

13. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde

Simone Grativol Marchon e Walter Mendes

Este capítulo apresenta os incidentes, os erros mais frequentes, métodos específicos para avaliá-los e possíveis soluções para mitigar os eventos adversos na Atenção Primária à Saúde (APS).

Atenção Primária à Saúde

Os sistemas de saúde, em todo o mundo, vêm apontando necessidades de estabelecer estratégias mais ativas e intensivas de melhoria da qualidade nos diferentes níveis de atenção. Destaca-se a APS, em virtude de ser um modelo de atenção que funciona como eixo organizador dos sistemas de saúde.

Desde a Conferência Internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS), em Alma-Ata (Figura 1), cidade do Cazaquistão, na antiga União Soviética, em 1978, considera-se a APS a chave do equilíbrio de um sistema de saúde moderno, pois proporcionava enfoque mais equânime, abordagem mais centrada no paciente, gestão da doença baseada na comunidade e medicina mais preventiva (WHO 1978).

Figura 1 – Cartaz da conferência de Alma-Ata



Fonte: WHO (2008b).

A transição para modelos de sistema de saúde baseados na APS, no entanto, não ocorreu de forma retilínea nos diversos países. Houve progresso considerável em algumas partes do mundo, mas, em certos países, principalmente os de renda média e baixa, persiste a oferta baseada em cuidados especializados (WHO 2012a). Há, porém, crescente percepção de que, em virtude do aumento das demandas sobre os sistemas de saúde, modelos mais eficientes precisam ser desenvolvidos. Tal aumento decorre do crescimento da mobilidade social proveniente da globalização e do envelhecimento da população, o que fortalece a opção por sistemas de saúde baseados na APS (WHO 2012a).

O cuidado realizado no primeiro nível de atenção está mais próximo das pessoas, e é possível identificar melhor os resultados dos indicadores de saúde, que mostram menor custo e maior satisfação dos usuários/utentes (Starfield 2002). A APS é geralmente realizada por médicos clínicos gerais, embora existam variações, dependendo da organização do sistema de saúde de cada país (Starfield 2002). A APS é o nível da atenção mais utilizado pela população, como porta de entrada preferencial, e apresenta, como um dos seus atributos, a coordenação de uma rede de atenção à saúde.

Nas últimas décadas, a APS tem se tornado mais complexa (Mendes 2012). A concepção de que a APS não é sinônimo de baixa densidade tecnológica vem se fortalecendo. Com o aumento da complexidade tecnológica do cuidado à saúde, houve ampliação das funções clínicas da APS.



Para mais informações sobre a origem de Atenção Primária, visite a página da OMS.

World Health Organization. Declaration of Alma-Ata (1978). Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

Cuidados que eram prestados em outros níveis de complexidade da atenção passaram a ser realizados na APS (Mendes 2012), havendo maior preocupação com a identificação das necessidades de saúde dos usuários/utentes se comparado com outros serviços.

A OMS, recentemente, identificou cinco elementos-chave a fim de que a APS atinja o objetivo de melhorar a saúde para todos (http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/):

- ✿ reduzir a exclusão e as disparidades sociais na saúde (reformas na cobertura universal);
- ✿ organizar serviços de saúde em torno das necessidades e expectativas das pessoas (reformas na prestação de serviços);
- ✿ integrar a saúde em todos os setores (reformas nas políticas públicas);
- ✿ buscar modelos colaborativos/adjuvantes de diálogo político (reformas na liderança);
- ✿ aumentar a participação das partes interessadas (equipes de saúde e usuários/utentes).

A luta pela segurança dos pacientes na APS se insere nas reformas propostas pela OMS, sendo importante implementar mudanças para promover uma cultura de segurança positiva.

Atenção Primária à Saúde e a segurança do paciente

Embora a maioria dos cuidados seja prestada por serviços de APS, as pesquisas/investigações sobre a segurança dos pacientes têm sido centradas na assistência hospitalar, com muito mais publicações quando comparadas às realizadas na APS. Os cuidados hospitalares são de maior complexidade e de maior risco, por isso é natural que esse ambiente seja o foco principal das investigações.

No Capítulo 2 deste livro, foram apresentados os momentos históricos relevantes para a segurança do paciente. Entretanto, no contexto da APS, o relatório elaborado em 2006 pelo Comitê Europeu de Segurança do Paciente foi o marco mais importante. Esse comitê indicou a necessidade de incrementar os estudos de segurança do paciente na APS (Sousa 2006). Logo após, em 2008, a OMS constatou que, da forma como está organizada a prestação de cuidados na APS, não existe a possibilidade de mitigar os efeitos dos incidentes nos pacientes, conforme descrito no relatório *Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca* (WHO 2008a):

Um sistema mal pensado que é incapaz de garantir níveis de segurança e higiene, levando a elevadas taxas de infecções, juntamente com erros de medicação e outros eventos adversos que são evitáveis e que constituem causas de morte e de falta de saúde, muitas vezes subestimadas (WHO 2008a).

Quando o relatório da OMS de 2008 foi elaborado, havia poucas pesquisas/investigações a respeito dos riscos para os pacientes submetidos ao atendimento primário e ambulatorial, bem como do impacto à sua saúde. Entretanto, vários estudos sobre incidência de eventos adversos (EAs) em hospitais, baseados em revisão retrospectiva de prontuários/processos clínicos – descritos no Capítulo 5 deste livro –, já mostravam que uma fração dos EAs identificados durante a internação/internamento tinham ocorrido antes da admissão do paciente no hospital, sendo possível terem sucedido na APS. No estudo canadense/canadiano, para citar um exemplo, 31% dos EAs ocorreram antes da admissão e foram detectados durante a internação/internamento (Baker et al. 2004).

A OMS, em fevereiro de 2012, constituiu um grupo – *Safer Primary Care Expert Working Group* – para estudar os riscos em pacientes sob cuidados primários, a magnitude e a natureza do dano evitável, em razão das práticas inseguras nesses ambientes, e os mecanismos de proteção e segurança ao paciente na APS (WHO 2012b).

Foto 1 – Grupo de Trabalho da OMS sobre Segurança do Paciente em Atenção Primária à Saúde



Fonte: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/

Pesquisadores/investigadores que participam desse grupo da OMS, sob a liderança da professora Meredith Makeham, publicaram um artigo de revisão sistemática denominado *Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research* (Makeham et al. 2008), cujo objetivo foi conhecer as metodologias disponíveis para a realização de pesquisas/investigações sobre segurança do paciente em APS e os tipos de EAs mais frequentes.

Nesse estudo (Makeham et al. 2008), ficou demonstrado que incidentes decorrentes da APS também são frequentes. Existem riscos específicos na APS tanto por causa do ambiente como pelo tipo de cuidado de saúde prestado. Essa revisão sistemática mostrou, entretanto, que os estudos sobre segurança do paciente na APS ainda estão na fase de infância (Makeham et al. 2008). Uma revisão, realizada pelos autores deste capítulo, reforçou tal afirmativa (Marchon, Mendes 2014).

Os métodos e os resultados dos estudos sobre a Atenção Primária à Saúde e a segurança do paciente

Vários métodos têm sido adotados para avaliar incidentes em saúde. Discutem-se os pontos fortes e fracos de cada um deles a fim de selecionar o mais adequado em função do que se quer medir (Thomas, Petersen 2003). Contudo, existem diferenças sobre o tipo de incidente, em especial o incidente com lesão, ou seja, o EA. Enquanto a maioria dos EAs dos pacientes hospitalizados está associada à cirurgia e ao tratamento medicamentoso (De Vries et al. 2008), na APS, os EAs mais frequentes relacionam-se ao tratamento medicamentoso e ao diagnóstico (Makeham et al. 2008).

Há diferenças, também, sobre as metodologias usadas no hospital e na APS para medir os EAs e compreender suas causas. A maior parte dos estudos hospitalares tem utilizado a revisão retrospectiva de prontuários/processos clínicos (De Vries et al. 2008) como método. Já nos estudos sobre APS, o método mais empregado é a análise de incidentes (Makeham et al. 2008) informados por sistemas de notificação/reporte. Nos hospitais, considerando apenas os estudos de revisão retrospectiva de prontuários/processos clínicos, a incidência média de EAs é 9,2%, e a proporção média de EAs evitáveis (média da proporção de EAs evitáveis entre todos os EAs) é de 43,5% (De Vries et al. 2008). Na APS, a frequência de incidentes variou muito, de 0,004 a 240 por mil consultas, e a proporção de incidentes evitáveis variou de 45% a 76%, dependendo do método empregado na pesquisa/investigação (Makeham et al. 2008).



Importante que você leia a literatura de apoio, para dar continuidade ao conteúdo do capítulo. Os artigos sugeridos a seguir lhe ajudarão a avançar nos estudos:

Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. *Methods and measures used in primary care patient safety research*. Geneva: World Health Organization; 2008. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_full.pdf

Sequeira AM, Martins L, Pereira VH. Natureza e frequência dos erros na actividade de medicina geral e familiar geral num ACES: estudo descritivo. *Rev Port Clin Geral*. 2010;26:572-84. Disponível em: rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10800/10536

Ressalvamos que, na área de pesquisa/investigação sobre a segurança do paciente, por ser relativamente recente, questões sobre a validade e identificação de métodos aplicados na mensuração de incidentes na APS são levantadas, contudo precisam ser mais estudadas.

Numa revisão sistemática (Marchon, Mendes 2014), foram descritas diversas fontes de coleta/recolha de dados para identificar incidentes, sendo o sistema de notificação/reporte de incidentes o mais encontrado na literatura. Dados também foram obtidos por meio de grupos focais, entrevistas e questionários respondidos por médicos e outros profissionais de saúde, pacientes e familiares (Marchon, Mendes 2014).

Ainda nessa revisão de literatura (Marchon, Mendes 2014), os autores identificaram como fatores contribuintes de incidentes:

1. (i) falhas na comunicação interprofissional e com o paciente;
2. (ii) falhas na gestão, tais como: falta de insumos e de medicamentos, profissionais pressionados para serem mais produtivos em menos tempo, falhas em prontuários/ processos clínicos, falhas na recepção dos pacientes, planta física da unidade de saúde inadequada, descarte inadequado de resíduos da unidade de saúde, tarefas excessivas e falhas no cuidado.

Segundo *The Health Foundation* – instituição acadêmica que trabalha em parceria com o sistema de saúde do Reino Unido –, cerca de 1 a 2% das consultas de APS podem causar incidentes, e o tipo de EA mais comum é o relacionado ao tratamento medicamentoso (Estudio APEAS 2008). O fator contribuinte para os incidentes mais encontrado foi a falha na comunicação. Na revisão de literatura de Makeham e colaboradores/ adjuvantes (2008), os incidentes mais comumente encontrados nos estudos selecionados foram por causa de:

- * erros de diagnóstico (26% a 57%);
- * erro no tratamento (7% a 37%);
- * tratamento medicamentoso (13% a 53%);
- * decorrente da forma da organização do serviço (9% a 56%).

Nessa revisão, a comunicação interprofissionais e entre os profissionais e os pacientes (5% a 72%) também foi o maior/major fator contribuinte para os incidentes.

O estudo espanhol (Estudio APEAS 2008), liderado pelo pesquisador/investigador Jesus Aranaz, em 48 centros de APS de 16 Comunidades Autônomas da Espanha, revelou que, em um universo de 96.047 pacientes e 452 profissionais, foram identificados 18,63% de EAs. A distribuição por tipo de EAs foi:

- ✿ 48,2%, relacionados com o tratamento medicamentoso;
- ✿ 25,7% com os cuidados em geral; e
- ✿ 13,1% com o diagnóstico.

A falha na comunicação entre os profissionais ou entre os profissionais e o paciente foi o fator contribuinte mais frequente. Os EAs mais encontrados foram: agravamento na evolução da doença; náuseas, vômitos ou diarreia secundários à medicação; prurido, rashes ou lesões dermatológicas secundárias à medicação; infecção de ferida cirúrgica e/ou traumática e alterações neurológicas secundárias à medicação. É importante destacar que, nesse estudo, 70,2% dos EAs foram considerados evitáveis.

De acordo com Aranaz e colaboradores/adjuvantes (2008), a revisão retrospectiva de prontuários/processos clínicos em hospitais é o padrão-ouro em estudos de mensuração de EAs, mas, na APS, não existe tal padrão. A pesquisa/investigação quantitativa na APS é considerada imatura, e as medidas de ocorrência de incidentes não têm se mostrado robustas (Makeham et al. 2008).



Leia a entrevista do professor Jesus Aranaz, responsável pelo estudo espanhol, em: <https://proqualis.net/entrevista/entrevista-com-dr-jes%C3%BAs-maria-aranaz-andr%C3%A9s>



Senhor Ozório de Castro aqui está seu remédio. Tome uma cápsula 2x ao dia, sempre após uma refeição e acompanhado de um líquido, pode ser água ou suco. Nunca tome de estômago vazio! Procure ingerir sempre nos mesmos horários para criar o hábito. Caso esqueça de tomar um dia, não dobre a dose no dia seguinte. Se sentir algum sintoma indesejável retorne ao médico para reportá-lo.

O método mais utilizado para avaliar erros no cuidado ou EAs é a análise dos incidentes registrados nos sistemas de notificação/reporte de incidentes e auditorias/revisões. Os estudos (Hickner et al. 2008; Wallis, Dovey 2011) que utilizaram esse método apontaram, como causas mais frequentes de incidentes na APS, aquelas relacionadas aos medicamentos (32,5%) e ao erro de diagnóstico (30,9%).

Outro método muito usado para avaliar os fatores contribuintes dos incidentes (Makeham et al. 2008) é a entrevista com profissionais de saúde da APS. Estudos (Balla et al. 2012; Gaal et al. 2010) indicaram a ocorrência de erros frequentes: relacionados a medicamentos; ao diagnóstico, causados por falhas nos registros dos pacientes; e originados pela pressão, a fim de que os profissionais diminuíssem o tempo do cuidado.

Alguns estudos utilizaram como método o emprego de questionários para avaliar os incidentes. Em um estudo (Mira et al. 2010) que analisou os EAs, relatados pelos pacientes, e os aspectos organizacionais do serviço de saúde, concluiu-se que os fatores contribuintes preponderantes são as falhas na comunicação entre médicos e pacientes. Outro estudo (O'Beirne et al. 2011) mostrou que os médicos e enfermeiros relatam mais incidentes ocorridos com os pacientes do que os profissionais administrativos. Nesse estudo, os principais incidentes relatados fizeram referência à documentação, tratamento medicamentoso, gestão dos serviços e registro clínico.

Alguns estudos (Buetow et al. 2010; Manwell et al. 2009) empregam o método de grupo focal para analisar a ocorrência de incidentes na APS. Neles, existe considerável variação nas respostas sobre a importância dos erros, em função da diversidade da composição dos grupos focais. Entretanto, a falha na comunicação, a pressão para diminuir o tempo do atendimento e o sistema de informação inadequado foram os fatores contribuintes mais relevantes.

Vários pesquisadores/investigadores recorrem a uma combinação de métodos para analisar melhor os incidentes em APS. Em estudos (Cañada Dourado et al. 2011; Harmsen et al. 2010) nos quais foram empregadas a análise de incidentes em sistemas de notificações/reports e auditorias, análise observacional e grupo focal, observou-se que cerca de 1 a 5% das consultas de cuidados primários originaram EAs. Nesses estudos, os principais fatores contribuintes foram relacionados à organização do trabalho, tais como tarefas excessivas e baixa capacidade de integração dos profissionais com os pacientes. Outro estudo (Wetzels et al. 2009) com combinação de métodos, que utilizou a aná-

lise de incidentes em sistemas de notificações/reportes e auditorias, revisão de prontuários/processos clínicos e entrevistas, evidenciou que cerca de 50% dos incidentes não atingiram o paciente. Em 33%, houve internação/internamento hospitalar não planejada em razão da piora dos sintomas, e, em 75% dos incidentes avaliados, havia potencial para causar dano à saúde.

Os incidentes relacionados ao cuidado ocorrem em países de todos os níveis de evolução, e as evidências sugerem que o impacto é proporcionalmente maior em países em desenvolvimento (WHO 2010). Alguns autores (Sousa et al. 2010) defendem que a investigação em segurança do paciente deve, de forma primordial, centrar-se nos fatores contribuintes, na dimensão, na natureza e no impacto dos incidentes decorrentes da APS, sobretudo em países nos quais esse conhecimento não existe ou é escasso.

Austrália, EUA, Reino Unido, Espanha e outros têm realizado estudos sobre a segurança do paciente na APS, mas, na maioria dos países, ainda não são desenvolvidas pesquisas/investigações sobre a segurança do paciente na APS. Estabelece-se, assim, um desafio para equipes que estudam e tentam melhorar a segurança dos cuidados de saúde primários em vários contextos e configurações socioeconômicas.

Os primeiros estudos estão sendo publicados na América Latina, confirmando a alta frequência de incidentes medicamentosos e uma associação com as condições socioeconômicas dos pacientes (Montserrat-Capella 2015).

No Brasil, um trabalho pioneiro (Marchon 2015) utilizou um questionário para profissionais de saúde no contexto da estratégia da saúde da família, baseado no estudo australiano *Primary Care International Study of Medical Errors* (Pcisme), na intenção de avaliar a segurança do paciente na APS. Método esse aplicado também em outros países, tais como Austrália, Portugal, França e Alemanha. Trata-se de um questionário para avaliar se houve algum incidente durante o cuidado, e, se tiver ocorrido, caracterizar e conhecer sua gravidade e os fatores que contribuíram para sua ocorrência (Makeham et al. 2008). O questionário, adaptado para a realidade brasileira, está demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Questionário Pcisme adaptado para a realidade brasileira

Profissional nº	Incidente relatado no
Questões	Alternativas de respostas
O incidente está relacionado com um paciente em particular?	Sim ou Não

Quadro 1 – Questionário Pcisme adaptado para a realidade brasileira (cont.)

Profissional nº	Incidente relatado no
Questões	Alternativas de respostas
Se sim, até que ponto conhece o paciente?	• Não conheço • Conheço, mas não é meu paciente • Conheço pouco (é a 1ª vez do paciente na consulta) • Conheço bem (é meu paciente)
Idade do paciente (em anos). Para crianças menores de 1 ano, usar meses	Texto livre
Sexo do paciente	Masculino ou Feminino
O paciente pertence a um grupo com vulnerabilidade social? Se SIM, qual?	Sim ou Não Texto livre
O paciente tem um problema de doença crônica?	Sim ou Não
O paciente tem um problema de saúde complexo? (condição de difícil manejo clínico, presença de comorbidades/comorbilidades, dependência de álcool e/ou drogas, distúrbios neurológico ou psiquiátrico)	Sim ou Não
O que aconteceu? Por favor, considere o que, quem esteve envolvido: Quem? (não colocar nomes, apenas a categoria profissional: médico, enfermeiro, técnico de laboratório, recepcionista etc.)	• Houve um incidente, mas não chegou a atingir o paciente • Houve um incidente, que atingiu o paciente, mas não causou dano ao paciente • Houve um incidente, que atingiu o paciente e causou dano ao paciente
Qual foi o resultado? Identifique as consequências reais e potenciais, ou algum outro tipo consequência.	Texto livre
O que pode ter contribuído para esse erro? Por favor, considere quaisquer circunstâncias especiais.	Texto livre
O que poderia ter prevenido o erro? Por favor, considere o que deve mudar para evitar repetição desse tipo de erro.	Texto livre

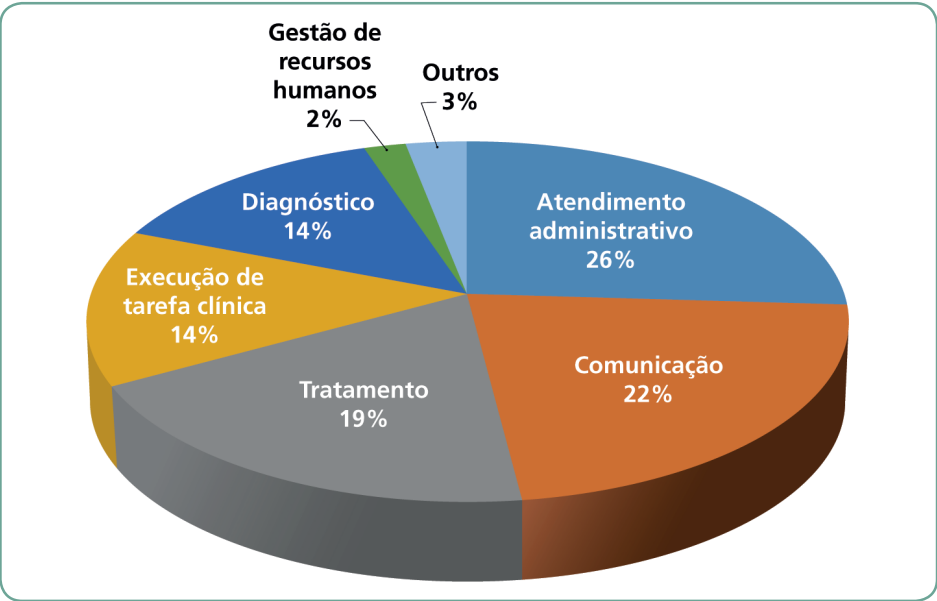
Quadro 1 – Questionário Pcisme adaptado para a realidade brasileira (cont.)

Profissional nº	Incidente relatado no
Questões	Alternativas de respostas
Onde aconteceu o erro? (escolha todas as opções que se aplicam)	• Consultório • Hospital/serviços de urgência • Na farmácia • No laboratório • No RX onde realizou exames • Consultório de enfermagem • Domicílio do paciente • No contato telefônico • Atendimento administrativo • Outros locais: _____
Teve conhecimento de que outro paciente tenha sofrido este tipo de erro?	Sim ou Não
Se sim, como classificaria a gravidade desse 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
Com que frequência ocorre esse 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)

Fonte: Marchon (2015).

Os tipos de erros que contribuíram com os incidentes e sua distribuição podem ser conferidos no Gráfico 1 (Marchon 2015).

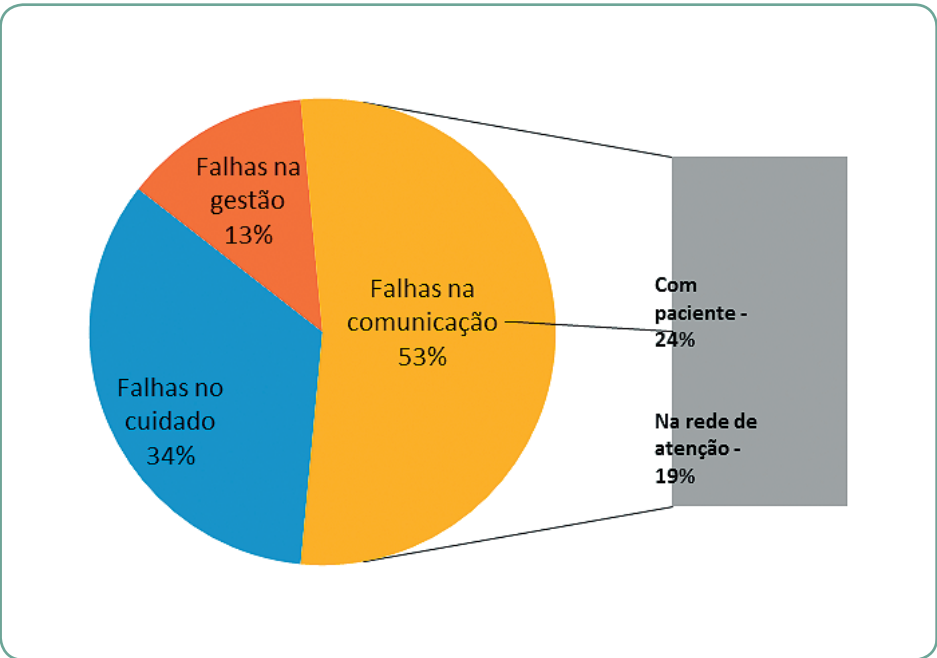
Gráfico 1 – Erros que contribuíram para incidentes



Fonte: Marchon (2015).

Os fatores que contribuíram com os incidentes estão distribuídos como mostrado no Gráfico 2 (Marchon 2015).

Gráfico 2 – Fatores contribuintes dos incidentes



Fonte: Marchon (2015).

Os profissionais que colaboraram na pesquisa/investigação apresentaram como dificuldades para o bom relacionamento da equipe as diferenças de opinião, de visão profissional, de formação acadêmica, de cultura de segurança do paciente, de comportamento, de escolaridade, de hierarquização profissional e de responsabilização com o paciente (Marchon 2015).

Para refletir

Avaliando o que acontece em sua organização, quais os tipos de erro que mais contribuem para ocorrência de incidentes? Quais fatores você acredita serem os principais responsáveis por esses erros? Que medidas mais imediatas poderiam ser tomadas para melhorar esse quadro?

A OMS recomenda que pesquisas/investigações e intervenções sobre o tema entrem nas agendas de todos os países por causa das oportunidades de melhoria da segurança do paciente (Sousa 2006). Para orientar a pesquisa/investigação em países com dificuldades de obter informações mais concisas, a OMS lançou, em 2010, *Assessing and tackling patient harm: a methodological guide for data poor hospitals* [Avaliando e evitando a ocorrência de danos ao paciente: um guia metodológico para hospitais com escassez de dados] (WHO 2010, tradução nossa), em que descreve metodologias que podem ser utilizadas para estimar a extensão dos danos causados durante os cuidados de saúde ou implementar ações prioritárias relativas a questões de segurança do paciente.

Soluções para prevenir ou mesmo mitigar as causas mais frequentes dos erros na Atenção Primária à Saúde

Apesar da insuficiência de pesquisas/investigações sobre incidentes na APS, existem soluções amplamente reconhecidas para prevenir ou mesmo mitigar as causas mais frequentes dos erros. É de suma importância adotar medidas individuais e organizacionais, de forma a reduzir e até prevenir incidentes nos cuidados primários, apontando soluções (Quadro 2) (Ribas 2010).

Quadro 2 – Os principais incidentes e fatores contribuintes na APS e as soluções

Tipo de incidentes	Soluções
Falha no tratamento medicamentoso: Troca de medicação Interação medicamentosa Prescrição duplicada de princípios ativos iguais ou sobrepostos em sua ação Atraso no início de tratamento Troca de pacientes	Normalizar apresentação da informação sobre o medicamento. Gerenciar medicamentos de aspecto e nome parecidos. Promover medidas de segurança na aplicação de injetáveis. Conciliar os tratamentos entre níveis de cuidados. Introduzir alertas de segurança nas prescrições. Explicar a prescrição ao paciente.
Erro no diagnóstico: Atraso ou ausência de diagnóstico Atraso ou ausência de avaliação de resultados de exames Interpretação incorreta de resultados Vieses de decisão Troca de identificação de pacientes	Introduzir alertas e follow-ups de resultados anormais. Normalizar a nomenclatura e interpretação dos exames. Disponibilizar sistemas de apoio à decisão.
Inadequada comunicação interprofissional: Troca de pacientes	Minimizar o uso de instruções verbais ou telefônicas, preferindo, sempre que possível, o contato pessoal.
Inadequada comunicação com o paciente: Atraso ou falha na comunicação com o paciente Comunicação ineficaz entre médico e paciente sobre o diagnóstico ou medicação	Educar permanentemente em anamnese. Verificar sistematicamente a identidade dos pacientes, cruzando mais que um dado de identificação (por exemplo: nome e data de nascimento). Encorajar o paciente a participar de forma ativa do processo. Partilhar experiências de near miss, EAs e eventos-sentinela com os pacientes. Fornecer informação clara e escrita sempre que possível. Implementar registro clínico único.
Falhas na organização do serviço de saúde: Conciliar os tratamentos entre os diferentes níveis de complexidade dos cuidados Falta de protocolos para todas as intervenções, desde a entrada até a saída do paciente	Estabelecer procedimentos de avaliação e prevenção de incidente em todo o circuito do paciente dentro do sistema de saúde. Utilizar simulação de casos. Atualizar os procedimentos periodicamente, de forma a incorporar as técnicas mais seguras com o conhecimento científico mais atual.

Quadro 2 – Os principais incidentes e fatores contribuintes na APS e as soluções (cont.)

Tipo de incidentes	Soluções
Inadequados registros clínicos: Ausência de registros (dados do paciente) Troca de paciente.	Introduzir sistemas de apoio à decisão, alertas ou passos limitantes nos programas de prontuário/processo clínico.
Falta de capacitação do profissional: Não valorização do risco de erro por parte de profissionais e pacientes Desconhecimento de medidas de prevenção	Desenvolver redes de comunicação entre profissionais e entre estes e os pacientes. Capacitar os pacientes e o público em geral nas medidas que contribuem para sua própria segurança.
Falta de notificação/reporte de incidentes: Desconhecimento da existência de incidentes e respectivas soluções	Implementar sistemas de notificação/reporte de EAs, voluntário e obrigatório, não culpabilizante. Implementar rotinas de discussão de EAs nas equipes. Implementar sistemas de registro de incidentes nas equipes (por exemplo, Diário de Bordo). Premiar as organizações que incluem em sua prática a notificação/reporte e implementação de medidas de correção de incidentes.

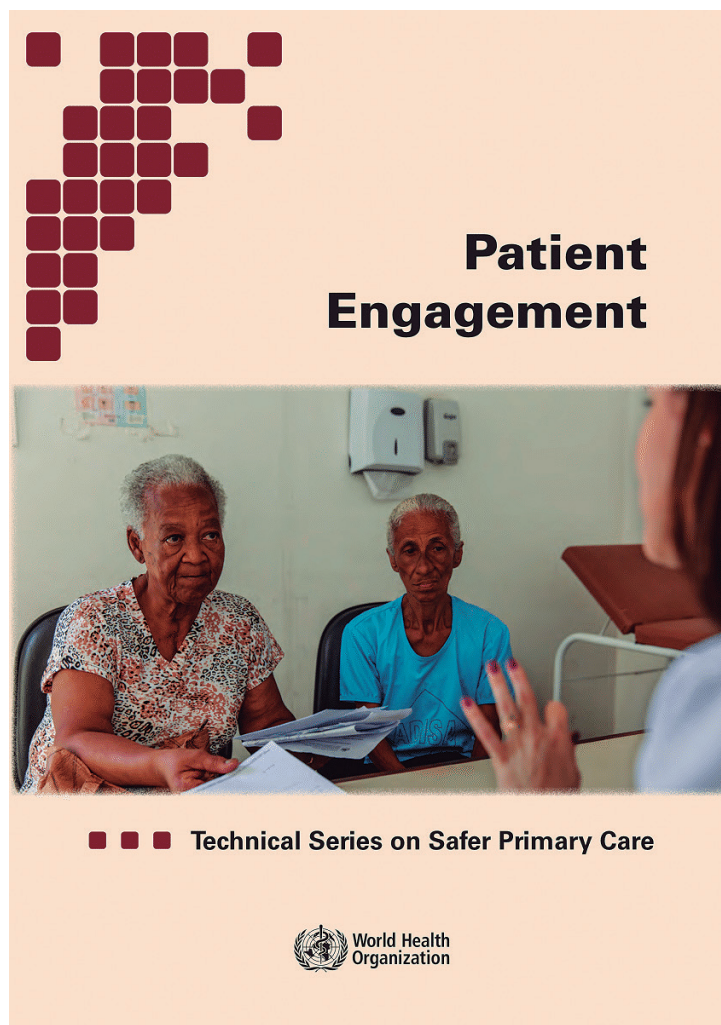
O Quadro 2 mostra que, para incidentes e fatores contribuintes conhecidos, existem soluções estruturadas que deveriam ser de ciência dos gestores das organizações de saúde. Muitas dessas soluções já são desenvolvidas em hospitais, mas necessitam ser adaptadas para a APS.

Considerações finais

Neste capítulo, foi possível perceber que o tema da qualidade e segurança do paciente surge na agenda internacional e nacional, apesar de ainda representar um desafio a ser alcançado. Com o objetivo de alinhar as políticas no campo da Segurança do Paciente na APS, a OMS publicou, em dezembro de 2016, uma série de nove monografias – The Technical Series on Safer Primary Care (Figura 3), que aborda as questões relacionadas e apresenta as possíveis diretrizes para melhoria da segurança do paciente na APS. As monografias são: (i) O engajamento do paciente no cuidado; (ii) A educação e a capacitação dos profissionais do cuidado; (iii) Os fatores humanos; (iv) Os erros administrativos; (v) Os erros diagnósticos; (vi) Os erros medicamentosos; (vii) A multimorbidade/multimorbilidade; (viii) As transições do cuidado; (ix) As ferramentas eletrônicas.

Essa iniciativa demonstra que os incidentes ocorrem na APS, contudo vem sinalizando que melhorias são possíveis para o cuidado seguro. Sugerimos uma aproximação mais amigável na leitura deste material.

Figura 2 – Capa de uma das nove monografias da OMS sobre segurança na APS



Fonte: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf;jsessionid=B3851D55E5FC1B315EE795161CF38EF1?sequence=1>

Referências

Aranaz JM, Ivorra F, Compañ AF, Miralles JJ et al. Adverse events in ambulatory surgical procedures. Cir Esp. 2008;84(5):273-8.

Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. et al. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ. 2004;170(11):1678-86.

Balla J, Heneghan C, Thompson M, Balla M. Clinical decision making in a high-risk primary care environment: a qualitative study in the UK. *BMJ Open*. 2012 [citado 2014 jun 25];2(1). Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/2/1/e000414.full>

Buetow S, Kiata L, Liew T, Kenealy T, Dovey S, Elwyn G. Approaches to reducing the most important patient errors in primary health-care: patient and professional perspectives. *Health Soc Care Community*. 2010 May [citado 2014 jun 25]; 18(3):296-303. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20141539>

Cañada Dourado A, García Cubero C, García Ferradal I, Alonso Safont T, Sánchez Márquez MA, Serrablo Requejo S et al. Identificación de las prácticas seguras simples en un área de atención primaria. *Rev Calid Asist*. 2011 [citado 2014 jun 25];26(5):292-98. Disponível em: <http://www.biomedsearch.com/ni/Identification-simple-safe-practices-in/21783398.html>

De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008;17:216-23. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519629>

Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Gaal S, Van den Hombergh P, Verstappen W, Wensing M. Patient safety features are more present in larger primary care practices. *Health Policy*. 2010 Sep; 97(1):87-91.

Graham DG, Harris DM, Elder NC, Emsermann CB, Brandt E, Staton EW et al. Mitigation of patient harm from testing errors in family medicine offices: a report from the American Academy of Family Physicians National Research Network. *Qual Saf Health Care*. 2008 Jun [citado 2014 jun 25];17(3):201-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519627>

Harmsen M, Gaal S, Van Dulmen S, et al. Patient safety in Dutch primary care: a study protocol. *Implement Sci* 2010 [citado 2014 jun 25]; 5(1):50. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914083/>

Hickner J, Graham DG, Elder NC, Brandt E, Emsermann CB, Dovey S, et al. Testing process errors and their harms and consequences reported from family medicine practices: a study of the American Academy of Family Physicians National Research Network. *Qual Saf Health Care*. 2008 Jun [citado 2014 jun 25];17(3):194-200. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519626>

Kostopoulou O, Delaney B. Confidential reporting of patient safety events in primary care: results from a multilevel classification of cognitive and system factors. *Qual Saf Health Care*. 2007 Apr [citado 2014 jun 25];16 (2):95-100. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17403753>

Kuo GM, Phillips RL, Graham D, Hickner JM. Medication errors reported by US family physicians and their office staff. *Qual Saf Health Care*. 2008 Aug [citado 2014 jun 25];17(4):286-90. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18678727>

Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Methods and measures used in primary care patient safety research. Genève: World Health Organization; 2008 [citado 2014 jun 25]. Disponível em: www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/primary_care_ps_research/en/index.html

Manwell LB, Williams ES, Babbott S, Rabatin JS, Linzer M. Physician perspectives on quality and error in the outpatient setting. *WMJ*. 2009 May [citado 2014 jun 25];108(3):139-44. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19552351>

Marchon SG, Mendes Junior WV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, 2014 Sept;30(9):1-21. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/pt_0102-311X-csp-30-9-1815.pdf

Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavao ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015 Nov [citado 2019 jan 20];31(11):2313-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00194214>.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 512. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

Mira JJ, Nebot C, Lorenzo S, Pérez-Jover V. Patient report on information given, consultation time and safety in primary care. *Qual Saf Health Care*. 2010 Oct [citado 2014 jun 25];19(5):e33. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20511244>.

Montserrat-Capella D, Suárez M, Ortiz L, Mira JJ, Duarte HG, Reveiz L, et al. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. *Int J Qual Health Care*. 2015 Feb [citado 2019 jan 20];27(1):52–9. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/27/1/52.full.pdf>

O’Beirne M, Sterling PD, Zwicker K, Hebert P, Norton PG. Safety incidents in family medicine. *BMJ Qual Saf*. 2011 Dec [citado 2014 jun 25]; 20(12):1005-10. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21893612>

Ribas MJ. Eventos adversos em cuidados de saúde primários: promover uma cultura de segurança. *Rev Port Clin Geral* 2010; 26:585-9.

Sousa P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Med Port*. 2006;19:309-18.

Sousa P, Uva AS, Serranheira F. Investigação e inovação em segurança do doente. *Rev Port Saúde Pública*. 2010; vol. temat. (10):89-95.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002. p. 207-45.

Thomas EJ, Petersen LA. Measuring errors and adverse events in healthcare. *J Gen Intern Med*. 2003 [citado 2019 jan 20];18:61–7. Disponível em: <http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1319>

Wallis K, Dovey S. No-fault compensation for treatment injury in New Zealand: identifying threats to patient safety in primary care. *BMJ Qual Saf*. 2011 [citado 2014 jun 25];20(7):587-91. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21228439>

Weiner SJ, Schwartz A, Weaver F, Goldberg J, Yudkowsky R, Sharma G, et al. Contextual errors and failures in individualizing patient care: a multicenter study. *Ann Intern Med*. 2010 Jul 20 [citado 2014 jun 25]; 153(2):69-75. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20643988>

Wetzels R, Wolters R, Van Weel C, Wensing M. Harm caused by adverse events in primary care: a clinical observational study. *J Eval Clin Pract*. 2009 Apr [citado 2014 jun 25]; 15(2):323-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19335492>

World Health Organization. Cuidados de saúde primários: agora mais que nunca: relatório mundial de saúde 2008. Geneva: WHO; 2008a [citado 2014 jun. 25]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/08_overview_pr.pdf

World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. In: International Conference on Primary Health Care; 1978 Sept. 6-12; Alma-Ata. Geneva: WHO; 1978 [citado 2014 jun. 25]. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

World Health Organization. Documents of month: February 2008. Geneva: WHO; 2008b [citado 2014 jun 25]. Disponível em: http://www.who.int/archives/exhibits/month_documents_2008/en/index1.html

World Health Organization. Safer Primary Care: a global challenge. Summary of inaugural meeting Safer Primary Care Expert Working Group; 2012a Feb 27-28; Geneva. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/index.html

World Health Organization. Safer Primary Care Expert Working Group. Geneva: WHO; 2012b [citado 2012 set 6]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/index.html

World Health Organization. Assessing and tackling patient harm: a methodological guide for data-poor hospitals. Geneva: WHO; 2010 [citado 2014 jun 25]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/methodological_guide/PSP_MethGuid.pdf.