipe ficou em silêncio, mas conseguimos perceber que todos concordavam com as abordagens dos profissionais.

Um ponto que nos chamou muito a atenção na equipe foi a empatia que ambos os profissionais, médicos e enfermeiras, tiveram em responder todas as nossas perguntas, sendo bem detalhistas em suas respostas. No decorrer do GF, conseguimos perceber que ambas as equipes são bem comunicativas com a comunidade, e um dos aspectos mais importantes para eles, em relação ao tema proposto, é a equipe ser bem preparada e conseguir transmitir, para o paciente, uma orientação adequada em relação ao seu tratamento medicamentoso.

Tivemos, nesse dia, um GF com respostas muito ricas e conseguimos perceber que ambas as equipes são bem comunicativas e sintonizadas.

4.5.1 Caracterização dos Participantes

Nesta unidade foi observado um total de 10 participantes. A faixa etária variou de 31 a 48 anos, sendo que a maioria dos profissionais já atuam na APS entre 1 a 10 anos, conforme exposto na Tabela 5.

Tabela 1 - Caracterização dos Participantes.

Profissão	N	%
Agente Comunitário de Saúde	2	20,00
Auxiliar de Saúde Bucal	1	10,00
Cirurgião Dentista	1	10,00
Enfermeiro	2	20,00
Médico	2	20,00
Técnico de Enfermagem	2	20,00
Idade		
31 a 41	6	60,00
42 a 52	4	40,00
Tempo de atuação na APS		
≥ 6 meses	0	0,00
1 a 10 anos	8	80,00
11 a 21 anos	2	20,00
TOTAL	10	100,00

Fonte: Elaborado pela autora.

4.6 Quinto Grupo Focal

As coletas de dados da unidade que será nomeada de unidade 5, ocorreu no dia 10 de agosto de 2023, às 15h. E todos os profissionais que participaram do grupo focal estão representados do Quadro 6 com seus respectivos códigos.

Chegamos ao local um pouco antes do horário e direcionamo-nos até a recepção. A F5 nos atendeu e pediu, gentilmente, que aguardássemos na sala de espera da unidade. Essa unidade era bem diferente das outras, pois sua estrutura era uma casa domiciliar antiga, portanto, não tinha sala de reunião, e o encontro foi realizado nos fundos da unidade, no pátio, com cadeiras pretas estofadas.

Quadro 6 - Codificação dos participantes da Unidade 5.

Código	Profissão
A5/B5/C5/D5/E5	Agente Comunitário de Saúde
F5	Auxiliar Administrativo
G5	Cirurgião Dentista
H5/I5	Cirurgião Dentista Residente
J5/K5	Enfermeiro
L5/M5	Médico
N5/O5/P5/Q5	Técnico de Enfermagem

Fonte: Elaborado pela autora.

Enquanto aguardávamos o horário da reunião, conseguimos perceber uma unidade organizada com os atendimentos de enfermagem ocorrendo na garagem da casa. A parte interna da unidade era dividida em salas de atendimentos médicos, odontológicos e uma cozinha. Certo tempo depois, o J5 com quem realizei o contato prévio apresentou-se e pediu que nos dirigíssemos até o pátio, onde outros profissionais já estavam sentados, sendo uma unidade com duas equipes de estratégia de saúde. Nesse dia, a apoiadora institucional da gestão da secretaria municipal de saúde estava presente.

Em seguida, fizemos uma breve apresentação, entregamos os TCLE e os formulários. Então, com a assinatura de todos e o aceite para a gravação, demos início à discussão, pedindo que os profissionais se apresentassem, dizendo seu nome e sua profissão. É importante ressaltar que o enfermeiro residente estava há 4 meses na unidade e não participou da discussão devido aos critérios de inclusão deste estudo.

Dando início ao GF, os primeiros profissionais a participarem foram os L5/M5, seguidos do J5) que abordou sobre as principais doenças crônicas na unidade e como se dava o cuidado longitudinal desses pacientes da unidade. No decorrer da discussão, a G5 e uma N5 participaram do grupo, apresentando seus relatos em relação ao uso incorreto dos medicamentos pelos pacientes. Em determinado momento, questionamos as A5/B5/C5/D5/E5, que não se manifestaram, permanecendo em silêncio. Por mais que os médicos e o enfermeiro fossem mais participativos, ninguém deixou o grupo focal e pareciam estar atentos ao que estava sendo discutido. Ainda que o lugar fosse aberto e uma casa vizinha estava em obras, não foi observado obstrução na comunicação por motivos de barulho, ficando bem clara a fala dita por cada profissional.

4.6.1 Caracterização dos Participantes

Nesta unidade foi observado um total de 17 participantes. A faixa etária variou de 20 a 74 anos, sendo que a maioria dos profissionais já atuam na APS entre 1 a 10 anos, conforme representado na Tabela 6.

Tabela 6 - Caracterização dos Participantes.

Profissão	N	%
Agente Comunitário de Saúde	5	29,41
Auxiliar Administrativo	1	5,88
Cirurgião Dentista	1	5,88
Cirurgião Dentista Residente	2	11,76
Enfermeiro	2	11,76
Médico	2	11,76
Técnico de Enfermagem	4	23,53
Idade		
20 a 30	4	23,53
31 a 41	4	23,53
42 a 52	4	23,53
53 a 63	2	11,76
64 a 74	3	17,65
Tempo de atuação na APS		
≥ 6 meses	1	5,88
1 a 10 anos	9	52,94
11 a 21 anos	7	41,18
TOTAL	17	100,00

Fonte: Elaborado pela autora.

5 ANÁLISE DOS DADOS

Após as coletas de dados, pude dar início às transcrições dos grupos focais. Conforme foi exposto no projeto, foram submetidas à análise temática proposta por Blaun e Clarke (2006), que consiste em seis etapas:

- I. Familiarização com os dados;*
- II. Geração de códigos iniciais;*
- III. Buscas por temas;*
- IV. Revisão dos temas;*
- V. Definição e nomeação dos temas;*
- VI. Produção do relatório.*

Considero que o primeiro momento de análise foi durante as transcrições, o qual permitiu que eu me familiarizasse com as informações de cada grupo focal. O material completo das cinco transcrições foi impresso para posterior leitura e releitura, com intuito de me aprimorar do conteúdo. Conforme ocorria as leituras, utilizei canetas coloridas para sublinhar e fazer anotações, já destacando trechos de falas consideradas importantes e criando códigos. Ao meu lado, deixava uma folha, que continha o problema de pesquisa, o objetivo geral e os objetivos específicos, para conseguir tê-los presentes durante a leitura.

Após inúmeras leituras, elenquei alguns códigos e extratos (trechos de falas) que poderiam ser utilizados posteriormente no artigo e que representavam os códigos desenvolvidos. Realizada a análise dos códigos, foram definidos três grandes temas: *erros de prescrição, erros de administração e estratégias para minimizar os erros de medicação para segurança do paciente*. É importante ressaltar que, na construção do projeto de pesquisa, é relatado que os erros de medicação também podem ser classificados como erros de dispensação. No entanto, durante as leituras dos cinco grupos focais, foi pouco observado relato desse erro. Diante disso, nas orientações com o Prof. Dr. Roque Junges, optamos por dividir em três grandes temas, como mencionado acima.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que o relatório de trabalho de campo apresentado serviu para compartilhar as vivências que tive durante os grupos focais para a construção desta dissertação. Nesse período, conheci a rotina das equipes de atenção primária do município de Sapucaia do Sul no cuidado longitudinal dos pacientes em condições crônicas. Em cada encontro, pude observar as particularidades de cada equipe, como, também, seus limites, seus anseios e o cuidado que os profissionais têm com os pacientes. Posso dizer que a menina que entrou no mestrado, em 2021, não é mais a mesma, e isso me deixa muito feliz, pois finalizo essa trajetória sensibilizada com as trocas vivenciadas. Espero que, no futuro, eu possa transmitir todo esse meu conhecimento para outras pessoas que, igual a mim, têm muita esperança de contribuir na melhoria da atenção primária.

ANEXO A - FORMULÁRIO DE PERGUNTAS

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS

**A PERCEÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE O RISCO NO USO DE MEDICAMENTOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL.**

A mestrandia Evânia Lopes Martins e seu orientador professor José Roque, ambos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS estão desenvolvendo em Sapucaia do Sul, a pesquisa intitulada "A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE O RISCO NO USO DE MEDICAMENTOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL" com objetivo de conhecer a percepção dos profissionais da atenção primária sobre o risco no uso de medicamentos para segurança do paciente com DCNT.

No entanto, para que possamos desenvolver esta pesquisa com êxito, gostaríamos que realizar algumas perguntas sobre você:

- 1) Qual idade você têm? _____
- 2) Qual sua profissão? _____
- 3) Há quanto tempo atua na sua profissão na Atenção Primária à saúde? _____

Obrigada pela sua participação.

PARTE 3 - ARTIGO

**A PERCEÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOBRE O RISCO NO USO DE MEDICAMENTOS PARA SEGURANÇA DO
PACIENTE COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL**

**THE PERCEPTION OF PRIMARY HEALTH CARE PROFESSIONALS
ABOUT THE RISK IN THE USE OF MEDICINES FOR THE SAFETY OF PATIENTS
WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASE**

Evânia Martins

José Roque Junges

Resumo: O artigo teve como objetivo conhecer a percepção de profissionais da atenção primária sobre o risco no uso de medicamentos para a segurança do paciente com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com delineamento exploratório e abordagem hermenêutica crítica, conduzida em 2023, no município de Sapucaia do Sul/RS. A coleta de dados foi realizada pela discussão de grupos focais em cinco unidades de atenção primária. Os dados coletados foram analisados na perspectiva da análise temática e interpretados a partir da hermenêutica dialética. Os resultados retrataram três unidades temáticas: “Erros de Prescrição”, “Erros de Administração” e “Estratégias para minimizar os erros de medicação para segurança do paciente”. Os profissionais destacaram erros de legibilidade, prescrição duplicada, falta de entendimento no uso correto dos medicamentos. Por outro lado, foram apontadas condutas como: qualificação profissional, escuta qualificada e a utilização de prontuários eletrônicos integrados, necessárias para a redução dos erros de medicação visando promover o uso racional de medicamentos e garantir a segurança dos pacientes com DCNT na atenção primária. Conclui-se que esses achados têm o potencial de estimular reflexões futuras e o desenvolvimento de novos estudos, contribuindo para a visibilidade da temática e fortalecendo as estratégias voltadas à redução de erros de medicação e à melhoria da assistência na atenção primária.

Palavras-chave: Erros de medicação; Segurança do Paciente; Atenção Primária; Condições Crônicas.

Abstract: The article aimed to understand the perception of primary care professionals regarding the risk of medication use for patient safety with Non-Communicable Chronic Diseases (NCDs). It is a qualitative research with an exploratory design and a critical hermeneutic approach, conducted in 2023 in Sapucaia do Sul/RS municipality. Data collection was done through discussion of focus groups in five primary care units. The collected data were analyzed using thematic analysis and interpreted from a dialectical hermeneutic perspective. The results portrayed three thematic units: "Prescription Errors," "Administration Errors," and "Strategies to minimize medication errors for patient safety." Professionals highlighted issues such as readability errors, duplicate prescriptions, and lack of understanding in the correct use of medications. On the other hand, practices such

as professional qualification, qualified listening, and the use of integrated electronic medical records were identified as necessary to reduce medication errors, aiming to promote rational drug use and ensure patient safety with NCDs in primary care. It is concluded that these findings have the potential to stimulate future reflections and the development of new studies, contributing to the visibility of the issue and strengthening strategies aimed at reducing medication errors and improving primary care assistance.

Key-words: Medication errors; Patient safety; Primary attention; Chronic conditions

1 INTRODUÇÃO

Os padrões epidemiológicos, demográficos e nutricionais globais mudaram desde meados do século passado e, de acordo com esse cenário, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) tornaram-se o problema de saúde pública mais importante do mundo (SANTOSA *et al.* 2014; STOPA *et al.* 2022), abrangendo indivíduos de todas as classes socioeconômicas, especialmente, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), essas patologias impactam negativamente o desenvolvimento macroeconômico dos países e o bem-estar das famílias, em principal, para os grupos de baixa e média renda (BONITA *et al.* 2013; MELO *et al.* 2015).

No Brasil, as DCNT são responsáveis por grande número de mortes e redução da qualidade de vida, levando à incapacidade e à limitação das atividades de trabalho e lazer (BRASIL, 2011). Existem muitos fatores de risco para o seu desenvolvimento, como fatores socioeconômicos, ambientais e culturais (globalização, envelhecimento populacional e urbanização); fatores individuais modificáveis (falta de exercícios, má alimentação, tabagismo, consumo de álcool); fatores individuais não modificáveis (idade, sexo e genética) e fatores bioquímicos (sobrepeso/obesidade, hiperlipidemia), que, por sua vez, justificam a ocorrência frequente dessa patologia (OMS, 2013).

Muitas vezes, o tratamento para essas condições crônicas tem início na Atenção Primária à Saúde (APS), que é local de primeiro contato do paciente com uma equipe de profissionais que trabalham para realizar os cuidados e serviços essenciais de saúde (KABIR *et al.* 2022). Devido à crescente procura pelos serviços na rede primária, a atenção em saúde voltada para as doenças crônicas tornou-se um desafio para os profissionais da APS, isto porque, são condições muito frequentes e multifatoriais. Além desses fatores, para que a abordagem seja efetiva, várias categorias profissionais de saúde devem estar envolvidas, exigindo o protagonismo

dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014; GEWEHR *et al.* 2018).

As DCNT podem ser controladas por meio do uso de medicamentos, cujo acesso e uso adequado são essenciais para o sucesso da farmacoterapia, proporcionando uma melhor qualidade e expectativa de vida das pessoas (TAVARES *et al.* 2016). Porém, para que esse uso não represente danos à saúde dos pacientes com doenças crônicas, é necessário que erros de medicação (prescrição, dispensação e administração) sejam evitados por meio de medidas que garantem maior qualidade do serviço prestado, assim como no tratamento medicamentoso (ARAÚJO *et al.* 2019).

As falhas no processo de uso de medicamentos representam um sério problema de saúde pública, podendo causar danos aos pacientes, aumentar os custos com saúde e comprometer a segurança do paciente (ANVISA, 2019). Portanto, assegurar o uso seguro de medicamentos é essencial para a segurança do paciente e para a manutenção da qualidade dos cuidados de saúde, destacando a responsabilidade dos profissionais da APS em oferecer cuidados seguros e de qualidade para reduzir eventos adversos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes crônicos (OMS, 2017; ANVISA, 2019).

É fundamental também realizar estudos que contribuam para a melhoria da saúde pública e para a segurança dos pacientes crônicos no que diz respeito ao uso de medicamentos, incentivando assim a utilização segura, racional e eficaz desses recursos, enquanto preenche lacunas científicas existentes.

Considerando esse contexto, objetivo deste trabalho, portanto, foi conhecer a percepção de profissionais da atenção primária sobre o risco no uso de medicamentos para segurança dos pacientes com DCNT no município de Sapucaia do Sul/RS.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Pesquisa do tipo qualitativa, com delineamento exploratório e abordagem hermenêutica crítica, desenvolvida no município de Sapucaia do Sul/RS, no segundo semestre de 2023. A escolha do local para realização do trabalho deu-se pelo fato do município possuir uma rede de atenção primária estruturada e organizada, apresentando atualmente 70% de cobertura de atenção primária, com 20 (vinte) equipes de estratégia saúde da família e 5 (cinco) equipes básicas de saúde (SAPUCAIA DO SUL, 2022).

O município localiza-se na região metropolitana de Porto Alegre, a 20 km da capital, em uma área territorial de 58,3 km² e uma estimativa em 2021 de 142.508 habitantes, apresentando densidade demográfica de 2.245,91 habitantes por km² no território do município (IBGE, 2021).

O estudo foi desenvolvido com total de 55 profissionais distribuídos em cinco equipes de Estratégia e Saúde da Família (ESF) desse município. As unidades foram indicadas pela coordenação da APS da Secretaria de Saúde, tendo, como critério de escolha, equipes que tinham uma alta porcentagem de pacientes em condições crônicas e profissionais que apresentaram, no mínimo, 6 meses de atuação na APS.

A coleta de dados teve como técnica principal a discussão de grupo focal (GF), desenvolvido em um encontro para cada equipe, baseado em um roteiro de discussão aberta. Os GF foram realizados em espaços próprios, nas unidades de saúde, no momento da reunião semanal de equipe, estando presente 10 à 17 profissionais em cada grupo, entre eles: Agentes Comunitários de Saúde; Auxiliar de Saúde Bucal; Dentistas; Enfermeiros, Médicos, Residentes e Técnicos de Enfermagem. Todas as entrevistas foram áudio-gravadas, com o consentimento dos participantes, após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

O tempo de discussão focal foi de, aproximadamente, cinquenta minutos, tendo como questões norteadoras: “Como é realizado o cuidado longitudinal dos pacientes crônicos? Vocês desenvolvem projetos pautados no uso racional de medicamentos junto aos usuários com DCNT? Quais erros de medicação são mais frequentes na unidade de saúde? O que a equipe faz nessa situação? Na opinião de vocês, quais os motivos que levam a ocorrência de erros de medicação? Como é realizada a segurança do paciente frente aos riscos que o uso dos medicamentos pode causar no paciente crônico? Relatar eventos mais graves que acabaram em danos ou risco de danos pelo uso incorreto de medicamentos em doentes crônicos acontecidos no último ano. Como agiram perante esses eventos?”.

A análise do material coletado, depois de transcritos, seguiu a perspectiva da análise temática, por meio do método indicado por Braun e Clarke (2006), através de seis etapas: a) familiarização com os dados; b) geração de códigos iniciais; c) busca de temas; d) revisão de temas; e) definição e nomeação de temas; f) produção do relatório. Os dados foram analisados e, depois, interpretados a partir da hermenêutica dialética, o que possibilita a interpretação dos sentidos dos sujeitos, apontando para as contradições e os conflitos presentes nas práticas (MINAYO, 2002). Depois de

repetidas leituras minuciosas do material transcrito, os resultados emergiram, tendo presente o objetivo da pesquisa.

Na apresentação dos resultados, as falas foram apresentadas pelas seguintes abreviaturas: M (médicos), E (enfermeiros), D (dentistas), TE (técnico de enfermagem), F (Fisioterapeuta Residente) e GF 1,2,3,4,5 (grupo focal com as equipes de saúde).

Este estudo faz parte de uma pesquisa de maior abrangência, intitulada “Percepção dos profissionais das equipes de atenção primária sobre a segurança do paciente em condições crônicas”, que tem como objetivo analisar a percepção dos profissionais da atenção primária sobre incidentes acontecidos no atendimento que podem afetar a segurança do paciente (JUNGES, 2019). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), com base no parecer de nº 3.573.810, de 13 de setembro de 2019, por estar de acordo com as normas da resolução nº 466/2012.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar às discussões focais dos participantes, os resultados foram organizados e sistematizados em três categorias: Erros de Prescrição, Erros de Administração e Estratégias para Minimizar os Erros de Medicação para a Segurança do Paciente. Esses resultados serão discutidos considerando a literatura correspondente.

3.1 Erros de Prescrição

Nesta primeira categoria, foi retratada a percepção dos participantes em relação aos erros de prescrição encontrados em receituários de pacientes em condições crônicas. Notou-se que esse erro está relacionado tanto com a legibilidade das prescrições manuais como, também, com incompatibilidades medicamentosas que podem ocasionar riscos à saúde dos pacientes. Os profissionais relataram:

Uma paciente que consultou no privado trouxe uma receita para renovação, tinha a data da última renovação direitinho e eu fiz a receita. Quando eu estava fazendo a receita me deu a entender pela letra horrível do outro médico que o medicamento era fluoxetina. Então, no outro dia a paciente veio buscar a receita e observou que o medicamento estava errado. Ainda bem que a

paciente identificou o erro, porém acabou sendo um erro de prescrição meu por não ter entendido a letra do médico (M, GF1).

Frequentemente os pacientes crônicos vêm com prescrições de médicos particulares ou às vezes prescrições de especialistas para a gente repetir. Porém, já vi especialistas que prescreveram enalapril e losartana e o que a gente sabe é que esses dois medicamentos juntos aumentam muito o risco de insuficiência renal e não é recomendado prescrever essa duas medicações em conjunto (M1, GF5).

[...] aqui na unidade já observei receitas com interações incompatíveis de sinvastatina com anlodipino que podem causar dores nas pernas do paciente (M2, GF5).

Os participantes relataram erros de legibilidade e interações medicamentosas em prescrições manuais, sendo estes observados em receituários de médicos especialistas no momento da renovação. Esse aspecto é preocupante, uma vez que os depoimentos mencionados refletiram a importância da adequação da prescrição manual e a carência de conhecimento médico acerca dos medicamentos prescritos, podendo ocorrer agravos na saúde dos pacientes.

A prescrição é um instrumento essencial para a indicação terapêutica e para o uso racional de medicamentos, devendo conter informações do paciente e do tratamento a ser utilizado. Sua difícil legibilidade pode levar ao uso inadequado de medicamentos ou, até mesmo, à sua prática abusiva (AMARAL *et al.* 2019).

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, a literatura, até o momento, carece de pesquisas que avaliem os erros de prescrições que ocorrem em outros níveis de atenção e são observadas na atenção primária, no momento da renovação de receitas. Tal temática é uma lacuna para estudos futuros, devido ao fato de muitos usuários acabarem recorrendo à iniciativa privada para consultas com especialistas em consequência da demora um pouco maior do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, as pesquisas estão focadas nos erros de prescrições médicas dispensadas em drogarias, farmácias da rede pública e hospitais, abrangendo diferentes populações e patologias (DE LIMA *et al.* 2016; MICHAELSON *et al.* 2017; SHRESTHA, PRAJAPATI, 2019).

Portanto, para os erros de legibilidade que foram mencionados neste estudo, pode-se observar a similaridade no estudo de Siqueira Amaral *et al.* 2018, nos quais as prescrições manuais que foram dispensadas em uma farmácia particular apresentaram maior risco de serem consideradas ilegíveis, contribuindo, assim, para os erros de medicação.

Diante ao exposto, a prescrição legível é muito importante para minimizar as chances de erros e proporcionar mais segurança ao paciente. Nesse cenário, estudos têm ressaltado que uma das medidas eficazes para reduzir esses erros é a adoção da prescrição eletrônica, garantindo a legibilidade e a adequação das informações necessárias para que ocorra uma dispensação e administração dos medicamentos de forma segura (PORTERFIELD *et al.* 2014; LANHAM; COCHRAN; KLEPSEK, 2016, GONÇALVES; PEREIRA *et al.* 2022).

Outro erro mencionado pelos participantes foi relativo às interações medicamentosas, que se apresentam como fatores de risco para a ocorrência de reações adversas a medicamentos, fatores esses que estão relacionados com a prescrição, onde o aumento do risco de interações é diretamente proporcional à quantidade de medicamentos prescritos (LEÃO; MOURA; MOREIRA, 2014). Essas interações aumentam o risco de uso inadequado dos medicamentos, que, por sua vez, são comuns em indivíduos que utilizam a polifarmácia, reduzindo a adesão ao tratamento e a elevação da morbimortalidade (DE ANDRADE, SOUZA, 2018).

Segundo a literatura, as interações medicamentosas graves e moderadas são as mais frequentes na atenção primária (SANTOS; GIORDANI; ROSA, 2018). No presente estudo, de acordo com as falas dos profissionais, essas interações ocorreram com os medicamentos utilizados para o tratamento de hipertensão e colesterol, fato esse que se comprovou em uma pesquisa que verificou interações medicamentosas em prescrições na atenção básica, onde constatou-se que as interações entre os medicamentos anlodipino e sinvastatina são consideradas graves.

A sinvastatina é um medicamento utilizado para o controle do colesterol que, no uso concomitante com o anlodipino, pode levar ao aumento da exposição da sinvastatina, ocasionando riscos e aumento de miopatia e rabdomiólise no paciente. Outra interação considerada de gravidade alta é o uso concomitante de enalapril e losartana, pois a associação desses dois medicamentos pode causar mais efeitos adversos do que benéficos para os pacientes, ocasionando insuficiência renal,

hipercalcemia e hipotensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SANTOS; GIORDANI; ROSA, 2019).

Outro quesito discutido entre os participantes nas entrevistas foi a influência dos erros de prescrição na duplicação terapêutica medicamentosa, que devido à alta demanda por renovações de receitas dificulta que os profissionais realizem uma abordagem integral dos usuários.

Ocorrem casos de pacientes crônicos que foram consultar com médicos particulares que receitaram o mesmo medicamento que o paciente já tomava, porém com o nome de referência. Aí, vem o paciente aqui na unidade com a receita para renovar e observamos que é o mesmo medicamento. Então, é bem complicado essa questão, pois o ideal seria que a renovação da receita ocorresse com o paciente na sua frente, mas aqui fica inviável pelo número de pessoas que a gente atende. Impossível a gente tentar fazer uma renovação de receita junto com o paciente. (M2, GF5).

[...] já aconteceu de um paciente chegar com várias receitas para renovar, só que uma receita era da nossa unidade e as outras vieram do médico especialista com o nome do medicamento de referência. Então tinham vários medicamentos repetidos e com a alta demanda renovação, não conseguimos conversar com o paciente e observar todas as incompatibilidades pra poder passar para o prontuário (E, GF4).

A duplicação terapêutica medicamentosa significa o uso simultâneo de dois medicamentos do mesmo grupo terapêutico que apresentam a mesma indicação ou finalidade (WHO, 1996). A origem dessa duplicação vem das prescrições advindas de diversos níveis de atenção ou o mesmo medicamento prescrito com o nome de referência, pois muitos pacientes consultam no setor privado e continuam vinculados à atenção primária.

A terapia medicamentosa duplicada abordada pelos profissionais é observada no momento da renovação de receitas. A renovação de receita, prática habitual e crescente que garante aos pacientes acesso contínuo aos medicamentos e sua permanência às terapias aderentes prescritas (PATTIN *et al.* 2020), nas unidades de saúde ocorre sem a avaliação clínica do paciente crônico (ENGELA *et al.* 2018; CARON; FEUERWERKER,

2019), fato esse que se torna bem preocupante, pois o uso contínuo de medicamentos sem reavaliação médica pode propiciar riscos e agravos à saúde do usuário (REIS *et al.* 2018). Conforme depoimentos dos profissionais, percebeu-se que, devido à alta demanda de renovações, torna-se inviável proporcionar uma abordagem integral aos pacientes e alcançar os objetivos principais, que são a verificação do uso correto das medicações, a avaliação da eficácia terapêutica e a ocorrência de efeitos colaterais, proporcionando a segurança do paciente (PETTY, 2014).

3.2 Erros de Administração

Neste tópico, os participantes relataram que os erros de administração são os principais que ocorrem nas unidades de saúde e estão relacionados com a falta de entendimento, por parte dos pacientes, em não administrarem os medicamentos corretamente conforme acordado com o profissional de saúde. Essa fragilidade é maior em indivíduos idosos, que não apresentam um suporte familiar adequado para orientá-los na maioria das vezes.

Competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade de compreender e utilizar a informação em meios que promovem e mantêm uma boa saúde é definido como letramento em saúde (LS), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Seguindo essa linha foram muitos os relatos acerca do letramento, como o autocuidado dos pacientes com sua saúde e o não entendimento de como utilizar os medicamentos. Os profissionais relataram:

[...] muitos pacientes com doenças crônicas me relatam assim:

- Eu estava tomando o remédio, mas a minha pressão melhorou e não tomei mais.*
- Minha glicemia estava baixa e parei de tomar do remédio (M2, GF5).*

Eu acho que dentro da administração, um dos erros é o paciente determinar quando pode parar de tomar o medicamento. E isso ocorre principalmente com pessoas idosas que não têm um suporte familiar que o oriente. Porque aqui na unidade tentamos orientar da melhor maneira possível, mas quando saem daqui a família precisa ajudar (D, GF3).

Eles têm muitas dificuldades de entendimento, principalmente os idosos, porque são muitos remédios. Geralmente os pacientes tomam 2 ou 3 medicamentos de pressão pela manhã, mas eles não conseguem compreender que devem tomar os 3 juntos e acabam administrando um em cada horário (E, GF4).

A falta de entendimento dos pacientes sobre administrar os medicamentos de forma correta ocorre, principalmente, na população idosa. Devido às alterações fisiológicas próprias da idade e o desenvolvimento de doenças crônicas, o uso contínuo de medicamentos assume grande importância no tratamento das DCNT (BARRETO *et al.* 2015; OLIVEIRA; NASCIMENTO; LIMA, 2020; FARIAS *et al.* 2021). A adesão ao tratamento medicamentoso vai muito além do que utilizar o medicamento prescrito, pois está relacionado a condutas não medicamentosas indicadas, considerando os fatores culturais, emocionais e socioeconômicos (ARRUDA *et al.* 2015; GEWEHR *et al.* 2018; DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2020).

Diante das falas dos profissionais, os idosos apresentavam dificuldades de compreensão em relação ao tratamento medicamentoso e muitos acabavam abandonando por conta própria, principalmente, quando se tratava de tratamento contínuo, pois a maioria dessa população não apresenta um apoio familiar que consiga orientá-los na utilização dos medicamentos. Esse resultado corrobora um estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde do município de Terezinha (Piauí), onde se constatou que a não adesão ao tratamento medicamentoso está relacionada com a falta de apoio familiar. Assim, a família é um suporte fundamental para que o idoso consiga cumprir corretamente o tratamento e, com isso, obter o controle da doença (RESENDE *et al.* 2018).

Um aspecto importante a ser destacado nesta categoria é o Letramento em Saúde (LS), sendo bastante mencionado por parte dos profissionais que se referiram à educação em saúde, pelo motivo dos usuários não entenderem sobre o uso correto de medicamentos para o autocuidado. O LS é definido como o nível de competência de cada indivíduo para compreender informações e serviços de saúde, visando à tomada de decisões adequada para sua própria saúde, entre elas, a adesão ao tratamento medicamentoso (CDC, 2021). O LS tem apresentado uma associação com aspectos de autopercepção de saúde, revelando que os usuários que apresentam melhor percepção do LS tendem a avaliar melhor sua própria saúde. A autopercepção tem influência com fatores biológicos, socioeconômicos e a presença de doenças crônicas (MARQUES;

ESCARCE; LEMOS, 2018). No entanto, é importante que as pessoas tenham o entendimento sobre a sua saúde, pois o comportamento está relacionado com essa percepção, assim como pela importância dada à saúde. Segundo estudo realizado no Rio Grande do Sul que avaliou a autopercepção de saúde em adultos e idosos da APS, evidenciou-se que uma maior autopercepção negativa estava associada ao sexo feminino, aos indivíduos desempregados, com maior número de DCNT e em insegurança alimentar (LINDEMANN *et al.* 2019).

Ao considerar a relação entre a idade e os aspectos de avaliação, um estudo avaliou usuários da APS, no sul do Brasil, e observou que ter mais idade favoreceu uma pior autopercepção da saúde (ANTUNES, 2014). Outro estudo de Marques e Lemos (2018), que investigou o letramento em saúde e a associação com fatores sociodemográficos, autopercepção da saúde e qualidade de vida em adultos usuários da atenção primária à saúde, verificou que a variável escolaridade apresentou associação positiva com o LS, e indivíduos com menor escolaridade tiveram mais chance de ter o letramento em saúde inadequado.

Com relação às doenças crônicas, são muitos os desafios, levando em conta o elevado grau de complexidade da doença e de autocuidado fundamental, tal qual a necessidade do entendimento da doença e do tratamento. Frente a esse contexto, a baixa capacidade de compreender e usar as informações em saúde pode refletir na continuação e no agravamento da doença crônica. Para indivíduos em condições crônicas, o LS é fundamental, visto que lidar com essas condições abrange contato com informações sobre a doença, diagnóstico, tratamento, mudanças de estilo de vida, bem como a interatividade com os profissionais e o sistema de saúde (CANGUSSÚ *et al.* 2021).

Contrapondo as fragilidades dos usuários expostas acima, houve exemplos de depoimentos de alguns profissionais, demonstrando que falta de entendimento pode estar relacionada com a falha na comunicação.

[...] alguns pacientes realmente têm dificuldades de entendimento que muitas vezes pode ser falha nossa, por não nos expressarmos melhor (uma linguagem que o paciente entenda) e por não perguntar se o paciente realmente entendeu as orientações e pedir para ele repetir (E, GF3).

[...] a falta de comunicação prejudica, porque nós temos pouco tempo de atendimento e não acabamos perguntando se realmente o paciente entendeu, porque ficamos focados na prescrição (M, GF4).

A falha na comunicação dos profissionais com os pacientes pode estar relacionada com a não utilização de uma linguagem acessível e falta de tempo para um cuidado integral. No contexto da APS, a comunicação é uma ferramenta muito importante. É fundamental fortalecer vínculos com os pacientes, no âmbito da saúde, para que ocorra uma assistência de acordo com os princípios do SUS (PREVIATO; BALDISSERA, 2018). Uma comunicação centrada no paciente é um aspecto fundamental para cuidados de saúde mais seguros. A comunicação eficaz entre os profissionais e o paciente pode estar relacionada com diversos fatores como: tempo de consulta adequada, ouvir atentamente o paciente, criar um ambiente confortável e garantir que todas as informações sejam fornecidas ao paciente, assim como também que suas dúvidas sanadas (RICCI-CABELLO *et al.* 2017).

Segundo estudo de Mendonça, Gallarhler e Hendryx (2019), a falha na comunicação pode indicar a existência de distanciamento cultural entre profissional e paciente, que, muitas vezes, não entende o que lhe é explicado na consulta, gerando agravos a sua saúde, pois o paciente fará aquilo que foi entendido erroneamente e não o que deveria fazer para melhorar sua saúde. Nesse cenário, só ocorrerá mudanças se os profissionais assegurarem que o paciente entendeu corretamente o tratamento, e se necessário, fazê-lo repetir com suas próprias palavras o que lhe foi indicado.

Na discussão focal, os profissionais abordaram que um dos grandes problemas dos erros de administração está relacionado com a automedicação, ou seja, os pacientes administram medicamentos sem orientação médica.

A automedicação ocorre frequentemente aqui na unidade. A pessoa tem um sintoma, aí a vizinha falou que toma algum remédio controlado e lhe entrega alguns comprimidos e depois de algum tempo a pessoa volta na unidade e fala: - Eu tomei esse remédio aqui que me fez bem e foi a minha vizinha que indicou. (E, GF4).

Uma coisa que eu acho interessante é os pacientes se automedicarem com os medicamentos dos outros. Esses dias atendi um paciente idoso que falou assim:

- *Meu remédio da pressão acabou e não tinha como ir ao médico, então tomei o do meu vizinho (TE, GF6).*

A automedicação caracteriza-se pela utilização dos medicamentos pelo próprio indivíduo, sem orientação médica, para tratar doenças e sintomas reconhecidos por ele mesmo (WHO, 1998). Tal prática, de acordo com estudos, por vezes, decorre da influência de familiares ou outras pessoas do círculo social, favorecendo o uso irracional de medicamentos (MUFLIH *et al.* 2022; JEMBER *et al.* 2019; SRIDHAR *et al.* 2018).

A automedicação é uma prática universal cada vez maior na sociedade atual e nos diversos grupos etários, apresentando riscos inerentes e ocasionando consequências individual e coletivas, sendo uma preocupação crítica em saúde (MAXIMO; ANDREAZZ; CECILIO, 2020; GUALANO *et al.* 2015). Segundo estudos nacionais e internacionais, o ato de se automedicar pode se justificar devido ao fato da população não encontrar disponibilidade de serviços de saúde mais acessíveis, não possuir planos de saúde e serem influenciados pelas propagandas de televisão (PEREIRA *et al.* 2017; MATOS *et al.* 2018; URRUNAGA-PASTOR; BENITES-ZAPATA; MEZONES-HOLGUÍN, 2019).

Diante ao exposto, é necessário compreender os motivos que levam a automedicação para que se possa desenvolver medidas que reduzam os danos causados por essa prática. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a maneira mais efetiva de melhorar o uso de medicamentos na APS consiste na combinação de educação e supervisão dos profissionais de saúde, educação do consumidor, além de garantia de acesso adequado a medicamentos apropriados (WHO, 2007). É importante compreender que a responsabilidade não pode ser direcionada apenas aos consumidores e sim a um conjunto de outros fatores que favorecem o crescimento da automedicação estimulada pelas mídias ou pelo vínculo familiar e de amizade dos pacientes (CONSTANTINO *et al.* 2020; MELO *et al.* 2021).

3.3 Estratégias para Minimizar os Erros de Medicação para a Segurança do Paciente

Nesta categoria, os participantes relataram as condutas necessárias para minimizar os erros de medicação para a segurança do paciente. Durante as discussões, ressaltou-se a importância da qualificação profissional, por meio da capacitação permanente, oferecendo, aos usuários, informações corretas e seguras sobre o uso dos

medicamentos. Eles entenderam, também, que os profissionais deveriam ter acesso aos prontuários de médicos de outras especialidades para conseguirem auxiliar os pacientes.

[...] no meu ponto de vista tudo começa pela formação dos profissionais. Os profissionais devem ser cada dia mais capacitados para fornecer aos pacientes informações claras e seguras. Falo isso, porque muitas coisas sobre uso dos medicamentos e efeitos adversos eu aprendi na prática e lendo sozinha, porque a faculdade nos apresenta a base. Então é importante os profissionais realizarem cursos de capacitação para se manterem informados (E2, GF5).

[...] eu acho que a informação, ter acesso à informação é muito importante. Um prontuário eletrônico se todo mundo pudesse ter acesso, isso facilitaria muito, porque muitos usuários que chegam aqui consultam com médicos especialistas e não sabem dizer o que tomam (E1, GF5).

A busca por uma assistência de qualidade ao paciente é um objetivo a ser atingido por todos os profissionais que atuam na área da saúde (SOUZA; VIEIRA; CAVALCANTI, 2018). Através da formação e qualificação profissional, procura-se garantir a universalidade e integralidade do cuidado aos pacientes (D'ÁVILA, 2014). Segundo depoimentos, os profissionais abordaram a importância da educação permanente. Prática essa, elencada em estudos na literatura, que, quando conduzida como uma prática constante, favorece a redução de erros de medicação e a segurança do paciente (PINHEIRO *et al.* 2020; SIMAN, 2021; VENDRUSCOLO *et al.* 2021; PLAS *et al.* 2017).

A Educação permanente em Saúde (EPS), inserida pelo Ministério da Saúde como uma política de saúde, tem como objetivo nortear a formação e qualificação dos profissionais atuantes no setor saúde na rede pública, com a finalidade de transformar os procedimentos profissionais e a própria organização do trabalho, com base nas necessidades e dificuldades do sistema (BRASIL, 2004; CARDOSO *et al.* 2017). De acordo com a literatura, diferentes autores atribuem à EPS a capacidade de provocar mudanças nos processos de trabalho, sendo uma ferramenta capaz de possibilitar a formação crítica e reflexiva dos profissionais de saúde, fortalecendo a participação social e aproximação da gestão aos problemas de saúde locais (DE ARAÚJO *et al.* 2013; YAMAMOTO; MACHADO; SILVA JUNIOR, 2015, DE MENEZES *et al.* 2018).

Uma das estratégias para redução dos erros de medicação seria o acesso às informações dos pacientes através dos prontuários eletrônicos integrados com outros níveis de atenção, para que se consiga auxiliar os usuários na utilização de medicamentos. Essa ferramenta possibilita a integração dos dados dos pacientes e contribui para uma melhora nos indicadores de segurança e qualidade no atendimento (COLLETI; ANDRADE; CARVALHO, 2018).

Segundo estudo de Ribeiro e Cavalcanti (2020), a ausência de prontuário eletrônico integrado inibe a troca de informações e impossibilita os profissionais de verificar o histórico de saúde dos pacientes. A informatização dos prontuários e a integração destes entre níveis assistenciais podem trazer benefícios aos serviços de saúde, garantindo acesso e qualidade da informação, além de organizar as demandas, auxiliar na tomada de decisões clínicas e possibilitar melhorias no cuidado à saúde (SANTOS, 2017; DORNAN *et al.* 2019).

Outro ponto abordado pelas equipes está relacionado em se dedicar a ouvir as necessidades dos pacientes, comunicar-se de uma maneira mais clara, bem como fortalecer um vínculo de confiança para que esses usuários sintam-se acolhidos e realizem o tratamento adequadamente. As equipes relataram:

[...] o ouvir o paciente é um importante passo neste processo de reduzir os erros de medicação (E, GF6).

[...] a questão do vínculo de confiança com os pacientes é muito importante, porque se não tiver confiança a pessoa sai daqui e não vai fazer nada (M, GF2).

[...] a parte da explicação é um momento importante. Eu percebo que quando eu explico o motivo do paciente estar tomando aquele remédio a pessoa entende melhor. E no final eu sempre peço para a pessoa repetir tudo com as palavras dela (F, GF3).

O cuidado do paciente começa no espaço de escuta oferecido ao usuário para expressar suas necessidades. Nessa troca de informações em consonância com uma comunicação prestativa e clara, cria-se a confiança do paciente em retornar à unidade e realizar o tratamento correto (BRASIL, 2012). A escuta qualificada é um ato essencial para a realização da assistência, nesse momento, é que os profissionais escutarão as

necessidades dos pacientes, estabelecendo vínculos, facilitando o processo de cuidado e a melhora dos problemas trazidos pelos usuários até os serviços de saúde (DUARTE; MOREIRA; DUARTE, 2017).

Contudo, a prática de escuta qualificada em serviços de saúde tem se mostrado uma importante ferramenta para a mudança do modelo assistencial de saúde na APS e para um modelo baseado na integralidade, universalidade e equidade. Tais princípios são essenciais do SUS que, em conjunto com a resolutividade, são necessários para a solidificação de um modelo de atenção primária forte e de qualidade (DUARTE; MOREIRA; DUARTE, 2017).

Ao longo das entrevistas, os participantes expuseram que o tempo de consulta é um fator complicador para a segurança do paciente. Relatam que a melhor estratégia seria um tempo maior de consulta para proverem um cuidado integral aos pacientes. Os profissionais relataram:

Ter um tempo de consulta maior seria ouro. Eu sinto que a gente vive muito uma ambivalência grande entre atender a demanda e poder se dedicar a cada paciente. Infelizmente temos apenas 15min de consulta que é muito pouco para explicar direitinho todas as medicações, fazer uma tabelinha de organização e falar com os familiares para saber as medicações que o paciente usa. Eu vejo que tem momentos que devido ao fator tempo eu acabo abandonando umas coisas que poderia ter investigado melhor. Então eu me sinto bem incomodado nessa questão de tempo (M1, GF6).

[...] eu sinto como estivesse enxugando gelo. Porque a gente queria dar uma atenção maior, mas não conseguimos e às vezes a pessoa tem que voltar e o agendamento da minha consulta é só para daqui 1 mês (M1, GF5).

Um tempo maior de consulta médica seria fundamental para a realização de um cuidado integral aos pacientes na utilização correta dos medicamentos. A consulta médica é um momento de interação entre o paciente e os profissionais, sendo que uma comunicação adequada é essencial para o diagnóstico e tratamento de alta qualidade (CHICHIREZ; PURCÉREA, 2018; RIEDL; SCHUSSLER, 2017).

O estudo de Mendes e colaboradores (2021) mostrou que os profissionais estão insatisfeitos com o tempo de consulta para realização das avaliações clínicas dos

pacientes, uma vez que o tempo insuficiente de consulta pode levar ao diagnóstico inadequado ou, até mesmo, à falta de entendimento sobre a utilização dos medicamentos por parte do paciente que, por consequência, desiste do tratamento.

De acordo com as falas dos profissionais, a impossibilidade de realizar uma consulta mais demorada ocorre pela alta demanda de trabalho e pelo número de pacientes que frequentam as unidades com diversas comorbidades. Acredita-se que seria necessário um tempo maior de consulta, com intuito de realizar uma anamnese adequada e fornecer informações suficientes sobre os medicamentos.

Por fim, um quesito muito importante a ser mencionado como estratégia para minimizar os erros de medicações é papel dos agentes comunitários de saúde, visto que, foram profissionais que não participaram no momento das discussões neste estudo, talvez por estarem envergonhados ou por não se sentirem seguros para responderem aos questionamentos em relação aos outros profissionais. Porém estes profissionais fortalecem a integração entre os serviços da APS com a comunidade, além de apresentarem um papel fundamental na gestão de informações seguras sobre o uso correto e racional de medicamentos para manter qualidade de vida das pessoas atendidas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu identificar os erros de medicações que estão presentes no cotidiano dos pacientes com doenças crônicas. A pesquisa mostrou, através da percepção de profissionais da atenção primária, que os erros prescrição e administração ocorrem com mais frequência e afetam a segurança do paciente, ocasionando agravos à saúde. Os profissionais entendem que são necessárias condutas que minimizem os erros de medicações nesse nível de atenção, visando ao uso racional de medicamentos e à segurança do paciente. Para isso, é indispensável a qualificação dos profissionais para a prevenção de eventos adversos ligados à terapia medicamentosa que possam colocar em risco a segurança do paciente. A busca por uma assistência de qualidade na atenção primária requer ações integradas e colaborativas para superar os obstáculos identificados, promovendo, assim, a segurança e a qualidade de vida dos pacientes crônicos.

Acredita-se que os dados desta pesquisa possam estimular reflexões futuras para o desenvolvimento de novos estudos, trazendo visibilidade à temática, além de

potencializar as estratégias que garantem a redução desses erros e o fortalecimento da assistência na atenção primária.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. Boletim Farmacovigilância. **Erros de Medicação**. 2019. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/2894786/Boletim+de+Farmacovigil%C3%A2ncia+n%C2%BA+08/a82130ea-7f22-4c41-af7c-d5047ad9891c>. Acesso em: 11 jan.2024.
- ANTUNES, Maria Da Luz. A literacia em saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. *APDIS*. 2014;27:123-33. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28735/1/54-298-2-PB.pdf>. Acesso em: 12 dez.2023
- ARAÚJO, Lorena Uihôa *et al.* Segurança do paciente e polimedicação na Atenção Primária à Saúde: pesquisa transversal em pacientes com doenças crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019. DOI: 10.1590/1518-8345.3123.3217. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/3dkXv3tjLxZXfQHvWqPkQwB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 nov. 2023.
- ARRUDA, Daiane Campos Juvêncio de *et al.* Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, p. 327-337, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14074>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/y897LxgKrg5wTQ7z4T8rp8v/?lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2023.
- BARRETO, Maria Nelly Sobreira de Carvalho *et al.* Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 413-424, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500020010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/JK8D3vmG8fmbpT3kTdY9D6r/?lang=pt>. Acesso em: 16 dez. 2023.
- BONITA, Ruth *et al.* Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach. **The Lancet**, v. 381, n. 9866, p. 575-584, 2013. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61993-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61993-X). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61993-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61993-X/fulltext). Acesso em: 17 de nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 21 abr.2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério da Saúde; 2011. 160 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 02 abr.2023.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. 68 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf. Acesso em: 12 nov. 2023.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>. Disponível: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>. Acesso em: 25 nov.2023.

CANGUSSÚ, Luana Resende *et al.* Concordância entre dois instrumentos para avaliação do letramento em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e2020490, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200004>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2021.v30n2/e2020490/>. Acesso em: 21 nov. 2023.

CARDOSO, Maria Lúcia de Macedo *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1489-1500, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jsqG5T5c4jcX8LKxyds3dYH/?lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2023.

CARON, Eduardo; FEUERWERKER, Laura. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. **Saúde e sociedade**, v. 28, p. 14-24, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190697>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5dHz7hY3HYZwfjRhrKbN3dP/>. Acesso em: 10 jan. 2024.

CDC. (2021). Health Literacy: Accurate, Accessible and Actionable Health Information for All. Health Literacy. **Centers for Disease Control and Prevention**. Retrieved. Disponível em: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/index.html>. Acesso em: 21 de nov.2023.

CHICHIREZ, C. M.; PURCĂREA, V. L. Interpersonal communication in healthcare. **Journal of medicine and life**, v. 11, n. 2, p. 119, 2018. DOI: 30140317.

DOI: 6101690. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6101690/>. Acesso em: 19 nov. 2023.

COLLETI JUNIOR, José; ANDRADE, Alice Barone de; CARVALHO, Werther Brunow de. Avaliação do uso de sistemas de prontuário eletrônico nas unidades de terapia intensiva brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, p. 338-346, 2018. DOI:10.5935/0103-507X.20180057. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/JKqbtGZbzmKzZVxLj9HsWFQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2023.

CONSTANTINO, Viviane Macedo *et al.* Estoque e descarte de medicamentos no domicílio: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 585-594, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.10882018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QNX5ZwCxmDmSC7rjX8mRjtJ/>. Acesso em: 22 nov.2023.

D'ÁVILA, Luciana Souza *et al.* Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 401-416, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.01162013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Vs5WS4Ly6gXSxXgQZmJzGYJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 nov .2023.

DE ANDRADE, Kaio Vinicius Freitas; SOUZA, Alyne Mascarenhas. Prevalência de interações medicamentosas potenciais em indivíduos hipertensos acompanhados na estratégia de saúde da família. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 6, n. 4, p. 405-411, 2018. DOI: doi:10.12662/2317-3076jhbs.v6i4. 2090.p405-411.2018. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2090/755>. Acesso em: 24 nov. 2023.

DE ARAÚJO, Rossandra Ribeiro Marreiros *et al.* Educação permanente em enfermagem na estratégia saúde da família. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 6, p. 64-73, 2013. DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n6Esp2p64. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750944008.pdf>. Acesso em: 22 nov.2023.

DE LIMA, Tiago Aparecido Maschio *et al.* Erros de prescrições médicas em drogaria. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, v. 28, n. 1, p. 16-21, 2016. DOI: 10.14450/2318-9312.v28.e1.a2016.pp16-21. Disponível: https://www.researchgate.net/profile/Moacir-Godoy/publication/299652526_ERROS_DE_PRESCRICOES_MEDICAS_EM_DROGARIA/links/572936d608aef7c7e2c0d181/ERROS-DE-PRESCRICOES-MEDICAS-EM-DROGARIA.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

DE MENEZES, Risia Cristina Egito *et al.* Alimentação e nutrição na atenção básica à saúde: a educação permanente como instrumento de aproximação ensino-serviço. **Revista baiana de saúde pública**, v. 37, n. 4, p. 1051-1051, 2013. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2013.v37.n4.a661>. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/661>. Acesso em: 18 nov. 2023.

DE SIQUEIRA AMARAL, Antônio Gustavo *et al.* Análise de prescrições irregulares em uma rede de farmácias do Recife. **Revista de APS**, v. 22, n. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16487>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16487>. Acesso em: 19 nov. 2023.

DORNAN, Lesley *et al.* Utilisation of electronic health records for public health in Asia: a review of success factors and potential challenges. **BioMed research international**, v. 2019, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1155/2019/7341841>. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2019/7341841/>. Acesso em: 10 jan.2024.

DRUMMOND, Elislene Dias; SIMÕES, Taynãna César; ANDRADE, Fabíola Bof de. Avaliação da não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas e desigualdades socioeconômicas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200080>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/pgwFBPVGGD8rqrYMwKPrbSq/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez.2023.

DUARTE, Lindecy Pereira de Araújo; MOREIRA, Daiane de Jesus; DUARTE, Elisfabio Brito. Contribuição da escuta qualificada para a integralidade na atenção primária. **Rev. Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 414-429, set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.18673/gs.v8i3.24185>. Disponível: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/10312>. Acesso em: 10 jan .2024.

ENGELA, Maria Helena Trindade *et al.* Uso das tecnologias em saúde na atenção básica às pessoas em condições de hipertensão arterial sistêmica. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 1, p. 75-84, 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.75-84. Disponível em: <https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5979/pdf>. Acesso em: 12 dez.2023.

FARIAS, Andrezza Duarte *et al.* Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: um estudo na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1781-1792, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04532021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wPXrkdRGwNDxB9YYwZz7QSR/>. Acesso em: 10 jan.2024.

GEWEHR, Daiana Meggiolaro *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, p. 179-190, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811614>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42n116/179-190/>. Acesso em: 18 nov. 2023.

GONÇALVES, Matheus Ferreira *et al.* Prescrição médica e o uso irracional de medicamentos: uma revisão bibliográfica. **Revista Bioética CREMEGO**, v. 2, n. 1, p. 55-60, 2020. Disponível: <https://revistabioetica.cremego.org.br/cremego/article/view/29>. Acesso em: 20 nov. 2023.

GUALANO, Maria R. *et al.* Use of self-medication among adolescents: a systematic review and meta-analysis. **The European Journal of Public Health**, v. 25, n. 3, p. 444-450, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku207>. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article/25/3/444/2399187?login=true>. Acesso em: 22 nov. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sapucaia do Sul, RS**: panorama: população. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sapucaia-do-sul/panorama>. Acesso em: 11 jan.2024.

JEMBER, Ebabu *et al.* Self-medication practices and associated factors among households at Gondar town, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. **BMC research notes**, v. 12, p. 1-7, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4195-2>. Disponível em: <https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-019-4195-2>. Acesso em: 17 dez.2023.

JUNGES, José Roque. **Percepção dos profissionais das equipes de atenção primária sobre a segurança do paciente em condições crônicas**: projeto de pesquisa. São Leopoldo: Unisinos. Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação, 2019.

KABIR, Ashraful *et al.* Health system readiness for non-communicable diseases at the primary care level: a systematic review. **BMJ open**, v. 12, n. 2, 2022. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-060387. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8830230/>. Acesso em: 18. nov 2023.

LANHAM, Ashley E.; COCHRAN, Gary L.; KLEPSE, Donald G. Electronic prescriptions: opportunities and challenges for the patient and pharmacist. **Advanced Health Care Technologies**, p. 1-11, 2016. DOI: <https://doi.org/10.2147/AHCT.S64477>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/AHCT.S64477>. Acesso em: 20 nov. 2023.

LEÃO, Danyllo Fábio Lessa; MOURA, Cristiano Soares de; MEDEIROS, Danielle Souto de. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BA), Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 311-318, 2014. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00311.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

LINDEMANN, Ivana Loraine *et al.* Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 45-52, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34932016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mTdhLxGsr6Rtj7VxnSstzxJ/>. Acesso em: 16 de dez. 2023.

MARQUES, Suzana Raquel Lopes; ESCARCE, Andrezza Gonzalez; LEMOS, Stela Maris Aguiar. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2018.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017127>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/t3VnctRJz9RJ5cNjQgyXvQv/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2023.

MATOS, Januária Fonseca *et al.* Prevalência, perfil e fatores associados à automedicação em adolescentes e funcionários de uma escola pública profissionalizante. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, p. 76-83, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800010351>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/65DK5G5dCrhCsWJZgWXBsmF/>. Acesso em: 16 dez. 2023.

MAXIMO, Samuel Amano; ANDREAZZA, Rosemarie; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Assistência farmacêutica no cuidado à saúde na Atenção Primária: tão perto, tão longe. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. e300107, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300107>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/v30n1/0103-7331-physis-30-01-e300107.pdf>. Acesso em: 17 nov.2023.

MELO, José Romério Rabelo *et al.* Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00053221>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/tTzxtM86YwzCwBGnVBHKmrQ/?lang=pt>. Acesso em: 18 nov.2023.

MELO, Silvia Pereira da Silva de Carvalho *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 24, p. 3159-3168, 2019. DOI: DOI: [10.1590/1413-81232018248.30742017](https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30742017). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PWvhHXfyGfsv7H3cXqzhwrf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 nov.2023.

MENDES, Lívia dos Santos *et al.* Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00149520, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149520>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/trzFhLccv7qMB8kHJn557Ly/?format=html>. Acesso em: 19 nov.2023.

MENDONÇA, Vitor; GALLAGHER, Thomas; HENDRYX, Nicholas. Medical error: concept, characterization and management. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 255-266, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180105>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/txzFdPjStFMGYzB9d9HKR5f/?format=html&lang=en>. Acesso em: 17 dez.2023.

MICHAELSON, M. *et al.* Prescribing error at hospital discharge: a retrospective review of medication information in an Irish hospital. **Irish Journal of Medical Science (1971-)**, v. 186, p. 795-800, 2017. DOI: [10.1007/s11845-017-1556-5](https://doi.org/10.1007/s11845-017-1556-5). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11845-017-1556-5>. Acesso em: 19 nov. 2023.

MINAYO, Marília Cecília. hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002. p. 83-107. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575414118>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/24sgf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

MUFLIH, Suhaib M. *et al.* The impact of health literacy on self-medication: A cross-sectional outpatient study. **Journal of Public Health**, v. 44, n. 1, p. 84-91, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa188>. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/44/1/84/5960418?login=false>. Acesso em: 18 dez. 2023.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde—perspectivas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 286-298, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S523>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/p6GrppPbxfQRLpvynPrmScG/>. Acesso em: 16 dez. 2023.

PATTIN, Anthony J. *et al.* An examination of the prescription renewal process and implications for primary care physicians and community pharmacists. **Journal of Pharmacy Practice**, v. 33, n. 2, p. 187-191, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/0897190018799217>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0897190018799217>. Acesso em: 21 nov. 2023.

PEREIRA, Francisco Gilberto Fernandes *et al.* Automedicação em idosos ativos. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 12, p. 4919-4928, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22289p4919-4928-2017>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22289>. Acesso em: 22 nov. 2023.

PEREIRA, Vanessa Gonçalves *et al.* Como uma ferramenta de prescrição eletrônica possibilita uma melhor qualidade na prescrição para os pacientes. **J Bras Econ Saúde**, v. 14, n. Supl 1, p. 9-14, 2022. DOI: 10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):9-14. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/03/1363029/jbes-especialportugues-9-14.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2023.

PETTY, Duncan R.; ZERMANSKY, Arnold G.; ALLDRED, David P. The scale of repeat prescribing—time for an update. **BMC health services research**, v. 14, p. 1-4, 2014. DOI: 10.1186/1472-6963-14-76. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24552190/>. Acesso em: 23 nov. 2023.

PINHEIRO, Thaís Santos *et al.* Administração de medicamentos em um serviço de emergência: ações realizadas e desafios para práticas seguras. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n3.3172>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3172>. Acesso em: 19 nov. 2023.

PLAS, Afke *et al.* Experiences with Lean Six Sigma as improvement strategy to reduce parenteral medication administration errors and associated potential risk of harm. **BMJ Open Quality**, v. 6, n. 1, p. u215011. w5936, 2017. DOI: 10.1136/bmjquality.u215011.w5936. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28674608/>. Acesso em: 18 dez. 2023.

PORTERFIELD, Amber; ENGELBERT, Kate; COUSTASSE, Alberto. Electronic prescribing: improving the efficiency and accuracy of prescribing in the ambulatory care setting. **Perspectives in health information management**, v. 11, n. Spring, 2014. DOI: 3995494. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3995494/>. Acesso em: 20 nov. 2023.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1535-1547, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/L9VS9vQGQtzPTpyZztf4cJc/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 16 dez. 2023.

REIS, Izadora Lorena Ferreira *et al.* Renovação de Prescrição Médica na atenção primária: uma análise crítica. **Rev Med Minas Gerais**, v. 2018, n. 28, 1936. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180077>. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2360>. Acesso em: 11 jan.2024.

RESENDE, Amanda Karoliny Meneses *et al.* Difficulties of elderly people in accession to the treatment of blood hypertension. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 10, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a236078p2546-2554-2018>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236078>. Acesso em: 15 dez. 2023.

RIBEIRO, Sabinny Pedreira; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1799-1808, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VJ9syfhhdCSqVHH4TbyxTJh/?lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2023.

RICCI-CABELLO, Ignacio *et al.* Identifying patient-centred recommendations for improving patient safety in General Practices in England: a qualitative content analysis of free-text responses using the Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care (PREOS-PC) questionnaire. **Health expectations**, v. 20, n. 5, p. 961-972, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/hex.12537>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.12537>. Acesso em: 21 nov. 2023.

RIEDL, David; SCHÜSSLER, Gerhard. The influence of doctor-patient communication on health outcomes: a systematic review. **Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**, v. 63, n. 2, p. 131-150,

2017.DOI: <https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.2.131>. Disponível em: <https://www.vr-elibrary.de/doi/abs/10.13109/zptm.2017.63.2.131>. Acesso em: 19 nov. 2023.

SANTOS, Adriano Maia dos. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado. **EDUFBA**, 311 p, 2018. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788523220266>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r7wwf/pdf/santos-9788523220266.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2023.

SANTOS, Janaina da Silva; GIORDANI, Fabiola; ROSA, Maria Luiza Garcia. Interações medicamentosas potenciais em adultos e idosos na atenção primária. **Ciência & saúde coletiva**, v. 24, p. 4335-4344, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.04692018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yvhKhggtMqLHMDqgg6FGxWc/>. Acesso em: 21 nov. 2023.

SANTOSA, Ailiana *et al.* The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review. **Global health action**, v. 7, n. 1, p. 23574, 2014. DOI: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23574>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3402/gha.v7.23574@zgha20.2014.7.issue-s6>. Acesso em: 16 nov.2023.

SAPUCAIA DO SUL. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. **Secretaria Municipal da Saúde**. Sapucaia do Sul: Prefeitura Municipal, 2022. Disponível em: <https://www.sapucaiaodosul.rs.gov.br/secretaria/saude/>. Acesso em: 11 jan. 2024.

SHRESTHA, Rajeev; PRAJAPATI, Srijana. Assessment of prescription pattern and prescription error in outpatient Department at Tertiary Care District Hospital, Central Nepal. **Journal of pharmaceutical policy and practice**, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40545-019-0177-y>. Disponível em: <https://joppp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40545-019-0177-y>. Acesso em: 26 nov. 2023.

SILVA, Liliane de Lourdes Teixeira *et al.* Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210130, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0130>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/rnmtbZ8tBK49ycDMTrF4pyc/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 21 nov. 2023.

SIMAN, Andréia Guerra *et al.* Erro de medicação: concepções e comportamentos dos membros da equipe de enfermagem/Erro de medicação: concepções e conduta da equipe de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 109-116, 2021. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7853. Disponível em: https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7853/pdf_1. Acesso em: 20 nov.2023.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Rev Bras Hipertens** .2010; 17(1):7-10. Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso em: 23 nov 2023.

SOUZA, A. C. P.; VIEIRA, S. A. M.; CAVALCANTI, P. P. Segurança do paciente e erros de medicação: uma revisão de literatura. **Scientific Electronic Archives Issue. Rondonópolis**, v. 11, n. 3, p. 128-135, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/R8pG5F3d3Qwx5Xz7dt6K6nx/?lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2023.

SRIDHAR, Sathvik B. *et al.* Assessment of nature, reasons, and consequences of self-medication practice among general population of Ras Al-Khaimah, UAE. **International Journal of Applied and Basic Medical Research**, v. 8, n. 1, p. 3, 2018. DOI: 10.4103/ijabmr.IJABMR_46_17. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29552527/>. Acesso em: 17 dez. 2023.

STOPA, Sheila Rizzato *et al.* Surveillance of Chronic Non-communicable Diseases: thoughts on the role of national health surveys of Brazil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, p. e20211048, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200013.especial>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/p3DBsxd5FZ876xpH88nCLCy/?lang=pt>. Acesso em: 16 dez nov .2023.

TAVARES, Noêmia Urruth Leão *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso para doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 10, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004834>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/yBXy3B9BMQv7Y9HKMQx8RRx/#>. Acesso em: 18 nov .2023.

URRUNAGA-PASTOR, Diego; BENITES-ZAPATA, Vicente A.; MEZONES-HOLGUÍN, Edward. Factors associated with self-medication in users of drugstores and pharmacies in Peru: an analysis of the National Survey on User Satisfaction of Health Services, ENSUSALUD 2015. **F1000Research**, v. 8, 2019. DOI: 10.12688/f1000research.17578.2. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7001751/>. Acesso em: 18 dez. 2023.

VENDRUSCOLO, Carine *et al.* Educação permanente e sua interface com melhores práticas em enfermagem na atenção primária à saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.72725>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/dgXdwqfnjN9Mf3gCpJG7w4J/>. Acesso em: 20 nov.2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/global-surveillance-prevention-and-control-of-chronic-respiratory-diseases>. Acesso em: 14 dez. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic**

Noncommunicable Diseases in the Americas. [Internet]. Washington, DC. 2013. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18639?show=full>. Acesso em: 12 jan.2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medication without harm: WHO global patient safety challenge.** [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 11 jan. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The role of the pharmacist in self-care and self-medication.** [Internet]. The Neterlands: World Health Organization, 1998. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/65860/WHO_DAP_98.13.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 14 dez.2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). [Internet]. **Guidelines for ATC classification and DDD assignment.** Oslo: WHO; Center for Drug Statistics Methodology, 1996. 178p. Disponível em: https://www.whocc.no/atc_ddd_index_and_guidelines/guidelines/. Acesso em: 15 dez.2023.

YAMAMOTO, Thaís Sayuri; MACHADO, Mônica Tereza Christa; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. Educação permanente em saúde como prática avaliativa amistosa à integralidade em Teresópolis, Rio de Janeiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 617-638, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00058>. Disponível: <https://www.scielo.br/j/tes/a/FLHsqBHmZZqm4CRsMnJkZkf/?lang=pt>. Acesso em: 17 dez.2023.