



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS PARA A SAÚDE

**SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA: IDENTIFICAÇÃO DE INCIDENTE E  
DESENVOLVIMENTO DE PROPOSTA DE  
PROTOCOLO PARA NOTIFICAÇÃO**

Aluna: Anna Matisse Lavor Ferreira  
Orientador: Prof. Dr. Levy Aniceto Santana  
Coorientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Leila Bernarda Donato  
Göttems

**Brasília – DF**

**2019**

# **SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: IDENTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E DESENVOLVIMENTO DE PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA NOTIFICAÇÃO**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências para a Saúde.

Linha de pesquisa: Qualidade na Assistência à Saúde do Idoso

Autor: Anna Matisse Lavor Ferreira

Orientador: Prof. Dr. Levy Aniceto Santana.

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Leila Bernarda Donato Göttems.

**Brasília – DF**

**2019**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

FF383s FERREIRA, ANNA MATISSE LAVOR  
SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
IDENTIFICAÇÃO DE INCIDENTE E DESENVOLVIMENTO DE  
PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA NOTIFICAÇÃO / ANNA  
MATISSE LAVOR FERREIRA; orientador Levy Aniceto  
SANTANA; coorientador Leila Bernarda Donato GÖTTEMS  
. -- Brasília, 2019.  
66 p.

Dissertação (Mestrado - Pós-Graduação Stricto  
Sensu em Ciências para a Saúde da Escola Superior  
em Ciências da Saúde) -- Coordenação de Pós-Graduação  
e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde,  
2019.

1. Segurança do Paciente. 2. Atenção Primária à  
Saúde. 3. Evento Adverso. I. SANTANA, Levy Aniceto  
, orient. II. GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato,  
coorient. III. Título.



## TERMO DE APROVAÇÃO

Anna Matisse Lavor Ferreira

### “Segurança do Paciente na Atenção Primária: Identificação de Incidente e Desenvolvimento de Proposta de Protocolo para Notificação.”

Trabalho de conclusão aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências para Saúde, pelo programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Aprovada em: 30/07/2019\*.

Prof.(a). Dr.(a). Levy Aniceto Santana

Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

**Orientador (a)**

Prof.(a). Dr.(a). Leila Bernarda Donato Gottems

Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

**Coorientador (a)**

Prof.(a). Dr.(a). Ângela Ferreira Barros

Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

**Examinador (a) Interno**

Prof.(a). Dr.(a). Suderlan Sabino Leandro  
SES/ DF

**Examinador (a) Externo**

Prof.(a). Dr.(a). Roberto José Bittencourt

Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

**Suplente**

Brasília, 30/07/2019\*

Dedico este trabalho a Deus pela imensa oportunidade que me proporcionou. Aos meus pais, Tibúrcio e Áurea, por todo amor e carinho dedicado a mim durante toda essa caminhada chamada vida. Aos meus irmãos e familiares que compreenderam minhas ausências. Ao meu esposo, Luciano, acompanhando e me incentivando a todo instante essa jornada.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e tudo que Ele me proporciona.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Levy Aniceto Santana pelos ensinamentos, paciência, dedicação, disponibilidade, me motivando e incentivando a cada reunião durante a realização deste trabalho, muitas vezes quando não tinha mais força. Minha eterna gratidão e admiração.

A minha coorientadora, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Leila Bernarda Donato Göttems pelos ensinamentos, parceria e disponibilidade. Minha eterna admiração por aceitar esse grande desafio de coordenadora do programa de mestrado para enfermeiros ESCS/FEPECS.

Ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) pela implantação do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem (PROFEN) que proporcionou incentivos a qualificação do enfermeiro, que o projeto tenha vida longa.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela parceria com o COFEN onde proporcionou o fortalecimento do programa de mestrado e dando maior visibilidade a profissão.

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em especial a Região de Saúde Central, pela disponibilidade do campo para pesquisa.

Aos profissionais enfermeiros e médicos das Unidades Básicas de Saúde da Região Central que participaram da pesquisa, meu muito obrigado!

As minhas queridas amigas de mestrado da turma CAPES/COFEN pelo incentivo diário e convívio durante esses árduos dois anos.

A equipe de trabalho do Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização por todo apoio e incentivo nos momentos mais difíceis.

Ao Prof. Dr Suderlan, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ângela e Prof. Dr. Roberto por participarem da banca examinadora.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Ciências para a Saúde ESCS/FEPECS pelos ensinamentos.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste trabalho, OBRIGADA !!!

“Mesmo quando tudo parece desabar cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir”.

Cora Coralina

## RESUMO

**Introdução:** A segurança do paciente tem passado por crescente evolução e está diretamente relacionado com a qualidade da assistência em saúde. A Atenção Primária à Saúde vem ganhando destaque no atendimento em saúde passando a ser utilizado na maioria dos locais onde os cuidados estão sendo prestados. Com o aumento da demanda neste nível de atenção, cresceu o número de ocorrência de incidentes nesses serviços e, por isso, para se prevenir e reduzir riscos e danos faz-se necessário conhecer as características dos incidentes e aplicar melhorias ao Programa de Segurança do Paciente da Atenção Primária.

**Objetivos:** Identificar os incidentes que interferem na segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

**Método:** Estudo observacional e descritivo realizado em oito Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família em uma Região de Saúde do Distrito Federal. Foi aplicado o questionário *Primary Care International Study of Medical Errors* adaptado para o contexto brasileiro para 20 médicos e 28 enfermeiros que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde e que aceitaram registrar de forma anônima e confidencial os incidentes ocorridos com os pacientes durante três meses.

**Resultados:** Observou-se a ocorrência de incidentes que atingiram o paciente e lhe causaram danos em 47,1%, de incidentes que atingiram e não causaram danos em 37,3% e incidentes que não atingiram os pacientes em 15,6%. O dano mínimo foi o mais prevalente com 15,7% e a falha de comunicação foi o fator contribuinte mais observado.

**Produto desenvolvido:** Proposta de Protocolo para notificação de incidentes na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal que será encaminhado para registro na Comissão Permanente de Protocolos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

**Conclusão:** O estudo demonstrou a existência de incidentes na Atenção Primária à Saúde e produziu informações sobre a segurança do paciente e permitiu a elaboração de um protocolo para ser utilizado pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal para promover melhorias no Programa de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.

**Descritores:** Segurança do Paciente. Atenção Primária à Saúde. Evento Adverso. Unidade Básica de Saúde. Estratégia Saúde da Família.



## ABSTRACT

**Introduction:** Patient safety has undergone increasing evolution and is directly related to the quality of health care. Primary Health Care has been gaining prominence in health care, being used in most of the places where care is being provided. With the increase in demand at this level of attention, the number of incidents in these services has increased, so in order to prevent and reduce risks and damages, it is necessary to know the characteristics of the incidents and to apply improvements to the Patient Safety Program Primary Care.

**Objectives:** Identify incidents that interfere with patient safety in Primary Health Care in the Federal District.

**Method:** Observational and descriptive study performed in eight Basic Health Units with Family Health Strategy in a Health Region of the Federal District. The questionnaire Primary Care International Study of Medical Errors adapted to the Brazilian context was applied to 20 physicians and 28 nurses who work in the Basic Health Units and who agreed to register in an anonymous and confidential way the incidents that occurred with the patients during three months.

**Results:** There were incidents that reached the patient and caused damages in 47.1%, incidents that reached and did not cause damages in 37.3% and incidents that did not reach the patients in 15.6%. The minimum damage was the most prevalent with 15.7% and communication failure was the most observed contributing factor.

**Product developed:** Proposed Protocol for notification of incidents in the Primary Health Care of the Federal District that will be sent for registration in the Standing Committee on Protocols of the State Department of Health of the Federal District.

**Conclusion:** The study demonstrated the existence of incidents in Primary Health Care and produced information on patient safety and allowed the elaboration of a protocol to be used by the State Department of Health of the Federal District to promote improvements in the Patient Safety Program in Primary Health Care.

**Descriptors:** Patient Safety. Primary Health Care. Adverse Event. Basic Health Unit. Family Health Strategy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Quadro 1 - Distribuição das Regiões Administrativas de saúde do DF.....	15
Quadro 2 – Alguns conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde.....	22
Tabela 1 - Características gerais dos pacientes segundo tipo de incidente (n=51).....	38
Tabela 2 - Proporção dos Tipos de Incidentes com os Fatores Contribuintes (n=51).....	39
Figura 1 - Percentual dos Eventos Adversos com a Gravidade do Dano (n=24).....	40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

ABS- Atenção Básica á Saúde;

aC- Antes de Cristo

ACS- Agente Comunitário de Saúde;

ANVISA- Agencia Nacional de Vigilância Sanitária;

APS- Atenção Primária á Saúde;

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa;

DF- Distrito Federal;

DIRAPS- Diretoria da Atenção Primária á Saúde;

EAs- Eventos Adversos;

ESF- Estratégia de Saúde da Família;

eTESF- Equipe de Transição para estratégia de saúde da família;

EUA- Estados Unidos da América;

FEPECS- Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde;

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde;

GSAP- Gerências de Serviços da Atenção Primária à Saúde;

ICPS- *International Classification for Patient Safety*

IOM- Instituto de Medicina;

IRAS- Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

JCAHO- *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*;

LVSC- Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica;

MS- Ministério da Saúde;

NOTIVISA- Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária

NSP- Núcleo de Segurança do Paciente

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico;

OMS- Organização Mundial de Saúde;

OPAS- Organização Pan-americana de Saúde;

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

PCISME- *Primary Care International Study of Medical Errors*;

PIB- Produto Interno Bruto;

PMAQ–AB- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNSP- Programa Nacional de Segurança do Paciente;  
PSF- Programa de Saúde da Família;  
PSP- Plano de Segurança do Paciente;  
RA- Região Administrativa;  
RAS- Rede de Atenção a Saúde;  
RDC- Resolução da Diretoria Colegiada;  
REBRAENSP- Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente;  
RIENSP- Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente;  
SIA- Setor de Indústrias Gráficas;  
SCIA- Setor Complementar de Indústria e Abastecimento;  
SES- Secretaria de Estado de Saúde;  
SNVS- Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;  
SPSS- *Software Statistical Package For The Social Science*®;  
SUS- Sistema Único de Saúde;  
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;  
UBS- Unidade Básica de Saúde;  
WHA- *World Health Assembly*.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
2.1 O DISTRITO FEDERAL.....	15
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	15
2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	19
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>27</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>
<b>4 ARTIGO.....</b>	<b>33</b>
4.1 ARTIGO – PERFIL DOS INCIDENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM REGIÃO ADMINISTRATIVA DO DISTRITO FEDERAL.....	33
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>
<b>5 PRODUTO.....</b>	<b>46</b>
5.1 PROTOCOLO - SEGURANÇA DO PACIENTE: NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	46
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>54</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>61</b>

## 1 INTRODUÇÃO

São crescentes as iniciativas para a promoção da segurança e da qualidade na assistência à saúde em âmbito mundial, com envolvimento da alta direção das instituições até seus colaboradores<sup>1</sup>. O Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América alertou para o problema da segurança nas instituições de saúde em relatório publicado em 1999 intitulado: “*To Err is Human: Building a Safer Health System*”, tornando-se urgente a redução de eventos adversos em todo o mundo<sup>2</sup>.

A Segurança do Paciente consiste em evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados “Não causar dano ao paciente” constitui, provavelmente, a definição mais sucinta de segurança do paciente<sup>3,4</sup>.

A complexidade dos serviços de saúde e a incorporação de tecnologias elaboradas têm sido atribuídas a riscos adicionais na prestação do cuidado. Entretanto, estratégias simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços, por meio do seguimento de protocolos específicos, associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente<sup>1</sup>.

Embora a maioria dos cuidados seja prestada na Atenção Primária à Saúde (APS), as investigações sobre a segurança dos pacientes têm sido centradas em hospitais. Os cuidados hospitalares são mais complexos sendo natural que este ambiente seja o foco dessas investigações. Para que exista assistência comprometida com a segurança do paciente, é preciso promover o debate e informação sobre o assunto<sup>5</sup>.

Em um estudo de revisão integrativa observou-se que há escassez de produções científicas relacionadas à segurança do paciente na APS, nível de atenção esse em que também podem ocorrer erros relacionados à assistência à saúde que causam algum dano ao paciente. Nesse contexto, muitas lacunas do conhecimento perpassam o estudo da temática, tais como as poucas informações acerca da cultura de segurança entre os profissionais da APS, a difícil mensuração dos tipos de incidentes ocorridos nesse nível de atenção, a escassez de estratégias para abordagem e sensibilização da temática e de instrumentos para investigações desse cunho<sup>6</sup>.

Em se tratando da Segurança do Paciente na APS do Distrito Federal (DF), observa-se que é apontada como algo relevante no processo de cuidados com a saúde. Nota-se que pouco há de publicações e o que tem de material teórico sobre o tema é postado nos sites da própria Secretaria de Estado de Saúde (SES). Verificou-se que na SES-DF existe uma lacuna quanto à existência de implantação, avaliação, monitoramento de incidentes e eventos adversos na APS. Considerando que este nível de atenção vem ganhando destaque no atendimento de

saúde pública, fica a seguinte questão: que tipos de incidentes ocorrem com pacientes da APS em uma região de saúde do DF?

Com as informações geradas sobre a segurança do paciente na APS do DF foi produzido um artigo científico e proposto um protocolo para notificação de incidentes na APS este para ser aplicado em todos os serviços de saúde da SES/DF, por toda equipe multiprofissional da APS.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O DISTRITO FEDERAL

O DF inaugurado oficialmente em 21 de abril de 1960, em que Brasília está localizada com os seus 59 anos, a qual possui características peculiares a uma cidade construída para ser a Capital do País, e possui desafios acumulados ao longo de sua existência<sup>7</sup>. O DF é formado por 07 Regiões de Saúde após consolidação de uma nova estrutura administrativa da SES-DF com a publicação no Diário Oficial do DF do Decreto N° 38.982, de 10 de Abril de 2018 sendo distribuídas em Região Norte, Região Leste, Região Central, Região Centro-Sul, Região Oeste, Região Sul e Região Sudoeste (Quadro 1)<sup>8</sup>.

Quadro 1 - Distribuição das Regiões Administrativas do DF.

<b>Região de Saúde</b>	<b>Regiões Administrativas do DF</b>
Região Norte	Sobradinho I, Sobradinho II, Fercal e Planaltina
Região Leste	Paranoá, Jardim Botânico, Itapoã e São Sebastião
Região Central	Brasília (Asa norte e sul), Lago Norte e sul, Cruzeiro, Varjão, Sudoeste e Octogonal
Região Centro-Sul	Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Candangolândia, SIA, SCIA (Estrutural) e Guará
Região Oeste	Ceilândia e Brazlândia
Região Sul	Gama e Santa Maria
Região Sudoeste	Taguatinga, Águas Claras, Vicente Pires, Samambaia e Recanto das Emas

Fonte: Distrito Federal<sup>8</sup>

As Regiões de Saúde possuem a seguinte estrutura administrativa na APS: Superintendência da Regional de Saúde, a Diretoria de Atenção primária à Saúde (DIRAPS), seguido das Gerências de Serviços da Atenção Primária à Saúde (GSAP) e as Equipes de Saúde da Família (ESF). Compete a essas regiões de saúde, e aos seus equivalentes organizar, executar e gerenciar os serviços e ações da APS, a partir de lógicas centradas no usuário, buscando promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, com base nos princípios do SUS<sup>8</sup>.

### 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no Brasil por meio da Constituição Federal de 1988, em vigor, com a finalidade de oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde<sup>9</sup>. Nesta perspectiva, a APS ou Atenção Básica à Saúde (ABS) tem sido a grande aposta para a garantia de ampliação de acesso da



população aos serviços de saúde, mudança de modelo assistencial e operacionalização dos princípios do SUS<sup>10</sup>.

A conferência de Alma-Ata definiu a APS como cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente plausíveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade, aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação<sup>11</sup>.

Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, apontou para a saúde como expressão de direito humano<sup>11</sup>.

No contexto histórico, o surgimento da concepção de APS tem se desenvolvido desde 1920 quando da publicação do Relatório Dawson que foi o marco da ideia de APS como forma de organização dos sistemas nacionais de saúde, no qual se propôs a reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra em serviços organizados segundo os níveis de complexidade e os custos do tratamento<sup>12</sup>.

Centros de saúde primários deveriam resolver a maior parte dos problemas de saúde da população e funcionar como a porta de entrada e núcleo do sistema, de forma vinculada e com o suporte de centros de saúde secundários e hospitais de ensino<sup>13</sup>. As propostas do documento estiveram presentes na base da criação do Sistema Nacional de Saúde na Inglaterra e inauguraram um conjunto de dimensões ainda centrais nas discussões contemporâneas acerca da organização de sistemas de saúde com ênfase na APS, como a atenção ao primeiro contato, a hierarquização dos níveis de atenção à saúde e a regionalização a partir de bases populacionais<sup>14</sup>.

Desde a instituição do SUS pela Constituição Federal Brasileira deu-se início a um lento processo de reestruturação da atenção à saúde na tentativa de vencer os desafios decorrentes da transição epidemiológica, das desigualdades sociais e das dificuldades encontradas pelo Estado para garantir serviços de qualidade à população<sup>15</sup>. As diversas experiências de organização e oferta da APS no sistema de saúde convergiram para o modelo de Saúde da Família, adotado progressivamente a partir dos anos 1990 como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da APS no país<sup>14</sup>.

O início do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil se deu a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, significando o primeiro passo para sua consolidação como estratégia assistencial à família brasileira<sup>16</sup>. Posteriormente, a regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) ocorreu em 2002 com a publicação da Lei Nº 10.507, de 10 de julho de 2002<sup>17</sup>.

A existência do PACS e que se mostrou ser o maior programa de APS no Brasil, facilitou a implantação da Saúde da Família como um modelo totalmente brasileiro. O PSF nasce, em 1994, fundamentado em algumas experiências municipais que já estavam em andamento no País. Surge como uma proposta ousada para a reestruturação do sistema de saúde, organizando a APS e substituindo os modelos tradicionais existentes. Para sua implantação, os recursos financeiros eram escassos e transferidos aos Estados e Municípios por meio de convênios celebrados entre a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde<sup>18</sup>.

Inicialmente concebido como PSF, em 2006, passou a ser denominada de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e obedeceu a uma política de expansão promovida pelo Ministério da Saúde (MS). A estratégia de ações da ABS orientada pelas necessidades de saúde da população, com foco de atenção especialmente voltado para a família, com prioridade para as ações preventivas, tinha como objetivo que tais ações ocupassem uma posição igualitária e tivessem como eixo os princípios da universalidade e da integralidade<sup>19</sup>.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desde que entrou oficialmente para a agenda do MS, foi objeto de sucessivos documentos com desenhos que foram sendo configurados conforme os avanços e recuos do SUS. Em uma rápida retrospectiva histórica, o primeiro documento com diretrizes para o PSF foi publicado em 1994 defendia a composição das equipes e suas funções; em 2006 foi publicada a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que revisa as diretrizes e normas para a organização da ABS para o PSF e o PACS e define a saúde da família como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica (AB), em consonância com o Pacto de Gestão, Pela Vida e em Defesa do SUS<sup>20</sup>.

Em 2011 a PNAB foi novamente redesenhada para incorporar os novos marcos regulatórios do SUS, conforme a Portaria de nº 2.488, de outubro de 2011 a fim de reforçar seu papel na Rede de Atenção a Saúde (RAS). A APS consolidou-se como principal, mas não única porta de entrada e de comunicação entre os diversos pontos da RAS; e é constituída de equipe multidisciplinar, responsável pelo atendimento de forma resolutiva da população da área adstrita e pela construção de vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas<sup>21</sup>.

Finalmente, em 2017, por meio da Portaria 2436, de 21 de Setembro de 2017, a PNAB passou por nova revisão de suas diretrizes para a organização da ABS, no âmbito do SUS<sup>22</sup>. As principais mudanças nesta última revisão foram ênfase na avaliação e monitoramento, carga horária dos profissionais e repasses financeiros do MS aos municípios<sup>23</sup>.

Uma das iniciativas complementares do MS, para a melhoria do desempenho da ABS é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado em 2011, o qual propõe um incentivo financeiro variável aos municípios com valor associado aos resultados alcançados pelas equipes e pelos municípios. As metas de melhoria de desempenho são pactuadas, e os compromissos acordados envolvem o alcance de melhores resultados para indicadores de saúde e padrões de qualidade selecionados. Os indicadores estão relacionados aos grupos prioritários, como gestantes, pacientes hipertensos e diabéticos. Já os padrões de qualidade incluem aspectos da infraestrutura, organização do trabalho, capacidade para atendimento de casos agudos, satisfação dos usuários, entre outros<sup>24</sup>.

A implantação da política de APS DF segue um percurso singular, mas com intensa interrelação com as diretrizes nacionais. Como importantes marcos da atual política de APS citam-se as iniciativas anteriores ao SUS, que foram os Planos Bandeira de Mello de 1960 e de Assistência à Saúde do DF (Jofran Frejat) de 1979. O segundo Plano introduziu a APS no DF como principal estratégia para ampliação de acesso e mudança do modelo hospitalocêntrico que aqui se desenhara<sup>15</sup>. Posteriormente com adoção do Saúde da Família pelo MS, o DF implementou várias iniciativas para sua implantação para reformular o modelo de APS que aqui estava estabelecido. Cada gestão adotou uma terminologia diferente de acordo com sua preferência: no período de 1995-1998, foi chamado de Programa Saúde em Casa; de 1999-2002, foi chamado de PSF; de 2003-2006, foi chamado de Programa Família Saudável; e somente após 2007 é que se começou a utilizar o termo ESF<sup>25,26</sup>.

Um dos efeitos deste processo foi a coexistência de dois modelos de APS no DF, denominados modelo tradicional e ESF. Os efeitos deste cenário geraram maior segmentação na população, diferentes estratégias de atuação das equipes, maior dificuldade de acesso, dificuldades no planejamento da saúde e na avaliação das equipes pelos indicadores oficialmente adotados pelo MS<sup>25</sup>. Diante disso, considerando a necessidade de redefinir normas e diretrizes visando maior homogeneidade na organização e estruturação da APS da SES-DF, em 2017 foram publicadas as Portarias nº 77 e nº 78 da SES-DF.

Corrêa et al<sup>27</sup> trazem os destaques destas portarias, na portaria nº 77/2017 evidencia-se: Delimitação das categorias profissionais e respectivas cargas horárias para composição de

equipes na APS; Acolhimento, em todas as UBS, de todos os usuários com indicação de atendimento imediato, independentemente de pertencerem ao território da UBS; Encaminhamento responsável à UBS de referência para os pacientes de outros territórios, nas condições com possibilidade de atendimento programado; Agenda organizada com marcação de horários para atendimento e reserva de 50% das vagas à demanda espontânea; Horário expandido de funcionamento das UBS maiores com abertura também aos sábados pela manhã e Vacinação e coleta de exames laboratoriais em todas as UBS.

Na portaria nº 78/2017 enfatiza: Adesão dos profissionais aptos e composição de equipes de Transição para a ESF (eTESF), com indicação de conversão para eSF ao final do processo; Movimentação dos profissionais que não fizeram a adesão ou não cumpriam os requisitos para compor as eTESF para unidades de outros níveis de atenção; Capacitação teórica e prática em ESF aos profissionais de nível superior das eTESF com matriciamento pelos profissionais das próprias equipes e UBS; Avaliação de aproveitamento com desempenho mínimo obrigatório aos médicos que desejassem realizar mudança de especialidade e impedimento de lotação de novos profissionais na APS do DF quando não houver conformidade com a Portaria nº 77/2017<sup>27</sup>.

O que se destaca destas portarias é que reafirmam que o modelo de APS no DF será primordialmente por meio da ESF em consonância com as diretrizes nacionais. Leandro<sup>28</sup> enfatiza que a APS é a porta de entrada para todas as demandas da população com a finalidade de promoção da saúde.

Com a ampliação de cobertura pela ESF no DF, espera-se que ocorra o mesmo efeito já documentado em outros municípios brasileiros, quais sejam: ampliação do acesso aos serviços; adoção de práticas mais integradoras, por equipe multiprofissional e humanizada, onde a comunicação entre os cuidadores é fator essencial com vistas ao cuidado em tempo oportuno, de qualidade e seguro para pacientes e profissionais<sup>29,30</sup>.

### 2.3 SEGURANÇA DO PACIENTE

Aos princípios da APS são acrescentados as metas, os cuidados e os desafios da qualidade e segurança do paciente. Esta diretriz, que embora tenha sido adotada no Brasil somente em 2013, por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente<sup>31</sup>, já vem sendo debatida por organismos internacionais desde 1999, ou mesmo antes na história de cada profissão de saúde.

Ao longo da história da Segurança do Paciente, várias personalidades contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde, por exemplo:

- Hipócrates (460 a 370 a.C.) que evidenciou o postulado *Primum non nocere*, que significa – primeiro não cause o dano, desde essa época já tinha noção que o cuidado poderia causar algum tipo de dano<sup>32</sup>.
- Conhecido como o “pai do controle de infecção”, o Dr. Ignaz Semmelweis (01/07/1818 a 12/08/1865) médico, húngaro, obstetra identificou nas enfermarias do Hospital Geral de Viena, nas quais os partos eram conduzidos por médicos a mortalidade era três vezes maior do que nas enfermarias onde trabalhavam parteiras, descobriu que a incidência e febre puerperal poderia ser drasticamente reduzida nas enfermarias obstétrica com a introdução da higienização das mãos<sup>33</sup>.
- Florence Nightingale (12/05/1820 a 13/08/1910) contribuiu, em sua época, para a melhoria e o desenvolvimento da saúde<sup>34</sup>. Nightingale, que possuía uma mente avançada para sua época, dotava um vasto conhecimento em ciências, matemática, literatura, artes, filosofia, história, política e economia, constatou que existiam falhas nas condutas profissionais as quais eram um sério problema e alerta para a realidade<sup>35</sup>.
- Ernest Codman (30/12/1869 a 23/11/1940), um cirurgião de Boston, estudou os desenlaces de pacientes, incluindo falhas no tratamento. Após a criação da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, em 1918 pelo Colégio Americano de Cirurgiões, surge o primeiro trabalho intitulado de *Diseases of Medical Progress*, onde mostrou a prevalência e evitabilidade de doenças iatrogênicas. Estas são concebidas como o resultado de um procedimento ou uma ocorrência prejudicial que não foi uma consequência natural da doença do paciente<sup>36</sup>.
- Para o clássico autor Avedis Donabedian (07/01/1919 a 2000), cuidado de boa qualidade é aquele que proporciona ao paciente o bem estar máximo e mais completo, após ter sido considerado o equilíbrio previsto entre ganhos (benefícios) e perdas (danos) que acompanham o processo de cuidado em toda a sua extensão. Ampliando seu escopo de modo a incluir o coletivo, Donabedian define a boa qualidade como aquela que produz, dado um volume específico de recursos para os cuidados de saúde, os melhores resultados de saúde (entre benefícios e danos) para a população como um todo<sup>37</sup>.

No ano de 1999 o relatório publicado pelo Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos, intitulado *To Err is Human: Building a Safer Health System* estimou a ocorrência de

44.000 a 98.000 óbitos evitáveis anualmente por erros médicos em hospitais do Estado de Nova Iorque, tornando o tema segurança do paciente uma questão central nas agendas de muitos países. Essa publicação foi um marco na segurança do paciente e alertou para os erros no cuidado à saúde e para os danos ao paciente<sup>5</sup>.

Em maio de 2002, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a resolução *World Health Assembly* (WHA) 55.18 – “Qualidade da atenção: segurança do paciente” –, que solicitava urgência aos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) em dedicar maior atenção ao problema da segurança do paciente. Em 2004, dando continuidade a esta iniciativa, a 57ª Assembleia Mundial da Saúde apoiou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, para liderar os programas de segurança do paciente no âmbito internacional<sup>38,39</sup>.

Um elemento central do trabalho da Aliança é a formulação dos Desafios Globais para a Segurança do Paciente. O primeiro desafio global da OMS foi direcionado à prevenção e ao controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) nos serviços de saúde<sup>37</sup>. A iniciativa enfatiza a prática da higienização das mãos como medida primordial para a prevenção de infecções, com o tema Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura<sup>39,40</sup>.

Em 2008, o Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente – Cirurgias Seguras Salvam Vidas – foi lançado pela OMS. Este desafio envolveu a segurança durante o procedimento cirúrgico realizado na sala operatória, direcionada pelo uso da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (LVSC) pela equipe cirúrgica<sup>41,42</sup>.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aderiu aos desafios globais Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura e Cirurgias Seguras Salvam Vidas em 2007 e 2010, respectivamente<sup>36</sup>. A seguir, um conjunto de práticas da vigilância sanitária circunscritas em políticas, normas, técnicas, regulamentações, fiscalizações e monitoramento, entre outros instrumentos sanitários, foi delineado e desenvolvido no país objetivando a segurança do paciente em serviços de saúde<sup>43-48</sup>.

Inúmeras foram as estratégias adotadas em nível mundial no sentido de melhorar o cenário da segurança em serviços de saúde. Destaca-se que, em Novembro de 2005, a Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde, da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), em Concepción, no Chile, com o objetivo de traçar tendências e prioridades no desenvolvimento da enfermagem na área da Segurança do Paciente. A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) surgiu em 14 de maio de 2008, após a criação da

RIENSP, o trabalho está estruturado em polos e núcleos, cujo propósito principal é disseminar a importância de mudanças culturais e da implementação da cultura de segurança nas instituições<sup>49</sup>.

A preocupação com a Segurança do Paciente no âmbito do SUS teve seu marco por meio da publicação da Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território brasileiro por meio da adoção de estratégias preventivas que minimizem os danos no atendimento aos usuários dos serviços de saúde, seja nas unidades de saúde ou nos hospitais<sup>48</sup>.

Para facilitar a implantação, a implementação e a sustentação das ações de segurança do paciente nos serviços de saúde, a ANVISA publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013. A referida portaria estabelece a obrigatoriedade de implantação, nos serviços de saúde, do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), o qual desempenha papel fundamental em todo o processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente (PSP)<sup>45</sup>.

Em seguida, em complementação ao PNSP foram publicadas as Portarias que tratam sobre os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente a Portaria Nº 1.377 que trata dos Protocolos de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão<sup>44</sup> e a Portaria Nº 2.095 que trata dos Protocolos de Prevenção de Quedas, o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos<sup>47</sup>.

A Segurança do Paciente pode ser definida como a ausência de dano potencial ou desnecessário para o paciente, associada aos cuidados em saúde e à capacidade de adaptação das instituições de saúde em relação aos riscos humanos e operacionais inerentes ao processo de trabalho<sup>38</sup>. A segurança do usuário é uma responsabilidade de todos os profissionais da saúde, cabendo adotar estratégias para a prevenção de danos e a diminuição de riscos<sup>50</sup>.

A OMS desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*). O Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente traduziu os conceitos-chave do ICPS para a língua portuguesa (Quadro 2)<sup>32</sup>.

Quadro 2 – Alguns conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde.

Palavra-Chave	Conceito
Segurança do Paciente	Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem dano	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: Brasil<sup>32,47</sup>.

Os incidentes relacionados à assistência à saúde, especialmente os eventos adversos (EAs), constituem um problema de saúde pública, necessitando de respostas efetivas e imediatas para sua redução em serviços de saúde<sup>51</sup>.

Um estudo desenvolvido no Canadá realizou uma análise de relatórios para estudar tipos de erros médicos relatados e as diferenças nos erros médicos relatados na APS no Canadá, Austrália, Inglaterra, Holanda, Nova Zelândia e Estados Unidos. O estudo identificou que no Canadá, 15 médicos de família relataram 95 erros, nos outros cinco países, 64 médicos relataram 413 erros, e concluiu a ocorrência de sérios erros na prática familiar que afetam os pacientes de maneira semelhante no Canadá e nos outros países, como também se demonstrou a necessidade de estudos validados que analisem erros e os registros das taxas de erros, sendo esses necessários para entender melhor as formas de melhorar a segurança do paciente na prática familiar<sup>52</sup>.

Revisões Sistemáticas apontam que os tipos de incidentes mais comuns na APS estão associados a erros de medicamentos e de diagnósticos<sup>5,53</sup>. Um estudo realizado no Brasil evidenciou que embora a APS atenda pacientes com menor complexidade, 82% dos incidentes ocasionaram ou causaram dano ao paciente e muitos deles com gravidade muito alta – dano permanente (25%) ou óbito (7%)<sup>54</sup>.

Os fatores contribuintes de incidentes na APS podem ser: falhas na comunicação com o paciente, com a rede de atenção e interprofissional; falhas no cuidado e falhas na gestão, tais



como: falta de insumos medico-cirúrgicos e de medicamentos, profissionais pressionados para serem mais produtivos em menos tempo, falhas em prontuários, falhas na recepção dos pacientes, planta física da unidade de saúde inadequada, descarte inadequado de resíduos da unidade de saúde, tarefas excessivas e falhas no cuidado. Embora a maioria dos cuidados seja prestada em nível da APS, as investigações sobre a segurança dos pacientes têm sido centradas em hospitais<sup>5</sup>.

A gravidade do dano é classificada como dano mínimo (com recuperação de até um mês), dano moderado (recuperação entre um mês e um ano), dano permanente, óbito; não tenho como classificar o dano<sup>53</sup>.

Os incidentes podem ocorrer em locais como consultório médico, hospital/serviço de emergência, farmácia, laboratório, Rx onde realizou o exame, consultório de enfermagem, domicílio do paciente, no contato telefônico, atendimento administrativo assim como em outros locais diversos<sup>30</sup>.

Quanto ao incidente que ocorrem no atendimento administrativo podem estar relacionados a: erros no preenchimento do prontuário ou incompleto; erro no agendamento de consultas; erro no fluxo do paciente na rede de atenção; erro de logística, gerando falta de insumos e medicamentos; erro na manutenção de um ambiente físico seguro; dificuldades de acesso ao especialista; troca de nomes de medicamentos, incorreta interpretação das receitas na farmácia, profissional nega atendimento ao paciente<sup>53</sup>.

A Segurança do Paciente tem sido foco de pesquisas e estudos, visando compreender como a qualidade dos serviços de saúde oferecidos tem contribuído para que os cuidados ao paciente sejam feitos de forma qualitativa. Com isso, busca-se repensar os processos assistenciais com a intenção de identificar a ocorrência das falhas que podem vir a causar danos aos pacientes e, com essa identificação, definir estratégias que possam prevenir tais falhas, principalmente no que se refere ao SUS<sup>31</sup>.

Uma estratégia de identificação de problemas utilizada na área de segurança do paciente e implantada em muitos países é o sistema de notificação de incidentes, que consiste na informação de EAs graves, cujas causas devem passar por uma análise profunda e que devem ter atenção prioritária por parte do sistema de saúde<sup>55</sup>.

Os EAs devem ser entendidos como consequências de sistemas, tecnologias e processos de prestação de assistência à saúde que precisam ser analisados e redesenhados, de modo a se tornarem seguros para o paciente. O principal motivo de um sistema de notificação é o fornecimento de informações que promovam possibilidade de aprendizado e melhoria<sup>56</sup>.

Uma importante atribuição do NSP é a notificação de EAs relacionados à assistência à saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Esse registro deve ser realizado no módulo específico do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), denominado assistência à saúde. Compete à gestão municipal/distrital/estadual/nacional definir no universo notificado, quais incidentes e eventos serão priorizados para a determinação de metas e políticas públicas de saúde, que podem ser ampliadas ou revistas em tempo oportuno<sup>57</sup>.

A investigação de incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo EAs deve ser realizada, com a intenção de promover a melhoria dos processos de trabalho e diminuir as chances, por meio de aprendizagem contínua, de uma nova ocorrência destes nos serviços de saúde<sup>58</sup>.

O primeiro passo para a prevenção do erro na saúde é admitir que ele seja possível e está presente no cuidado. A partir disso, os profissionais da saúde necessitam compreender os tipos de EAs, suas causas, consequências e fatores contribuintes. A notificação e o registro dos EAs servem de subsídios para a análise crítica e a tomada de decisão, o que pretende eliminar, evitar e reduzir essas circunstâncias do cotidiano do cuidado em saúde<sup>59</sup>.

Estes EAs apresentam o potencial de causar danos aos pacientes e prejuízos associados aos cuidados à saúde, decorrentes de processos ou estruturas da assistência. A atitude para segurança do paciente repensa os processos assistenciais com a finalidade de identificar a ocorrência das falhas antes que causem danos aos pacientes na atenção à saúde. Assim, é importante conhecer quais são os processos mais críticos e, portanto, com maior probabilidade de ocorrência, para que seja possível desenvolver ações eficazes de prevenção<sup>60</sup>.

Se a cultura organizacional da instituição em relação ao manejo de EAs estiver baseada na punição e culpa isso poderá causar omissão dos relatos desses eventos, dificultando a construção de uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente<sup>61</sup>. Ambientes de trabalho que prezam pela segurança dos pacientes são aqueles que educam seu pessoal, criam uma cultura em que a culpa não tem lugar, simplificam e padronizam processos e introduzem a verificação constante a fim de interceptar os possíveis erros antes que eles atinjam o paciente<sup>62</sup>.

O relatório do IOM apontou que a ocorrência de EAs representava também um grave prejuízo financeiro. No Reino Unido e na Irlanda do Norte, o prolongamento do tempo de permanência no hospital devido aos EAs custou cerca de 2 bilhões de libras ao ano, e o gasto do Sistema Nacional de Saúde com questões litigiosas associadas a EAs foi de 400 milhões de

libras ao ano. Nos Estados Unidos da América, os gastos anuais decorrentes de EAs foram estimados entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais<sup>2</sup>.

O dano nos cuidados primários e ambulatoriais geralmente resulta em hospitalizações. Todos os anos, estes representam mais de 6% dos leitos hospitalares e mais de 07 milhões de admissões nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Estimativas sugerem que nos países desenvolvidos isso pode se aproximar de 3% do Produto Interno Bruto (PIB). Sem uma ação corretiva para esse problema muito provavelmente existirá um crescimento em consonância com o aumento da proeminência e responsabilidade do atendimento ambulatorial no atendimento das necessidades de saúde da população<sup>63</sup>.

Neste sentido, a segurança do paciente compreende o desenvolvimento de ações desenvolvidas pelas instituições de saúde com o objetivo de reduzir ao máximo os riscos de dano associados aos cuidados de saúde. Assim, entende-se que a Segurança do Paciente envolve tanto a estruturação de políticas públicas voltadas para o desenvolvimento de ações que promovam a qualidade no atendimento à saúde, tanto no aspecto preventivo quanto no curativo. E, portanto, não visa apenas ao paciente, mas a todo o gerenciamento adequado dos recursos e ao próprio bem-estar dos profissionais da área de saúde para que esses exerçam suas funções com maior excelência<sup>32</sup>.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar os incidentes que interferem na segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Descrever a frequência e os tipos de incidentes ocorridos com pacientes na APS no DF;

Relacionar os fatores que contribuem para os incidentes na APS do DF;

Desenvolver proposta de protocolo para notificação na APS do DF a partir do estudo sobre incidentes.

## REFERÊNCIAS

1. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc. Anna Nery [Internet]. 2014 Mar [citado 2019 Junho 22] ;18(1):122-129. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.
2. Kohn, LT, Corrigan, JM., Donaldson MS. To err is human:building a safer health care system. Washington (DC): National Academy Press; Institute of Medicine, 2000. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/> doi: 10.17226/9728>Acesso em: 22 jun. 2019.
3. Reis CT. Cultura de segurança. In: Sousa P, Mendes W (Org.). Segurança do Paciente: Criando Organizações de Saúde Seguras [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz,2014, pp.75-99. Vol. 2 . ISBN: 978-85-7541-594-8.
4. Gaal S, Verstappe W, Wensing M. What do primary care physicians and researchers consider the most important patient safety improvement strategies? BMC Health Services Research, n.11,102,2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/102>>. Acesso em: 22 jun. 2019.
5. Marchon SG, Mendes JWV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 Set [citado 2019 Junho 22] ; 30( 9 ): 1815-1835. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000901815&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000901815&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00114113>.
6. Mesquita, KO et al. Segurança do paciente na Atenção Primária: Revisão Integrativa. 2016. Cogitare Enfermagem, [S.I.].v.21, n.2,jun.2016.ISSN 2176-9133.
7. Göttems LBD, Almeida MO, Raggio AMB, Bittencourt RJ. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2019 Jun [citado 2019 Jul 20] ; 24( 6 ): 1997-2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000601997&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000601997&lng=pt). Epub 27-Jun-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.08522019>.
8. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Portaria nº38.982 de 10 de Abril de 2018. Altera a estrutura Administrativa da Secretaria de estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 abr. de 2018.
9. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. Ed. São Paulo: Saraiva: 1990.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 2012.
11. OMS. Organização Mundial da Saúde/UNICEF. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef, 1979.
12. Mello GA, Fontanella JB, Demarzo MMP. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.
13. Ministry of Health. *Consultative Council on Medical and Allied Services. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920.* Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 13 junho. 2019.

14. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 [ 2 ]: 255-276, 2017.
15. Göttems LBD, Evangelista MN, Pires MRGM, Silva AFM, Silva PA. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009 junho e [citado 2019 julho 06]; 25(6):1409-1419. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000600023&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600023&lng=en).
16. Costa EMA, Carbone MH. Saúde da Família: Uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004. 295 p. 2004
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Lei Nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 jul. 2002.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. Memórias da Saúde da Família no Brasil. História da Saúde no Brasil, Série I. Brasília, 2010.
19. Sousa MF. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM (Org.). *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes Editora, 2014.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2017.
23. Rio Grande do Sul. Secretaria do Estado da Saúde (SES). Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual da Atenção Básica. Principais mudanças da Política Nacional de Atenção Básica: comparativo das Portarias 2.488/2011 e do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017 do Ministério da Saúde. Porto Alegre, RS, 2018.
24. Brasil, Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 de out. de 2015.
25. Göttems LBD. Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009) [Tese]. Programa de Pós Graduação em Administração. Universidade de Brasília. Brasília-DF. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7013/1/2010\\_LeilaBernardaDonatoGotttems.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7013/1/2010_LeilaBernardaDonatoGotttems.pdf)
26. Nascimento FB et al. O cirurgião-dentista, o enfermeiro e o médico da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. Brasília: ObservaRH, 2014.
27. Corrêa, DSRC, Moura, AGOM, Souza, HM, Quito, MV, Gottems, L.B.D., Versiani, LM. Et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: A conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2019/Abr). [Citado em 16/07/2019]. Disponível em:<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/movimentos-de-reforma-do-sistema-de-saude-do-distrito-federal-a-conversao-do-modelo-assistencial-da-atencao-primaria-a-saude/17171?id=17171>
28. Leandro SS. Atenção primária sob a perspectiva de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus e dos profissionais de saúde em duas regiões

- administrativas do Distrito Federal. Tese (Doutorado – Doutorado em Enfermagem) – Universidade de Brasília, 2017.
29. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
  30. Marchon SGI, Mendes JWV. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 Julho [citado 2019 Julho 06];31(7):1395-1402. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)
  31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde 1, 2013.
  32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, 2014.
  33. Best M, Neuhauser D. *Ignaz Semmelweis and the birth of infection control*. *BMJ Quality & Safety* 2004;13:233-234.
  34. Frello AT, Carraro, TE. Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 573-579, Aug. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000300573&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300573&lng=en&nrm=iso). Acesso 18 Julho 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300024>.
  35. George JB. Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
  36. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed, 2010
  37. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2013.
  38. Who. *World Health Organization. Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Geneva (SW): World Health Organization; 2008.
  39. Donaldson L, Fletcher M. *The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerously*. *Med J Aust*, v. 184, n. 10, p. S69-72, 2006.
  40. Who. *World Health Organization. WHO. World Alliance for Patient Safety. Forward programme 2005*. Geneva: WHO, 2004.
  41. Who. *World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2006-2007*. Geneva: WHO Press, 2006.
  42. Who. *World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery*. Geneva: WHO, 2009.
  43. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 nov. 2011.
  44. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 1.443, de 11 de outubro de 2012. Institui grupo de trabalho para elaboração e implementação do “Plano de ação para a segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde”. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 out. 2013.
  45. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

46. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n° 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jul. 2013.
47. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n° 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 set. 2013.
48. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n° 529, de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 abr. 2013.
49. Caldana G et al. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: desafios e perspectivas. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jul-Set; 24(3): 906-11.
50. Araujo GM et al. User safety: care of processing critical goods in primary care. Journal of Nursing UFPE on line, [S.l.], v. 11, n. 10, p. 4096-4102, sep. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231170/25137>>. Data do acesso: 18 julho 2019.
51. Fragata J. Segurança dos doentes: uma abordagem prática. Lisboa: Lidel, 2011.
52. Rosser, W et al. Erros médicos na atenção primária: resultados de um estudo internacional da prática familiar. Canadian Family Physician Mar 2005, 51 (3) 386-387.
53. Makeham MAB, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. Med J Aust 2002;177:68-72.
54. Marchon SG, Mendes JWV, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2015 Nov [cited 2019 July 01];31(11):2313-2330. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015001102313&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001102313&lng=en).
55. Gama ZAS, Saturno PJ. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2013.
56. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde [ Internet]. [Brasília(DF)]: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ano VI n° 10, Dezembro de 2015 [acessado 2018julho27]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/publicacoes.html>, 2015.
57. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n° 01: Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília, 2015.
58. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016.
59. Oliveira RM et al. *Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices*. Esc Anna Nery. 2014 jan/mar;18(1):122-129, 2014.
60. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.
61. Françolin L et al. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 277-283, apr. 2015. ISSN 1980-220X. Disponível em: . Acesso em: 18 julho 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013>.
62. Cassiani SHB, Gimenes FRE, Monzani AAS. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 11, n. 2, jun. 2017. ISSN 1518-



1944. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/47051>>. Acesso em: 18 jul. 2019. doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v11.47051>.
63. OCDE. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico: *The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind. Health Working Paper. April 2018.*

## SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS E FATORES CONTRIBUINTES DOS INCIDENTES

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar os incidentes relacionados à segurança do paciente ocorridos em Unidades Básicas de Saúde no Distrito Federal, onde esteja vigente a Estratégia de Saúde da Família.

**Método:** Estudo observacional e descritivo realizado em oito Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família, em uma Região de Saúde do Distrito Federal. Foi aplicado o questionário *Primary Care International Study of Medical Errors*, adaptado para o contexto brasileiro, para 20 médicos e 28 enfermeiros que aceitaram registrar, de forma anônima e confidencial, incidentes ocorridos com os pacientes durante três meses.

**Resultados:** Observou-se a ocorrência de incidentes que atingiram o paciente e lhe causaram danos (47,1%), atingiram o paciente e não causaram danos (37,3%) e incidentes que não atingiram os pacientes (15,6%). Foram identificados a gravidade dos danos e os fatores contribuintes, nos quais a falha de comunicação foi a maior colaboradora para as ocorrências.

**Conclusão:** O estudo demonstra a existência de incidentes na Atenção Primária à Saúde, sinalizando a necessidade de melhoria na comunicação, na gestão e na organização do cuidado, de modo a ampliar a segurança nos serviços de saúde no Distrito Federal.

**Descritores:** Segurança do Paciente. Atenção Primária à Saúde. Evento Adverso. Unidade Básica de Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

### INTRODUÇÃO

As diversas experiências de organização e oferta da Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica à Saúde, termos adotados neste artigo como sinônimos, no sistema de saúde convergiram para o modelo de Saúde da Família. Esse último foi adotado progressivamente a partir dos anos 1990 como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da APS no país.<sup>1</sup> O início do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil se deu a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. Verifica-se aqui o primeiro passo para sua consolidação como principal estratégia de organização do acesso da população brasileira aos serviços de saúde.<sup>2</sup>

A partir de 2006, o projeto passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) e obedeceu a uma política de expansão promovida pelo Ministério da Saúde (MS). A estratégia de ações da Atenção Básica de Saúde (UBS) se orienta pelas necessidades de saúde da população, com foco de atenção especialmente voltado para a família e prioridade para as ações preventivas. O objetivo era que tais ações ocupassem uma posição igualitária e tivessem como eixo os princípios da universalidade e da integralidade.<sup>3</sup>

A implantação da política de APS no Distrito Federal (DF) segue um percurso singular, mas com intensa interrelação com as diretrizes nacionais. Como importante marco da atual política de APS, citam-se as iniciativas anteriores ao SUS, que foram os Planos Bandeira de Mello, de 1960, e de Assistência à Saúde do DF (Jofran Frejat), de 1979. O segundo Plano introduziu a APS no DF como principal estratégia para ampliação de acesso e mudança do modelo hospitalocêntrico que até aqui se desenhara.<sup>4</sup>

Um dos efeitos desse processo foi a coexistência de dois modelos de APS no DF, denominados modelo tradicional e ESF. Os efeitos desse cenário geraram maior segmentação na população, diferentes estratégias de atuação das equipes, maior dificuldade de acesso, dificuldades no planejamento da saúde e na avaliação das equipes pelos indicadores oficialmente adotados pelo MS.<sup>5</sup> Diante disso, nos anos de 2017 e 2018 foram implementadas várias estratégias de conversão do modelo tradicional de APS em ESF, no DF, com vistas à ampliação da cobertura da população por ESF.

Corrêa *et al.*<sup>6</sup> descrevem os detalhes do movimento de mudança na APS do DF e destacam o conteúdo e a finalidade de dois importantes marcos normativos publicados naquele período. A Portaria nº 77/2017 estabelece a política de APS na Capital Federal, fundamentada na ESF. Já a Portaria nº 78/2017, teve por finalidade regulamentar o art. 51 da Portaria nº 77/2017 para disciplinar o processo de conversão da APS do DF ao modelo da ESF.

O que é notório dessas portarias é reafirmarem que o modelo de APS no DF será primordialmente por meio da ESF, em consonância com as diretrizes nacionais. Leandro<sup>7</sup> enfatiza que a APS é a porta de entrada para todas as demandas da população com a finalidade de promoção da saúde.

A Política Nacional de Segurança do Paciente, por sua vez, vem sendo desenvolvida no Brasil desde 2013, momento em que a Agência de Vigilância

Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013. A RDC estabelece a obrigatoriedade de implantação, nos serviços de saúde, do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), o qual desempenha papel fundamental em todo o processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente (PSP). No mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, a qual institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.<sup>8</sup>

Neste sentido, são acrescidos aos princípios da APS as metas, os cuidados e os desafios da qualidade e segurança do paciente. A Segurança do Paciente pode ser definida como a ausência de dano potencial ou desnecessário para o paciente. A isso, associam-se os cuidados em saúde e a capacidade de adaptação das instituições de saúde em relação aos riscos humanos e operacionais inerentes ao processo de trabalho.<sup>9</sup> A segurança do usuário é uma responsabilidade dos profissionais de saúde, adotando táticas para a prevenção de danos e a diminuição de riscos.<sup>10</sup>

Em se tratando da Segurança do Paciente na APS do DF, nota-se que pouco há de publicações. Quando há, o material teórico publicado sobre o tema é postado nos sites da própria SES por meio de modelos de protocolos para segurança do paciente. Os temas estão ligados à comunicação efetiva, higienização das mãos, identificação dos usuários, prescrição e administração de medicamentos, prevenção de lesão por pressão e prevenção de quedas, todos na área hospitalar. Verificou-se que na SES-DF há uma lacuna quanto à existência de implantação, avaliação, monitoramento de incidentes e eventos adversos na APS. Considerando que esse nível de atenção vem ganhando destaque no atendimento de saúde pública, o objetivo deste estudo foi analisar os incidentes relacionados à segurança do paciente ocorridos em UBS com Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal.

## **MÉTODO**

Foi realizado um estudo observacional e descritivo em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizadas na Região Administrativa Central do DF. Foram incluídos os enfermeiros e médicos lotados nessas unidades com interesse em participar da pesquisa. Os voluntários preencheram o questionário impresso para identificação de incidentes ocorridos em

atendimentos nas UBS com ESF. Foram excluídos do estudo os profissionais que não estavam exercendo suas atividades profissionais na assistência por motivo de afastamento legal prolongado durante o período de coleta de dados .

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 28 enfermeiros e 20 médicos participaram do estudo. Assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido sigilo e explanada a possibilidade de desistência de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Depois disso, foi entregue um envelope com o questionário de coleta de dados e um tutorial para auxílio no preenchimento.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP-FEPECS) com a apresentação do parecer consubstanciado sob o nº 2.968.591, de 18 de outubro de 2018.

A coleta de dados foi realizada por meio do questionário *Primary Care International Study of Medical Errors* (PCISME), após autorização de uso pela autora da tradução e adaptação para a língua portuguesa e para o contexto brasileiro. Esse questionário é composto por 16 questões abertas e fechadas, para o registro de incidentes na APS. A ferramenta avalia a existência de ocorrência durante o cuidado, buscando caracterizar, conhecer sua gravidade e os fatores que contribuíram para o acontecimento. Foram acrescentadas perguntas referentes a data de nascimento, sexo, formação profissional e acadêmica, tempo de formado e de atuação dos profissionais na ESF.

No tutorial entregue para os participantes estavam descritas as definições de segurança do paciente seguindo a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS), da Organização Mundial de Saúde (OMS). Traduzido pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente, também trazia as definições de *Near Miss*, Incidente sem Dano e de Evento Adverso.<sup>8-11</sup>

Foi solicitado a cada participante o registro, de forma anônima e confidencial, de pelo menos um incidente durante o seu horário de trabalho. Devendo constar o período da coleta de dados de novembro de 2018 a janeiro de 2019, os documentos foram identificados com números de 1 a 51, à medida que foram preenchidos e devolvidos.

Para calcular a frequência dos incidentes, foram utilizados três monitoramentos: o primeiro, o numerador, composto pela soma dos incidentes que não atingiram o paciente; o segundo, pela soma dos incidentes que atingiram o

paciente e que não causaram danos; e o terceiro, pela soma dos incidentes que atingiram o paciente e lhe causaram danos. O denominador comum aos três numeradores, composto pela soma de todos os incidentes relatados pelos participantes, e o resultado dessa fração foram multiplicados por 100.

A análise descritiva dos dados referentes às medidas de tendência central e dispersão, mediana e frequências foi realizada pelo *Software Statistical Package for the Social Science*<sup>®</sup> (SPSS), versão 20.0 para Windows.

A classificação dos fatores contribuintes e dos locais onde ocorreram os erros foi realizada seguindo a definição proposta por Marchon & Junior.<sup>12,13</sup> Para classificar a gravidade do dano, foi utilizada a escala descrita por Makeham et al,<sup>14</sup> assim como ao atendimento administrativo.

## RESULTADOS

Do total de 52 questionários preenchidos pelos profissionais, um não pôde ser utilizado na pesquisa. A falta de preenchimento da pergunta número nove do questionário o anulou. Portanto, para a avaliação final, foram analisados 51 questionários, cada um representando um incidente.

Dos profissionais que responderam o questionário, 42 (82%) eram do sexo feminino e 09 (18%) do masculino, 41 (80%) eram enfermeiros e 10 (20%) eram médicos, com média de idade de 43,8 + 7,2 anos. Quanto ao tipo de pós-graduação, 10 (19,5%) descreveram ter especialização em Saúde da Família e 02 (04%) mestrado em psicologia e saúde coletiva. O tempo de atuação em ESF variou de 05 meses a 12 anos, com mediana de 03 anos.

A Tabela 1 apresenta as características gerais dos 51 pacientes, de acordo com o tipo de incidente ocorrido. Entre os 51 questionários preenchidos pelos profissionais, evidenciou-se que a maioria dos incidentes (29, ou 56,9%) ocorreu com pacientes do sexo feminino, em adultos (31, ou 60,6%).

A maioria dos pacientes (29, ou 56,9%) apresentava doenças crônicas. 30 (58,8%) enfermos não apresentavam vulnerabilidade social e os 21 (41,2%) que apresentavam foram descritos como: com baixa escolaridade / analfabeto (05), condições precárias de moradia (04), baixa renda (03), dificuldade de locomoção (03), álcool e drogas (02), abandono familiar (02) e condições não especificadas (02).

Foi demonstrado pelos profissionais que 45 (88%) dos incidentes ocorridos estavam relacionados com um paciente em particular e apenas 06 (12%) não os concerniam. A maioria dos profissionais (43, ou 84%) conhecia os pacientes e 08 (16%) deles não os conheciam.

**Tabela 1 - Características gerais dos pacientes segundo tipo de incidente (n=51)**

Características	Incidente que não atingiu o paciente	Incidente sem dano	Evento adverso	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Sexo</b>				
Masculino	03 (5,8%)	10 (19,7%)	09 (17,6%)	22 (43,1%)
Feminino	05 (9,8%)	09 (17,6%)	15 (29,4%)	29 (56,9%)
<b>Faixa etária (anos)</b>				
Até 09	01 (02%)	02 (04%)	01 (02%)	04 (08%)
10 a 19	00 (00%)	01 (02%)	01 (02%)	02 (04%)
20 a 59	03 (5,8%)	14 (27,4%)	14 (27,4%)	31 (60,6%)
60 ou mais	04 (7,8%)	02 (04%)	08 (15,6%)	14 (27,4%)
<b>Presença de doença crônica</b>				
Sim	05 (9,8%)	08 (15,6%)	16 (31,3%)	29 (56,9%)
Não	03 (5,8%)	11 (21,7%)	08 (15,6%)	22 (43,1%)
<b>Vulnerabilidade social</b>				
Sim	05 (9,8%)	02 (04%)	14 (27,4%)	21 (41,2%)
Não	03 (5,8%)	17 (33,3%)	10 (19,7%)	30 (58,8%)
Total	08 (15,6%)	19 (37,3%)	24 (47,1%)	51 (100%)

Do total de pacientes, 27(52,9%) não apresentavam problemas de saúde e 24 (47,1%) apresentavam algum problema de saúde complexo, como condições de difícil manejo clínico, presença de comorbidades, dependência do álcool e/ou drogas e distúrbios neurológicos ou psiquiátricos.

A razão de incidentes que não atingiram os doentes foi de 08 (15,6%). Já a soma dos incidentes que atingiram os pacientes e não causaram danos foi de 19 (37,3%). A soma dos incidentes que atingiram pacientes e lhes causaram danos foi de 24 (47,1%).

Em relação aos fatores contribuintes para os incidentes, 32 (63%) foram relacionados com falhas de comunicação, 15 (29%) se deram por falhas na gestão, enquanto 04 (08%) estavam associados a falhas no cuidado. Esses problemas foram evidenciados nos relatos dos questionários 09, 19 e 29 de um médico e dois enfermeiros, respectivamente:

*“No pré-natal a urinocultura não estava sendo realizada, devido à falta de materiais. Falta de gestão.” (m9)*

“Paciente ficou sem fazer o exame preventivo por falta de servidor, por falta de compromisso dos servidores, por falta de providência dos gestores”. “É necessária a substituição de servidores doentes e também dos servidores sem compromisso. Ambiente desorganizado, um caos.” (e19)

“Acidente de trabalho com animal peçonhento, a servidora estava usando equipamento de proteção individual corretamente, necessidade de realizar regularmente dedetização na unidade.” (e29)

A Tabela 2 apresenta a proporção dos tipos de incidentes com os fatores contribuintes:

**Tabela 2- Proporção dos Tipos de Incidentes com os Fatores Contribuintes (n=51)**

		TIPOS DE INCIDENTES			
		Incidente que não atingiu o paciente	Incidente sem dano	Evento Adverso	Total
FATORES CONTRIBUINTES	Falhas de comunicação com o paciente	04 (7,8%)	04 (7,8%)	13 (25,4%)	21(41%)
	Falhas de comunicação interprofissional	00 (00%)	01 (02%)	04 (08%)	05 (10%)
	Falhas de comunicação na Rede de Atenção	01(02%)	04 (08%)	01(02%)	06 (12%)
	Falhas na gestão	02 (3,9%)	09 (17,4%)	04 (7,7%)	15 (29%)
	Falhas no cuidado	01(02%)	01(02%)	02 (04%)	04 (08%)
	Total	08 (15,6%)	19 (37,3%)	24 (47,1%)	51(100%)

Quanto ao local de ocorrência do incidente, 10 (19%) foram no domicílio do paciente e 41 (81%) ocorreram no serviço de saúde. Do total de casos, 23 (45%) foram relacionados ao atendimento administrativo, dentre os quais se citam: erros ou incompletude no preenchimento do prontuário (1); falha no agendamento de consultas (1); problemas no fluxo do paciente na rede de atenção (7); questão de logística, gerando falta de insumos e medicamentos (5); equívoco na manutenção de um ambiente físico seguro (2); dificuldades de acesso ao especialista (2); troca de nomes de medicamentos (1); incorreta interpretação das receitas na farmácia (1) e negativa de atendimento ao paciente por profissionais (3). Outros 08 (16%)

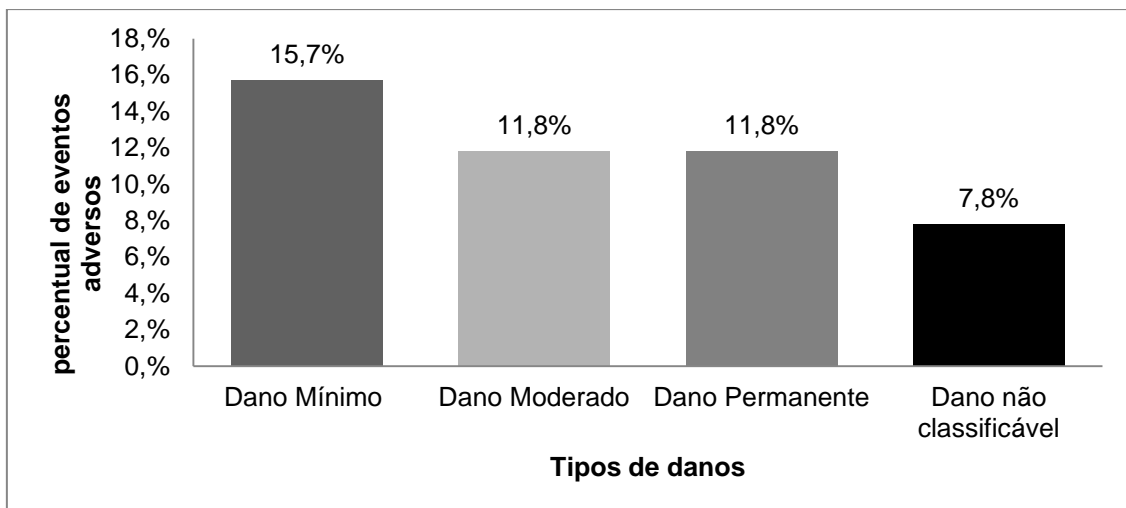


incidentes ocorreram em consultório médico, 03 (06%) em sala de medicação, 02 (04%) em sala de acolhimento, 02 (04%) em laboratório e 02 (04%) em consultório de enfermagem e 01 (02%) em sala de curativo. Esse fato foi evidenciado no relato de um médico no questionário 32:

*“Encaminhamento para especialidades com muita demora em avaliar o paciente, fluxo de atenção à saúde muito lenta, necessária agilidade para os atendimentos.”* (m32)

Quanto à gravidade do dano, a Figura 1 demonstra que o mais prevalente foi o dano mínimo (com recuperação de até um mês), com 08 (15,7%) incidentes. Para a frequência de ocorrência, 15 (30%) se deram pela primeira vez, 13 (25%) raramente acontecem (de 01 a 2 vezes por ano), 14 (27%) às vezes (de 03 a 11 vezes por ano), e 09 (18%) frequentemente (mais de 01 vez por mês).

**Figura 1- Percentual dos Eventos Adversos com a Gravidade do Dano (n= 24)**



## DISCUSSÃO

A soma dos incidentes ocorridos na APS que atingiram os pacientes e lhes causaram danos foi de 47,1%, em sua maioria (15,7%) eventos com dano mínimo, com recuperação de até um mês. Esse resultado coincide com o estudo holandês de Beyer, Dovey e Gerlach,<sup>15</sup> no qual os pacientes apresentaram danos com baixa gravidade. Vê-se também uma ligação com o estudo de Wallis & Dovey,<sup>16</sup> da Nova Zelândia, que encontrou em 83% das notificações danos de menor gravidade. Todavia, há divergência com um estudo brasileiro realizado na Baixada litorânea no Rio de Janeiro. Ocorrida de outubro de 2013 a fevereiro de 2014, a pesquisa

apresentou danos com gravidade muito alta, com dano permanente em 25% ou óbito em 7%.<sup>17</sup>

A falha de comunicação foi mencionada como o fator que mais contribuiu para a ocorrência de incidentes, com índice de 63%. Esse dado corrobora os resultados do estudo brasileiro que relatou 53% dos incidentes relacionados com tal problema.<sup>17</sup> Outro que também coincide é o estudo de Hickner *et al.*,<sup>18</sup> nos Estados Unidos, no qual a falha de comunicação foi responsável por 41% dos eventos adversos.

A falha de comunicação com o paciente foi o fator contribuinte mais descrito em 41% dos casos relatados. Situação semelhante foi encontrada no estudo espanhol de Mira *et al.*,<sup>19</sup> em que a maioria dos participantes relatou que o aumento da frequência dos eventos adversos está relacionado com a comunicação entre médico e paciente.

O estudo de Ely *et al.*<sup>20</sup> enfatiza que o trabalho solitário é mais susceptível a erros. Assim, recomenda-se reforçar o trabalho em equipe. Observou-se também, conforme relata estudo de Balla *et al.*,<sup>21</sup> no Reino Unido, que para as melhorias na APS serem alcançadas, faz-se necessário um *feedback* entre a atenção especializada e a atenção primária. Na pesquisa, recomendaram-se encontros regulares de discussão de casos clínicos.

A falha na gestão, com 29% dos casos, foi o segundo fator contribuinte. Ela também foi mencionada na contribuição de incidentes no estudo americano de Manwell *et al.*<sup>22</sup> No caso, médicos descreveram a falta de insumos e medicamentos, resultados de testes de diagnósticos demorados e tomadas de decisões administrativas sem participação dos profissionais envolvidos. Tais elementos afetam a segurança do paciente na APS. No estudo realizado na Holanda, de Gaal *et al.*,<sup>23</sup> foram analisadas dimensões de segurança do paciente. Entre elas, a estrutura física e a medicação apresentaram associação mais robusta com a segurança do paciente.

Falhas de comunicação com os pacientes, com a equipe, com gestores e com a rede de atenção à saúde potencializam uma assistência precária, o que reforça episódios de incidentes na assistência ao enfermo.

Quanto ao local de ocorrência do erro, 81% dos episódios aconteceram no serviço de saúde. Desses, 45% foram relacionados ao atendimento administrativo, seguidos de 16% referentes ao consultório médico. Assim, vê-se uma divergência

quanto ao estudo brasileiro,<sup>17</sup> ao relatar que a maior ocorrência (25%) se deu no consultório médico, seguido dos hospitais (15%).

A maioria dos pacientes (56,9%) com doenças crônicas sofreu incidentes, o que corresponde ao estudo de Makeham *et al.*<sup>24</sup>, na Austrália, ao apontar que os pacientes com doenças crônicas são mais susceptíveis aos eventos adversos. Esse fato coincide com o descrito no estudo de Gordon & Dunham,<sup>25</sup> realizado nos Estados Unidos.

O maior número de incidentes foi detectado em pacientes que não apresentavam vulnerabilidade social (58,8%), diferentemente do estudo brasileiro,<sup>17</sup> no qual quase metade dos pacientes que sofreram incidentes era vulnerável.

O estudo holandês de Harmsen *et al.*<sup>26</sup> enfatiza a ausência de concordância dos profissionais sobre a existência dos incidentes. Também demonstra a escassez de registros de notificação e a importância de implantação de registros de eventos adversos para a APS. O estudo de Wessell *et al.*,<sup>27</sup> nos Estados Unidos, ressalta que identificar o erro é uma tarefa difícil. Porém, é determinante para aperfeiçoar a segurança do paciente. Hickner *et al.*,<sup>18</sup> por meio de estudo desenvolvido nos Estados Unidos, relata que a pressão da cultura punitiva é a principal barreira de comunicação na prevenção dos erros.

Graham *et al.*<sup>28</sup> descrevem que as melhores medidas para diminuir o aparecimento de eventos adversos são: capacitação de médicos e demais profissionais, além do desenvolvimento de protocolos para nortear o atendimento.

Algo está errado quando ocorre um aumento incomum na procura por serviços de saúde preventivos, diagnósticos, curativos ou de reabilitação. Isso faz com que seja necessário compreender as causas e os fatores contribuintes. Há que se conhecerem também as consequências e possíveis ações para abrandar o problema, além das soluções que possam prevenir novas ocorrências no futuro. Extrair informações adequadas é o grande desafio dos sistemas de notificação de incidentes e de aprendizagem para a segurança do paciente.<sup>29</sup>

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria n° 2436, de 21 de setembro de 2017, enfatiza a necessidade da implantação e efetivação da cultura de segurança do paciente nos espaços assistenciais. É preciso estimular práticas seguras e de qualidade, evitando-se erros e eventos adversos no processo de cuidado.<sup>30</sup> Diante desse panorama, considera-se a afinidade entre a cultura de segurança do paciente e a gestão do cuidado à saúde e promoção de cuidados

seguros e de qualidade. Desse modo, é essencial garantir o cuidado integral, resolutivo e seguro na APS<sup>30</sup>.

Destaca-se como limitação da pesquisa a realização do estudo em apenas uma Região Administrativa de Saúde do DF. Outra limitação refere-se ao conhecimento deficiente da população alvo sobre a temática que levou a um baixo quantitativo de incidentes relatados.

## **CONCLUSÃO**

A Segurança do Paciente é um tema vasto e crescente no cenário mundial, nacional e distrital. Está inserida em todos os níveis de atenção e diretamente relacionada com a qualidade da assistência em saúde.

No âmbito distrital, destacou-se a ocorrência de Eventos Adversos com predominância de danos mínimos. Nesses casos, a falha de comunicação se mostrou como o fator mais contribuinte. O fortalecimento da comunicação, organização de fluxos de atendimento, educação continuada e envolvimento dos gestores na cultura de segurança do paciente são elementos de destaque para melhorias da segurança do paciente.

É necessário realizar mais pesquisas que enriqueçam a quantidade de informações que gerem melhorias sobre a segurança do paciente na APS. Isso porque, grande parte do cuidado em saúde está sendo prestado no nível de APS. Ademais, atualmente se verificam mais estudos focados na segurança do paciente em nível hospitalar.

Considerando que este estudo se limitou apenas a uma Região Administrativa do DF, sugere-se, para detectar suas vulnerabilidades, que se corrijam atividades conforme as carências locais. Dessa maneira, será possível trazer maior qualificação da APS e, conseqüentemente, proporcionar ações de melhorias ao PNSP nos serviços de saúde do DF.

## **REFERÊNCIA**

1. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis* [Internet]. 2017 junho [citado 2019 jul 06];27(2):255-276. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000255&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000255&lng=en).
2. Costa EMA, Carbone MH. Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio; 2004.

3. Sousa MF. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM, editores. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes; 2014.
4. Göttems LBD, Evangelista MN, Pires MRGM, Silva AFM, Silva PA. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 jun. [citado 2019 jul 06]; 25(6):1409-1419. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000600023&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600023&lng=en).
5. Göttems LBD. Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009) [Tese]. Programa de Pós-Graduação em Administração. Universidade de Brasília. Brasília - DF. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7013/1/2010\\_LeilaBernardaDonatoGotttems.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7013/1/2010_LeilaBernardaDonatoGotttems.pdf)
6. Corrêa, DSRC, Moura, AGOM, Souza, HM, Quito, MV, Göttems LBD, Versiani, LM. *Et al.* Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. Ciência e Saúde Coletiva [periódico na internet] (abr. 2019) [citado 2019 jul 16]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/movimentos-de-reforma-do-sistema-de-saude-do-distrito-federal-a-conversao-do-modelo-assistencial-da-atencao-primaria-a-saude/17171?id=17171>
7. Leandro SS. Atenção primária sob a perspectiva de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus e dos profissionais de saúde em duas regiões administrativas do Distrito Federal. [Tese]. (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de Brasília, 2017.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
9. WHO. World Health Organization. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva (SW): World Health Organization; 2008.
10. Araujo G, Reisdorfer N, Silva L, Soder R, Santos A. User safety: care of processing critical goods in primary care. *Journal of Nursing UFPE online* [Internet]. 2017 set. 23; [citado 2019 jul 06]; 11(10):4096-4102. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231170>.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Creative Commons; 2014.
12. Marchon SG, Mendes JWV. *Patient safety in primary health care: a systematic review*. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 set. [citado 2019 jul 06];30(9):1815-1835. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000901815&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000901815&lng=en).
13. Marchon SGI, Mendes JWV. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2015 jul. [citado 2019 jul 06];31(7):1395-1402. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000701395&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701395&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00157214>.
14. Makeham MAB, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *Med J Aust* 200215; 177:68-72.
15. Beyer M, Dovey S, Gerlach FM. Fehler in der Allgemeinpraxis – Ergebnisse der internationalen PCISME-Studie in Deutschland. *Z Allg Med* 2003; 79:1-5.

16. Wallis K, Dovey S. No-fault compensation for treatment injury in New Zealand: identifying threats to patient safety in primary care. *BMJ Qual Saf* 2011; 20:587-591.
17. Marchon SG, Mendes JWV, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 nov. [citado 2019 jul 01]; 31(11):2313-2330. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015001102313&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001102313&lng=en).
18. Hickner J, Zafar A, Kuo GM, Fagnan LJ, Forjuoh SN, Knox LM, *et al*. Field test results of a new ambulatory care Medication Error and Adverse Drug Event Reporting System – MEADERS. *Qual Saf Health Care* 2008; 17:194-200.
19. Mira JJ, Nebot C, Lorenzo S, Pérez-Jover V. Patient report on information given, consultation time and safety in primary care. *Qual Saf Health Care* 2010;19:e33.
20. Ely JW, Kaldjian LC, D'Alessandro DM. Diagnostic errors in primary care: lessons learned. *J Am Board Fam Med* 2012; 25:87-97.
21. Balla J, Heneghan C, Thompson M, Balla M. Clinical decision making in a high-risk primary care environment: a qualitative study in the UK. *BMJ Open* 2012; 2:e000414.
22. Manwell LB, Williams ES, Babbott S, Rabatin JS, Linzer M. Physician perspectives on quality and error in the outpatient setting. *WMJ* 2009; 108:139-144.
23. Gaal S, Verstappen W, Wensing M. Patient safety in primary care: a survey of general practitioners in The Netherlands. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:21.
24. Makeham MA, Cooper C, Kidd MR. Lessons from the TAPS study – message handling and appointment systems. *Aust Fam Physician* 2008; 37:438-439.
25. Gordon AM, Dunham D. Adverse event reporting in the general medicine outpatient clinic: review of data from the opportunity to improve safety (OTIS) database. *J Gen Intern Med* 2011; 26 Suppl 1:S552.
26. Harmsen M, Gaal S, van Dulmen S, de Feijter E, Giesen P, Jacobs A, *et al*. Patient safety in Dutch primary care: a study protocol. *Implement Sci* 2010, 5:50.
27. Wessell AM, Litvin C, Jenkins RG, Nietert PJ, Ne-meth LS, Ornstein SM. Medication prescribing and monitoring errors in primary care: a report from the Practice Partner Research Network. *Qual Saf Health Care* 2010; 19:21.
28. Graham DG, Harris DM, Elder NC, Emsermann CB, Brandt E, Staton EW, *et al*. Mitigation of patient harm from testing errors in family medicine offices: a report from the American Academy of Family Physicians National Research Network. *Qual Saf Health Care* 2008; 17:201-208.
29. OMS. Modelo de informações mínimas para a notificação de incidentes e sistemas de aprendizagem para a segurança do paciente. Proqualis/Icict/Fiocruz. (s.d.), tradutor. 2018;1: 1-12.
30. Raimondi DC, Bernal SCZ, Matsuda LM. Cultura de segurança do paciente na ótica de trabalhadores e equipes da atenção primária. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [citado 2019 jul 13]; 53:42. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102019000100237&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100237&lng=en). Epub 06 mai. 2019.

## 5 PRODUTO – PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE

### **Segurança do Paciente: notificação de incidentes na Atenção Primária à Saúde**

**Área(s):** Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Gerências de Serviços de Atenção Primária à Saúde e Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente da SES/DF.

Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data.

#### **1- Metodologia de Busca da Literatura**

##### **1.1 Bases de dados consultadas**

Realizou-se uma pesquisa a partir de publicações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Ministério da Saúde (MS) do Brasil, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Organização Mundial da Saúde (OMS) e artigos científicos.

##### **1.2 Palavras chave**

Segurança do paciente, incidente, notificação, atenção primária à saúde.

##### **1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes**

Para seleção do material, foi efetuada uma busca *on-line* das publicações amplamente utilizadas no contexto da segurança do paciente na atenção primária à saúde, como ANVISA, MS do Brasil, OMS e artigos científicos, sendo encontradas 15 publicações entre os anos de 2005 e 2017.

#### **2-Introdução**

A Segurança do Paciente pode ser definida como a ausência de dano potencial ou desnecessário para o paciente, associada aos cuidados em saúde e à capacidade de adaptação das instituições de saúde em relação aos riscos humanos e operacionais inerentes ao processo de trabalho<sup>1</sup>. A segurança do usuário é uma responsabilidade dos profissionais de saúde, adotando táticas para a prevenção de danos e a diminuição de riscos<sup>2</sup>.

A OMS desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*). O Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis) em 2010 traduziu os conceitos chave do ICPS para a língua portuguesa (Quadro 1)<sup>3</sup>.

Quadro 1 – Alguns conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde.

Palavras-Chave	Conceito
Segurança do Paciente	Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem dano	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: Brasil,3-4.

Os incidentes relacionados à assistência à saúde, especialmente os eventos adversos (EAs), constituem um problema de saúde pública, necessitando de respostas efetivas e imediatas para sua redução em serviços de saúde<sup>5</sup>.

Assim, torna-se fundamental notificar incidentes com pacientes atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no DF, para se produzir informações sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) e executar e planejar ações de prevenção. Portanto, como mecanismo para fortalecer, organizar, integrar e normatizar os processos de trabalho definiu-se este Protocolo de Segurança do Paciente - prevenção de incidentes na Atenção Primária à Saúde - que contribuirá diretamente para a efetivação do Plano Distrital de Segurança do Paciente, no âmbito do SES/DF.

### 3- Justificativa

A Segurança do Paciente tem sido foco de pesquisas e estudos, visando compreender como a qualidade dos serviços de saúde oferecidos tem contribuído para que os cuidados ao paciente sejam feitos de forma qualitativa. Com isso, busca-se repensar os processos assistenciais com a intenção de identificar a ocorrência das falhas que podem vir a causar danos aos pacientes e, com essa identificação, definir estratégias que possam prevenir tais falhas, principalmente no que se refere ao SUS<sup>6</sup>.

Marchon & Junior<sup>7</sup> identificaram como fatores contribuintes de incidentes na APS: falhas na comunicação interprofissional e com o paciente; falhas na gestão, tais



como: falta de insumos médico-cirúrgicos e de medicamentos, profissionais pressionados para serem mais produtivos em menos tempo, falhas em prontuários, falhas na recepção dos pacientes, planta física da unidade de saúde inadequada, descarte inadequado de resíduos da unidade de saúde, tarefas excessivas e falhas no cuidado. Embora a maioria dos cuidados seja prestada em nível da APS, as investigações sobre a segurança dos pacientes têm sido centradas em hospitais.

A investigação de incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo (EAs) deve ser realizada, com a intenção de promover a melhoria dos processos de trabalho e diminuir as chances, por meio de aprendizagem contínua, de uma nova ocorrência destes nos serviços de saúde<sup>8</sup>.

Nesse sentido, esse Protocolo deverá ser aplicado em todos os serviços de saúde da SES/DF, por toda equipe multiprofissional da APS, com o objetivo de notificar os incidentes com pacientes atendidos em UBS e prevenir novas ocorrências.

#### **4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**

Não se aplica.

#### **5- Diagnóstico Clínico ou Situacional**

Rosser et al<sup>9</sup> desenvolveram um estudo no Canadá no qual realizaram análise de relatórios para estudar tipos de erros médicos relatados e as diferenças nos erros médicos relatados na APS no Canadá, Austrália, Inglaterra, Holanda, Nova Zelândia e Estados Unidos. Os autores evidenciaram que no Canadá, 15 médicos de família relataram 95 erros, nos outros cinco países, 64 médicos relataram 413 erros, e verificaram a ocorrência de sérios erros na prática familiar que afetam os pacientes de maneira semelhante no Canadá e nos outros países, como também se demonstrou a necessidade de estudos validados que analisem erros e os registros das taxas de erros, sendo esses necessários para entender melhor as formas de melhorar a segurança do paciente na prática familiar.

Revisões Sistemáticas apontam que os tipos de incidentes mais comuns na APS estão associados a erros de medicamentos e de diagnósticos<sup>7-10</sup>.

Foi evidenciado, em estudo realizado no Brasil, que embora a APS atenda pacientes com menor complexidade, 82% dos incidentes ocasionaram ou causaram dano ao paciente e muitos deles com gravidade muito alta – dano permanente (25%) ou óbito (7%)<sup>11</sup>.

Pesquisa desenvolvida em uma Região Administrativa do DF se identificou uma lacuna quanto à existência de implantação, avaliação, monitoramento de incidentes e eventos adversos na APS. Considerando que este nível de atenção vem

ganhando destaque no atendimento de saúde pública percebeu-se a importância de criar um protocolo para que ações semelhantes sejam realizadas.

#### **6- Critérios de Inclusão**

Pacientes atendidos em todas as UBS dos serviços de saúde da SES/DF.

#### **7. Critérios de Exclusão**

Não se aplica

#### **8. Conduta**

A segurança do paciente compreende o desenvolvimento de ações desenvolvidas pelas instituições de saúde com o objetivo de reduzir ao máximo os riscos de dano associados aos cuidados de saúde. Assim, entende-se que a Segurança do Paciente envolve tanto a estruturação de políticas públicas voltadas para o desenvolvimento de ações que promovam a qualidade no atendimento à saúde, tanto no aspecto preventivo quanto no curativo. E, portanto, não visa apenas ao paciente, mas a todo o gerenciamento adequado dos recursos e ao próprio bem estar dos profissionais da área de saúde para que esses exerçam suas funções com maior excelência<sup>3</sup>.

A investigação de incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo EAs deve ser realizada, com a intenção de promover a melhoria dos processos de trabalho e diminuir as chances, por meio de aprendizagem contínua, de uma nova ocorrência destes nos serviços de saúde<sup>8</sup>.

O primeiro passo para a prevenção do erro na saúde é admitir que ele seja possível e está presente no cuidado. A partir disso, os profissionais da saúde necessitam compreender os tipos de EAs, suas causas, consequências e fatores contribuintes. A notificação e o registro dos EAs servem de subsídios para a análise crítica e a tomada de decisão, o que pretende eliminar, evitar e reduzir essas circunstâncias do cotidiano do cuidado em saúde<sup>12</sup>.

Desse modo as UBS deverão registrar os incidentes para assim promover melhorias efetivas para prevenção de novas ocorrências, do seguinte forma:

##### **a) Registro do Incidente**

Os EAs apresentam o potencial de causar danos aos pacientes e prejuízos associados aos cuidados à saúde, decorrentes de processos ou estruturas da assistência. A atitude para segurança do paciente repensa os processos assistenciais com a finalidade de identificar a ocorrência das falhas antes que causem danos aos pacientes na atenção à saúde. Assim, é importante conhecer quais são os processos mais críticos e, portanto, com maior probabilidade de ocorrência, para que seja possível desenvolver ações eficazes de prevenção<sup>13</sup>.

Dessa forma será preenchido pela unidade de ocorrência o formulário de notificação de incidente/evento adverso na APS pelo profissional de saúde (apêndice 01) ou o formulário de Notificação de Incidente/Evento Adverso na APS para usuários (apêndice 02) na versão impressa. Os formulários são compostos por perguntas abertas e fechadas para avaliar os dados de identificação dos incidentes, a ocorrência de eventos envolvendo: material médico-hospitalar, equipamentos ou medicamentos ocorridos na APS. Após o preenchimento será encaminhado ao Núcleo de Segurança do Paciente da Região Administrativa para ciência, avaliação, encaminhamentos e monitoramento.

#### **b) Análise dos registros**

Se a cultura organizacional da instituição em relação ao manejo de EAs estiver baseada na punição e culpa isso poderá causar omissão dos relatos desses eventos, dificultando a construção de uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente<sup>14</sup>. Nesse sentido, o registro tem objetivo educativo, ou seja, trabalhar a prevenção de novas ocorrências, seguindo o fluxo de investigação abaixo:

- Recebimento do formulário pelo Núcleo de Segurança do Paciente da Região Administrativa;
- Iniciar a investigação pelo Núcleo de Segurança do Paciente da Região Administrativa da ocorrência em prontuário eletrônico;
- Realizar visita na UBS de ocorrência, pelo Núcleo de Segurança do Paciente juntamente com um representante da Diretoria da Atenção Primária à Saúde (DIRAPS), o gestor e um membro dos profissionais de saúde; e em conjunto realizar o preenchimento do formulário de investigação de incidente/evento adverso na atenção primária à saúde (apêndice 03);
- O Núcleo de Segurança do Paciente da Região Administrativa orienta ao representante da DIRAPS, ao gestor, a área técnica responsável e ao membro da UBS de ocorrência à realização do plano de ação para incidentes/eventos adversos na APS (apêndice 04);
- O Núcleo de Segurança do Paciente da Região Administrativa estipula à UBS de ocorrência um prazo para entrega do plano de ação para avaliação;
- O Núcleo de Segurança do Paciente da Região Administrativa estipula à UBS de ocorrência um prazo para o plano de ação ser desenvolvido na unidade para a redução de novas ocorrências de eventos;

### **c) Monitoramento e avaliação**

- Acompanhamento do Núcleo de Segurança do Paciente da Região Administrativa com a unidade de ocorrência durante o processo de implantação do plano de ação com atenção aos prazos estabelecidos;
- Realizar alterações juntamente com a equipe envolvida no plano de ação durante o período da ação proposta;
- Realizar visita na unidade para o preenchimento do formulário de monitoramento avaliação e para incidentes/eventos adversos na Atenção Primária à Saúde (apêndice 05);
- Monitoramento da unidade por 30 dias para observar a existência de novas ocorrências;
- Enceramento da notificação.

#### **8.1 Conduta Preventiva**

Ambientes de trabalho que prezam pela segurança dos pacientes são aqueles que educam seu pessoal, criam uma cultura em que a culpa não tem lugar, simplificam e padronizam processos e introduzem a verificação constante a fim de interceptar os possíveis erros antes que eles atinjam o paciente<sup>15</sup>.

- Educação continuada em serviço pelo Núcleo de Segurança do Paciente da Região Administrativa;
- Uso de ações preventivas para o incidente ocorrido para promover a redução de riscos.
- Monitoramento contínuo de ocorrências.

#### **8.2 Tratamento Não Farmacológico**

Não se aplica.

#### **8.3 Tratamento Farmacológico**

Não se aplica.

##### **8.3.1 Fármaco(s)**

Não se aplica.

##### **8.3.2 Esquema de Administração**

Não se aplica.

##### **8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção**

Não se aplica.

### **9. Benefícios Esperados**

Os benefícios serão previstos ao longo do processo e estarão relacionados com a produção de informações sobre a Segurança do Paciente na APS levando a

fortalecer ações de melhorias para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) nos serviços de saúde do DF.

#### **10. Monitorização**

Todos os incidentes devem ser notificados pelos profissionais de saúde da APS no formulário de notificação para o registro do incidente/evento adverso na APS (apêndice 01) e no formulário de Notificação de Incidente/Evento Adverso na APS para usuários (apêndice 02). Para calcular a frequência dos incidentes na Unidade o numerador será composto pela soma dos incidentes relatados pelos profissionais de saúde e usuários, e o denominador pela soma total dos incidentes relatados durante o mês de ocorrência do incidente e multiplicado por 100.

##### **Indicador Mensal**

#### **a) Cálculo da frequência do Incidente que não atingiu o paciente**

$$\frac{\text{soma dos incidentes que não atingiu o paciente}}{\text{soma dos incidentes relatados pelos participantes}} \times 100$$

#### **b) Cálculo da frequência do Incidente que atingiu sem dano**

$$\frac{\text{soma dos incidentes que atingiu sem dano}}{\text{soma dos incidentes relatados pelos participantes}} \times 100$$

#### **c) Cálculo da frequência do Incidente que atingiu com dano**

$$\frac{\text{soma dos incidentes que atingiu com dano}}{\text{soma dos incidentes relatados pelos participantes}} \times 100$$

#### **11- Acompanhamento Pós-tratamento**

Não se aplica.

#### **12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade –TER**

Não se aplica.

#### **13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor**

As informações adquiridas semestralmente pelas Superintendências Regionais de Saúde, por meio do indicador mensal descrito neste protocolo, servirão para o planejamento das ações dos gestores de cada localidade e das áreas técnicas responsáveis.

#### 14- Referências Bibliográficas

1. Who. *World Health Organization. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva (SW): World Health Organization; 2008.*
2. Araujo GM et al. User safety: care of processing critical goods in primary care. *Journal of Nursing UFPE on line, [S.l.], v. 11, n. 10, p. 4096-4102, sep. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231170/25137>>. Data do acesso: 18 julho 2019.*
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 set. 2013.*
5. Fragata J. *Segurança dos doentes: uma abordagem prática. Lisboa: Lidel, 2011.*
6. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2013.*
7. Marchon SG, Mendes JWV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 Set [citado 2019 Juho 22] ; 30( 9 ): 1815-1835. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000901815&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000901815&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00114113>.*
8. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016.*
9. Rosser,W et al. Erros médicos na atenção primária: resultados de um estudo internacional da prática familiar. *Canadian Family Physician Mar 2005, 51 (3) 386-387.*
10. Makeham MAB, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *Med J Aust 2002;177:68-72.*
11. Marchon SG, Mendes JWV, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública [Internet]. 2015 Nov [cited 2019 July 01] ;31(11):2313-2330. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015001102313&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001102313&lng=en).*
12. Oliveira RM et al. *Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. Esc Anna Nery. 2014 jan/mar;18(1):122-129, 2014.*
13. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.*
14. Françolin L et al. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 277-283, apr. 2015. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/reeusp/article/view/103197>>. Acesso em: 18 julho 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013>.*
15. Cassiani SHB, Gimenes FRE, Monzani AAS. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 11, n. 2, jun. 2017. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/47051>>. Acesso em: 18 jul. 2019. doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v11.47051>.*

### APÊNDICE 01

#### 1. Formulário de Notificação de Incidente/Evento Adverso na Atenção Primária à Saúde para profissionais de saúde

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO INCIDENTE/EVENTO ADVERSO		
UBS:	Data da ocorrência:	
Local de ocorrência na UBS ( ) Consultório ( ) Laboratório ( ) Farmácia ( ) Contato Telefônico ( ) Atendimento Administrativo ( ) Sala de procedimento ( ) Outros _____		
Período da ocorrência: ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite		
Evento envolveu: ( ) Paciente ( ) Trabalhador ( ) Outros: _____		
Nome do envolvido:		
Data de nascimento:	Sexo:	
O que aconteceu?		
Qual o tipo de incidente/evento adverso ocorrido? ( ) Houve um incidente, mas não chegou a atingir o paciente; ( ) Houve um incidente, que atingiu o paciente, mas não lhe causou dano; ( ) Houve um incidente, que atingiu o paciente e lhe causou dano.		
Existiu dano ao paciente? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não classificável. Se Sim, qual dano? ( ) Dano mínimo ( com recuperação até um mês) ( ) Dano Permanente ( ) Dano moderado ( recuperação entre um mês e um ano) ( ) Óbito		
<b>Evento envolvendo material médico-hospitalar</b> ( ) Sim ( ) Não. Se sim preencha abaixo.		
Tipo de material:		
Registro ANVISA:	Nº Lote:	Data de fabricação:
Fabricante:	CNPJ:	Data de validade:
O material apresentava alguma alteração?	Existe outro material com problema?	
<b>Evento envolvendo equipamento</b> ( ) Sim ( ) Não. Se sim preencha abaixo.		
Tipo de equipamento:		
Modelo:	Nº de Série	Garantia: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
Manutenção preventiva: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado. Se sim, data da última:		
<b>Evento envolvendo assistência</b> ( ) Sim ( ) Não. Se sim preencha abaixo.		
Tipo de evento? ( ) Queda ( ) Lesão ( ) Infecção ( ) Perda de sonda/cateter ( ) Falta de material ( ) Falta de medicação ( ) Outros _____		
<b>Evento envolvendo medicamentos</b> ( ) Sim ( ) Não. Se sim preencha abaixo.		
Qual o medicamento envolvido?		
Nº Registro ANVISA:	Nº Lote:	Data de fabricação:
Fabricante:	CNPJ:	Data de validade:
Existe suspeita de reação adversa? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, duração da reação adversa:		
Dose prescrita:	Via de administração:	Apresentação:
Existe suspeita de interação medicamentosa? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, cite outros medicamentos utilizados:		

## APÊNDICE 02

### 1. Formulário de Notificação de Incidente/Evento Adverso na Atenção Primária à Saúde para usuários

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO INCIDENTE/EVENTO ADVERSO	
UBS:	Data da ocorrência:
Local de ocorrência na UBS: <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Contato Telefônico <input type="checkbox"/> Atendimento Administrativo <input type="checkbox"/> Sala de vacina <input type="checkbox"/> Sala de curativo <input type="checkbox"/> Sala de Nebulização <input type="checkbox"/> Sala de medicação <input type="checkbox"/> Sala de acolhimento <input type="checkbox"/> Outros _____	
Período da ocorrência: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	
Evento envolveu: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Trabalhador <input type="checkbox"/> Outros:	
Nome do envolvido:	
Data de nascimento:	Sexo:
O que aconteceu?	
Qual o tipo de incidente/evento adverso ocorrido? <input type="checkbox"/> Houve um incidente, mas não chegou a atingir o paciente; <input type="checkbox"/> Houve um incidente, que atingiu o paciente, mas não lhe causou dano; <input type="checkbox"/> Houve um incidente, que atingiu o paciente e lhe causou dano.	
Existiu dano ao paciente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não classificável. Se Sim, qual dano? <input type="checkbox"/> Dano mínimo ( com recuperação até um mês) <input type="checkbox"/> Dano Permanente <input type="checkbox"/> Dano moderado ( recuperação entre um mês e um ano) <input type="checkbox"/> Óbito	



### APÊNDICE 03

#### 1. Formulário de Investigação de Incidente/Evento Adverso na Atenção Primária

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO INCIDENTE/EVENTO ADVERSO			
Local de ocorrência na UBS:		Data da ocorrência:	
Período da ocorrência: ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite			
Evento envolveu: ( ) Paciente ( ) Trabalhador ( ) Outros:			
Nome do paciente:		Nome do trabalhador:	
Data de nascimento:	Sexo:	Data de nascimento:	Sexo:
Equipe de investigação ( ) Membro NSP ( ) Membro Diretoria ( ) Gestor UBS ( ) Membro UBS			
Qual o fator contribuinte para o incidente/evento adverso ocorrido? ( ) Falha na comunicação com o paciente ( ) Falha na comunicação na rede de atenção ( ) Falha na comunicação interprofissional ( ) Falha na gestão ( ) Falha no cuidado ( ) Falha de infraestrutura ( ) Outros _____			
<b>Evento envolvendo material médico-hospitalar</b> ( ) Sim ( ) Não. Se sim preencha abaixo			
O que aconteceu?			
Protocolos para utilização? ( ) Sim ( ) Não. Se sim descreva abaixo			
O material apresentava alguma alteração? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, a quanto tempo?			
Ações Realizadas:			
<b>Evento envolvendo equipamento</b> ( ) Sim ( ) Não. Se sim preencha abaixo.			
O que aconteceu?			
Protocolo de Manutenção preventiva: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado. Se sim, data da última:			
Protocolos para utilização? ( ) Sim ( ) Não. Se sim descreva abaixo			
Ações Realizadas:			
<b>Evento envolvendo assistência</b> ( ) Sim ( ) Não. Se sim preencha abaixo.			
O que aconteceu?			
Ações Realizadas:			
<b>Evento envolvendo medicamentos</b> ( ) Sim ( ) Não. Se sim preencha abaixo.			
O que aconteceu?			
Protocolos para utilização? ( ) Sim ( ) Não. Se sim descreva abaixo			
Protocolo de educação continuada? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado. Se sim, data da última:			
Entrevista com os envolvidos: ( ) Sim ( ) Não. Se não cite o entrevistado:			
Observações:			

## APÊNDICE 04

### 1. Plano de ação para Incidente/Evento Adverso na Atenção Primária

<b>Tema:</b>					
<b>Área técnica de fiscalização da Região:</b>					
<b>Área técnica responsável da UBS:</b>					
<b>Membro da UBS:</b>					
Ação Proposta:	Atividade da ação	Responsável	Parceiros	Prazo	
				Início	Final
<b>Recursos necessários</b>					
<b>Local da ação</b>					
<b>Resultado esperado</b>					
<b>Observações</b>					

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do fiscalizador da Região

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável da UBS

\_\_\_\_\_  
Assinatura do membro da UBS

### APÊNDICE 05

#### 1. Formulário de Monitoramento e Avaliação para Incidente/Evento Adverso na Atenção Primária à Saúde

<b>Tema:</b>	
<b>Área técnica de fiscalização da Região:</b>	
<b>Área técnica responsável da UBS:</b>	
<b>Membro da UBS:</b>	
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PLANO DE AÇÃO	
<b>Ação proposta</b>	
<b>Realização das atividades</b>	( ) Sim ( ) Não. Se não, descreva abaixo:
<b>Profissionais solicitados estavam envolvidos?</b>	( ) Sim ( ) Não. Se não, descreva abaixo:
<b>Parceiros solicitados estavam envolvidos?</b>	( ) Sim ( ) Não. Se não, descreva abaixo:
<b>Prazos estipulados</b>	( ) Sim ( ) Não. Se não, descreva abaixo:
<b>Resultados obtidos</b>	( ) Sim ( ) Não. Se não, descreva abaixo:
<b>Conclusão</b>	
<b>Prorrogar a ação</b>	( ) Sim ( ) Não. Se sim, por quanto tempo?
<b>Encerrar a ação</b>	( ) Sim ( ) Não. Se não, descreva abaixo:
<b>Observações</b>	

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do fiscalizador da Região

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável da UBS

\_\_\_\_\_  
Assinatura do membro da UBS

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se nessa pesquisa a utilização do questionário PCISME para o registro de incidentes nas UBS com ESF da APS da Região de Saúde Central para avaliar a existência de incidente durante o cuidado, procurando caracterizá-lo, conhecer a gravidade e os fatores que contribuíram para a ocorrência.

Os resultados da pesquisa demonstraram que o incidente de maior ocorrência nas UBS foi o evento adverso, contribuídos principalmente pela falha de comunicação coincidindo com outras pesquisas internacionais e uma nacional. Apesar de o estudo ter sido realizado apenas em uma região administrativa de saúde do DF, este pode ser utilizado como parâmetro para o desenvolvimento de ações para a melhoria do programa de segurança do paciente.

Diante do grande destaque que a APS vem ganhando no atendimento de saúde pública, considerando a grande procura da comunidade por este nível de atenção observa-se que por isso está mais propícia à ocorrência de incidentes.

Perante a fragilidade do processo de notificação, investigação, monitoramento, avaliação e intervenção das ocorrências que contribuem para melhorar a segurança e a qualidade da assistência, verificou-se a necessidade de produção de um protocolo de notificação de incidentes na APS e a necessidade de sensibilização dos parceiros da APS e dos Núcleos de Segurança do Paciente da SES-DF para sua implantação.

Portanto, como mecanismo para fortalecer, organizar, integrar e normatizar os processos de trabalho definiu-se uma proposta de Protocolo de Segurança do Paciente - prevenção de incidentes na Atenção Primária à Saúde – para contribuir diretamente para a efetivação do Plano Distrital de Segurança do Paciente, no âmbito do SES-DF.

Nesse sentido, esse Protocolo tem o intuito de ser aplicado em todos os serviços de saúde da SES/DF, por toda equipe multiprofissional da APS, com a intenção de notificar os incidentes com pacientes atendidos em UBS e prevenir novas ocorrências. Por isso, o protocolo será encaminhado para a Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde (CPPAS) para análise e posterior implantação na rede de atenção a saúde do DF.

Os registros dos incidentes podem ser realizados por profissionais e por usuários através dos formulários de notificação, em seguida encaminhados para conhecimento, avaliação e monitoramento que servirão para o planejamento das ações dos gestores de cada localidade e das áreas técnicas responsáveis, para assim promover melhorias efetivas para prevenção de novas ocorrências.

Sabendo-se que a temática segurança do paciente na APS não é muito difundida entre os profissionais, espera-se com este estudo a sensibilização para o tema e contribuir para

divulgação e implantação do Núcleo de Segurança e de condutas que prezem pela segurança dos pacientes na APS.

## ANEXO 01



## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE***

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto Segurança do paciente na atenção primária: identificação de incidentes em uma região administrativa no Distrito Federal, sob a responsabilidade do pesquisador Anna *Matisse Lavor Ferreira*.

O nosso objetivo é descrever os incidentes ocorridos com pacientes atendidos em Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família em uma Região Administrativa do Distrito Federal.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder no setor de Unidades Básicas de Saúde da Região Central de acordo com a sua disponibilidade, em seu horário de trabalho no período de Novembro de 2018 a Janeiro de 2019 com um tempo estimado que não exista obrigatoriedade, nem um tempo pré-determinado, para responder o formulário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o senhor (a) para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são constrangimento aos participantes. Entretanto para minimizar esse risco, as informações e as opiniões relatadas pelos profissionais serão anônimas e mantidas em total sigilo.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para os benefícios que estarão relacionados com a produção de informações sobre a Segurança do Paciente na APS levando a fortalecer ações de melhorias pra o PNSP nos serviços de saúde.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo o preenchimento do questionário. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada

diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no setor Diretoria de Atenção Primária à Saúde da Região Central podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Anna Matisse Lavor Ferreira, na SES-DF no telefone (61)985192183, no horário de 08h as 22h, disponível inclusive para ligação a cobrar. [annamatisse@hotmail.com](mailto:annamatisse@hotmail.com).

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4940 ou e-mail: [comitedeetica.secretaria@gmail.com](mailto:comitedeetica.secretaria@gmail.com).

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, 17 de Setembro de 2018

## ANEXO 02

### Tutorial

Prezado Sr(a), você estará recebendo um questionário impresso com envelope a ser lacrado. Havendo o interesse em participar da pesquisa confirmará com a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), com anonimato, e garantias não punitivas ao profissional participante.

Sabemos que esta temática ainda não foi muito difundida entre os profissionais de Atenção Primária à Saúde (APS), assim, elaboramos um glossário para poder ajudar nas terminologias usadas no questionário.

### Glossário

<b>Segurança do Paciente</b>	Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL,2013f).
<b>Incidente</b>	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente (BRASIL,2013f).
<b>Evento Adverso</b>	Incidente que resulta em dano ao paciente (BRASIL,2013f).
<b>Dano</b>	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou Psicológico (BRASIL,2013f).
<b>Erro em saúde</b>	É a falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. (Ruciman, 2009)
<b>Fator Contribuinte</b>	É uma circunstância, ação ou influência (tais como escalas ou distribuição deficiente de tarefas) que se pensa ter desempenhado um papel na origem ou desenvolvimento de um incidente, ou aumentar o risco de acontecer um incidente. Os fatores contribuintes podem ser externos (ou seja, fora do controle da estrutura ou da organização), organizacionais (por exemplo, indisponibilidade dos protocolos comumente aceites), relacionados com os profissionais (por exemplo, um defeito cognitivo ou de comportamento de um indivíduo, déficit no trabalho em equipe ou comunicação inadequada) ou relacionados com os doentes (por exemplo, não adesão ao tratamento). Um fator contribuinte pode ser um precursor necessário a um incidente e pode ou não ser suficiente para causar o incidente. (Ruciman, 2009)

Neste momento, o pesquisador estará te cadastrando e disponibilizando um número de identificação, para ser informado no questionário, e garantir o anonimato profissional. Seu número de identificação = **Profissional nº** .....



O questionário do estudo metodológico estará disponível na forma impressa ou através do *google* formulários, e estará sendo apresentado a você, para retirar possíveis dúvidas no preenchimento.

Este deverá ser preenchido pelo profissional ao detectar um incidente na sua atividade diária de atendimento na APS, ao preencher o questionário disponibilizado deverá lacrar no envelope e deixar na própria unidade de APS, onde a pesquisadora passará semanalmente para apanhar o envelope.

Solicitamos que seja preenchido o questionário para todos os casos que ocorrerem durante a coleta de dados e deverá ser encaminhado a pesquisadora.

Segue o contato da pesquisadora abaixo, para que qualquer dúvida você possa entrar em contato.

Anna Matisse

Email: [annamatisse@hotmail.com](mailto:annamatisse@hotmail.com)

Celular - (61) 985192183

**ANEXO 03**  
**QUESTIONÁRIO**

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**

Data de Nascimento:  
Sexo:  
Formação Profissional:  
Tempo de Formado:  
Especialização/ Pós-Graduação:  
Tempo de Atuação na ESF:

**2. Questionário *Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME)* adaptado para a realidade brasileira (MARCHON; JUNIOR, 2015b).**

Profissional nº	Incidente relatado nº
Questões	Alternativas de respostas
1. O incidente está relacionado com um paciente em particular?	Sim ou Não
2. Se sim, até que ponto conhece o paciente?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não conheço;</li> <li>• Conheço, mas não é meu paciente;</li> <li>• Conheço pouco (é a 1ª vez do paciente na consulta);</li> <li>• Conheço bem (é meu paciente).</li> </ul>
3. Idade do paciente (em anos). Para crianças menores de 1 ano, usar meses	Texto livre
4. Sexo do paciente	Masculino ou Feminino
5. O paciente pertence a um grupo com vulnerabilidade social? Se SIM, qual?	Sim ou Não Texto livre
6. O paciente tem um problema de doença crônica?	Sim ou Não
7. O paciente tem um problema de saúde complexo? (condição de difícil manejo clínico, presença de comorbidades, dependência de álcool e/ou drogas, distúrbios neurológico ou psiquiátrico)	Sim ou Não
8. O que aconteceu? Por favor, considere o que e quem esteve envolvido: Quem? (Não colocar nomes, apenas a categoria profissional: médico, enfermeiro, técnico de laboratório, recepcionista etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Houve um incidente, mas não chegou a atingir o paciente;</li> <li>• Houve um incidente, que atingiu o paciente, mas não lhe causou dano;</li> <li>• Houve um incidente, que atingiu o paciente e lhe causou dano.</li> </ul>

9. Qual foi o resultado? Identifique as consequências reais e potenciais, ou algum outro tipo consequência.	Texto livre
10. O que pode ter contribuído para este erro? Por favor, considere quaisquer circunstâncias especiais.	Texto livre
11. O que poderia ter prevenido o erro? Por favor, considere o que deve mudar para evitar repetição desse tipo de erro.	Texto livre
12. Onde aconteceu o erro? (Escolha todas as opções que se aplicam.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultório médico;</li> <li>• Hospital/Serviços de urgência;</li> <li>• Na farmácia;</li> <li>• No laboratório;</li> <li>• No RX onde realizou exames;</li> <li>• Consultório de enfermagem;</li> <li>• Domicílio do paciente;</li> <li>• No contato telefônico;</li> <li>• Atendimento administrativo;</li> <li>• Outros locais: _____</li> </ul>
13. Teve conhecimento de que outro paciente tenha sofrido este tipo de erro?	Sim ou Não
14. Como classificaria a gravidade deste dano?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dano mínimo (com recuperação de até um mês);</li> <li>• Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano);</li> <li>• Dano permanente;</li> <li>• Óbito;</li> <li>• Não tenho como classificar.</li> </ul>
15. Com que frequência ocorre este erro na sua prática?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primeira vez;</li> <li>• Raramente (1 a 2 vezes por ano);</li> <li>• Às vezes (3 a 11 vezes por ano);</li> <li>• Frequentemente (mais de 1 vez por mês).</li> </ul>
16. Outros comentários?	Texto livre