

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

JAQUELINE JORDANA RODRIGUES DE PAIVA

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MOSSORÓ
2019

JAQUELINE JORDANA RODRIGUES DE PAIVA

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Enfermagem (FAEN) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) como requisito obrigatório para obtenção do título de Licenciado e Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Professora Mestra Érica Louise de Souza Fernandes Bezerra.

MOSSORÓ
2019

Catálogo da Publicação na Fonte.
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

R696s Rodrigues de Paiva, Jaqueline Jordana
SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO
PRIMARIA À SAÚDE. / Jaqueline Jordana Rodrigues de
Paiva. - MOSSORO, 2019.
12590p.

Orientador(a): Profa. M^a. Érica Louise de Souza
Fernandes Bezerra.

Monografia (Graduação em Enfermagem).
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

1. Enfermagem. 2. Segurança Do Paciente. 3. Atenção
Primaria à Saúde. I. Souza Fernandes Bezerra, Érica
Louise de. II. Universidade do Estado do Rio Grande do
Norte. III. Título.

JAQUELINE JORDANA RODRIGUES DE PAIVA

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE

Monografia apresentada à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, como requisito obrigatório à obtenção do título de Licenciada e Bacharela em Enfermagem.

ORIENTADORA: Professora Mestra Érica Louise de Souza Fernandes Bezerra.

Aprovado em ___/___/___

Banca Examinadora

Profa. Mestra Érica Louise de Souza Fernandes Bezerra.
Orientadora
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Prof. Mestre Johny Carlos de Queiroz
Membro
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Prof. Doutor Alcivan Nunes Vieira
Membro
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

DEDICATÓRIA

Aos meus familiares, em especial à minha filha Ágatha Helena.

AGRADECIMENTOS

Desde criança, sempre sonhei em me formar, ser um profissional e enfim poder realizar todos os meus outros desejos. Hoje, realizo um grande sonho, não só meu, mas de toda a minha família. Ao recordar toda minha trajetória acadêmica, vejo o quanto tive que ser esforçada, determinada, ter perseverança e paciência para chegar até esse grande dia. Sei que não conseguiria chegar até aqui sozinha. Por isso, minha eterna gratidão aqueles que me ajudaram a concretizar esse grande sonho.

Em primeiro lugar, a Deus. Sou grata pelo dom da vida, pelo amor incondicional mesmo sendo tão falha e pecadora. À Ele que me deu forças e resignação para passar por todos os obstáculos, cansaços e desânimo. Graças as mãos dele cheguei até aqui e tenho esperança de um futuro feliz e de sucesso. À Nossa Senhora, minha mãe, que me cobre com teu manto sagrado, e que ilumina cada passo meu com o teu amor.

Agradeço aos meus pais, Jarbas e Rose. Pelo apoio, cuidado, dedicação e incentivo em todos os momentos de minha existência, que me ensinaram a importância do conhecimento, responsabilidade, amor e respeito ao próximo. Por amar e cuidar da minha filha como se fosse de vocês. Não seria nada sem as suas presenças constante que me passa segurança em seguir em frente. À minha irmã Emidiana, por ser um exemplo de profissional e dedicação aos estudos.

À minha filha Ágatha. Que ainda tão pequena, teve que se abdicar da sua mãe por algumas horas no dia para que eu pudesse ir a faculdade. Desculpa, se fui ausente em algum momento, dei o meu máximo, sei que mesmo tão pequena entendia que era uma fase de crescimento pessoal e profissional. Você é a razão de tudo, minha fonte de força, de amor puro e simples. Você é minha maior motivadora mesmo inconscientemente. Você é benção em minha vida. Foi por você, é por você e para VOCÊ. Te amo infinitamente.

Ao meu amor, Wesley. Meu parceiro de vida, meu melhor amigo, fiel e paciente. Nenhuma palavra seria capaz de demonstrar tamanha gratidão pelo incentivo, pelo amor, compreensão, humor e sua capacidade de me trazer paz em qualquer situação. Amo partilhar minha vida com você. Obrigada por fazer dos meus sonhos os seus sonhos. Te amo.

Aos meus familiares, avôs, tios, primos, padrinhos, pelos valores passados e pela capacidade de confiar em mim. Em especial, aos meus avôs maternos e paternos, pelo exemplo de garra, força e pela transmissão de valores éticos que levarei para o resto da vida.

Em particular, a mamãe (Maria Salete) (*in memoriam*), minha avó que tanto amo e que tive que conviver com sua ausência na reta final da minha formação. Te agradeço por ter sido minha segunda mãe, por se preocupar comigo e me apoiar com seu jeito único. Te amo além da vida.

À minha sogra, e meus cunhados, minha segunda família que tanto amo. Por sempre estarem prontos para me ajudar e por confiar no meu potencial. O humor de vocês torna os meus dias mais leves.

À minha amiga Ana Carla, por todas as palavras de apoio, por me fazer acreditar no meu potencial e torcer pela minha felicidade de uma forma única. Por toda sensatez, conhecimento, conselhos e parceria. Que possamos fortalecer ainda mais esse nosso laço.

Aos meus amigos verdadeiros da faculdade, meu grupinho, constituído por Aauto, Amanda, Ana Maria, Andressa, Anne e Brenda. Que compartilharam comigo os prazeres e dificuldades desta jornada com as quais convivemos durante horas. Por sermos uma grande família. Vocês foram fundamentais nesse ciclo e me ajudaram a me transformar em um ser humano e profissional melhor e mais confiante. Obrigada pela paciência com meus estresses, sempre quis o melhor para todos. Pelos risos, abraços, brincadeiras, comidas e acima de tudo pelo ombro amigo nas horas mais difíceis. Sem dúvidas, sem vocês não conseguiria. Amo cada um.

À minha turma de faculdade, por toda aprendizagem e conhecimento partilhado durante esses cinco intensos anos. Levarei todos comigo e torcerei por cada um. Parabéns a todos por essa grande vitória. Que partamos confiante em busca dos nossos ideais, no exercício da nossa profissão.

Aos professores, em especial a minha orientadora Érica Louise, pelo apoio, conhecimento, paz e tranquilidade transmitido com elegância e paciência durante todo o processo de construção deste projeto. Obrigada pela confiança, pelo carinho e preocupação que sempre demonstrou nessa nossa convivência. Aos membros da minha banca de monografia Alcivan e Johny pela disponibilidade de participar e pelas orientações e contribuição para com este trabalho.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram de forma direta e indireta para a realização desse grande sonho. Sem o apoio de todos eles, não seria possível.

RESUMO

O Programa Nacional de Segurança do Paciente instituído em 2013, trouxe maior visibilidade do tema segurança do paciente no contexto brasileiro. O programa tem como objetivo estimular e qualificar o cuidado em todos estabelecimentos de saúde, focando em uma assistência segura. Apesar do avanço na discussão, ainda há uma grande necessidade de reconhecer a segurança do paciente como uma prioridade em todos os âmbitos de atenção à saúde, seja ele em diferentes níveis de cuidado. Essa pesquisa objetiva avaliar a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos na atenção primária a saúde a partir do uso do questionário Primary Care International Study of Medical Errors, a fim de identificar a ocorrência de incidentes e/ou Eventos Adversos (EA) na atenção primária a saúde (APS) de Mossoró-RN, descrever as características dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) acometidos incidentes e/ou por eventos adversos, conhecer as causas e quais fatores contribuem para ocorrência dos EA na APS e por fim, contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde de Mossoró-RN. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde Dr. Sueldo Câmara, vinculada à Prefeitura Municipal de Mossoró-RN. A taxa de incidência envolvendo todos os incidentes foi de 1,50 %. O sexo feminino foi a categoria de paciente que mais sofreu incidente, sendo 74,1%. O fator contribuinte que mais comum foi a falha no cuidado com 58,0%. Conclui-se que apesar da APS ser incluída na criação do PNSP, ainda há poucos estudos no local, podendo ser observados por falta de produção científicas relacionadas a esta temática. Anseia-se que esta pesquisa possa contribuir para melhoria na qualidade do cuidado na APS, e que através dos resultados, os gestores e políticos despertem para um olhar mais amplo na atenção básica, estimular mais pesquisas na área de segurança do paciente.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Segurança do Paciente. Enfermagem

ABSTRACT

The National Patient Safety Program established in 2013 brought greater visibility on the patient safety theme in the Brazilian context. The program aims to stimulate and qualify care in all health facilities, focusing on safe care. Despite the progress in the discussion, there is still a great need to recognize patient safety as a priority in all areas of health care, be it at different levels of care. This research aims to evaluate the occurrence of incidents and / or adverse events in primary health care using the Primary Care International Study of Medical Errors questionnaire, in order to identify the occurrence of incidents and / or adverse events (AE) in health care. primary health care (PHC) of Mossoró-RN, describe the characteristics of users of the Unified Health System (SUS) affected incidents and / or adverse events, know the causes and which factors contribute to the occurrence of AE in PHC and finally, contribute to improving the quality of care in Primary Health Care Mossoró-RN. This is a descriptive exploratory study with a quantitative approach. The study was conducted at the Dr. Sueldo Câmara Basic Health Unit, linked to the Municipality of Mossoró-RN. The incidence rate involving all incidents was 1.50%. Females were the category of patient who suffered the most incident, being 74.1%. The most common contributing factor was failure to care with 58.0%. It is concluded that although PHC is included in the creation of the PNSP, there are still few studies on site, which can be observed due to the lack of scientific production related to this theme. It is hoped that this research can contribute to improving the quality of care in PHC, and that through the results, managers and politicians awaken to a broader look at primary care, stimulate more research in the area of patient safety.

Keywords: Primary Health Care. Patient Safety. Nursing

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários da Saúde

EA – Eventos Adversos

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estado Unidos da América

ICPS – Classificação Internacional de Segurança do Paciente

ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

IOM – Institute Of Medicine

IRAS – Infecções Relacionadas a Assistência

NEQSP – Núcleo de Estudos em Qualidade e Segurança do Paciente

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCISME – Primary Care Internacional Study Of Medical Errors

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

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SAME – Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

SIH – Sistema de Informação Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UERN – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 GESTÃO DE QUALIDADE	19
3.2 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)	24
3.3 SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS	25
4 METODOLOGIA	27
4.1 TIPO DE ESTUDO	27
4.2 LOCAL DO ESTUDO	27
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
4.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	28
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	29
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	30
4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	32
5.2 TIPOS DE INCIDENTES PREVALENTES NA UBS	33
5.3 FATORES QUE CONTRIBUÍRAM PARA A OCORRÊNCIA DOS INCIDENTES	36
5.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NOS ACIDENTES DA APS	38
5.5 LOCAL DE OCORRÊNCIA DE INCIDENTES	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXOS	47
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA	47
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	48
APÊNDICES	52
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO (PCISME)	52
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	54

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a temática sobre Segurança do Paciente está sendo muito discutida por toda comunidade de serviços de saúde, com maior relevância após a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) no Brasil, instituído no ano de 2013, que tem como objetivo estimular e qualificar o cuidado em todas as redes de saúde, focando em uma assistência segura e digna.

O tema foi despertado a partir da publicação do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) intitulada “*To err is human*” (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999), a mesma constatou que entre 44.000 a 98.000 pacientes morrerem por ano nos Estados Unidos devido a erros na assistência, assim informando a população sobre os riscos decorrentes do moderno cuidado de saúde. A partir de então, os desfechos dos casos de saúde tornaram-se objeto de estudo, a fim de acentuar as necessidades para a consolidação da cultura de segurança do paciente em todo sistema de saúde.

Os investimentos na segurança do paciente estão voltados para o aprimoramento de programas que tem como meta à promoção de cultura de segurança nas instituições de saúde, que intentam a prevenção de incidente, como uma prioridade dos gestores, líderes, profissionais e pacientes. Desta forma, deve incentivar o desenvolvimento da capacidade de avaliação do contexto hospitalar em cada profissional, buscando riscos potenciais para a ocorrência de incidentes. Para que sejam identificados as falhas e os caminhos para bani-las, é imprescindível o comprometimento institucional (CARRERA, 2013).

No Brasil as discussões sobre a segurança dos pacientes e a implementação da cultura de segurança foi instituída através do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 1º de abril de 2013, através da Portaria de nº 529, do Ministério da Saúde, com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Para cultura de segurança ser consolidada nos serviços de saúde precisa haver a disseminação das informações através dos gestores em todos os níveis de atenção. A cultura deve ser analisada por setores para identificar as falhas da disseminação das informações e assim ser trabalhada em diferentes níveis. Vincent (2009) considera que a segurança do paciente deve ser levada a sério desde o gestor exercer seu papel de forma comprometida, transmitindo seu intuito de priorizar a segurança.

Tendo conhecimento de que para se considerar que uma instituição de saúde é voltada para a segurança do paciente, gestores e líderes devem priorizar a gestão voltada à cultura de segurança, valorizando: processos de aprendizagem; trabalho em equipe como um princípio fundamental; comunicação eficaz entre os profissionais deve ser uma prioridade; feedback dos resultados das análises de incidentes devem ser divulgados na instituição, assim como; dimensionamento adequado da equipe de saúde para assistir ao paciente não pode ser negligenciado, pode-se afirmar que estes são fatores fundamentais na construção da cultura de segurança do paciente (CARRERA, 2013).

As notificações são um importante instrumento para a identificação dos eventos adversos, principalmente por ser uma ferramenta de baixo custo e por conseguir envolver toda comunidade hospitalar, profissionais de saúde, pacientes e seus cuidadores, a fim de uma assistência de qualidade centrada no paciente.

Uma nova abordagem voltada à segurança do paciente é a de reestruturar processos de assistência à saúde, ao invés de culpar os profissionais, com o objetivo de antecipar-se a ocorrência de incidentes que possam causar danos aos pacientes, tendo como princípio desta condição sempre conhecer, aprender e prevenir.

Incidentes são eventos ou circunstâncias que podem ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Há 04 grupos de incidentes, sendo eles: Circunstância de Risco (*reportable circumstance*) que é uma situação em que houve potencial significativo de dano, mas não ocorreu um incidente; eventos adverso que são incidentes que resultam em danos à saúde, sendo esses incidentes eventos ou circunstâncias que podem resultar em danos desnecessários a saúde; quase erro (*Near Miss*) que são incidentes que não atingem o paciente; e incidente sem danos um evento que ocorre a um paciente, mas não chega a resultar em dano

Os incidentes devem ser analisados com discussão em equipe das causas sistêmicas que favoreceram a ocorrência, tendo como meta a aprendizagem com estes incidentes ocorridos. Observam-se quais as fases não tiveram sua barreira de defesa, ou que foram puladas, tornando desta forma, o sistema frágil e suscetível a incidentes. Desta forma, é necessário o fortalecimento das barreiras existentes ou criação de novas para mitigar novos incidentes. Através do alcance do aprimoramento dos processos e da assistência prestada, partiremos de uma cultura punitiva para uma cultura de aprendizado com os incidentes, que é fundamental para promoção e

sustentação da cultura de segurança (SILVA, 2003; CLARO, et al 2011; FIDÉLIS, et al, 2011).

É fundamental identificar quais são os processos mais críticos e com maior probabilidade para novos incidentes, para que ações eficazes de prevenção possam ser desenvolvidas (BRASIL, 2013).

Por muitas vezes a cultura de punição, finda em um baixo número de notificações e falta de informações sobre os incidentes que ocorrem, conseqüentemente impedindo a análise e debate das conseqüências desses incidentes, para que assim seja planejada, desenvolvida e aplicada uma intervenção para promoção e prevenção dessas práticas.

A cultura de segurança impulsiona os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos por meio de uma liderança proativa, na qual se potencializa o entendimento e se explicitam os benefícios, assegurando a imparcialidade no tratamento dos eventos adversos, sem tomar medidas de punição frente à ocorrência dos mesmos. A mudança cultural acerca da segurança do paciente é crucial para que sejam implantadas medidas eficientes de prevenção e redução dos riscos e eventos adversos (SILVA, 2009).

Há uma grande necessidade de reconhecer a segurança do paciente como uma prioridade em todos os âmbitos de atenção à saúde, seja ele em diferentes níveis de cuidado, seja da promoção da saúde até o tratamento da doença, ou seja, o paciente precisa se sentir e estar seguro, independente do processo de cuidado que ele está submetido.

Tanto Paese e Sasso (2013) como Marchon (2015) apontam que apesar de uma grande parte dos cuidados seja prestada no nível da atenção primária à saúde (APS), as pesquisas e as análises sobre a segurança dos pacientes têm sido centradas em hospitais, devido à complexidade do cuidado. Porém, maior parte dos cuidados prestados no hospital tem origem em outros locais, com APS, além de que os cuidados na APS também ficaram mais complexos com o avanço da tecnologia.

Para a avaliação da segurança do paciente são utilizados diversos métodos para avaliar falhas e EA, além de metodologias para medir os danos e identificar as causas. Em razão da diferença de registros, a maioria dos estudos de EA nos hospitais utilizam a revisão de prontuários e nos estudos nas APS o método mais utilizado é a análise nos sistemas de notificação. Os EA nas APS são frequentes e específicos para o ambiente.

O interesse pela temática surgiu a partir da minha participação no Núcleo de Estudos em Qualidade e Segurança do Paciente (NEQSP), concomitante a experiência acadêmica vivenciada durante o Estágio em Serviços de Saúde I e Estágio em Prática de Ensino III realizado na Unidade Básica Doutor Sueldo Câmara, além de mediante poucos estudos e publicação sobre segurança do paciente na APS, assim observado uma lacuna no conhecimento.

Mediante o exposto parte-se do seguinte questionamento: Acontece eventos adversos na atenção primária a saúde? Quais são os tipos de eventos adversos? Com que frequência acontecem, e quais são os fatores que contribuem para o acontecimento? Quais são os danos gerados?

Neste sentido este estudo objetiva a aplicação do *Primary Care International Study of Medical Errors* (PCISME). E elencamos as seguintes hipóteses: Existe ocorrência de eventos adversos na prestação da assistência em saúde a nível de atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS); os usuários acometidos pelos incidentes relacionados a assistência à saúde são adultos, de grupo prioritários (Doenças crônicas) e sem pertencem a um grupo de vulnerabilidade social.

Como desfecho da pesquisa, estima-se o repensar na assistência prestada, voltando-se a prática segura e conseqüentemente a minimização de eventos adversos, uma vez que objetiva contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos na atenção primária a saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características dos usuários do SUS acometidos incidentes e/ou por eventos adversos na APS;
- Conhecer as causas relacionados a ocorrência dos Eventos Adversos na APS;
- Conhecer os fatores relacionados a ocorrência dos Eventos Adversos na APS;
- Contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 GESTÃO DE QUALIDADE

Desde o início do século XXI, com a publicação do estudo “*To Err is Human*”, os profissionais de saúde têm o desafio de empenhar-se para o aperfeiçoamento de uma melhor assistência, em que livre o paciente de danos, de forma eficaz e através de conhecimento técnico-científico associado a modernas tecnologias, isso está relacionado a uma qualidade em segurança do paciente (WACHTER, 2010).

Nessa perspectiva, Florence Nightingale, mulher de exímia capacidade de trabalho, gestão e liderança, também marcou a profissão de enfermagem pela preocupação com a qualidade dos cuidados prestados às pessoas, enfocando, em suas publicações, o não causar danos durante todo o cuidado em saúde (MELLO, 2013).

“*Primum non nocere*”, significa primeiro não causar dano, frase dita pelo pai da medicina, Hipócrates, no quarto século antes de cristo. Já em 1863, Florence Nightingale em seu livro “Notas sobre hospitais”, diz: “Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes” (WACHTER, 2010).

A definição para a segurança do paciente surgiu a partir do movimento da qualidade dos cuidados de saúde, com abordagens diferentes para os componentes mais concretos e essenciais. Segundo Reis (2015), o atual conceito de segurança do paciente direciona como fatores para a ocorrência de eventos adversos, as deficiências do sistema de prestação de cuidado, em sua concepção, organização e funcionamento, ao em vez de culpabilizar os profissionais separadamente.

A segurança do paciente foi definida pelo Institute of Medicine (IOM) como: a ênfase deve ser colocada no sistema de prestação de cuidados, no qual se deve evitar incidente e prevenir os danos causados aos pacientes.

O "Desafio Global para a Segurança do Paciente" é uma das ações previstas pela O para minimização de riscos em todos os países. A cada dois anos é lançado um tema prioritário. O primeiro desafio foi lançado em 2005, focado na prevenção e redução de Infecções Relacionadas à Assistência (IRAS), com o tema "Uma

Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura". O segundo desafio focou a segurança cirúrgica, com o tema "Cirurgia Segura Salva Vidas" (BRASIL, 2011).

No Brasil, no ano de 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), vinculada ao Ministério da Saúde, substituiu a Secretaria de Vigilância Sanitária, como um órgão regulador do governo. A ANVISA formou a Rede de Hospitais Sentinela, em 2001, com o propósito de controlar a qualidade dos medicamentos, equipamentos, insumos, hemoderivados entre outros serviços (BRASIL, 2001). Em 2007, o Brasil formalizou o compromisso com a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, pelo Ministro da Saúde, na Declaração de Compromisso na Luta contra as IRAS (BRASIL, 2010).

No decorrer dos anos, é possível notar o progresso no conhecimento sobre segurança do paciente, foram criadas diferentes estratégias, ferramentas e abordagens que estão contribuindo com a qualidade em segurança do paciente em todo o mundo. E esse progresso foi essencial para um novo olhar acerca do cuidado.

Deve-se aprender com os incidentes que ocorrem, e construir uma cultura de segurança, que envolvam profissionais de saúde, organizações, pacientes e acompanhantes (ASPDEN et al., 2004). De forma que o paciente e acompanhante se sintam também responsável pelo cuidar, sendo parte ativa de toda o processo saúde e doença.

No entanto, com o cuidado sendo delegado para o familiar no ambiente hospitalar, estabelecer uma cultura de segurança do paciente envolve uma série de investimentos, principalmente porque a lógica do cuidado profissional difere da lógica do cuidado familiar. O cuidado profissional obedece a racionalidade científica, instrumental, permeado de normas e rotinas, enquanto que o cuidado familiar obedece a lógica da racionalidade aberta que envolve não somente a instrumentalização das ações, mas a razão sensível dos indivíduos (LOPES, 2010).

A cultura de segurança nos hospitais visa alcançar uma maior transparência sobre os procedimentos realizados junto ao paciente por parte dos profissionais que ali atuam. Esta cultura compreende a importância do aprendizado constante e da comparação entre várias unidades de atendimento, buscando medir as condições de cada uma e como evitam danos junto aos pacientes nos serviços de saúde.

Brasil (2017) apresentou que no ano de 2016 foram notificadas pelos Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), 53.997 casos, sendo que entre estes foram

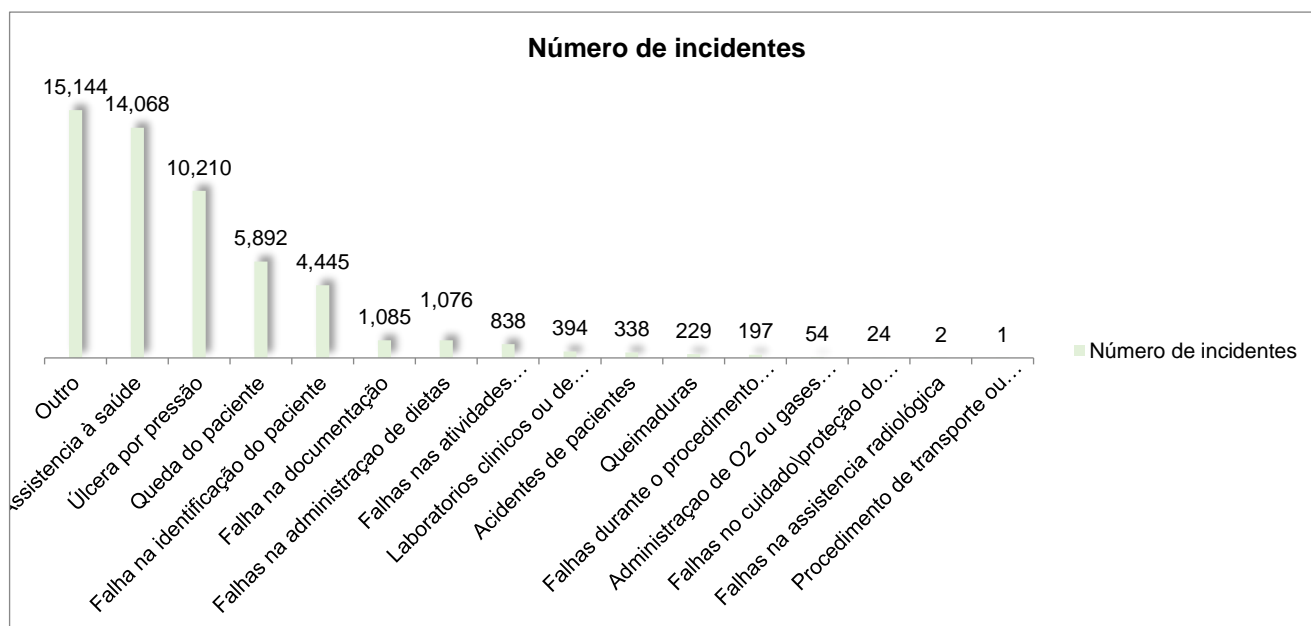
considerados 13 tipos de incidentes. O arquivo ressalta que dos casos apresentados, 249 aconteceram em unidades básica de saúde, conforme apresenta a Tabela 01.

Tabela 01: Número de incidentes relacionados à assistência à saúde notificada, por categoria do serviço (n=53.997).

Tipos de serviço	Número de Incidentes	Percentual (%)
Hospital	50.735	94
Serviço exclusivo de urgência/emergência	1.274	2,3
Ambulatório	525	0,9
Outros	350	0,6
Serviços ou instituições de saúde mental	282	0,5
Centro de saúde\Unidade básica de saúde	249	0,4
Serviços de hemodiálise	224	0,4
Clínicas	199	0,3
Radiologia	67	0,1
Laboratório de análises	52	0,09
Farmácia	34	0,06
Hemocentro ou agência transfusional	4	0,007
Medicina Nuclear	2	0,003
Total	53.997	100

Fonte: Brasil (2016)

Para melhor compreensão de como e por onde ocorrem os incidentes, BRASIL (2017) apresenta as notificações salientadas por tipo, visando apresentar a sociedade e também aos profissionais, quais são suas maiores falhas e quais as maiores necessidades de qualificação ou requalificação, sempre em busca do melhor atendimento e com qualidade voltado a seu paciente.

Gráfico 01: Número de incidentes relacionados à assistência à saúde notificada, por tipo (n=53.997).

Fonte: Brasil (2016)

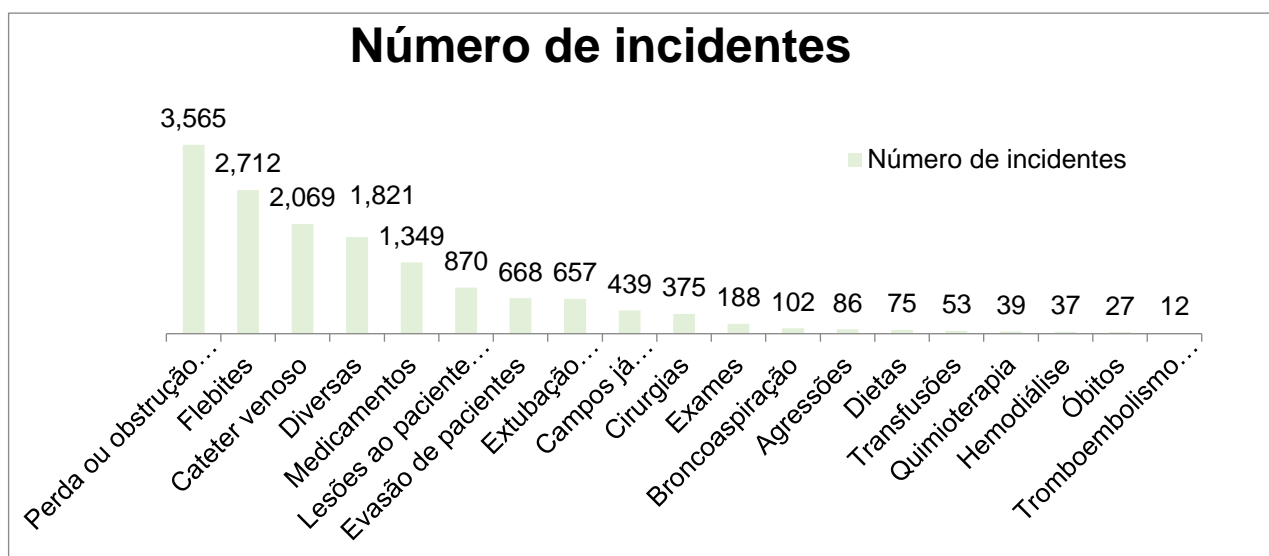
É possível observar que existem 15.144 incidentes classificados como “outros”, sendo assim, o gráfico 02 apresenta de quais incidentes se trata, apontando um a um e sua específica quantidade.

Se observados os números de maneira geral, compreende-se que os incidentes são em ordem maior, consideradas leves, sendo seguidas respectivamente, por moderadas, graves e óbitos, entretanto todas precisando de avaliação e correção, sendo que de um modo ou de outro são erros que afetam a vida dos pacientes e que também denigrem a imagem do profissional de saúde.

Se tratando da APS, Andrade *et al.* (2018), afirmam que para que exista uma cultura de segurança no atendimento de atenção primária, é cabido que existam ferramentas que possibilitem as mudanças ali necessárias, atrelada ao envolvimento de todos os profissionais que atuam no ambiente.

Vale esclarecer que existem iniciativas que fomentam a cultura de segurança junto ao paciente. Estas são conhecidas como Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), sendo que estas são responsáveis por trabalhar planos de segurança voltadas ao paciente.

Gráfico 02: Número de incidentes relacionados à assistência à saúde classificados como “outros” (n=15.144).



Fonte: Brasil (2016)

Ainda é importante entender que estas iniciativas são devidamente importantes para o NSP, sendo que o mesmo promove a prevenção e controla os incidentes junto aos indivíduos que buscam o serviço de saúde.

Além de executar a prevenção, o controle e a mitigação de incidentes, o NSP transmite aos profissionais informações acerca dos impactos para o paciente quando estes erram em algum procedimento. É importante entender que o papel do núcleo é apresentar a impotência da qualidade nos serviços de saúde, onde estes devem visar à segurança dos pacientes.

Entre os anos de 2014 e 2018 são existentes dois mil trezentos e trinta e três NSP em todo o Brasil e esse número de implantações torna possível o conhecimento sobre as extensas notificações de falhas. Entre os tantos casos já notificados, apenas no ano de 2018 já tinham foram registrados 103.285 casos (BRASIL, 2018).

Prates *et al.* (2019), afirmam que mesmo sendo obrigatório existir uma NSP nas instituições hospitalares, não é fácil que exista, pois, muitos fatores interferem nesta implantação, tais como falta de recursos financeiros, desconhecimento sobre a necessidade desta implantação e ainda o ensejo de atribuir aos profissionais a culpa sobre os erros verificados. Ou seja, uma cultura de segurança do paciente danificada. Mas vale discorrer que diante de situações como estas é que se percebe a importância

das NSP, sendo que as mesmas surgem exatamente para minimizar estas complexidades.

Diversas são as situações que levam a erros durante um atendimento, o que conseqüentemente trazem ocorrências e danos aos pacientes que buscam seus direitos diante de ocorrências que abrem contra médicos e seus atendimentos.

Marchon (2015) afirma que os problemas ocorrem, principalmente, porque existe insegurança por parte da gestão das unidades de atendimento. O autor discorre que, além disso, existem diversas falhas estruturais, ou seja, falta de recursos para o atendimento de qualidade dos profissionais. Vale complementar que por falta de gestão, ocorrem também procedimentos descuidados por parte dos profissionais e más práticas durante o atendimento.

Vasconcelos (2015) complementa dizendo que a gestão dos serviços também precisa acontecer de forma isolada, ou seja, este profissional não pode ou não deve acumular funções, sendo que a gestão requer planejamento e processo diferente das demais.

3.2 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)

Para minimizar as problemáticas relacionadas à gestão das UBS, surge o Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ), visando à inovação diante de mudanças com relação aos recursos disponibilizados para a Atenção Básica (AB), inclusive no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Vasconcelos (2015) discorre que o objetivo é conduzir condições de melhoria a práticas tanto na atenção ao paciente, como a gestão das unidades e a própria participação dos envolvidos, levando em consideração as orientações já reveladas nacionalmente.

Conforme o Ministério da Saúde a PMAQ aconselha diversas estratégias, sobretudo de qualificação para os profissionais atuantes para que possa realmente acontecer à qualidade no atendimento. Mas também visa o melhor acompanhamento das práticas cabidas dentro do cenário e avaliação sobre o trabalho exercido (BRASIL, 2019).

Cabe salientar que estas medidas só acontecem necessariamente depois que entendidas, sobretudo, pelo governo federal, pois é através do mesmo que os recursos são destinados para os municípios e é a partir destas que ocorre a qualidade no atendimento.

É importante compreender que para que a PMAQ entrasse em vigor, foram necessárias negociações diversas com as gestões do próprio SUS, sendo que são “o Ministério da Saúde (MS) e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)” (VASCONCELOS, 2015, p. 32).

3.3 SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS

A atenção primária tem objetivo oferecer acesso universal, encaminhar, coordenar e expandir a cobertura de assistências para níveis mais complexos de cuidado, além de implementar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM et al., 2011). Neste contexto é que a segurança do paciente se insere, sendo um fator de extrema importância para a sociedade como um todo. Vale salientar que se espera que sejam considerados aqui a gestão de riscos, dados estatísticos sobre as situações e ainda um planejamento estratégico que vá de encontro às melhorias para a qualidade de vida de toda uma sociedade.

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) produziu o relatório “Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais Que Nunca” expõem e descreve o cuidado ao paciente como pouco seguro, afirmando que o sistema é incapaz de garantir níveis de segurança básico, que integram causas de morte e de ausência de saúde, muitas vezes desvalorizadas. No mesmo período em que o relatório havia pouca publicação sobre EA para pacientes de APS, porém várias pesquisas em Hospitais, sendo estes eventos ocorridos antes da admissão do paciente no hospital, assim podendo ser considerado que tenha ocorrido na APS.

O ambiente em que o paciente está inserido é um fator importante para determinar os riscos ao paciente, sendo eles diferente na atenção primária, na domiciliar e na atenção hospitalar. Por esses motivos os riscos precisam ser tratados de forma distintas, com diferentes abordagens de acordo com a natureza de cada trabalho (VINCENT; ALMABERTI, 2016).

Os cuidados de saúde da atenção primária estão sendo cada vez mais complexos, tornando-se cada vez mais difícil prestar um cuidado completamente seguro aos pacientes. O envolvimento do paciente e dos seus cuidadores na gestão de risco a torna mais eficaz, e é através de uma comunicação efetiva e educação em saúde que se tem uma melhor resposta (VINCENT; ALMABERTI, 2016).

O grau de complexidade para o cuidado e o nível de segurança dos pacientes na atenção primária tem garantido 3,0% a 16% de pacientes hospitalizados, sobretudo, em países desenvolvidos. De acordo com BRASIL (2017), estes dados têm feito com que a segurança do paciente seja vista como urgente diante os sistemas de saúde não apenas do Brasil, mas do mundo.

Conforme a OMS, de cada dez pacientes atendidos, pelo menos um sofre por algum tipo de erro. Compreendendo que a incidência de danos pode ainda ser maior é que se compreende a preocupação por parte das nações. Assim, no ano de 2015, a Anvisa apresenta o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente”, visando a organização no que cabe a vigilância e monitoramento diante dos incidentes ocasionados durante a assistência à saúde (BRASIL, 2017).

Um grande ponto de partida para conhecer os motivos para monitorar os incidentes e promover a segurança do paciente na APS é conhecer as fraquezas e os pontos fortes da cultura de segurança do paciente e assim planejar intervenções.

Apesar de poucos estudos na APS, vários países já desenvolveram questionários para serem aplicados no ambiente e nelas apresentam que as melhores estratégias para melhorar a segurança do paciente na APS é a utilização de tecnologia de informações, padronização dos processos através de protocolos clínicos, educação permanente para os profissionais e o número correto de insumos e equipamentos de qualidade.

O fortalecimento dessa cultura é um fator condicionante para o desenvolvimento de mais estratégias para a garantia da qualidade e conseqüentemente a diminuição de incidentes na APS.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa. Segundo afirma Oliveira (2002), o trabalho descritivo visa abranger aspectos gerais e amplos de um contexto social de tal forma a possibilitar o desenvolvimento de um nível de análise em que se permite identificar as diferentes formas dos fenômenos, sua ordenação e classificação. Esse tipo de estudo é adequado quando o pesquisador necessita obter melhor entendimento a respeito do comportamento de vários fatores e elementos que influenciam determinados fenômenos.

Em complementaridade, o estudo exploratório é desenvolvido com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Possibilita ao pesquisador fazer um levantamento provisório do fenômeno que deseja estudar de forma mais detalhada e estruturada (OLIVEIRA, 2002).

A abordagem quantitativa procura descrever os significados dos objetos e atos, tendo como foco principal a estruturação e a pontualidade, realizando análises com a utilização de técnicas dedutivas e chegando a resultados generalizáveis (GIL, 2010). E, ainda segundo Minayo (2010), o estudo quantitativo tem como objetivo trazer dados, indicadores e tendências observáveis, devendo ser utilizado para compreender grande quantidade de dados.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Sueldo Câmara, vinculada à Prefeitura Municipal de Mossoró-RN, localizada na Rua Neide Pinheiro Paula, s/n, Bairro Aeroporto II, CEP 59607-235. A UBS possui 02 Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal, realizando atividade ambulatorial de atenção primária e de média complexidade, o fluxo de clientela é de demanda espontânea.

A unidade foi escolhida por ser campo de estágio da disciplina Estágio em Serviços de Saúde I e Estágio em Prática de Ensino III.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa foi realizada com 23 profissionais da Unidade Básica de Saúde Dr. Sueldo Câmara que compõe as 02 Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal. Sendo eles: 02 Enfermeiras, 02 Médicos, 02 Odontólogos; 13 Agentes Comunitários de Saúde; 02 Auxiliares de Saúde Bucal; 02 Técnicos de Enfermagem.

Os profissionais que responderam ao questionário são profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). A cada profissional participante foi solicitado a fazer um relato anônimo e confidencial.

Como critérios de inclusão, está amostrou contou com a participação dos profissionais que fazem parte da Equipe de Estratégia de Saúde da Família cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e que aceitou participar da pesquisa.

Como critérios de exclusão, foram excluídos da pesquisa aqueles que estão dispensados institucionalmente por meio de atestados, gozo de férias ou licenças e/ou afastamento do serviço.

4.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Para atender os objetivos desta pesquisa optou-se pela utilização do Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME) (ANEXO 01), que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) pode contribuir prioritariamente para dois itens do ciclo de avaliações da segurança do paciente na atenção primária a saúde: medir os danos e compreender as causas. O PCISME tem caráter pioneiro, pois foi replicado em vários países, sendo traduzido e adaptado para o português brasileiro por Simone Grativol Marchon em seu estudo de Doutorado vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

O processo de tradução e adaptação do questionário Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME) cumpriu o papel de contribuir com instrumentos específicos para mensuração de incidentes em APS. A aplicação desses instrumentos

chama a atenção para o problema da ocorrência de danos em pacientes na APS. Os resultados da aplicação do questionário adaptado à realidade brasileira podem produzir informações específicas sobre este campo do conhecimento, de modo a fortalecer iniciativas nacionais para a melhoria da segurança do paciente, como o Programa Nacional de Segurança do Paciente

Para a adaptação do instrumento usado no estudo PCISME, que foi realizado por Simone Marchon, para a APS no Brasil foi organizado um painel com especialistas, composto por 5 profissionais entre médicos de família e pesquisadores da área de gestão e de segurança do paciente, na qual validou o instrumento de pesquisa com mudanças propostas para o contexto da APS. O instrumento de coleta de dados utilizado no estudo PCISME é um questionário com 16 questões abertas e fechadas para que a equipe de ESF registrassem os incidentes ocorridos com os pacientes das unidades de saúde da família, com garantias do anonimato, onde cada questionário é utilizado para notificar um único incidente.

As respostas serão arquivadas na Faculdade de Enfermagem aos cuidados do Departamento de Enfermagem e da coordenadora da pesquisa. A coleta de dados foi realizada pela aplicação do PCISME no ambiente de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, através de agendamento prévio e autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da UERN.

O profissional participante recebeu uma visita do pesquisador assistente, devidamente identificado, portando um termo de autorização do Gestor Municipal para a pesquisa em campo, e deixando dados de contatos via e-mail, telefone e endereço residencial. Cada profissional recebeu um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) com as informações necessárias sobre a pesquisa e 05 questionários impresso com envelope a serem lacrados. Foi explicado que ao assinar o TCLE significa o aceite da participação na pesquisa. Os instrumentos preenchidos não foram identificados e foi garantido ao participante desistir a qualquer tempo de fazer parte da pesquisa.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As respostas dos questionários foram organizadas de forma que se permitiu conhecer as razões de incidentes; as razões de incidentes que não atingiram os pacientes; as razões de incidentes que atingiram os pacientes e não causaram o dano

e as razões de incidentes que atingiram os pacientes e que causaram danos. Para calcular as frequências dos incidentes o numerador foi composto pela soma dos incidentes relatados pelos participantes e o denominador pela soma das consultas realizadas pelos participantes durante o período, informações, essas, quer foram colhidas em um livro de registro de atendimento da UBS Dr. Sueldo Câmara. O resultado dessa fração foi multiplicado por 100.

As definições que foram utilizadas encontram-se nos estudos sobre segurança do paciente da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS – sigla em inglês) da Organização Mundial da Saúde (OMS). No ICPS considera-se um incidente um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente, advindo de atos não intencionais ou intencionais. O incidente pode atingir ou não o paciente. Quando atinge pode ou não causar um dano. Quando não causa dano é chamado de incidente sem dano e quando causa o dano é chamado de evento adverso. Segurança do Paciente é definido como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário à saúde. Os dados foram expostos em gráficos ou tabelas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi encaminhada para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), e teve início de sua coleta de dados após a emissão do parecer consubstanciado com a devida aprovação do trabalho (ANEXO B).

Os aspectos éticos da pesquisa foram pautados na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa da UERN. Dos profissionais que foram abordados para participar da pesquisa, poder concordar com a participação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

O risco social de exposição da identidade do participante foi mitigado através da manutenção do segredo da identificação, com o direito de retirar a autorização a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo para si ou para a pesquisa. Os sujeitos da

pesquisa foram orientados que sua participação não o expõe a qualquer risco de represália ou retaliações na instituição. Já os benefícios da pesquisa envolvem o repensar na assistência prestada, voltando-se a prática segura e conseqüentemente a minimização de eventos adversos. Espera-se que esse estudo contribua tanto para os profissionais quanto para os usuários uma vez que objetiva contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde de Mossoró-RN.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram registrados 31 incidentes em 2065 consultas realizadas em média por mês pelos participantes no período da coleta de dados que foi realizado no mês de agosto de 2019. O número de consultas é a soma de atendimentos dos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentistas, que foram registrados em uma lista de atendimentos individuais dos profissionais. Essa lista fica localizada em um livro de atendimentos diário na sala da diretora da UBS, e foi disponibilizada por ela para a conclusão deste estudo. Para calcular as frequências dos incidentes o numerador foi composto pela soma dos incidentes (31 incidentes) e o denominador pela soma das consultas realizadas pelos participantes durante o período (2065 consultas). O resultado dessa fração foi multiplicado por 100 sendo a razão dos incidentes de 1,50%.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Dos 115 questionários aplicados a população de 23 profissionais, 33 questionários foram respondidos. Dois (6,06%) não foram aceitos por motivos de não preenchimento dos campos “idade”, “sexo do paciente” e resultados de incidentes”. Foram analisados então 31 questionários. Apesar de cada questionário representar a citação de um único incidente, é possível identificar outros durante a respostas das perguntas.

O sexo feminino foi a categoria de paciente que mais sofreu incidentes, sendo 23 (74,1%) dos 31 casos relatados no instrumento de captação. Ao analisarmos o porquê do quantitativo inferior do sexo masculino nas respostas, Figueiredo (2008) discorre que a sociedade constrói a própria cultura do perfil dos homens, trazendo como noção de força, virilidade e invulnerabilidade, o que dificulta o reconhecimento nos homens sobre suas necessidades de cuidado à saúde. Criando uma imagem de que os serviços de saúde são destinados às mulheres. Assim sendo compreensível a majoritariedade de mulheres nos questionários.

De acordo com o total de questionários respondidos, em sua maioria, os pacientes são adultos (18 - 58,0%), com presença de doenças crônicas (48,3%) e sem pertencer a um grupo de vulnerabilidade social.

Tabela 2 - As características gerais dos pacientes acometidos por incidentes citados no questionário

Características	Categorias	Total (N -%)
Sexo	Feminino	23 (74,1%)
	Masculino	8 (25,8%)
Faixa etária	1 mês - 11 meses	4 (12,9%)
	1 ano - 10 anos	4 (12,9%)
	11 anos - 20 anos	
	21 anos - 50 anos	18 (58,0%)
	51 anos - 80 anos	5 (16,1%)
	Mais de 80 anos	
Presença de doenças crônicas	Sim	15 (48,3%)
	Não	16 (51,6%)
Vulnerabilidade social	Sim	10 (32,2%)
	Não	21 (67,7%)

Fonte: *Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME)*, aplicado na UBS Sueldo Câmara em 2019

Alguns pacientes pertenciam a grupos de vulnerabilidade social (10 – 32,2%). Entre eles 5 (50%) tinham baixa renda, 1 (10%) era usuário de drogas, 1 (10%) sofria violência doméstica, 1 (10%) era paciente de saúde mental. Alguns participantes consideraram crianças e idosos como grupos de vulnerabilidade social, sendo eles, 2 (20%) e 1 (10%) respectivamente. Para a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura (UNESCO), vulnerabilidade social é o resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais e o acesso a estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais que provem do estado, do mercado e da sociedade, isso inclui situação de pobreza, mas não se limita.

5.2 TIPOS DE INCIDENTES PREVALENTES NA UBS

A tabela 3 apresenta os tipos de incidentes, gravidade, consequência e fatores contribuídos que foram percorridos pelos participantes nas respostas dos

questionários. Aos participantes responderam o questionamento sobre como ele classificaria a gravidade do erro, a respostas foram organizadas em: O tipo de incidente que mais ocorreu foi o sem danos, 14 (45,1%) dos casos, seguido de eventos adversos, 9 (29,0%), com dano permanente (44,4%), dano mínimo (22,2%), óbitos (22,2%) e não tem como classificar (11,1%). Em 25,8% dos casos, o incidente não atingiu o paciente.

Marchon (2015) destaca em seu estudo sobre incidentes em APS, que de acordo com a relação entre gravidade e dano, os pacientes que sofreram EA, 32 (26%) tiveram dano permanente, 27 (21%) apresentaram dano moderado e 18 (15%) sofreram um dano mínimo.

Apesar da mistificação que APS atendem somente pacientes de menor complexidade de cuidado, 29,0% dos pacientes sofreu um EA e em sua grande maioria com dano permanente e até óbitos.

Tabela 3 - Tipos de incidentes, gravidade do dano, as suas consequências para o paciente, os fatores contribuintes.

Tipo de incidente	Gravidade	Consequência	Fatores contribuintes
EA	Dano mínimo		Falta de comunicação entre os profissionais (Falha na comunicação)
EA	Dano mínimo		Falta de comunicação entre os profissionais (Falha na comunicação)
EA	Dano permanente	Realização de hemodiálise	O medico não fez exame físico e anamnese adequada e solicitou exames inadequados para descoberta do diagnostico (Falha no cuidado)
EA	Dano permanente	Paciente não foi encaminhado para a rede especializada por não realização de visita domiciliar	Falha na visita domiciliar por ausência do transporte do municipio (Falha no cuidado)
EA	Dano permanente	Paciente não foi atendido pela rede especializada	Demora a marcar consulta com médico especialista (Falha na comunicação na rede de atenção)
EA	Dano permanente	AVC	Falta de atendimento no periodo que o paciente necessitava (Falha no cuidado)
EA	Obito	Complicações no tratamento de doença crônica	Falha no acesso a medicação na farmácia municipal (Falha na gestão)
EA	Obito	Paciente não foi atendido pela rede especializada	Demora a marcar consulta com médico especialista (Falha na comunicação na rede de atenção)

EA	Não tem como classificar	Paciente não foi atendido	Paciente não foi informado sobre a remarcação da consulta (Falha na comunicação)
Incidente sem dano		Paciente não foi vacinado	Ausência de profissionais na UBS (Falha no cuidado)
Incidente sem dano		Paciente não foi vacinado	Ausência de profissionais capacitados na UBS (Falha no cuidado)
Incidente sem dano		Perca de prontuário	Alta carga de trabalho das recepcionistas (Falha no cuidado)
Incidente sem dano		Paciente não foram atendidos no serviço	Falta de água na UBS (Falha na gestão)
Incidente sem dano		Perca de prontuário que continha informações importantes do paciente	Falta de capacitação dos profissionais da recepção (Falha no cuidado)
Incidente sem dano		Paciente não foi vacinado (Vacina BCG)	Falta de capacitação para enfermeiros e técnicos de enfermagem (falha no cuidado)
Incidente sem dano		Paciente não foi atendido por não chegar cedo para pegar uma ficha de atendimento	Morar distante da unidade (Falha na gestão)
Incidente sem dano		Perca de prontuário que continha informações importantes do paciente	Falta de capacitação dos profissionais da recepção (Falha no cuidado)
Incidente sem dano		Administrado vacina em prazo menor que o recomendado	Falha em não ouvir e ler o prontuário do paciente (Falha no cuidado)
Incidente sem dano		Perca do prontuário com informações importantes sobre o histórico de doença atual do paciente	Alta carga de trabalho das recepcionistas (Falha no cuidado)
Incidente sem dano		Perca de prontuário	Alta carga de trabalho das recepcionistas e quantidade insuficiente de profissionais (Falha no cuidado)
Incidente sem dano		Perca de prontuário	Alta carga de trabalho das recepcionistas e quantidade insuficiente de profissionais (Falha no cuidado)
Incidente sem dano		Paciente não recebeu visita domiciliar dos profissionais	Profissionais marcaram uma visita a mais do que a quantidade estabelecida (Falha comunicação)
Incidente sem dano		Paciente recebeu exames laboratoriais de outro paciente	Falta de atenção na análise dos exames com nomes parecidos (Falha no cuidado)
Incidente não atingiu o paciente		Paciente ficou sem receita para comprar medicação	Informação errada da marcação de consulta (Falha na comunicação)
Incidente não atingiu o paciente		Perca de prontuário	Falta de atenção (Falha no cuidado)
Incidente não atingiu o paciente		Paciente não conseguiu atendimento na UBS	Falta de água na UBS (Falha na gestão)

Incidente não atingiu o paciente	Interrompimento do tratamento de doença crônica	Paciente recebeu medicação errada pelo profissional que estava na farmácia (Falha no cuidado)
Incidente não atingiu o paciente	Paciente recebeu seringas com agulha diferente da necessidade do paciente	Falta de capacitação dos profissionais (Falha no cuidado)
Incidente não atingiu o paciente	Interrompimento do tratamento de doença crônica	Paciente recebeu medicação errada pelo profissional que estava na farmácia (Falha no cuidado)
Incidente não atingiu o paciente	Paciente não foi vacinado	A vacina estava em falta na UBS (Falha na gestão)
Incidente não atingiu o paciente	Interrompimento do tratamento de doença crônica	A medicação estava em falta na UBS (Falha na gestão)

Fonte: *Primary Care International Study of Medical Errors* (PCISME), aplicado na UBS Sueldo Câmara em 2019

Segundo Marchon (2015), os incidentes que acontecem na APS ocasionam resultado quando o paciente é atendido em outros níveis de assistência, onde existe um indicador chamado de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), que é um indicativo indireto para avaliar a resolutividade da assistência prestada na APS.

Alguns dos incidentes relatados pelos participantes foram avaliados por eles como eventos adversos sem danos. Porém, estes eventos citados por eles não trazem danos imediatos, mas danos futuros, que terá grande possibilidade de consequência de dano permanente ou até mesmo o óbito.

Como exemplo, em um dos questionários foi relatado a ausência de profissionais capacitados para a aplicação da vacina BCG, o que resultou a não vacinação do recém-nascido. A vacina BCG é contra a tuberculose, e a não imunização do paciente, acarretará grandes possibilidades de contrair a doença. Ao contrair a tuberculose, o paciente será encaminhado ao Hospital, no entanto a doença deve ser considerado uma consequência do incidente que ocorreu na APS.

Em 2013, a taxa de internação hospitalar (por 10.000 habitantes) (SUS) por condições sensíveis a APS foi de 89,39, segundo o Datasus, através do sistema de informações hospitalares-SUS (SIH/SUS).

5.3 FATORES QUE CONTRIBUÍRAM PARA A OCORRÊNCIA DOS INCIDENTES

Através dos dados foi possível classificar os principais fatores que contribuíram para a ocorrência dos incidentes, falha no cuidado, 18 (58,0%), falha na gestão, 6 (19,3%), falha na comunicação, 7 (22,5%), sendo dividida em falha de comunicação com paciente (6,4%), com a rede de atenção (6,4%), e interprofissional (9,6%).

A falha no cuidado foi o principal fator que contribuiu com ocorrência de erros, e foram descritos como: falta de conhecimento profissional, falhas no tratamento medicamentoso, demora na realização do diagnóstico e alta carga de trabalho dos profissionais. Os participantes trouxeram como medidas de prevenção para esses fatores a organização dos setores, mais atenção nos serviços prestados, mais profissionais, insumos e compromisso, além de profissionais capacitados ou capacitação para os profissionais antigos.

Tabela 4 – Fatores que contribuíram para a ocorrência dos incidentes.

Falha na comunicação	Com o paciente	2
	Com a rede de atenção	2
	Interprofissional	3
Falha no cuidado		18
Falha na gestão		6

Fonte: *Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME)*, aplicado na UBS Sueldo Câmara em 2019

Em relação a profissionais capacitados, Paschoal et al (2007) afirma que a educação é um processo contínuo e dinâmico de construção de conhecimento e através dele é possível torna-se um ser humano crítico e reflexivo, além de compromisso pessoal e profissional. Portanto devem ser ofertadas ações educativas para o crescimento profissional, além do reconhecimento da função educativa em todos os processos de trabalho para todos os profissionais.

O fator contribuinte falha na comunicação foi dividido entre profissionais, pacientes e rede de atenção. A falha de comunicação entre os profissionais (9,67%) teve como dificuldades: complicações em trabalho em grupo, o que um condicionante para uma má relação de equipe e falta de responsabilização com o paciente.

Os profissionais devem ter uma conversa aberta sobre a diferença de olhares diante da situação que estão vivendo e que as somas de saberes são capazes de dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a perspectiva de qualidade, incluindo o ambiente de trabalho deles. Portanto, favorecem uma melhor interpretação da comunidade e fortalece que para uma assistência integral à saúde, o trabalho em equipe representa o principal pilar. Uma boa interação entre os profissionais garante uma melhor relação entre a equipe e comunidade.

As falhas de comunicação entre os profissionais e pacientes (6,45%) é uma dificuldade encontrada em várias unidades de saúde, devido à ausência de uma escuta qualificada, assim não construindo laços entre os profissionais/UBS e os usuários, e comprometendo a adesão dos pacientes ao tratamento. Ribas (2010) afirma que as informações devem ser repassadas para os pacientes de forma simples e clara, considerando sua subjetividade, encorajando a ser um sujeito parte do processo de segurança.

Em 6,45% dos questionários foram abordados falha na comunicação entre a rede de atenção em saúde. Foram descritas como a demora da marcação de consultas com especialistas e exames, além da falta de referência e contra referência.

O sistema de referência e contra referência é para organizar os serviços de saúde de forma a possibilitar o acesso integral a população. O usuário deve ser atendido pela ESF e ser “referenciado” (encaminhado) quando necessário, para receber o atendimento especializado da demanda que necessita e retornar (contra referência) para APS para a continuidade do tratamento.

Além disso, Marchon (2015) reconhece que para uma comunicação efetiva entre a rede atenção deve haver articulação entre os profissionais de diferentes níveis de hierarquização.

A falha na gestão foi a responsável por 19,3% dos incidentes relatados. Foram detalhadas como falta de medicamento, falta de água, falta de profissionais e estrutura física inadequada. Todas essas dificuldades relacionadas a falta de recursos humanos e materiais, acarretam em obstáculos para a consolidação de um atendimento qualificado.

5.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NOS ACIDENTES DA APS

A tabela 5 é a porcentagem de quais profissionais estavam mais presentes nos incidentes. A categoria profissional, Recepcionista, foi o profissional que esteve mais envolvido com os incidentes, participando de 15 (48,3%) dos questionários respondidos pelos participantes (TABELA 5). Seguido por outros profissional – 11 (35,4%), dentre desses outros profissionais foram relatos gerente (5,6%), dentista (5,6%), agente comunitário de saúde (5,6%), laboratório (2,8%) e a gestão do município (11,2%). Em seguida, técnicos de enfermagem (22,5%), médico (19,3%) e enfermeiro (16,1%).

Tabela 5 - Profissionais que estavam mais presentes nos incidentes na APS.

Quem causou?	N (%)
Médico	6 (19,3%)
Enfermeiro	5 (16,1%)
Técnicos de enfermagem	7 (22,5 %)
Recepcionista	15 (48,3%)
Outros (Gerente, Dentista, Agente comunitário de saúde, Técnico do laboratório e o Gestor do município)	11 (35,4%)

Fonte: Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME), aplicado na UBS Sueldo Câmara em 2019

5.5 LOCAL DE OCORRÊNCIA DE INCIDENTES

De acordo com a tabela 6, o local que mais aconteceu erro foi no Serviço de Arquivamento médico e Estatístico (SAME), conhecido também como recepção, a porta de entrada da Unidade Básica de Saúde (UBS), com 8 casos, seguido do consultório, farmácia e UBS (considerando de forma geral) com 3 casos.

Tabela 6 – Local onde mais ocorreu incidente na APS.

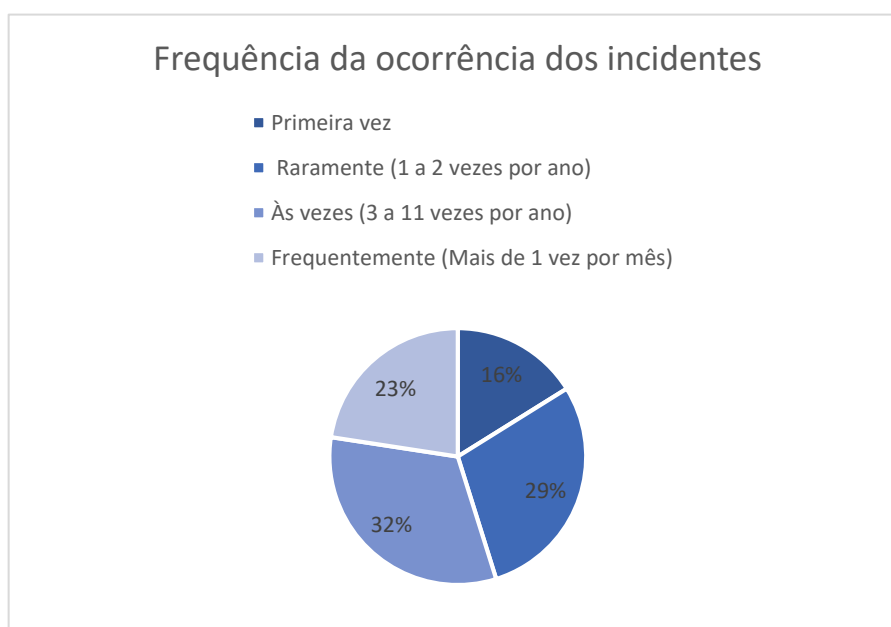
Consultório		3
Farmácia		3
Domicílio do paciente		1
Outros	SAME	8
	Sala de vacina	1

	Laboratório	1
	Almoxarifado	1
	Gestão	1
	UBS	3

Fonte: Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME), aplicado na UBS Sueldo Câmara em 2019

Os participantes relataram que 23 (74,1%) dos erros já tinham acontecido outras vezes, sendo a primeira vez, 5 (16,1%), raramente, 9 (29,0%), às vezes, 10 (32,2%) e frequentemente, 7 (22,5%).

Gráfico 3 – Frequência de ocorrência de erros na APS.



Fonte: Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME), aplicado na UBS Sueldo Câmara em 2019

Ao relacionar a quantidade de frequência da ocorrência dos incidentes ao quantitativo de respostas dos questionários, pode-se observar que não foram relatados todos os incidentes ocorridos na UBS em ao menos um mês, devido ao total de erros que acontecem frequentemente (22,5%), dificultando a mensuração destes incidentes.

A falta de notificação, prejudica de maneira crucial a melhora na qualidade da assistência do paciente. Através das notificações pode-se ocorrer uma análise nos

fatores que contribuem para esses erros e assim irá haver uma redução dos incidentes por meio da prevenção e promoção da segurança.

O estudo sobre esses incidentes, promoverá o debate das causas e consequências, para que assim seja planejada e realizada intervenções de acordo com a situação encontrada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao olhar o percurso no tema segurança do paciente é notório as diversas transformações sofridas durante o tempo. A crescente discussão sobre a temática no mundo se deu com a divulgação do estudo “*To Err is Human*” (Errar é humano) no início do século XXI e mais acentuada no Brasil após a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Apesar na Atenção Primária à Saúde (APS) ser incluído na criação desse programa e por ser responsável pela maioria dos atendimentos prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ainda há pouco estudos do tema nesse ambiente. Podendo ser observados na falta de produção científicas relacionadas à segurança do paciente na APS, por isso tantas lacunas ainda atravessam a temática.

Os profissionais da APS têm pouco conhecimento sobre o tema, conseqüentemente acerca dessa cultura de segurança. Isso dificulta o processo de prevenção e promoção a uma assistência qualificada, devido à falta de notificações e com isso a difícil mensuração dos incidentes e estratégias para a investigação do mesmo.

O questionário *Primary Care International Study of Medical Errors* (PCISME) é uma das principais ferramentas de estratégias para mensuração e investigação dos incidentes que ocorrem na APS, e sua aplicação tem como principal objetivo, alertar os danos que esses erros estão causando nos pacientes.

Apesar do questionário ter sido realizado em apenas em uma UBS da cidade de Mossoró no estado do Rio Grande do Norte, os seus dados são uma amostra de um início de pesquisa, que trazem evidências suficientes para que se comece a pensar e realizar uma segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde.

Como resultado do objetivo de descrever as características dos usuários, os mais acometidos por incidentes em números foram: Sexo feminino, adultos, com

presença de doenças crônicas e sem pertencer a um grupo de vulnerabilidade social. Sobre conhecer as causas e fatores que contribuíram, as respostas foram relacionadas a falha no cuidado, falha na gestão, falha na comunicação, sendo dividida em falha de comunicação com paciente, com a rede de atenção e interprofissional.

Através dos resultados apresentados, pode-se perceber a necessidade de intervenções que implica no empenhamento de toda população, sendo eles, políticos, profissionais e usuários do SUS. Diante disso, se faz necessário intervenções que promovam a cultura de segurança do paciente, para que todos sejam atuantes nesse processo. Concordando com uma das medidas do PNSP, e empoderamento de pacientes, familiares e cuidadores.

Essa cultura deve ser o eixo norteador para enfrentar as situações do cotidiano, aprendendo sobre os obstáculos e desafios encontrados para que o serviço seja o mais seguro possível.

Deve ser ressaltada a importância de uma boa relação entre os profissionais e gestores, capacitações para os novos profissionais e projetos de educação permanente para os profissionais antigos, além de mais equipamentos de tecnologia e insumos necessários. Com essas alternativas sendo concebidas, será possibilitado a modificações de condutas, e então será perceptível as mudanças no serviço e nas pesquisas.

Outra medida é a desmistificação da cultura de punitiva, com o intuito de aprender com a situação e não punir quem errou, para assim haver o fortalecimento e incentivo das notificações dos eventos adversos.

O estudo apresentou limitações por ter sido realizado apenas em uma UBSF e por ter havido uma baixa notificação de incidentes, devido ao pouco conhecimento dos profissionais sobre a temática. É importante salientar a relevância do estudo sobre segurança do paciente na APS, e avaliar os resultados conforme a implementação das intervenções.

Anseia-se que esta pesquisa seja um incentivo para a elaboração de novos estudos e possa oferecer subsídios necessários para a transformação no processo de trabalho dos profissionais na APS, de forma que seja construído novas estratégias de intervenção e sensibilização dos profissionais de todos os âmbitos de saúde.

REFERÊNCIAS

AMBROMOWAY, M.; CASTRO, M.G.; PINHEIRO, L.C.; et al. **Juventude, violência e Vulnerabilidade Social na América Latina; desafios para políticas públicas.** Brasília. UNESCO. BID. 2002.

ANDRADE, L. E. L.; LOPES M.J.; FILHO, M.C.M.S; et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. saúde colet.** V. 23, n. 1, 2018. Disponível em:<
<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n1/161-172/pt/>>. Acesso em 01 Jul. 2019

ASPDEN, P., CORRIGAN, J.M., WOLCOTT, J., et al. (2004) **Patient Safety: Achieving a New Standard for Care.** National Academies Press, Washington DC.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde.** Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em:<
<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=OTYzOQ%2C%2C>>. Acesso em 01 Jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório anual de atividades.** Brasília, DF, ANVISA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório anual de atividades.** Brasília, DF, ANVISA, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática.** Brasília: Anvisa, 2010.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática**. Brasília: Anvisa, 2013.

BRASIL. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 15: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2016**. Disponível em:< <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+15/bb637392-4973-4e7f-8907-a7b3af1e297b?version=1.1>>. Acesso em 07 Jul. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde-CONASS. **Atenção Primária e promoção da saúde: Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório anual de atividades**. Brasília, DF, ANVISA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório anual de atividades**. Brasília, DF, ANVISA, 2007.

BRASIL. **Núcleo de Segurança do Paciente**. 2018. Disponível em:< <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/nucleo-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em 05 Jul. 2019.

BRASIL. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. 2019. Disponível em:< <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-da-atencao-basica-pmaq>>. Acesso em 07 Jul. 2019.

CARRERA, S. A. **Cultura de Segurança do paciente: A percepção do enfermeiro em um hospital oncológico** / Simone de Amorim Carrera – Rio de Janeiro: UNIRIO, 2013

CLARO, C. M.; KROCOCKZ, D.V.C.; TOFFOLETO, M.C.; et al. Eventos adversos em terapia intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p.167-172, 2011

FIDÉLIS, R. E. **Cultura de segurança [dissertação]: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência adulto** 2011, 170p. Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, Santa Catarina, 2011.

FIGUEIREDO, W.S. **Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária** [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.). To err is human: building a safer health system. **National Academy Press**, Washingtons DC, 1999. Disponível em: <<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>>.

LOPES, L.M.M.; SANTOS, S.M.P. Florence Nightingale – apontamentos sobre a fundadora da enfermagem moderna. **Rev Enferm Ref** [Internet]. 2010 III(2):181-9. Available from <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a19.pdf>

MARCHON, S.G. **A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde.** / Simone Grativol Marchon. -- 2015.

MELLO, J.F.; BARBOSA, S.F.F. Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2013 22(4):1124-33.

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** (12ª edição). São Paulo: Hucitec-Abrasco. 2010.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

PAESE, F.; SASSO, G.T.M.D. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, junho de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200005&lng=en&nrm=iso>. acesso em 21 de março de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>.

PAIM J.; TRAVASSOS, C; ALMEIDA C., et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** The Lancet [internet]. 2011 maio [acesso em 2019 Out. 5]; 377(9779):1778-1797. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; MEIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, Sept. 2007.

PRATES, C. G *et al.* Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. **Rev. Gaúcha Enferm**; v.40, 2019.

RAIMONDI, D. C *et al.* Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.40, 2019.

REIS, C.T, MARTINS M, LAGUARDIA J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde– um olhar sobre a literatura. **Ciênc Saúde Coletiva** [In-ternet]. 2013; 18(7):2029-36. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n7/18.pdf>

RIBAS, M.J. Eventos Adversos em Cuidados de Saúde Primários: promover uma cultura de segurança. **Rev Port Clin Geral** 2010; 26:585-9.

SILVA, A. E. B. C. **Análise do sistema de medicação de um hospital universitário do Estado de Goiás. Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, L. F. N. **Reorientação do Gerenciamento de Risco Hospitalar do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia.** Orientado por Wagner Mendes Junior. Rio de Janeiro, 2009. 76f

VASCONCELOS, P. F. **Avaliação da segurança do paciente na atenção primária: atributos para o cuidado clínico seguro.** 2015.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente: Orientações para evitar eventos adversos.** Videira, São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009

VINCENT, C.; AMALBERTI,R. **Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado.** Rio de Janeiro, 2016.

WACHTER RM. **Compreendendo a segurança do paciente.** Porto Alegre: Artmed; 2010

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal de Saúde
Divisão de Educação em Saúde
Coordenação de Integração Ensino-Serviço

SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE



CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, **UBALDO ONESIO DE ARAUJO SILVA**, CPF: 221.435.644-49 coordenador da divisão em educação em saúde, localizada à Rua Pedro Álvares Cabral, 01 – Aeroporto – Mossoró/RN, venho através deste documento, conceder a anuência para a realização da pesquisa intitulada, **SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE** tal como foi submetida à Plataforma Brasil, sob a orientação do (a) Prof.(a) Érica Louise de Souza Fernandes Bezerra, vinculado(a) a Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, a ser realizada no município de Mossoró, na UBS Dr. Sueldo Câmara.

Declaro conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a resolução 466/12 CNS/MS e suas complementares.


Esta instituição está ciente de suas responsabilidades, como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu cumprimento no resguardo da segurança e bem estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não gerará nenhuma despesa para a Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Mossoró;
- 4) A liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalidade ou prejuízos.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Mossoró-RN, 28 de MAIO de 2019.


UBALDO ONESIO DE ARAUJO SILVA
Coordenador da divisão em educação em saúde
CPF: 221.435.644-49

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Ubaldo Onésio de A. Silva
Cor. de Educação em Saúde
Mat.: 124990

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**Pesquisador:** Erica Louise de Souza Fernandes Bezerra**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 16204119.0.0000.5294**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 3.441.771**Apresentação do Projeto:**

O Programa Nacional de Segurança do Paciente instituído em 2011, trouxe maior visibilidade do tema segurança do paciente no contexto brasileiro. O programa tem como objetivo estimular e qualificar o cuidado em todos os estabelecimentos de saúde, focando em uma assistência segura. Apesar do avanço na discussão, ainda há uma grande necessidade de reconhecer a segurança do paciente como uma prioridade em todos os âmbitos de atenção à saúde, seja ele em diferentes níveis de cuidado. Essa pesquisa objetiva avaliar a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos na atenção primária a saúde a partir do uso do questionário Primary Care International Study of Medical Errors, a fim de identificar a ocorrência de incidentes e/ou Eventos Adversos (EA) na atenção primária a saúde (APS) de Mossoró-RN, descrever as características dos usuários do Sistema único de saúde (SUS) acometidos incidentes e/ou por eventos adversos, conhecer as causas e quais fatores contribuem para ocorrência dos EA na APS e por fim, contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde de Mossoró-RN. Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa. O estudo vai ser realizado na Unidade Básica de Saúde Dr. Sueldo Câmara, vinculada à Prefeitura Municipal de Mossoró-RN. Pretende-se que esta pesquisa possa contribuir para melhoria na qualidade do cuidado na APS, e que através dos resultados, os gestores e políticos despertem para um olhar mais amplo na atenção básica, estimular mais pesquisas na área de segurança do paciente.

Endereço: Avenida Professor Antônio Campos, s/nº, BR 110, km 48 - Campus Central - UERN
Bairro: Presidente Costa e Silva **CEP:** 59.610-090
UF: RN **Município:** MOSSORO
Telefone: (84)3312-7032 **E-mail:** cep@uern.br



Continuação do Parecer: 3.441.771

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos na atenção primária a saúde

Objetivo Secundário:

-Descrever as características dos usuários do SUS acometidos incidentes e/ou por eventos adversos na APS;

-Conhecer as causas e quais fatores contribuem para ocorrência dos Eventos Adversos na APS;

-Contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde de Mossoró-RN.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos mínimos que o participante da pesquisa estará exposto são de exposição da identidade do participante. Esses riscos serão minimizados mediante: Garantia do anonimato/privacidade do participante na pesquisa, onde não será preciso colocar o nome do mesmo; Para manter o sigilo e o respeito ao participante da pesquisa, apenas a discente Jaqueline Jordana Rodrigues de Paiva aplicará o questionário e somente a discente Jaqueline Jordana Rodrigues de Paiva e o pesquisador responsável poderão manusear e guardar os questionários; Sigilo das informações por ocasião da publicação dos resultados, visto que não será divulgado dado que identifique o participante; Garantia que o participante se sinta a vontade para responder aos questionários e Anuência das Instituições de ensino para a realização da pesquisa.

Benefícios:

O benefício desta pesquisa é a possibilidade de repensar na assistência prestada, voltando-se a prática segura e conseqüentemente a minimização de eventos adversos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Proposta relevante, pertinente que pode melhorar a segurança do paciente na atenção básica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme recomendações do CEP

Recomendações:

Sem recomendações

Endereço: Avenida Professor Antônio Campos, s/nº, BR 110, km 48 - Campus Central - UERN
Bairro: Presidente Costa e Silva CEP: 59.610-090
UF: RN Município: MOSSORO
Telefone: (84)3312-7032 E-mail: cep@uern.br



Continuação do Parecer: 3.441.771

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado para execução

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1365853.pdf	17/06/2019 15:59:56		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_seg_pte_atencao primaria.pdf	17/06/2019 15:59:20	Erica Louise de Souza Fernandes Bezerra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_seguranca_do_paciente_na_atencao_primaria.pdf	28/05/2019 17:09:14	JAQUELINE JORDANA RODRIGUES DE PAIVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_seguranca_do_paciente_na_atencao_primaria_.pdf	28/05/2019 17:06:29	JAQUELINE JORDANA RODRIGUES DE PAIVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_seguranca_do_paciente.pdf	28/05/2019 16:30:16	JAQUELINE JORDANA RODRIGUES DE PAIVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia_seguranca_do_paciente_na_atencao_primaria.pdf	28/05/2019 16:28:58	JAQUELINE JORDANA RODRIGUES DE PAIVA	Aceito
Outros	Questionario_PCISME_seguranca_do_paciente_na_atencao_primaria.pdf	28/05/2019 16:28:22	JAQUELINE JORDANA RODRIGUES DE PAIVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Professor Antônio Campos, s/nº, BR 110, km 48 - Campus Central - UERN
 Bairro: Presidente Costa e Silva CEP: 59.610-090
 UF: RN Município: MOSSORO
 Telefone: (84)3312-7032 E-mail: cep@uern.br



Continuação do Parecer: 3.441.771

MOSSORO, 05 de Julho de 2019

Assinado por:
Pablo de Castro Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Professor Antônio Campos, s/nº, BR 110, km 48 - Campus Central - UERN
Bairro: Presidente Costa e Silva **CEP:** 59.610-090
UF: RN **Município:** MOSSORO
Telefone: (84)3312-7032 **E-mail:** cep@uern.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO (PCISME)



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Educação e da Cultura - SEEC
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE – UERN
FACULDADE DE ENFERMAGEM – FAEN
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – DEN

QUESTIONÁRIO – PCISME

- 1- Na prática assistencial da UBS já aconteceu algum incidente (Erro que causou ou não dano ao paciente) relacionado a um paciente em particular?
 SIM () NÃO ()

- 2- Se sim, até que ponto conhece o paciente?
 Não conheço ()
 Conheço, mas não é meu paciente ()
 Conheço pouco (É a primeira vez do paciente na consulta) ()
 Conheço bem (É meu paciente) ()

- 3- Qual a idade do paciente?
 1 mês – 11 meses () 1 ano – 10 anos ()
 11 anos – 20 anos () 21 anos – 50 anos ()
 51 anos – 80 anos () Mais de 80 anos ()

- 4- Sexo do paciente
 Feminino () Masculino ()

- 5- O paciente pertence a um grupo com vulnerabilidade social?
 SIM () Qual? _____
 NÃO ()

- 6- O paciente tem um problema de saúde crônico?
 SIM () 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 e psiquiátricos ()

- 8- O que aconteceu?
 Houve um incidente, mas não chegou a atingir o paciente ()
 Houve um incidente, atingiu o paciente, mas não lhe causou danos ()
 Houve um incidente, atingiu o paciente e lhe causou danos ()
 Quem?
 Médico ()
 Enfermeiro ()

Técnicos de enfermagem ()

Recepcionista ()

9- Qual foi o resultado? Identifique as consequências reais e potenciais, ou algum outro tipo consequência.

10- O que pode ter contribuído para este erro? Por favor, considere quaisquer circunstâncias especiais.

11- O que poderia ter prevenido o erro?

12- Onde aconteceu o erro? (Escolha todas as opções que se aplicam)

Consultório () Consultório de enfermagem () Hospital ()

Farmácia () Domicílio do paciente () Contato telefônico ()

Outros, quais?

13- Teve conhecimento de que outro paciente tenha sofrido este tipo de erro?

SIM () NÃO ()

14- Se sim, como classificaria a gravidade deste dano?

Dano mínimo (com recuperação de até um mês) ()

Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano) ()

Dano permanente () Óbito () Não tenho como classificar ()

15- Com que frequência ocorre este erro na sua prática?

Primeira vez () Raramente (1 a 2 vezes por ano) ()

Às vezes (3 a 11 vezes por ano) () Frequentemente (Mais de 1 vez por mês) ()

16- Outros comentários

APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Educação e da Cultura - SEEC
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE – UERN
Campus Mossoró- RN
Curso de Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa “**Segurança do paciente na atenção primária à saúde**” coordenada pelo (a) Prof. Érica Louíse de Souza Fernandes Bezerra e que segue as recomendações das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido ao seguinte procedimento: preencher o questionário Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME) cuja responsabilidade de aplicação é de Jaqueline Jordana Rodrigues de Paiva, discente do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte. As informações coletadas serão organizadas em banco de dados em programa estatístico e analisadas a partir de técnicas de estatística descritiva e inferencial.

Essa pesquisa tem como objetivo geral: Avaliar a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos na atenção primária a saúde.

E como objetivos específicos: Identificar a ocorrência de incidentes e/ou Eventos Adversos (EA) na atenção primária a saúde (APS) de Mossoró-RN; Descrever as características dos usuários do SUS acometidos incidentes e/ou por eventos adversos; Conhecer as causas e quais fatores contribuem para ocorrência dos Eventos Adversos na APS; Contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde de Mossoró-RN.

O benefício desta pesquisa é a possibilidade de repensar na assistência prestada, voltando-se a prática segura e conseqüentemente a minimização de eventos adversos.

Os riscos mínimos que o participante da pesquisa estará exposto são de exposição da identidade do participante. Esses riscos serão minimizados mediante: Garantia do anonimato/privacidade do participante na pesquisa, onde não será preciso colocar o nome do mesmo; Para manter o sigilo e o respeito ao participante da pesquisa, apenas a discente Jaqueline Jordana Rodrigues de Paiva aplicará o questionário e somente a discente Jaqueline Jordana Rodrigues de Paiva e o pesquisador responsável poderão manusear e guardar os questionários; Sigilo das informações por ocasião da publicação dos resultados, visto que não será divulgado dado que identifique o participante; Garantia que o participante se sinta à vontade para responder aos questionários e Anuência das Instituições de ensino para a realização da pesquisa.

Os dados coletados serão, ao final da pesquisa, armazenados em CD-ROM e caixa arquivo, guardada por no mínimo cinco anos sob a responsabilidade do pesquisador responsável Érica Louíse de Souza Fernandes Bezerra no Departamento de enfermagem, a fim de garantir a confidencialidade, a privacidade e a segurança das informações coletadas, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes e o responsável.

Você ficará com uma via original deste TCLE e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o pesquisador Jaqueline Jordana Rodrigues de Paiva do Estado do Rio Grande do Norte/RN, Faculdade de Enfermagem, no endereço Rua Dionísio Figueira, n. 383, Centro, 59610-090– Mossoró– RN. Tel.(84) 3315-2151. Dúvidas a

respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN)** -Campus Universitário Central - Centro de Convivência. BR 110, KM 48 Rua: Prof. Antônio Campos, S/N, Costa e Silva.Tel: (84) 3312-7032. e-mail: cep@uern.br / CEP 59.610-090.

Se para o participante houver gasto de qualquer natureza, em virtude da sua participação nesse estudo, é garantido o direito a indenização (Res. 466/12 II.7) – cobertura material para reparar dano – e/ou ressarcimento (Res. 466/12 II.21) – compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação – sob a responsabilidade do (a)pesquisador(a) Jaqueline Jordana Rodrigues de Paiva.

Não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho, podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais. O pesquisador estará à disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo. Após todas essas informações, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

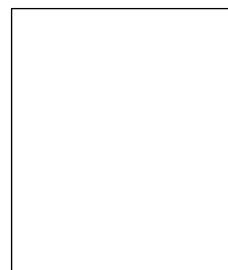
Consentimento Livre

Concordo em participar desta pesquisa “Segurança do paciente na atenção primária à saúde”. Declarando, para os devidos fins, que fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido (a) e dos possíveis riscos que possam advir de tal participação. Foram garantidos a mim esclarecimentos que venham a solicitar durante a pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. Autorizo assim, a publicação dos dados da pesquisa, a qual me garante o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Cidade, ____/____/____.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante



Aluno (Jaqueline Jordana Rodrigues de Paiva) - Aluna do Curso de enfermagem, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Faculdade de enfermagem - FAEN, no endereço Rua Dionísio Filgueira, n. 383 , Centro, 59610-090– Mossoró – RN. Tel.(84) 3315-2151

Prof.^a Érica Louíse de Souza Fernandes Bezerra (Orientador da Pesquisa – Pesquisadora Responsável) - Curso de enfermagem, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Faculdade de Enfermagem - FAEN, no endereço Rua Dionísio Figueira, n. 383 , Centro, 59610-090 – Mossoró – RN. Tel.(84) 3315-2151.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN) -Campus Universitário Central - Centro de Convivência. BR 110, KM 48 Rua: Prof. Antônio Campos, S/N, Costa e Silva.Tel: (84) 3312-7032.

e-mail: cep@uern.br / CEP 59.610-090.