

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

QUÉREN DE PÁDUA BRAGA

**INCIDENTES EM UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:
PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

GOIÂNIA

2018

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação [] Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: QUÉREN DE PÁDUA BRAGA

Título do trabalho: INCIDENTES EM UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM [] NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Quêren de Pádua Braga

Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:

Lucia Maria Gomes Braga

Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 20 / 11 / 2018

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada.

QUÉREN DE PÁDUA BRAGA

**INCIDENTES EM UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:
PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linhas de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Processos Gerenciais dos Serviços de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra

GOIÂNIA

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Braga, Quéren de Pádua

Incidentes em unidades de atenção primária em saúde: percepção da equipe de enfermagem [manuscrito] / Quéren de Pádua Braga. - 2018.

118 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2018.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, mapas, abreviaturas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Segurança do paciente. 2. Gestão do conhecimento. 3. Atenção primária a saúde. 4. Equipe de enfermagem. I. Bezerra, Dra. Ana Lúcia Queiroz, orient. II. Título.

CDU 614

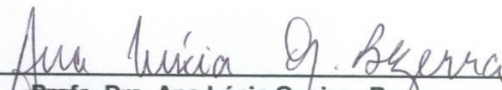


UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

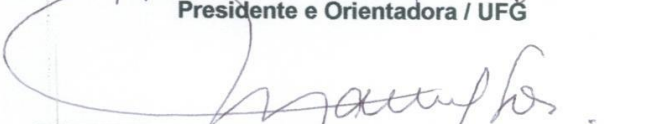


ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

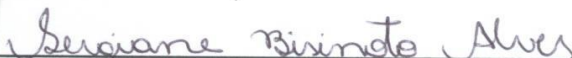
Aos 26 dias do mês de outubro de 2018, as 14h, no Mini Auditório da Faculdade de Enfermagem/UFG/ – Goiânia - Go, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Marta Rovey de Souza (Membro Interno) e Dra. Sergiane Bisinoto Alves (Membro Externo). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: "**Incidentes Em Unidades de Atenção Primária Em Saúde: Percepção da Equipe de Enfermagem**", em nível de **Mestrado**, área de concentração **Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**, de autoria de **Quéren de Pádua Braga**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou a candidata sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta da mestranda. Terminada a exposição da mestranda e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata Aprovada (**Aprovada ou Reprovada**). Cumprindo as formalidades de pauta, às 16h45 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.



Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra
Presidente e Orientadora / UFG



Profa. Dra. Marta Rovey de Souza
Membro Interno



Profa. Dra. Sergiane Bisinoto Alves
Membro Externo

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, Roberto e Maria Lúcia, que nunca mediram esforços para nos proporcionar uma educação com qualidade. Que são exemplos de luta e vitória; que me ensinaram os valores que levarei por toda minha vida. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a **Deus**, meu amado Pai que me presenteou com este Mestrado, me capacitando para entrar e perseverar até o fim, pela sua infinita graça. “*Porque dele, e por ele, e para ele são todas as coisas; glória, pois, a ELE eternamente. Amém!*” (Romanos 11: 36).

Aos meus **pais**, Roberto Braga e Maria Lúcia de Pádua, e minhas **irmãs** Quézia e Jemima, obrigada por todo o amor, incentivo, confiança e principalmente compreensão pelos momentos de ausência. Essa conquista também é de vocês!

Aos **meus familiares**, pelo incentivo aos estudos e por torcerem pelo meu sucesso em tudo que propus realizar.

À minha orientadora, **Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra**, que me proporcionou aprendizagens únicas durante o Mestrado, pelo incentivo, ajuda e principalmente pela paciência e por ser exemplo de profissional brilhante. Seus ensinamentos e sábios conselhos me acompanharão por toda vida.

À **Profa. Dra. Marta Roverly de Souza** por ter acreditado em meu potencial e ter me indicado como orientanda a Profa. Ana Lúcia. Além da contribuição, com seu conhecimento durante as aulas das disciplinas do mestrado e contribuições na minha qualificação, bem como, pelo exemplo de dedicação e competência.

As **Profas. Dra. Ana Luiza Neto e Sergiane Bisinoto** pelas contribuições e apoio nesse estudo. A vocês, meu carinho e respeito. Obrigada!

Aos **professores do mestrado** pela aprendizagem e reflexão sobre minha vida profissional.

Aos meus amigos e companheiros de Mestrado **Isadora, Aline, Biankarla, Patrícia, Cláudio, Luciano** e **Renata** obrigada pelos anos de amizade, por todo o companheirismo, momentos de descontração, vivências e aprendizado, incentivo mútuo, por dividirmos tantas angústias e pela torcida a cada etapa vencida. Em especial a Isadora Moreira que me ajudou em vários momentos durante essa trajetória. Obrigada por tudo!

A minha equipe e colegas de trabalho da **UBS Caraíbas**, minha gestora **Magda Bueno Silva** por incentivar meu aprimoramento profissional. Aos meus colegas de trabalho, principalmente **Eliane, Priscilla e Renata** por compreenderem minha ausência e garantirem que o serviço aos usuários não ficasse prejudicado. O apoio de vocês foi primordial para minha conquista.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho. Muito obrigada!

BRAGA, QP. **Incidentes em Unidades de Atenção Primária em Saúde: Percepção da Equipe de Enfermagem.** [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2018.

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária a Saúde é a porta de entrada e o primeiro ponto de encontro entre o paciente e o sistema de saúde. Investigações com foco em Segurança do Paciente neste nível de atenção são escassos, mas imprescindíveis por levantar diagnósticos dos processos assistenciais para que medidas preventivas sejam adotadas a fim de melhorar a qualidade do atendimento e minimizar possíveis incidentes. Há necessidade de maior compromisso da enfermagem no sentido de envolver os pacientes e profissionais para a prevenção de incidentes neste contexto.

Objetivo: Analisar a percepção dos profissionais da equipe de enfermagem quanto à ocorrência de incidentes em pacientes atendidos em unidades de serviços da atenção primária à saúde.

Metodologia: Estudo descritivo transversal com abordagem mista, desenvolvido em 24 Unidades Básicas de Saúde de um município da Região Centro Sul de Goiás, com população de 97 profissionais da equipe de enfermagem. Os dados foram coletados em março de 2018 por meio de entrevista auxiliada pelo questionário PCISME (Primary Care International Study of Medical Errors) pioneiro no sentido de registrar incidentes na APS, adaptado e validado para a realidade brasileira. Foi realizada análise descritiva dos dados quantitativos e análise de conteúdo dos dados qualitativos com o auxílio do ATLAS.ti 7.5.4.

Resultados/Discussão: Foram identificados 88 incidentes, divididos em assistenciais: sendo os de vacinação os mais frequentes, com 26 relatos, seguido de medicação e queda; e administrativos: sendo 11 relacionados ao atendimento administrativo e sete a estrutura organizacional e recursos materiais. Dentre os incidentes, 74 foram considerados eventos adversos, pois causaram dano ao paciente, sendo dois de dano permanente e dois óbitos. A categoria profissional envolvida no maior número de incidentes foram os técnicos de enfermagem em 45 relatos, seguido pelos médicos, administrativos e enfermeiros. Os resultados mostraram a necessidade de aprofundamento dessa temática nos demais serviços de atenção primária com intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada por profissionais capacitados e melhorar a qualidade da organização dos serviços e conseqüentemente a segurança no atendimento aos pacientes.

Conclusões: A percepção da equipe de enfermagem evidenciou a necessidade de sensibilizar os gestores e profissionais de saúde no sentido de ampliar as estratégias de educação permanente, o uso de instrumentos de notificação dos incidentes, já que estas ações contribuem no diagnóstico da situação de saúde e qualificação dos profissionais para promoção de melhorias mediante um cuidado seguro e com qualidade. Ressalta-se que o incentivo à produção de pesquisas relacionadas ao tema na APS é um caminho a seguir.

Palavras chave: Segurança do Paciente; Gestão do Conhecimento; Atenção Primária à Saúde; Equipe de Enfermagem.

BRAGA, QP. **Incidents in Primary Health Care Units: Perception of the Nursing Team.** [Dissertation] Goiânia - GO: Professional Master's Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva and Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2018.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care is the gateway and the first point of contact between the patient and the health system. Investigations focused on patient safety at this level of care are scarce but essential for diagnosing care processes for that preventive measures are taken to improve the quality of care and minimize possible incidents. There is a need for more nursing commitment to involve patients and professionals in the prevention of incidents in this context. **Objective:** To analyze the perception of professionals of the nursing team regarding the occurrence of incidents in patients attending primary healthcare units. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study with a mixed approach, developed in 24 Basic Health Units of a municipality in the Central South Region of Goiás, with a population of 97 professionals from the nursing team. The data were collected in March 2018 through an interview with the PCISME (Primary Care International Study of Medical Errors) questionnaire to register incidents in APS, adapted and validated for the Brazilian reality. Descriptive analysis of quantitative data and content analysis of qualitative data were performed with the help of ATLAS.ti 7.5.4. **Results / Discussion:** We identified 88 incidents, divided into care: the most frequent were the vaccination, with 26 reports, followed by medication and fall; and administrative: being 11 related to administrative service and seven organizational structure and material resources. Among the incidents, 74 were considered adverse events, as they caused damage to the patient, two of which were permanent damage and two deaths. The professional category involved in the highest number of incidents were the nursing technicians in 45 reports, followed by doctors, administrative staff and nurses. The results presented the need to deepen this theme in other primary care services in order to improve the quality of care provided by qualified professionals and improve the quality of the organization of services and consequently the safety of patient care. **Conclusions:** The perception of nursing team's evidenced the need to sensitize managers and health professionals in order to expand strategies of permanent education, the use of instruments of notification of the incidents, since these actions contribute in the diagnosis of the health situation and professionals to promote improvements through safe and quality care. It should be emphasized that encouraging the production of research related to the subject in PHC is a way forward.

Keywords: Patient Safety; Knowledge management; Primary Health Care; Nursing Team

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Teoria do queijo suíço com defesas e barreiras que podem ser penetradas pela trajetória de um acidente. Fonte: Reason (2000).....40

Figura 2 - Mapa do Município de Aparecida de Goiânia-GO. Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2008; 2018).....46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização do perfil sócio profissional dos enfermeiros e técnicos de enfermagem entrevistados. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2018.	55
Tabela 2 – Tipos de incidentes ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde, segundo a equipe de enfermagem. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.	56
Tabela 3 - Conhecimento do paciente que sofreu o incidente segundo o profissional da equipe de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.	57
Tabela 4 – Caracterização dos pacientes que sofreram incidente nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.	58
Tabela 5 – Categorias profissionais envolvidas nos incidentes, ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.	80
Tabela 6 – Locais das Unidades Básicas de Saúde onde ocorreram os incidentes relatados pelos profissionais da equipe de saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.	81
Tabela 7 – Gravidade do dano e consequências para o paciente dos incidentes ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018	82
Tabela 8 – Frequência de incidentes ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Guia de Boas Práticas na atenção Primária em saúde.	42
Quadro 2 – Etapas de adaptação e validação do questionário PCISME no Brasil, segundo Marchon e Mendes (2015).....	48
Quadro 3 – Descrição dos incidentes relacionados à vacinação ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.....	60
Quadro 4 - Descrição dos incidentes relacionados à medicação, ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.....	63
Quadro 5 – Descrição dos incidentes relacionados a quedas ocorridas nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.....	69
Quadro 6 – Descrição dos incidentes relacionados à evasão ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.....	71
Quadro 7 – Descrição dos incidentes relacionados aos erros de diagnósticos ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.	72
Quadro 8 – Descrição dos incidentes relacionados à omissão de cuidados ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.	73
Quadro 9 - Descrição dos incidentes relacionados à perfuro cortantes ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.....	74
Quadro 10 – Descrição dos incidentes relacionados ao atendimento administrativo ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.	76
Quadro 11 – Descrição dos incidentes relacionados à estrutura organizacional e recursos materiais ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
EA	Eventos Adversos
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HMPS	<i>Havard Medical Practice Study</i>
ICPS	Classificação Internacional de Segurança do Paciente
ISMP	<i>Institute for Safe Medication Practices</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MIFS	<i>Medical Insurance Feasibility Study</i>
MS	Ministério da Saúde
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PFPS	<i>Patients for Patient Safety</i>
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PROQUALIS	Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSF	Programa de Saúde da Família

REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	
2	INTRODUÇÃO	21
3	OBJETIVOS	27
3.1	Objetivo Geral	27
3.2	Objetivos Específicos	Erro! Indicador não definido.
4	REVISÃO DA LITERATURA	29
4.1	Iniciativas de Segurança do paciente na Atenção Primária a Saúde	29
4.2	Atenção Primária à Saúde	34
4.3	A Equipe de enfermagem e as boas práticas para prevenção de incidentes na APS	34
5	METODOLOGIA	45
5.1	Tipo de estudo	45
5.2	Local do estudo	45
5.3	População de estudo e critérios de inclusão e exclusão	46
5.4	Procedimentos para a coleta dos dados: Instrumento de pesquisa	47
5.5	Análise dos dados	50
5.5.1	Análise quantitativa	50
5.5.2	Análise qualitativa	50
5.6	Aspectos éticos	51
6	RESULTADOS	53
6.1	Perfil dos Profissionais	53
6.2	Incidentes ocorridos na APS segundo os profissionais	56
6.2.1	Vacinação	59
6.2.2	Medicação	64
6.2.3	Quedas	68

6.2.4 Evasão.....	69
6.2.5 Erros de diagnóstico	72
6.2.6 Omissão de cuidados	72
6.2.7 Acidente com perfuro-cortantes	74
6.2.8 Processo administrativo	75
6.2.9 Estrutura organizacional e recursos materiais	78
6.3 Incidentes e categorias profissionais envolvidos	80
6.4 Incidentes e locais	80
6.5 Incidentes: gravidade e frequência	81
7 DISCUSSÃO.....	84
8 CONCLUSÕES.....	94
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICES	109
ANEXOS	114

APRESENTAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

Este estudo é resultado dos meus questionamentos acerca da importância da qualidade dos serviços de saúde no processo de cuidar e o desejo de contribuir, por meio da investigação sobre segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS), com o intuito de construir e disseminar conhecimentos para a prevenção de incidentes neste contexto com vistas ao alcance de promover melhorias na assistência prestada à população e destacar a importância do serviço de enfermagem para a sua efetivação.

A escolha desse tema se deu em decorrência de minha prática acadêmica e profissional. Essa trajetória teve início entre os anos de 2009 a 2011, durante o Curso de Graduação em Enfermagem, enquanto integrante do Programa de Iniciação Científica na Universidade Federal de Goiás com a mesma orientadora desse projeto, mas, pesquisando no contexto hospitalar. Em 2010 me tornei participante do Grupo de Estudos em Gestão e Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem (GERHSEn), que tem como uma de suas linhas de pesquisa a Segurança do Paciente na Assistência à Saúde. Esses três anos de pesquisa me permitiram construir um conhecimento sobre aspectos relativos ao trabalho da enfermagem e fazer um diagnóstico situacional da qualidade da assistência em saúde, especialmente, dos potenciais riscos no processo do cuidar.

No entanto, minha trajetória profissional foi desenvolvida no serviço público de saúde. Inicialmente, em um serviço hospitalar de urgência na capital Aparecida de Goiânia em 2012 a 2014, e posteriormente iniciei minhas atividades como profissional na Atenção Primária, graças à aprovação em concurso do mesmo município, onde há quatro anos atuo como Enfermeira na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Apesar de diversas experiências em diferentes cenários, as realidades encontradas nos locais trabalhados se completam. Em muitas situações, pacientes procuravam o serviço de emergência quando não conseguiam que seus problemas fossem resolvidos na Atenção Primária e, assim, um ciclo se formava. Quando a Atenção Primária não consegue ser resolutiva, os usuários buscam outras formas de acesso para que suas necessidades sejam atendidas.

Como Enfermeira da ESF, o meu processo de trabalho é desenvolvido em dois campos essenciais: na unidade de saúde, junto à equipe de profissionais, e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos ACS, bem como assistindo às pessoas que necessitam de atenção de enfermagem. Minhas atribuições básicas são: executar, no nível de minhas competências, ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso, desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde, oportunizar os contatos com indivíduos saudáveis ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária, promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável e participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família.

Posteriormente ingressei em uma Especialização em Saúde Pública com o foco na ESF, e em 2016 iniciei o Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, que proporcionou minha atuação como docente do Curso Superior de Enfermagem de na disciplina de Epidemiologia e Bioestatística. No Mestrado em curso desenvolvi pesquisa sobre segurança do paciente em especial, a atuação profissional dos enfermeiros na investigação de incidentes na APS. Esses profissionais constituem como a principal fonte de informação de tais eventos, no intuito de identificar as possíveis causas, avaliar os danos, propor soluções e criar estratégias de prevenção para minimizar as falhas organizacionais e pessoais e estimular uma cultura de segurança.

A cultura de segurança em saúde auxilia na prevenção de ocorrência de incidentes que se caracteriza como um problema de saúde pública e requer atenção e estratégias efetivas para seu controle. A garantia da segurança do paciente se promove por meio da adoção de medidas gerenciais que estimulem um processo de trabalho sistematizado com base em evidências científicas, em que o incidente é identificado, entendido e avaliado para evitar que outros incidentes de mesma ordem se repitam, resultando em um ambiente cada vez mais seguro.

Finalizando apresento a minha dissertação de Mestrado que está estruturada considerando as etapas de um estudo científico.

A Introdução descreve os fundamentos teóricos sobre segurança do paciente e o contexto da APS e ancora a justificativa, bem como alguns problemas de pesquisa com questionamentos e motivações que resultaram nessa investigação. A seguir estão descritos os objetivos propostos a serem alcançados.

A Revisão da Literatura alicerçada em evidências científicas, está disposta em três eixos:

I – Iniciativas de Segurança do paciente na Atenção Primária a Saúde

II – Atenção Primária à Saúde

III - A Equipe de enfermagem e as boas práticas para prevenção de incidentes na APS

A Metodologia do estudo, inclui o tipo de pesquisa, campo, participantes e procedimentos de coleta e análise dos dados, assim como e os aspectos éticos.

Os Resultados estão estruturados em duas partes, conforme os objetivos específicos e sistematizados em tabelas com intuito de facilitar a visualização geral das variáveis investigadas. A Discussão está respaldada na literatura nacional e internacional e demonstra a relevância do estudo.

As Conclusões e as Considerações finais fazem uma síntese dos resultados e reflexões quanto à competência e responsabilidade dos profissionais de saúde na prevenção e gestão de riscos para incidentes.

As referências consultadas para a construção deste material estão listadas e apresentadas segundo as normas da ABNT, conforme solicitado pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás.

Os anexos e apêndices estão apresentados ao final do material, respectivamente, para critério de comprovação dos termos éticos e consulta do instrumento elaborado para este fim.

Desejo que este estudo possa contribuir para o aperfeiçoamento do processo de trabalho das equipes de saúde e, conseqüentemente para que a melhoria da assistência ocorra de forma integral.

INTRODUÇÃO

2 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é fundamental para que as instituições de saúde cumpram seu papel social, oferecendo uma assistência à saúde de qualidade com o mínimo de riscos ao paciente em todos os níveis de cuidados de saúde, desde a promoção da saúde até o tratamento da doença (NOVARETTI et al., 2014)

Considerando os riscos a assistência à saúde está os incidentes, estes são definidos como todo evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Na literatura sobre segurança do paciente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) por meio do *Patient Safety Program*, desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS) onde classifica os incidentes como incidentes sem dano quando o evento atinge o paciente, mas não causa dano aparente, incidentes com dano ou evento adverso (EA) quando atinge o paciente e causa dano, *near misses* ou quase erros quando o incidente ocorre, mas, não atinge o paciente por serem barrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013).

Os danos advindos dos eventos adversos podem causar incapacidade ou disfunção ao paciente, são temporários ou permanentes e muitas vezes prolongam a internação do indivíduo, ou provocam a morte por consequência do cuidado e não da doença motivo de internação. São classificados em leves por apresentarem sintomas leves que exigem intervenções mínimas como observação extra e revisão de tratamento; moderados quando o dano leva ao aumento do tempo de internação e exige procedimento e/ou tratamento adicional; graves quando há intervenção cirúrgica de grande porte e/ou necessidade de intervenção para suporte de vida, agravamento da condição clínica do paciente, transferência do paciente da Clínica para UTI e o óbito, quando em curto prazo o evento causou ou acelerou a morte do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; VLAYEN et al., 2012).

O aumento da ocorrência de incidentes é apontado como um dos fatores que influencia diretamente a qualidade dos serviços de saúde, o que tem provocado debates em âmbito internacional, considerando que os erros podem resultar em tragédias para os pacientes e/ou familiares, o aumento dos custos da assistência em saúde (GALLOTTI, 2004).

Estudo aponta que dentre as condições facilitadoras para a ocorrência de EA, estão à falha de comunicação entre os profissionais e entre estes e os pacientes, juntamente com a fragmentação da responsabilização da assistência, descontinuidade do cuidado, inadequação dos sistemas de informações existentes, insuficiente incorporação de protocolos clínicos elaborados por meio de bases científicas sólidas e falência nos mecanismos de registro e notificação de EA (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

A busca pela qualidade nos serviços de saúde mostra uma preocupação em promover a melhoria da assistência prestada à população e a importância do serviço de enfermagem para efetivação desta assistência (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). Sob esse ponto de vista, tem-se que essas ocorrências vão contra os princípios da qualidade dos serviços nas instituições de saúde que buscam oferecer à clientela assistência livre de riscos e danos.

É importante que todas as instituições que desenvolvam ações de cuidado, promovam condições em busca de promoção, recuperação e reabilitação da saúde, pois no cenário atual, até mesmo nos mais desenvolvidos serviços de saúde os pacientes e famílias são expostos a erros (PEDREIRA, 2009a).

Considerando a magnitude da assistência à saúde, a Atenção Primária em Saúde (APS) considerada a porta de entrada do sistema de saúde no atendimento aos pacientes, um incidente nesse nível de assistência pode levar a uma sucessão de condutas e tratamentos desnecessários que poderiam prejudicar a qualidade do cuidado e na segurança do paciente. Estudos focados em Segurança do Paciente no contexto da APS realizados em todo o mundo têm sido mais escassos, embora seja reconhecido como o primeiro ponto de encontro do paciente com o sistema de saúde (TORIJANO-CASALENGUA, 2015).

A partir do ano de 2006, o Comitê Europeu de Segurança do Paciente reconheceu a necessidade de considerar a segurança do paciente como uma dimensão da qualidade em saúde, desde a promoção da saúde até o tratamento da doença, em todos os níveis de cuidados de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Em 2012, a OMS com o objetivo de avançar o conhecimento sobre os riscos para os pacientes em cuidados de saúde primários, e da magnitude e natureza dos eventos adversos devido a práticas inseguras, constituiu um grupo para estudar as questões

envolvidas com a segurança na atenção primária à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

No Brasil a atenção primária em saúde se orienta pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social (BRASIL, 2009). No contexto da assistência primária, os profissionais envolvidos estão em permanente e direto contato com a população-alvo, permitindo-lhes, potencialmente, detectar agravos e desencadear medidas de forma oportuna (SALVIANO; LUIZA; PONCIANO, 2011).

Há um esforço internacional para que sejam realizadas mais pesquisas sobre a segurança do paciente na atenção primária à saúde. No Brasil, com a implantação da Estratégia Saúde da Família, houve nos últimos anos uma ampliação do número de pacientes atendidos na atenção primária à saúde, aumentando consequentemente grande parcela dos cuidados ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) neste nível da atenção (MAKEHAM et al., 2008).

A avaliação da qualidade da assistência prestada pela ESF foi realizada por meio de um instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) em 2005, e em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) objetivando avaliar as condições de atendimento e em busca da melhoria da qualidade da assistência nas unidades de ESF. Nessa avaliação ficou demonstrado que a qualidade do serviço ofertado foi classificada como regular em 44% das unidades, onde 62% dos profissionais de saúde não utilizavam os protocolos recomendados para a avaliação clínica inicial e apenas 38% informaram utilizar protocolos clínicos em situações de urgência (MARCHON et al., 2015).

Na atenção primária, a assistência de enfermagem se destaca com diversas atribuições e responsabilidades que, se não realizadas com segurança, podem causar danos ao paciente. Nesse sentido, Marck e Cassiani (2005) observam que os enfermeiros devem se preocupar com os rumos e as novas abordagens das investigações científicas sobre a segurança do paciente e seu estudo constatou que pouco se fala a respeito da segurança do paciente entre os profissionais e gestores da APS.

As investigações sobre segurança do paciente têm seu foco e maior parte dos estudos nos hospitais, por se tratar de um ambiente de maior complexidade, é natural que esse ambiente seja o foco inicial dessas investigações. Contudo, os cuidados na APS tem se tornado mais complexos e, nas últimas décadas, a concepção de que a baixa densidade tecnológica é incompatível com as funções de uma assistência de qualidade vem se fortalecendo (PAESE; SASSO, 2013).

Um estudo espanhol relatou erros na APS variando de 0,2% a 7,6%. Destes, 39,3% causaram danos ao paciente, 40% estavam relacionados à prescrição de medicamentos, sendo que até 20% foram considerados evitáveis. Os tipos de incidentes mais encontrados na atenção primária à saúde, nesse estudo foram associados à medicação e ao diagnóstico, e os fatores contribuintes, mais relevantes, de incidentes foram falhas de comunicação entre os membros da equipe de saúde. A Espanha é o país da Europa com o maior número de atendimentos em nível de atenção primária, com uma média de 9,5 consultas médicas por pessoa a cada ano. Vale resaltar que a identificação de EA na APS é particularmente mais complexa, pois muitos deles não são facilmente detectados (ARANAZ et al., 2012).

Entretanto com o aumento da complexidade tecnológica, houve uma ampliação das funções clínicas da APS, ou seja, os cuidados que eram prestados em outros níveis de atenção passaram a ser realizados nesse nível de atenção. A Organização Mundial da Saúde tem preconizado e estimulado em todo o mundo o desenvolvimento de projetos, planos e ações que visam melhorar a segurança do paciente nos ambientes de cuidado em saúde. A APS tem sido considerada relativamente segura, apesar de incidentes ocorrerem neste cenário e estão estimados entre 5 a 80 vezes por 100.000 consultas (PAESE; SASSO, 2013).

Outros estudos mostram que as estimativas de incidentes variaram muito na APS, de 0,004 a 240,0 por 1.000 consultas, e as estimativas de erros evitáveis variaram de 45% a 76% dependendo do método empregado na pesquisa. O método mais utilizado é a análise de notificação de incidentes feita por profissionais de saúde ou pacientes. E que os eventos adversos mais frequentes estão associados ao medicamento e ao diagnóstico. É importante, então, que se investiguem os incidentes relacionados ao cuidado nesse nível de atenção (MAKEHAM et al., 2008).

Embora a pesquisa em segurança do paciente na atenção primária à saúde ainda seja incipiente, existem vários métodos disponíveis na literatura internacional para

avaliar os incidentes relacionados ao cuidado em saúde na atenção primária à saúde. Os eventos adversos mais frequentes na APS estão associados ao tratamento medicamentoso e ao diagnóstico (MARCHON, 2015).

Essa realidade reflete a necessidade de se estabelecer ações de controle e prevenção dos incidentes relacionados à assistência de enfermagem, a fim de estimular a notificação dos mesmos, eliminar os sentimentos de punição por parte dos profissionais envolvidos, contribuir para a elaboração de estratégias que identifiquem suas possíveis causas para que possam ser evitados, tornando a assistência livre de riscos e falhas, constituindo importantes indicadores da qualidade da assistência (CARNEIRO et al., 2011).

Reconhecendo que a segurança do paciente é um tema pouco estudado no contexto da APS em nível nacional e local e que os incidentes são indicadores que permitem a mensuração da qualidade da assistência de enfermagem, nos propomos a realizar esse estudo no nível da APS em unidades de atenção básica de uma região do município de Aparecida de Goiânia, Goiás. Para tanto estabelecemos como questões norteadoras: Como ocorrem os incidentes relacionados à segurança do paciente e, em particular os eventos adversos no âmbito da atenção primária em saúde local? Os tipos de incidentes em especial os eventos adversos e os fatores contribuintes mais frequentes na atenção primária em saúde local se assemelham aos que acontecem em outros contextos?

Os incidentes são indicadores de segurança que permitem a mensuração da qualidade da assistência e com este estudo no nível da APS, espera-se que o mesmo contribua para o planejamento de medidas preventivas para a redução dos erros, beneficiando não só a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem nas unidades básicas, mas principalmente, garantindo a segurança do paciente.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção dos profissionais da equipe de enfermagem quanto à ocorrência de incidentes em pacientes atendidos em unidades de serviços da atenção primária à saúde.

3.2 Objetivos Específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico e de formação dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde;

Caracterizar os tipos de incidentes e os fatores contribuintes para sua ocorrência, associados ao atendimento na atenção primária à saúde;

Verificar as consequências e grau de danos dos incidentes para os pacientes ocorridos no contexto da atenção primária à saúde, assim como as sugestões da equipe de enfermagem para tornar o cuidado seguro.

REVISÃO DA LITERATURA

4 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura foi pautada na literatura nacional e internacional e compreendeu dois tópicos. O primeiro consistiu em uma breve explanação sobre segurança do paciente e a atenção primária a saúde. O segundo tópico destinou-se a contextualizar as atividades e o papel da equipe de enfermagem na segurança do cuidado ao paciente em serviços de saúde.

4.1 Iniciativas de Segurança do paciente na Atenção Primária a Saúde

Ao caminhar pela história, podemos destacar vários episódios que apontam a preocupação com os danos decorrentes do cuidado prestado ao ser humano. Entre eles, vemos a iniciativa da enfermeira inglesa Florence Nithingale durante a Guerra da Criméia que além de revolucionar a enfermagem e o seu ensino, incentivou mudanças dos cuidados, no sentido da melhoria da segurança do paciente, com sua análise das condições dos hospitais ingleses. Instituiu o cuidado com os pacientes, como a higiene, limpeza do ambiente, alimentação, registro estatístico das principais causas de óbito, dentre outros, reconhecendo que o hospital não deveria causar danos ao paciente, mas, sim, prover a melhor atenção e cuidado visando ao seu pronto restabelecimento. No seu livro *Notes on Hospitals* declarou “Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes” (OLIVEIRA; PAULA, 2013; WACHTER, 2010).

Em 1974 foi realizado na Califórnia o *The Medical Insurance Feasibility Study* (MIFS), um estudo considerado pioneiro, baseado na revisão retrospectiva de prontuários para avaliar a incidência de eventos adversos em hospitais. Em 1984 nos hospitais do Estado de Nova Iorque foi realizado o *The Havard Medical Practice Study* (HMPS), utilizando a mesma metodologia do estudo anterior, tornou conhecida a magnitude dos problemas de segurança dos pacientes hospitalizados em 51 hospitais. Seus resultados mostraram que 3,7% dos pacientes sofreram algum tipo de incidente, dos quais a maioria era evitável. Apesar de a maioria resultar em lesões menores, aproximadamente 2,6% tiveram problemas que implicaram incapacidade total, permanente ou morte (MENDES et al. 2013, apud MILLS, 1978).

O estudo de Prática Médica de Harvard (BRENNAN et al., 1991) foi realizado em diversos países como: Canadá, Dinamarca, França, Austrália, Nova Zelândia, Reino Unido, Brasil, Espanha, Suécia, Holanda, Portugal e Tunísia. Em 1995, na Austrália foi verificado que 16,6% dos pacientes internados sofreram algum tipo de incidente, incapacidade permanente em 13,7% e morte em 4,9% após a revisão de mais de 14 mil processos de pacientes admitidos em 28 hospitais, tendo sido 51% dos incidentes classificados como evitáveis. Os demais estudos apresentaram resultados semelhantes (SOUSA et al., 2011).

No ano de 2000, a publicação do relatório *To err is human*, apontou os problemas relacionados aos eventos adversos que causou grande impacto na sociedade americana e mundial, devido às evidências de que o erro de profissionais de saúde era uma das principais causas de morte e lesão demonstrando que nos EUA entre 44.000 a 98.000 pessoas morriam por ano nos hospitais americanos devido a erros que podiam ser prevenidos. Além disso, 1,4 milhão de pessoas adquiriam infecções anualmente, onde 4% sofreram algum tipo de dano no hospital, dos quais 70% provocaram algum tipo de incapacidade temporal e 14% resultaram em óbito. Essas ocorrências levaram a custos estimados entre 17 e 29 bilhões de dólares, colocando a segurança do paciente em evidência, mundialmente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

Após este relatório alguns países criaram instituições próprias para desenvolver estratégias de prevenção para melhorar a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade dos cuidados de saúde. Entre as estratégias, em 2003 foi criada a Aliança Internacional para a Segurança do Paciente, que congregou países membros, organismos interessados e especialistas, para a promoção da segurança do paciente. Em 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, estabelecendo seis Metas Internacionais para a Segurança do Paciente: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação efetiva (prescrições e resultados de exames diagnósticos); melhorar a segurança para medicamentos de risco; eliminar cirurgias em membros ou pacientes errados; reduzir o risco de adquirir infecções; e reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas (OLIVEIRA; PAULA, 2013).

Outras iniciativas foram desenvolvidas como: *Patients for Patient Safety* (PFPS), que engajava e dava voz ao paciente e família após a ocorrência de incidentes

relacionados aos cuidados de saúde. A campanha das “100 mil vidas” entre 2004 a 2006, estendendo-se a uma rede vasta de hospitais aderentes, com seu sucesso posteriormente lançou-se a campanha: “5 milhões de vidas”. Em 2005, da parceria entre a OMS e a *Joint Commission International* (JCI), surgiram as “Soluções de Segurança do Paciente” (*Patient Safety Solutions*) para a sistematização de medidas preventivas e a implementação de políticas em áreas identificadas como problemáticas na segurança do paciente. Em 2007 foram publicadas nove soluções, sendo elas: gestão de medicamentos de aspecto e nome semelhantes, identificação do paciente, comunicação durante a transição de cuidados, realização do procedimento correto no local correto, controle das soluções concentradas de eletrólitos, conciliação medicamentosa, evitar erros nas conexões de cateteres e tubos, uso único de dispositivo injetável, melhorar higiene das mãos para prevenir infecções associadas aos cuidados de saúde (SOUSA; MENDES, 2014).

Concomitante a esses fatos, desde a década de 1990, o Brasil iniciou um movimento junto às instituições de saúde para a criação de estratégias no sentido de adotarem programas de garantia da qualidade que proporcionassem aos usuários dos serviços de saúde uma assistência livre de danos. Em 2001 foi criado o Projeto “Hospitais Sentinela”, para ampliar e sistematizar a vigilância de produtos utilizados em serviços de saúde e ocorrências de eventos adversos. Atualmente, existem outras iniciativas para promover a segurança do paciente, como a criação do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS), vinculado à FIOCRUZ; a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), vinculada à Organização Panamericana de Saúde; Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP BRASIL), vinculado ao *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) dos Estados Unidos, dentre outras (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2009; SOUZA et al., 2014; NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria MS/GM nº 529, tendo como foco principal à qualificação do cuidado a saúde em todas as instituições de saúde brasileira, quer pública ou privada, cujo objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013a). Juntamente com o PNSP, o Ministério da Saúde em parceria com a Agência

Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançaram seis protocolos básicos, instituídos pela RDC 36, de 25 de julho de 2013, definidos pela OMS para serem implementados nas instituições de saúde: prática de higiene das mãos, de identificação do paciente, de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, prevenção de queda, prevenção de úlcera por pressão e de cirurgia segura (BRASIL, 2014).

Primeiramente estes protocolos foram determinados para uso nos hospitais por entender ser o local onde há maior complexidade das práticas assistenciais. No entanto, problemas com a segurança do paciente não ocorrem apenas em nível da atenção hospitalar, mas também pacientes assistidos na atenção primária, a principal porta de entrada da população, principal organizadora do sistema de saúde, e também o nível da atenção mais utilizado pela população. São poucos os estudos voltados à segurança do paciente na APS, sendo a maioria deles centrada no erro e não na sua consequência. Investigar os incidentes que ocorrem neste contexto indicarão falhas no sistema que refletem na segurança do paciente e evidenciam o marcante distanciamento entre o cuidado real e cuidado ideal (PAESE; SASSO, 2013).

No contexto da APS, relatório elaborado em 2006 pelo Comitê Europeu de Segurança do Paciente foi o marco mais importante e indicou a necessidade de incrementar os estudos de segurança do paciente na atenção primária. Em 2008, a OMS emitiu o relatório “Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais Que Nunca” apontando várias limitações na prestação de cuidados e classificou o cuidado ao paciente como pouco seguro. Por isso, em 2012 constituiu o grupo *Safer Primary Care Expert Working Group* para estudar os riscos em pacientes de cuidados primários, e emitiu o relatório *Safer Primary Care: a global challenge*, mostrando a necessidade de investir no comprometimento intelectual para a garantia de cuidados mais seguros na rede de APS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

O entendimento é que, nas últimas décadas, a APS tem se tornado mais complexa, ampliando assim suas funções clínicas, cuidados que eram prestados em outros níveis de complexidade da atenção passaram a ser realizados na APS. A concepção de que a APS não é sinônimo de baixa densidade tecnológica vem se fortalecendo, por meio de uma crescente percepção de que, em virtude do aumento das demandas da população sobre os sistemas de saúde, decorrentes do

envelhecimento da população e, do crescimento da mobilidade social proveniente da globalização, o que fortalece a opção por desenvolvimento de modelos de sistemas de saúde mais eficientes para atendimento aos pacientes neste contexto de saúde para promover a qualidade assistencial e prevenir eventos adversos (MENDES, 2012).

Na atenção primária, os EA mais frequentes relacionam-se ao tratamento medicamentoso e ao diagnóstico. Considerando os estudos de revisão retrospectiva de prontuários/processos clínicos, nos hospitais, a incidência média de EA é 9,2%, e a proporção média de EA evitáveis é de 43,5%. Na APS, a frequência de incidentes variou de 0,004 a 240 por mil consultas, e a proporção de incidentes evitáveis variou de 45% a 76%. Uma revisão sistemática mostrou que os incidentes mais comumente encontrados foram por: erros de diagnóstico (26% a 57%); erro no tratamento (7% a 37%); e tratamento medicamentoso (13% a 53%) (MAKEHAM et al., 2008).

O estudo espanhol realizado em 48 unidades de APS de 16 Comunidades Autônomas da Espanha revelou que, em um total de 96.047 pacientes e 452 profissionais, foram identificados 18,63% de EA, sendo 70,2% considerados evitáveis. Entre eles: 48,2% estavam relacionados com o tratamento medicamentoso; 25,7% com os cuidados em geral; e 13,1% com o diagnóstico (ASSOCIATION ACCOMPAGNER PRÉVENIR ÉDUQUER AGIR SAUVER, 2008).

Quanto aos tipos de estudos, a revisão retrospectiva de prontuários/processos clínicos é estabelecida como padrão-ouro para mensuração de EA. Na APS, não existe um método considerado desse tipo, o método mais empregado é a análise de incidentes informados por sistemas de notificação. Outro método muito usado para avaliar os fatores contribuintes dos incidentes é a entrevista com profissionais de saúde da APS (MAKEHAM et al., 2008).

Outros estudos apresentaram resultados semelhantes quanto a ocorrência dos erros mais frequentes na atenção primária: relacionados a medicamentos; ao diagnóstico causados por falhas nos registros dos pacientes; e originados pela pressão para que os profissionais diminuíssem o tempo do cuidado (BALLA et al., 2012; GAAL et al., 2010).

Quanto aos fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes, Mira et al (2010) destacaram as falhas na comunicação entre médicos e pacientes, em estudo

aplicando questionário, segundo relato dos pacientes. Outros estudos, empregaram o método de grupo focal para analisar a ocorrência de incidentes na APS, destacando como principais fatores contribuintes a falha na comunicação, a pressão para diminuir o tempo do atendimento e o sistema de informação inadequado foram os fatores contribuintes mais relevantes (BUETOW et al., 2010; MANWELL et al., 2009).

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 (BRASIL, 2014).

4.2. Atenção Primária à Saúde

Para compreender as competências da equipe de enfermagem na APS, é preciso entender a dimensão do setor saúde e suas especificidades. O setor saúde inclui as atividades de promoção, proteção, prevenção e de reabilitação, que envolve desde o autocuidado e a ajuda mútua, a atenção comunitária, os serviços profissionais até o cuidado institucional especializado, incorporando o sistema de serviços de saúde, suas formas de organização e seus estilos de funcionamento. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2000).

No Brasil a expansão da rede primária de assistência à saúde ocorreu em dois momentos: o primeiro foi a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado pela Constituição Federal de 1988, que surgiu a partir das manifestações de um conjunto de necessidades sociais de saúde, como garantia constitucional do direito universal à saúde. O SUS se desenvolve com base nos princípios de acesso, universalidade, equidade e integralidade, e com base nas diretrizes organizativas de descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade (ROECKER; DENARDIN BUDÓ; SILVA MARCON, 2012). O segundo momento em 1991 com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com vistas a atender à reformulação do modelo assistencial, necessária para a efetiva implantação do SUS. Suas atribuições foram definidas em 1997, pela Portaria nº. 1.886 (BRASIL, 1997), que aprovou as normas e diretrizes para a regulamentação

da implantação e operacionalização do Programa de Saúde da Família (PSF) e PACS (PAESE, 2010).

Em 1994, em busca de um atendimento à saúde humanizado, resolutivo e capaz de responder às necessidades sociais e de saúde da população, houve uma reformulação do modelo brasileiro de atenção à saúde, com a criação, pelo Ministério da Saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente denominada Programa de Saúde da Família. A ESF busca discutir e ampliar o tradicional modelo sanitário médico-curativista, para a compreensão de uma abordagem coletiva, centrada na família e na comunidade, inserida em seu contexto real e concreto. A ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, cada equipe é composta pelo médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (MEDEIROS et al., 2010)

O PSF tem como principais características de organização e ações: a adscrição da população, através da definição de território de abrangência da equipe; o enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação; a estruturação de equipe multiprofissional; a ação preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população no lugar da ênfase na demanda espontânea e a atuação intersectorial visando à promoção da saúde (BRASIL, 2004, 2005).

Em 1998 o Programa Saúde da Família se consolidou como - Estratégia Saúde da Família - estratégia estruturante de um modelo de atenção à saúde que priorizou ações pautadas nos princípios da territorialização, da intersectorialidade, da descentralização, da coresponsabilização e da equidade, se direcionando para grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer, ou seja, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS (TRAD; BASTOS, 1998; BRASIL, 2003).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria GM/MS 648, de 28 de março de 2006: “A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2007). Além disso ela define que a Estratégia Saúde da Família deve: I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos

problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e V - ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2007).

A Estratégia Saúde da Família foi pensada como mecanismo de fortalecimento da APS e de rompimento do comportamento passivo dos centros de saúde, possibilitando entender o processo saúde-doença de forma ampliada e a realização de intervenções com alcance para além da dimensão curativa, entendendo o indivíduo como parte integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade, tendo em vista o atendimento das necessidades de saúde da população a partir de sua inserção social (CHIESA; GOMES; FRACOLLI, 2016).

As equipes da Saúde da Família são compostas, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um técnico/auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando essa equipe é ampliada, conta, ainda, com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e/ou um técnico em higiene dental. A comunicação e troca de experiências entre todos os membros da equipe é fundamental para o bom funcionamento e consolidação da estratégia de saúde da família (BRASIL, 2008).

Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de cerca de 3.000 a 4.000 habitantes de uma determinada área, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; e por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais (BRASIL, 2004).

4.3. A Equipe de enfermagem e as boas práticas para prevenção de incidentes na APS

O incidente segundo a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente é definido como circunstância ou evento que pode resultar em dano desnecessário ao paciente, sendo classificados como incidentes sem dano, incidentes com dano ou evento adverso, *near misses* ou quase erros quando o incidente ocorre, mas, não atinge o paciente por serem barrados. A gravidade dos danos implica em quaisquer efeitos prejudiciais resultantes, incluindo a doença, lesão, sofrimento, incapacidade e morte, sendo classificados em leve, moderado, grave e óbito (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Neste contexto, a segurança do paciente deve ser abordada em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, em hospitais, serviços de urgência, ambulatorios, em unidades básicas de saúde, assistência domiciliar, entre outros. O Enfermeiro é parte integrante desse processo evolutivo visto que o cuidado seguro é requisito essencial na gestão de qualidade, a qual está relacionada ao cuidado prestado nas instituições de saúde por esse profissional (SOUZA, 2017).

No âmbito da APS existe um grande volume e diversidade de serviços oferecidos, embora seu maior enfoque seja no acompanhamento de indivíduos saudáveis, na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Neste contexto é essencial que a segurança no atendimento ao paciente seja considerada, pois os usuários destes serviços também estão expostos a riscos preveníveis e evitáveis. Lembrando que o cuidado prestado a este nível também pode causar danos, aumentando, por exemplo, a frequência e complexidade das consultas e/ou intervenções (BORGES, 2015).

O enfermeiro possui um papel fundamental neste contexto de reorganização estrutural e funcional dos serviços de saúde, como mediador técnico e científico das transformações do sistema de saúde. Assumindo a linha de frente em relação aos demais profissionais de saúde por desenvolver atividades assistenciais, administrativas e educativas fundamentais à consolidação e ao fortalecimento da ESF no âmbito do SUS. Com uma visão de integralidade, de compreender o ser humano como todo, de acolhimento e a capacidade de promover a interação e a associação entre os usuários, a equipe de saúde da família e a comunidade (COSTA; MIRANDA, 2008).

Assumir tais ações assistenciais é desafiante e novas diretrizes curriculares para a formação de competências para Enfermeiro emergem, a fim de possibilitar outros olhares e referenciais capazes de atender aos princípios da transversalidade e integralidade das ações de saúde/cuidado. O enfermeiro necessita abrir caminhos para novos olhares de atuação profissional, no sentido de ir além das práticas assistencialistas, voltadas para a promoção e educação em saúde destacam-se as ações direcionadas para a gestão do cuidado (RANGEL et al., 2011).

Os cuidados/ações de enfermagem devem ser desenvolvidos e realizados por meio de um processo de trabalho, organizado metodologicamente em etapas assim especificadas: planejamento, diagnóstico, implantação e avaliação para superação do erro humano que interfere na assistência de enfermagem. Nesta perspectiva, entende-se que o desenvolvimento de uma cultura da segurança do paciente entre esses profissionais é bastante importante, pois a falha de comunicação com a equipe e com o paciente pode gerar danos ao paciente (PAESE, 2010).

Além disso, a equipe de enfermagem constitui o maior contingente da força de trabalho em cuidados à saúde, configurando-se também no grupo profissional que tem os mais diversos papéis, funções e responsabilidades. Desempenhando ações assistenciais, gerenciais, de investigação e de ensino nos diferentes cenários e níveis de saúde do Sistema Único de Saúde. (COSTA; MIRANDA, 2008).

A equipe de enfermagem abarca uma variedade de profissionais, como enfermeiros, técnicos e auxiliares. O cuidado direto do paciente é a gênese da assistência de enfermagem; no entanto, hoje em dia o papel da enfermeira tem sido principalmente o de gestora administrativa da assistência. Em todos os níveis, a atenção do paciente fica a cargo de auxiliares ou técnicos em enfermagem. Apesar das enfermeiras serem as mais qualificadas do ponto de vista da formação, essas são em número insuficiente para se dedicarem às atividades assistenciais priorizando as ações administrativas. A situação da enfermagem requer, sobretudo, o aumento do número de enfermeiras e a melhoria da qualificação dessas, permitindo que retomem seu papel central na atenção primária à saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Os incidentes são comumente associados ao erro humano individual, mas devem-se considerar os aspectos estruturais e a complexidade das atividades desenvolvidas. Os erros mais frequentes relacionados a assistência de enfermagem ocorrem na

administração de medicamentos; na incidência de quedas e de lesão por pressão; nas falhas nos processos de identificação do paciente, na troca de informações; no trabalho em equipe e comunicação, entre outros. As situações que predisõem ao risco de incidentes incluem avanço tecnológico com deficiente aperfeiçoamento dos recursos humanos, desmotivação, falha na aplicação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), delegação de cuidados sem supervisão adequada e sobrecarga de serviço (MENESES OLIVEIRA et al., 2014).

Outros fatores que podem contribuir negativamente para a prestação do cuidado seguro pela enfermagem são as condições de trabalho, a sobrecarga de atividades por número inferior de profissionais para a demanda do local; e a relação entre os membros da equipe, quando se tem divergência de ideias e falta de comunicação clara e efetiva, afetando com isso a assistência qualificada e segura (MARCHON et al, 2015).

Na teoria do erro humano, também conhecida como “Modelo do Queijo Suíço”, proposta por Reason (2000), Reason (2008) e Reason (2009) os erros podem ser estudados sob dois aspectos: um focado nos indivíduos que trabalham nas ações finalistas ou de ponta e outro que depende de procedimentos e dos controles gerenciais. O modelo considera que os seres humanos falham e erros são esperados, mesmo nas melhores organizações, considerando-os mais uma consequência que uma causa, originando-se nos fatores sistêmicos (Figura 1).

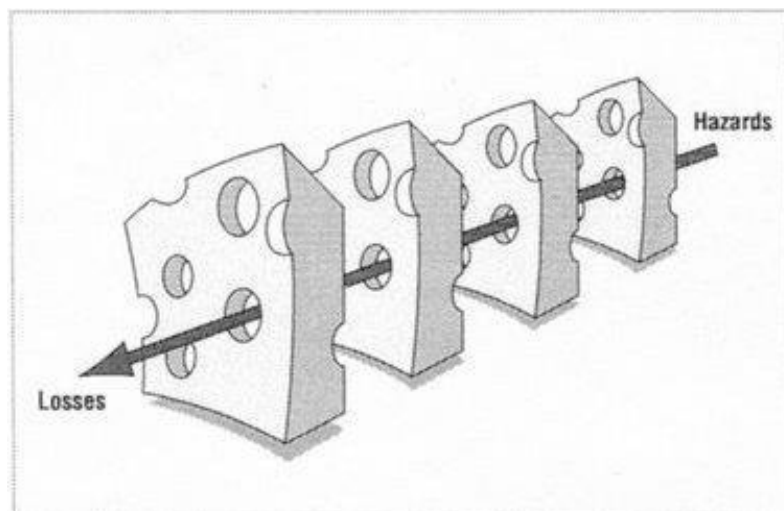


Figura 1 - Teoria do queijo suíço com defesas e barreiras que podem ser penetradas pela trajetória de um acidente. Fonte: Reason (2000).

Na prática, as barreiras defensivas são como fatias de queijo suíço, pois apresentam muitos furos. Cada mecanismo de defesa deve estar íntegro, porém, estes mecanismos possuem falhas inofensivas, individualmente, mas quando alinhadas levam à probabilidade de ocorrência de um evento. Os “furos” nas camadas de defesa sucedem em função de erros ativos e de erros latentes. Diferenciar erros ativos e latentes permite a distinção da contribuição humana na ocorrência dos erros. As falhas ativas são representadas pelos atos inseguros, cometidos pelas pessoas que estão em contato direto com o sistema. E os erros latentes, inevitáveis dentro do sistema, são gerados por decisões tomadas pelos responsáveis pelo desenho de seu funcionamento (DUARTE et al., 2015).

A maioria das instituições possui uma cultura de punição, devido à falta de compreensão sobre o erro, o que contribui para a omissão dos episódios. Para o profissional de enfermagem, a ocorrência dos eventos adversos pode acarretar ao envolvido diversos problemas, dado o estresse emocional, sentimentos de vergonha, de culpa e medo, os preceitos éticos e às punições legais a que está exposto. É importante distinguir que nem todos os erros culminam em eventos adversos e nem todos os eventos adversos são resultantes de erros. Essa distinção ajuda na implementação de estratégias de prevenção, em especial, de eventos adversos evitáveis (LEMOS et al., 2018).

Investir no desenvolvimento de uma cultura de segurança, por meio da disseminação do conceito de segurança do paciente e de uma discussão não

punitiva sobre os eventos adversos ajudará o profissional a compreender que se trata de um conjunto de valores, atitudes, percepções e competências grupais e individuais que determinam um padrão de comportamento e comprometimento de segurança da instituição, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas (LEMOS et al., 2018).

Na RDC nº 36 da ANVISA (BRASIL, 2013b), a cultura de segurança é conceituada como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, com vistas a substituir a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde, segundo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) a cultura de segurança do paciente está configurada em cinco características: 1 - todos os trabalhadores assumem a responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; 2 - prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; 3 - encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução de problemas relacionados à segurança; 4 - promove o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes; 5 - proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013b).

A equipe de enfermagem, na ESF, funciona em um trabalho coletivo, tendo como foco a atenção à saúde da família, em suas diferentes etapas do ciclo vital. Trabalhar sobre o erro e a culpa nas equipes pode ser uma alternativa para modificar e transformar o erro em oportunidade de discutir e desenvolver ações de cuidado e as atitudes frente ao próprio erro e o erro do colega, para impedir a ocorrência de novos eventos relacionados à mesma causa. (PAESE, SASSO, 2013).

Em 2006, o *National Health Service* (NHS) lançou pela Agência Nacional de Segurança do Paciente, no Reino Unido, um guia de boas práticas para o dia-a-dia dos gestores e equipes que atuam na APS. Oferecendo sugestões, orientações e apoio para a melhoria da segurança do paciente a todos os envolvidos com o cuidado, desde os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde até os gestores e organizações de atenção primária (Quadro 1) (NATIONAL HEALTH SYSTEM, 2006).

Quadro 1 – Guia de Boas Práticas na atenção Primária em saúde.

Passo 1	Implantação da Cultura de Segurança: promover espaços de discussão sobre o tema, realizar planejamento local considerando o tema, implantar núcleos locais.
Passo 2	Liderar e apoiar sua equipe: promover treinamentos e capacitar lideranças. Implantar diálogos semanais, analisar eventos ocorridos na unidade, organizar campanhas sobre o tema, na ocorrência do erro focar nos processos e não em pessoas.
Passo 3	Integrar o gerenciamento de risco às suas atividades: implantar ferramentas para identificação e notificação de eventos adversos, identificar frequência e gravidade dos eventos, envolver a equipe nas estratégias de implementação de segurança.
Passo 4	Incentivar a notificação de eventos: estabelecer e reforçar a cultura não punitiva, incentivar a notificação de eventos; garantir o anonimato de quem faz a notificação do evento, padronizar a taxonomia e classificações dos eventos, registrar e documentar os eventos, riscos e intervenções adotadas.
Passo 5	Envolvimento e comunicação com pacientes e público: envolver usuários na investigação de evento, aproveitar as queixas/sugestões recebidas através de canais de ouvidoria ou atendimento ao cliente como oportunidades para rever processos que promovam a segurança do paciente, comunicar e divulgar o trabalho desenvolvido sobre segurança do paciente, promover encontros abertos sobre o tema.
Passo 6	Aprender e compartilhar lições de segurança: trocar informações e promover o aprendizado com base na análise dos eventos locais, manter encontros regulares com a equipe que reflitam a qualidade da assistência, segurança do paciente e lições para o futuro, promover discussões de eventos significativos, seus achados e propostas de mudanças em fluxos e processos.
Passo 7	Implementar soluções para prevenir danos: após a investigação de eventos e análise das causas, elaborar e implementar os planos de ação, assegurar que as ações definidas sejam documentadas, implementadas e revisadas, utilizar ferramentas que auxiliem na implantação de práticas seguras e modifique fluxos e processos

Fonte: Modificado de *National Health Service* (2006).

Dessa forma, uma cultura de segurança positiva pode ser construída por todos profissionais por meio de comunicação, diálogo e confiança mútua em uma equipe, logo, as trocas de experiências e informações compartilhadas são importantes para a promoção da segurança e a efetividade das ações preventivas (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A Enfermagem tem o papel de protagonista na assistência à saúde, frente a isto o trabalho em equipe com uma adequada comunicação entre os profissionais e desses com os pacientes, incentivados pela educação permanente e, principalmente, pela discussão do erro com o intuito de aprender com a situação e não de punir quem errou, necessita da colaboração e parcerias para que as modificações ocorram, uma vez que se apresenta como desafio a efetivação de mudanças no sentido de reduzir ou eliminar os riscos. As organizações da saúde precisam estar preparadas com mecanismos que reduzam a incidência do erro e evitem, desse modo, que ele alcance o paciente (WACHTER, 2010).

METODOLOGIA

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo descritivo, transversal, retrospectivo, com abordagem mista. Os estudos descritivos são aqueles que buscam detalhar as características e os perfis de pessoas, grupos, comunidades, processos e objetivos ou qualquer outro fenômeno que se submeta a uma análise (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Estudos transversais são recomendados quando se deseja mensurar a frequência com que dado evento de saúde se manifesta em uma determinada população. A escolha desse tipo de estudo se deve à maior rapidez, baixo custo e menor complexidade operacional (OPAS, 1997).

O estudo misto é aquele que combina a pesquisa quantitativa e qualitativa em uma mesma investigação. Esse tipo de estudo é uma tendência crescente na pesquisa em enfermagem e na saúde em geral, principalmente em estudos com abordagem de fenômenos complexos (DYNIEWICZ, 2009).

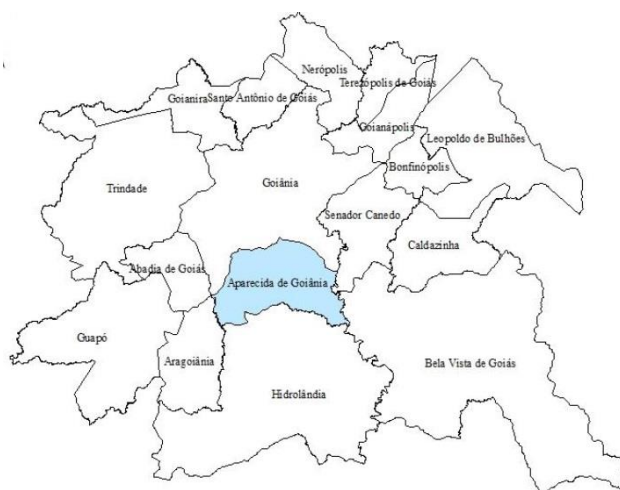
5.2. Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde, onde funcionam as equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Aparecida de Goiânia, Goiás. A divisão dos estabelecimentos de saúde do município, no período da entrevista, se dá em duas regiões: Santa Luzia e Tiradentes. A primeira com 12 Unidades Básicas de Saúde, e a segunda com 24 Unidades Básicas de Saúde. A segunda região foi escolhida para realização da pesquisa devido ao maior número de equipes por unidade, totalizando 56 Equipes de Saúde da Família.

Segundo o Censo 2018 o município possui 565.957 habitantes, sendo o segundo município mais populoso do estado de Goiás, estendendo-se por uma área de 288,4 km². Sua população é formada por 99,75% de população urbana e 0,25% rural. É um dos principais centros industriais do estado tendo ostentado um PIB de 11.664.369 bilhões de reais em 2014 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008; IBGE; 2018).

Quanto à gestão do SUS, o município realiza gestão plena e assume a responsabilidade de proporcionar a integralidade da atenção aos usuários do SUS, através da assistência à saúde por meio da APS, urgência e emergência, atenção odontológica, atenção ambulatorial especializada, atenção psicossocial, de promoção, prevenção, vigilâncias (sanitária, epidemiológica, ambiental), assistência farmacêutica, reabilitação e assistência social.

A Rede de Atenção à Saúde conta com 36 Unidades Básicas de Saúde, três Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e dois Cais, além disso, possui cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que presta atendimento em saúde mental. Em nível de atenção hospitalar, possui um hospital de urgência, uma maternidade e um hospital municipal que está em construção, além do serviço de atendimento móvel.



5.3. População de estudo e critérios de inclusão e exclusão

A população de estudo incluiu 105 profissionais da equipe de enfermagem, dos quais 97 (92,4%) profissionais integrantes das equipes de enfermagem vinculados a Estratégia de Saúde da Família participaram desta pesquisa.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: estar desenvolvendo suas atividades há no mínimo três meses na unidade e aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Foram excluídos os profissionais em afastamento oficial do serviço (férias e/ou licenças) e aqueles que alegaram não disponibilizar de tempo para responder o questionário.

5.4. Procedimentos para a coleta dos dados

Instrumento de pesquisa

Foi realizada entrevista auxiliada por um instrumento de coleta de dados, questionário, elaborado para pesquisa dividido em duas partes, onde na primeira parte constaram 12 questões referentes aos dados sociodemográficos e profissionais dos participantes como: idade, sexo, categoria profissional, tempo de formação e de atuação, tipo e número de vínculos empregatícios, carga horária de trabalho, capacitações desenvolvidas em geral e relacionadas à segurança do paciente (ANEXO A).

Essa caracterização permitiu traçar um perfil da equipe de enfermagem da atenção básica à saúde do município pesquisado.

A segunda parte constou em um questionário PCISME (*Primary Care International Study of Medical Errors*) (ANEXO B). O PCISME foi escolhido devido seu caráter pioneiro no sentido de registrar incidentes na APS, permitindo avaliar se houve um incidente, sua característica, tipo de gravidade e fatores contribuintes para sua ocorrência. Foi desenvolvido na Austrália por pesquisadores e foi replicado em vários países, inclusive Portugal. Para o contexto brasileiro foi adaptado e validado por Marchon e Mendes (2015) por meio de um painel formado por especialistas, empregando-se o método Delphi modificado conforme as cinco etapas apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Etapas de adaptação e validação do questionário PCISME no Brasil, segundo Marchon e Mendes (2015).

Etapas	Desenvolvimento
Etapa A	Tradução inicial do questionário PCISME original
Etapa B	Seleção do painel de Especialista
Etapa C	Rodada das respostas via mensagem eletrônica - Análise quantitativa e qualitativa das respostas
Etapa D	Rodada presencial - Novo consenso - Compilação das respostas
Etapa E	Pré-teste e Versão final do questionário para realidade brasileira

Fonte: Marchon e Mendes (2015).

Estes questionários permitem avaliar as características dos incidentes e podem ser importantes instrumentos para explorar melhor o tema segurança do paciente na APS, com o objetivo de produzir informações específicas neste contexto, de modo a fortalecer iniciativas nacionais para a melhoria da segurança do paciente. Permitem também medir o dano, compreender as causas, e identificar as soluções (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2015).

O questionário PCISME foi composto por 16 questões abertas e fechadas, para o registro de incidentes nas unidades de atenção primária em saúde. Cada questionário foi utilizado para registrar um único incidente, escolhido como mais relevante pelo entrevistado. Primeiramente foi questionado se o profissional já presenciou ou cometeu algum incidente com o usuário durante a sua atividade profissional e se a resposta fosse afirmativa as demais questões deveriam ser respondidas integralmente. As questões a seguir estão relacionadas ao perfil do paciente atendido na unidade quanto à idade, ao sexo, se pertence a algum grupo com vulnerabilidade social, se possui alguma doença crônica ou problema complexo de saúde. Além disso, também foi indagada quanto ao tipo de incidente ocorrido, a sua natureza, aos fatores contribuintes para sua ocorrência, ao profissional envolvido, consequências, gravidade do dano, frequência e local de ocorrência. Vale ressaltar que 90,7% dos os participantes tendo conhecimento sobre incidentes,

responderam afirmativamente o item já ter presenciado ou cometido algum incidente na APS.

O período da coleta de dados foi o mês de março de 2018 no horário de funcionamento das Unidades de Saúde, ou seja, de segunda a sexta-feira, das 08 às 17 horas.

Para aproximação com o campo de pesquisa foi enviado à Secretaria Municipal de Saúde o projeto de pesquisa com o parecer de aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, acompanhado de uma carta solicitando autorização cujo conteúdo tratava da justificativa do projeto e objetivos da investigação. Após autorização do gestor municipal foi feito contato com diretores e realizado levantamento dos profissionais que atuavam nas 24 UBS campo de pesquisa para o agendamento, organização e planejamento da coleta. Todas as coletas foram agendadas previamente e as entrevistas ocorreram no próprio local e horário de trabalho dos participantes no período que toda equipe de enfermagem estivesse presente.

Ao chegar nas UBS, onde o número de equipes variava de uma a três constando de dois a seis profissionais da equipe de enfermagem, os integrantes das equipes com disponibilidade naquele momento eram reunidos em espaços que comportassem todos os profissionais em círculos de discussão, para favorecer a visualização uns pelos outros. Eram apresentados os objetivos do projeto, esclarecido sobre o tema segurança do paciente na APS, apresentando conceitos e terminologias utilizadas no questionário, e diversos exemplos de possíveis incidentes, e os aspectos éticos da pesquisa.

Os profissionais que aceitavam participar assinaram o TCLE em duas vias ficando uma com o participante e outra com pesquisador (APÊNDICE A). Foram orientados quanto à garantia do anonimato e sigilo das informações coletadas assim como o compromisso de utilizar os dados somente para fins previstos no protocolo e publicação dos resultados no meio científico sejam eles favoráveis ou não. O mesmo procedimento era feito de forma individual com os demais profissionais que não participassem do momento da reunião.

Após essa reunião era realizada a entrevista norteada pelos questionários de caracterização e PCISME de forma individual, para evitar que as respostas do entrevistado fossem intimidadas por outro colega. Todas as entrevistas foram

realizadas pela pesquisadora, com duração média de 15 minutos, onde cada questão objetiva foi marcada de acordo com a resposta do entrevistado e as questões abertas transcritas no momento da entrevista. Após a entrevista foram realizadas orientações e esclarecimentos de dúvidas e questionamentos relacionados à segurança do paciente surgidos durante a coleta de dados.

5.5 Análise dos Dados

5.5.1 Análise quantitativa

Para os dados quantitativos utilizou-se o software *Statistical Package For The Social Science* – SPSS, versão 20.0. Todas as variáveis da parte um do instrumento e das questões fechadas da parte dois foram transferidas para o banco de dados do programa, permitindo uma análise estatística descritiva e apresentadas por meio de tabelas e gráficos contendo as frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, sendo todos os dados objetos de discussão e reflexão com base na literatura.

5.5.2 Análise qualitativa

Para analisar os dados obtidos por meio das transcrições das questões abertas, utilizou-se o ATLAS.ti versão 7.5.4, que consiste em um *software* de análise de dados qualitativos, *Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software* (CAQDAS). Este software é uma ferramenta usada para analisar textos, vídeos, áudios e imagens numa só interface e tem um ótimo aproveitamento em pesquisas qualitativas e subjetivas, pois facilita e otimiza o processo de análise com grandes bancos de dados (WALTER; BACH, 2009).

Posteriormente foi realizada análise de conteúdo dos dados. Seguindo os princípios de Bardin, 2010, a análise de conteúdo foi dividida em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados, com objetivo de encontrar núcleos de sentido na comunicação apresentada nos resultados obtidos, verificando a sua frequência e sua ligação com o objetivo do estudo.

A primeira etapa de pré-análise consistiu na organização dos dados e leitura das transcrições das entrevistas. As transcrições das entrevistas foram lidas diversas vezes, a fim de obter maior reflexão sobre o conteúdo.

Na segunda etapa de exploração do material, os dados obtidos foram codificados, com a elaboração das unidades de registro, conhecidas como *codes* (palavras e frases com maior frequência de citação e que podem ser agrupadas por semelhanças de sentido), as unidades de contexto, que são os *quotations* (trechos de relatos), e por fim a categorização das famílias (categorias dos dados).

A terceira etapa foi realizada com a análise e discussão dos resultados, por meio de relatórios gerados pelo ATLAS.ti e discutidas com base na literatura especializada sobre o tema em bases de dados.

Para exemplificar, os relatos dos participantes foram transcritos em documento do Microsoft Word para formar o corpus de análise, sendo identificados pela letra E, seguido de um número cardinal, conforme a sequência das entrevistas.

5.6. Aspectos Éticos

O presente estudo está vinculado ao projeto “Segurança do paciente associada às práticas de enfermagem: análise em diferentes cenários de atuação” protocolado na plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE: 73032917.9.0000.5078) (ANEXO 2). Todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos foram seguidas conforme consta na Resolução Nº 466/2012 (BRASIL, 2013c).

RESULTADOS

6 RESULTADOS

Os resultados foram divididos em duas partes, seguindo a aplicação do questionário elaborado para entrevista. A primeira parte dos resultados tratou da caracterização dos profissionais que atuam na APS no município de Goiás pesquisado, enquanto na segunda constaram os resultados referentes ao questionário PCISME, que descreveu a percepção dos profissionais sobre a ocorrência de incidentes advindos do cuidado prestado na APS, além de descrever medidas preventivas e aspectos gerais do conhecimento sobre segurança do paciente.

6.1 Perfil dos Profissionais

Do total de 105 profissionais atuantes nas 24 UBS, 97 (92,3%) participaram da entrevista, cinco (4,7%) estavam de férias, duas (1,9%) de licença maternidade e uma (0,9%) se recusou a participar.

Dos 97 participantes, 49 (50,5%) eram técnicos de enfermagem e 48 (49,5%) enfermeiros, e 92 (94,8%) pertenceram ao sexo feminino (Tabela 1).

Do total de enfermeiros, 20 (20,6%) tinham entre 21 a 30 anos, 15 (15,4%) entre 31 a 40 anos, nove (9,2%) entre 41 a 50 anos, e quatro (4,1%) com 51 ou mais anos. Dos técnicos de enfermagem 16 (16,4%) possuíam idade entre 41 a 50 anos, 15 (15,4%) entre 31 a 40 anos, nove (9,2%) de 21 a 30 anos e nove (9,2%) com 51 ou mais anos (Tabela 1).

Quanto ao tipo de vínculo, a maioria 60 (61,9%), dos profissionais é por contrato, sendo 27 (27,8%) enfermeiros e 33 (34,02%) técnicos de enfermagem. Vale ressaltar que esse tipo de contrato não dispõe de adicionais, férias, não aceita atestados, entre outros. Até o mês de agosto de 2017 só trabalhavam nas UBS enfermeiros com vínculo efetivo, sendo abertas, neste período, novas vagas para contratados, apenas com apresentação de currículo (Tabela 1).

Quanto à carga horária semanal de trabalho nas unidades, 96 (99%) dos profissionais trabalham 40 horas, apenas uma técnica de enfermagem fazia 30 horas semanais. Do total de participantes, 13 (13,4%) possuem dois vínculos empregatícios com uma carga horária semanal superior a 60 horas. Foi observado

que dos 13 profissionais que possuem outro vínculo, 12 tem vínculo em forma de contrato de trabalho (Tabela 1).

Sobre o tempo de formação, a maioria dos enfermeiros, 20 (20,6%) tinha de 5 a 10 anos de formados, seguido de 18 (18,5%) com até cinco anos de formados. Enquanto a maioria dos técnicos de enfermagem, 16 (16,4%) possuía mais de 15 anos de formados, seguido de 14 (14,4%) com até cinco anos (Tabela 1).

Quanto ao tempo de atuação profissional, a maior parte dos enfermeiros 26 (26,8%) e técnicos de enfermagem 18 (18,5%) possuiu até cinco anos. No total de profissionais da equipe de enfermagem, 91 (93,8%) possuíam de 1 a 5 anos de tempo de atuação na unidade (Tabela 1).

Em relação à formação complementar, a maior parte dos enfermeiros possui especialização na área hospitalar. Dos 30 especialistas, 15 possuíam mais de uma especialidade, sendo 20 nas áreas de UTI, Urgência e Emergência e Centro Cirúrgico, outros 15 na área de Gestão e Organização dos Serviços de Saúde e nove em Saúde Pública. Entre os técnicos em enfermagem, quatro possuíam formação superior, sendo seis em Urgência e Emergência e um em Instrumentação Cirúrgica (Tabela 1).

Quanto aos cursos em Segurança do Paciente, 23 (23,7%) possui formação nessa área. Um enfermeiro realizou especialização em Segurança do Paciente com carga horária de 420 horas, 13 desses profissionais que trabalham em serviço hospitalar possuem minicursos com duração máxima de uma hora e o restante referiu ter conhecimento sobre a temática em aulas de 2 a 4 horas em cursos de especialização (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização do perfil sócio profissional dos enfermeiros e técnicos de enfermagem entrevistados. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2018.

VARIÁVEIS	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem	Total	%
SEXO				
Feminino	46	46	92	94,8
Masculino	02	03	05	5,2
IDADE				
21 a 30 anos	20	09	29	29,9
31 a 40 anos	15	15	30	30,9
41 a 50 anos	09	16	25	25,8
51 ou mais anos	04	09	13	13,4
TIPO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
Estatutário	21	16	37	38,1
Contrato	27	33	60	61,9
NÚMERO DE VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS				
Um vínculo	43	41	84	86,6
Mais de um vínculo	05	08	13	13,4
CARGA HORÁRIA SEMANAL				
30 horas	-	01	01	1,0
40 horas	43	40	83	85,6
Acima de 60 horas	05	08	13	13,4
TEMPO DE FORMAÇÃO				
0 a 5 anos	18	14	32	33,0
5 a 10 anos	20	13	33	34,0
10 a 15 anos	07	06	13	13,4
Mais de 15 anos	03	16	19	19,6
TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL				
0 a 5 anos	26	18	44	45,4
5 a 10 anos	14	11	25	25,8
10 a 15 anos	05	09	14	14,4
Mais de 15 anos	03	11	14	14,4
TEMPO DE ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO				
0 a 5 anos	45	46	91	93,9
5 a 10 anos	03	01	04	4,1
10 a 15 anos	-	01	01	1,0
Mais de 15 anos	-	01	01	1,0
FORMAÇÃO COMPLEMENTAR				
Residência	01	-	01	1,0
Especialista	30	-	30	30,9
Mestre	03	-	03	3,1
Outros	01	10	11	11,3
Nenhuma	13	39	52	53,7
CURSO NA ÁREA DE SEGURANÇA DO PACIENTE				
Sim	16	07	23	23,7
Não	32	42	74	76,3
TOTAL	48	49	97	100

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018.

6.2 Incidentes ocorridos na APS segundo os profissionais

No que diz respeito ao questionário PCISME, a primeira questão investigou se o profissional já presenciou ou cometeu algum incidente com um usuário dos serviços de saúde durante a realização da sua atividade profissional, onde 88 (90,7%) participantes responderam afirmativamente, e 9 (9,3%) relataram nunca ter cometido ou presenciado nenhum incidente na atenção primária. Esses profissionais são contratados e atuam na APS há menos de um ano sendo este seu primeiro emprego.

A segunda questão foi aberta para que o profissional descrevesse o incidente. Nesta questão o profissional pôde descrever um único evento envolvendo um único paciente, o que permitiu dar continuidade as demais questões do questionário ou pode relatar um evento recorrente sem uma descrição específica de particular de um paciente. Em todos os relatos os profissionais optaram por descrever um evento envolvendo um paciente em particular.

A Tabela 2 descreve os tipos de incidentes relatados, estes foram divididos em incidentes relacionados à assistência em saúde e administrativos.

Tabela 2 – Tipos de incidentes ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde, segundo a equipe de enfermagem. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.

TIPO DE INCIDENTE	N	%
ASSISTENCIAL		
Erro de vacinação	26	29,5
Erro de medicação	24	27,3
Queda	09	10,2
Evasão	04	4,5
Erro de diagnóstico	03	3,4
Omissão de cuidado	02	2,3
Acidente com perfuro cortante	02	2,3
ADMINISTRATIVO		
Processo administrativo	11	12,5
Estrutura organizacional e recursos materiais	07	8,0
TOTAL	88	100

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018.

Foram identificados 88 incidentes sendo 70 (79,5%) relacionados ao processo assistencial e desses foram mais frequentes, o erro de vacinação, 26 (29,5%), erro de medicação com 24 (27,2%) e queda com 9 (10,2%) incidentes.

Os incidentes relacionados ao processo administrativo foram 18 (20,5%) sendo 11 (12,5%) relacionados à falha no atendimento administrativo e 7 (8,0%) a estrutura organizacional e falta de recursos materiais.

Quanto à questão relacionada ao conhecimento do profissional sobre o paciente que sofreu o incidente os relatos estão demonstrados na Tabela 3.

Tabela 3 - Conhecimento do paciente que sofreu o incidente segundo o profissional da equipe de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018

VARIÁVEIS	N	%
Conheço bem (é meu paciente)	33	37,5
Não conheço	27	30,7
Conheço, mas não é meu paciente	24	27,3
Conheço pouco (é a 1º vez do paciente na consulta)	04	4,5
TOTAL	88	100

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018.

Nas UBS existem de uma a três equipes da ESF que atendem áreas adscritas, mesmo com esse atendimento territorial, é importante lembrar que a realização de imunização e alguns procedimentos específicos são feitos para população em geral. Segundo a Tabela 3, dos 88 incidentes, 33 (37,5%) eram pacientes conhecidos e atendidos pela equipe profissional que relatou, 24 (27,3%) deles eram conhecidos, mas atendidos por outra equipe, 27 (30,7%) não eram pacientes da área e 4 (4,5%) pacientes estavam sendo atendidos pela primeira vez na unidade.

Na Tabela 4 estão demonstradas as características gerais dos pacientes que sofreram o incidente quando atendidos nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família.

Tabela 4 – Caracterização dos pacientes que sofreram incidente nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.

VARIÁVEIS	N	%
SEXO		
Masculino	41	46,6
Feminino	47	53,4
IDADE		
Até 9 anos	30	34,1
10 a 19 anos	06	6,8
20 a 59 anos	36	40,9
60 ou mais anos	16	18,2
PRESENÇA DE DOENÇAS CRÔNICAS		
Sim	23	26,1
Não	65	73,9
VULNERABILIDADE SOCIAL		
Sim	57	64,7
Não	31	35,3
PROBLEMA DE SAÚDE COMPLEXO		
Sim	08	9,1
Não	80	90,9
TOTAL	88	100

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018.

Os pacientes que sofreram incidentes foram em sua maioria, adultos 36 (40,9%), do sexo feminino 47 (53,4%).

Quanto ao relato de doenças crônicas 23 (26,1%) dos pacientes tinham um problema de saúde complexo, 8 (9,1%), descritos como condição de difícil manejo clínico, sendo considerada desde a presença de comorbidades, até a dependência de álcool e/ou drogas, distúrbios neurológicos ou psiquiátrico.

Quanto à exposição à vulnerabilidade social 57 (64,7%) tinha alguma exposição: 30 (34,1%) eram crianças, 16 (18,2%) eram idosos, 5 (5,6%) gestantes, 3 (3,4%) estavam envolvidos com álcool e drogas, e 3 (3,4%) tinham outras condições não especificadas.

Nos quadros 3 e 4 foram descritos e caracterizados separadamente cada tipo de incidentes (vacinação e medicação), suas consequências para o paciente, fatores contribuintes para o incidente, gravidade ou dano apresentado e medidas preventivas e forma de prevenção desses incidentes expostos nos itens 6.2.1 e 6.2.2. Os demais incidentes foram descritos logo depois em tópicos separados.

6.2.1 Vacinação

Os incidentes relacionados à vacinação foram 26 (29,5%), sendo 24 (92,3%) considerados eventos adversos, pois atingiram o paciente e resultaram em dano, um (3,8%) incidente que atingiu o paciente, porém não lhe causou dano e um (3,8%) incidente que não chegou a atingir o paciente.

Quanto à classificação de gravidade, 20 (76,9%) causaram dano mínimo, considerando que sua recuperação levou até um mês, 4(15,4%) causaram dano moderado, com recuperação de um mês a um ano, um (3,8%) dano permanente e um (3,8%) não classificável.

As principais consequências foram: 9 (34,7%) por aplicação da vacina errada, 5 (19,2%) local da aplicação errado, 4 (15,4%), reação local após aplicação da vacina, 3 (11,5%), via de aplicação errada, e um (3,8%), dose errada entre outros.

Dentre os fatores contribuintes para ocorrência de incidentes foi citada a falta de atenção do funcionário, sobrecarga de trabalho, inexperiência e falta de conhecimento, falta de supervisão e capacitação, vergonha e medo de perguntar e a semelhança de alguns frascos de vacina. O que pôde ser verificado nas seguintes falas dos participantes:

“Preparou a vacina de Hepatite B no lugar da vacina de Hepatite A, mas percebeu o erro antes de administrar” (E.22),

“Erro de vacinação: criança com 2 meses, segundo o calendário vacinal são 4 vacinas, a técnica de enfermagem além de fazer as 4 realizou mais três vacinas referentes a 1 ano” (E.37),

“Ao invés de fazer a BCG no braço por via subcutânea, fez na perna por via intramuscular e ao invés da Hepatite B na perna fez no braço... A criança ficou com o braço inflamado, e na perna fez ulceração. Além de refazer as duas vacinas corretamente depois foram notificados e investigados” (E.59), e,

“Técnica de Enfermagem entrou na unidade e foi colocada direto na sala de vacina, a mesma não tinha experiência. A vacina VOP que era apenas 2 gotas foi feito um frasco inteiro com 25 gotas de uma só vez na criança” (E.61).

Quadro 3 – Descrição dos incidentes relacionados à vacinação ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.

DESCRIÇÃO DO INCIDENTE	CLASSIFICAÇÃO	CONSEQUENCIAS	FATORES CONTRIBUTANTES	GRAVIDADE DO DANO	MEDIDAS PREVENTIVAS
BCG administrada IM na perna e Hepatite B via SC no braço	Evento adverso	Inflamação no braço e ulceração na perna. Revacinação	Falta de conhecimento e atenção do profissional	Dano moderado	Orientação para melhorar a atenção e conhecimento
Administrado todo conteúdo do frasco da vacina VOP (25 gotas) ao invés de 2 gotas	Evento adverso	Superdose e risco de paralisia motora	Excesso de paciente para atender; falta de conhecimento	Dano mínimo	Supervisão e orientação
Troca/erro de local de aplicação	Evento adverso	Abcesso no local, internação em UTI por 4 dias. Cicatriz como sequela	Desconhecimento da técnica pelo profissional	Dano permanente	Capacitação quanto a técnica de vacinação
Falha na angulação da agulha e corte no local por movimentação da criança durante aplicação da vacina	Evento adverso	Ferida no local. Revacinação	Falta de orientação ao acompanhante quanto ao manejo da criança	Dano mínimo	Melhorar orientação e comunicação com acompanhante
Erro/troca do tipo de vacina (DTP no lugar da DT)	Evento adverso	Desmaio do paciente após vacinação	Inexperiência e falta de conhecimento do profissional sobre vacinação	Dano mínimo	Capacitação do profissional
Contaminação do material durante a aplicação da vacina	Evento adverso	Necessário 7 dias de tratamento com antibiótico. Pais fizeram boletim de ocorrência, não retornaram mais à unidade e recusaram as visitas do ACS	Técnica incorreta no momento da aplicação; falta de higienização das mãos.	Dano moderado	Biossegurança uso correto da técnica de aplicação e manejo do material

Aplicação de vacina indevidamente. (Criança já havia recebido a mesma vacina há uma semana)	Evento adverso	Vacinação desnecessária	Período de campanha e profissional inexperiente	Dano mínimo	Planejamento em épocas de campanha. Capacitação
Erro de local de aplicação	Evento adverso	Hiperemia no local	Falta de conhecimento	Dano mínimo	Capacitação do profissional
Erro de administração (usou diluente ao invés da vacina)	Evento adverso	Revacinação	Falta de conhecimento e atenção	Dano mínimo	Capacitação do profissional
Troca de Vacina (Administrada a VOP, no lugar da VIP, IM, em criança de 6 meses)	Evento adverso	Revacinação	Unidade superlotada de pacientes e apenas um profissional na sala	Dano mínimo	Capacitação e maior supervisão
Aplicação indevida de duas vacinas, além de quatro referentes ao calendário vacinal	Evento adverso	Dor local por excesso de perfurações.	Inexperiência. Falta de atenção e conhecimento	Dano mínimo	Capacitação. Supervisão
Aplicação das vacinas referentes a um ano de idade em criança de apenas dois meses, além das outras quatro de rotina.	Evento adverso	Criança apresentou dor e febre	Falta de experiência e sobrecarga de pessoal	Dano mínimo	Capacitação e supervisão
Erro de via de administração de rotavírus (IM ao invés de VO)	Evento adverso	Dor e hiperemia no lugar da aplicação	Falta de atenção e conhecimento	Dano mínimo	Capacitação e supervisão
Aplicação da DTPA na 16ª semana de gestação	Evento adverso	Paciente precisou de apoio psicológico, pois ficou com medo de causar algum dano para o feto além de ter que revacinar com 30 semanas.	Falta de comunicação entre profissional e paciente quanto ao tempo de gestação	Dano mínimo	Melhor comunicação e atenção e supervisão

Administração de vacina em local e via errada	Evento adverso	Não houve dano aparente. Revacinação	Campanha de vacinação; falta de atenção	Dano mínimo	Capacitação e supervisão
Administrada DTPA via oral para criança	Evento adverso	Não houve reação aparente. Criança permaneceu em observação	Falta de atenção na leitura dos rótulos dos frascos	Dano mínimo	Atenção com rótulos e semelhanças dos frascos.
Realizada vacina contra TV no lugar da FA	Evento adverso	Não houve reação aparente. Vacinação após um ano	Falta de atenção e de conhecimento	Dano mínimo	Capacitação e supervisão
Erro de via e local de aplicação.	Evento adverso	Sem reação. Revacinação	Profissional em treinamento	Dano mínimo	Treinamento e supervisão
Reação local devido uso incorreto de agulha	Evento adverso	Dor, vermelhidão e edema no local	Agulha de tamanho incorreto e falha técnica	Dano mínimo	Orientação sobre uso correto do material e técnica
Reação no local da vacina	Evento adverso	Formação de pápula e hiperemia local	Comunicação ineficaz; Reação adversa	Dano mínimo	Investigação de antecedentes alérgicos e medidas de biossegurança
Reação local a vacina	Evento adverso	Dor e hiperemia no local da aplicação	Comunicação ineficaz; Reação adversa	Dano mínimo	Investigação de antecedentes alérgicos e medidas de biossegurança
Reação a vacina Pentavalente	Evento adverso	Desmaio da criança	Comunicação ineficaz; Reação adversa	Dano moderado	Observação por 24 horas na UPA; Investigação de antecedentes alérgicos e medidas de biossegurança

Reação local a vacina	Evento adverso	Edema, hiperemia e dor no local de aplicação	Comunicação ineficaz; Reação adversa	Dano mínimo	Investigação de antecedentes alérgicos e medidas de biossegurança
Reação a vacina pentavalente 10	Evento adverso	Desmaio da criança	Comunicação ineficaz; Reação adversa	Dano moderado	Observação por 24 horas na UPA; Investigação de antecedentes alérgicos e medidas de biossegurança
Aplicação de vacina com validade vencida	Incidente sem dano	Sem reação aparente	Falta de atenção	Dano mínimo	Verificar validade das vacinas diariamente
Erro de troca no preparo da vacina	Incidente não atingiu o paciente	Interceptado antes da aplicação.	Inexperiência na sala de vacina	Não classificável	Capacitação e mais atenção

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018

6.2.2 Medicação

Quanto aos incidentes relacionados à medicação foram evidenciados 24 (27,3%), sendo que 13 (54,2%) foram classificados como eventos adversos 11 (45,8%) não chegaram a atingir o paciente. Nas ocasiões em que o incidente não chegou a atingir o paciente, observou-se que na maioria dos casos outro profissional percebeu o erro e corrigiu antes, além do próprio paciente que percebeu o erro e comunicou.

Em relação à gravidade do dano, 11 (45,8%) tiveram dano mínimo, 11 (45,8%) não classificáveis, um (4,2%) o dano foi moderado e um (4,2%) resultou em óbito.

Cada um dos incidentes teve uma causa específica, como a troca de medicações, via errada, local errado, reação adversa à medicação, entre outras como descrito na tabela acima.

Seguindo o raciocínio da vacinação, entre os fatores contribuintes para ocorrência dos incidentes foi citada a falta de atenção do funcionário, sobrecarga de trabalho, inexperiência e falta de conhecimento, falta de supervisão e capacitação, vergonha e medo de perguntar. O que pôde ser verificado nas seguintes falas dos participantes:

“A técnica administrou soro glicerinado no lugar de soro glicosado... Paciente foi encaminhada para a emergência, ficou 3 meses na UTI e foi a óbito” (E.19),

“... a Técnica de enfermagem diluiu medicação em duas seringas as duas ampolas, sendo que as duas ampolas devem ser aplicadas juntas na mesma seringa e na nádega... Antes de administrar a outra técnica percebeu o erro e não deixou” (E.29),

“Paciente chegou com uma receita que era EV e a medicação que estava com a paciente só poderia ser feita IM. A enfermeira observou e não realizou a medicação, pois a prescrição estava errada. Pediu que retornasse ao médico para prescrever corretamente IM no lugar de EV” (E.34),

“Erro de medicação: medicação prescrita intramuscular, entretanto a medicação foi feita endovenosa (não lembro qual era a medicação). Após o erro a técnica procurou a enfermeira e relatou o erro” (E.75), e,

“Paciente teve reação alérgica a dipirona, paciente não relatou... paciente “mentiu” que já havia tomado... foi socorrido imediatamente pelo médico” (E.24).

Quadro 4 - Descrição dos incidentes relacionados à medicação, ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.

INCIDENTE	CLASSIFICAÇÃO	CONSEQUENCIAS	FATORES CONTRIBUINTES	GRAVIDADE DO DANO	MEDIDAS PREVENTIVAS
Troca de Soro glicosado pelo glicerinado	Evento adverso	Mal estar, desmaio. Encaminhamento para UTI e óbito após 3 meses	Inexperiência e falta de conhecimento do profissional	Óbito	Capacitação e supervisão
Administração de medicação com erro de dose/diluição	Evento adverso	Paciente apresentou reação sendo encaminhada para emergência	Falta de atenção durante preparo e administração	Dano moderado	Maior atenção, orientação e supervisão
Erro de técnica de aplicação (Profissional não retirou cânula do dispositivo)	Evento adverso	Paciente retornou com sangramento	Falta de conhecimento do material e da técnica	Dano mínimo	Capacitação e supervisão
Erro de dose (Administração de dose em dias consecutivos, ao invés de semanal)	Evento adverso	Paciente precisou reiniciar tratamento	Falta de atenção e de conhecimento	Dano mínimo	Capacitação e supervisão
Administração de medicação IM em local próximo ao ciático	Evento adverso	Dor e edema local	Técnica de aplicação incorreta	Dano mínimo	Capacitação e supervisão
Erro de gotejamento. (Gotejamento rápido)	Evento adverso	Paciente convulsionou e precisou de intervenção médica	Falta de atenção e conhecimento	Dano mínimo	Orientações quanto à atenção e comunicação com equipe
Reação adversa à medicação de rotina	Evento adverso	Dor e hiperemia no local de aplicação	Comunicação ineficaz sobre antecedentes alérgicos	Dano mínimo	Orientações; Comunicação eficaz

Reação alérgica ao medicamento Dipirona	Evento adverso	Reação adversa. Fez uso de medicação antialérgica	Comunicação ineficaz sobre antecedentes alérgicos	Dano mínimo	Orientações e Comunicação eficaz
Reação alérgica ao medicamento Dipirona	Evento adverso	Reação adversa. Fez uso de medicação antialérgica	Comunicação ineficaz sobre antecedentes alérgicos	Dano mínimo	Orientações e Comunicação eficaz
Reação alérgica ao medicamento Dipirona	Evento adverso	Reação adversa. Fez uso de medicação antialérgica	Comunicação ineficaz sobre antecedentes alérgicos.	Dano mínimo	Orientações e Comunicação eficaz
Erro de via de administração de medicamento	Evento adverso	Paciente ficou em observação, não apresentou reação	Inexperiência e falta de conhecimento	Dano mínimo	Capacitação e supervisão
Erro de dispensação de medicamento	Evento adverso	Paciente recebeu contraceptivo injetável ao invés da cartela de pílulas VO	Falta de atenção	Dano mínimo	Atenção ao ler a prescrição
Aplicação insulina regular no lugar da NPH	Evento adverso	Nenhuma reação. Em observação	Falta de atenção com frascos de mesmo tamanho e cor	Dano mínimo	Mais atenção
Erro de dispensação de material	Incidente não atingiu o paciente	Paciente recebeu seringa errada para administração de insulina. Percebeu o erro e procurou enfermeira	Profissional não capacitado para função	Não classificável	Orientação e de profissionais capacitados para a função
Erro de dispensação de medicação	Incidente não atingiu o paciente	Paciente percebeu e foi realizada troca do material	Falta de atenção	Não classificável	Maior atenção
Erro de local de aplicação	Incidente não atingiu o paciente	Interceptado por outro profissional que percebeu o erro	Falta de conhecimento	Não classificável	Capacitação e supervisão

Troca de paciente na administração de medicamento	Incidente não atingiu o paciente	Interceptado pelo próprio paciente que percebeu o erro	Grande demanda de pacientes	Não classificável	Atenção e sobrecarga de profissionais
Troca de prontuários	Incidente não atingiu o paciente	Antes de administrar profissional percebeu o erro	Falta de atenção	Não classificável	Atenção
Troca de paciente ao administrar a medicação	Incidente não atingiu o paciente	Antes de administrar profissional percebeu o erro	Falta de atenção	Não classificável	Maior atenção
Erro de preparo	Incidente não atingiu o paciente	Antes de administrar outro profissional percebeu o erro	Falta de conhecimento e medo de perguntar	Não classificável	Capacitação e supervisão
Erro de prescrição e dose de medicação	Incidente não atingiu o paciente	Interceptado pela enfermagem que percebeu o erro e não administrou a medicação	Falta de conhecimento do profissional que prescreveu	Não classificável	Capacitação e Supervisão
Erro de prescrição de via de administração de medicação	Incidente não atingiu o paciente	Interceptado pela enfermagem que não aplicou medicação	Falta de conhecimento do profissional que prescreveu	Não classificável	Capacitação e Supervisão
Erro de prescrição de via de administração de medicação	Incidente não atingiu o paciente	Interceptado pela enfermagem que não aplicou medicação	Falta de conhecimento do profissional que prescreveu	Não classificável	Capacitação e Supervisão
Erro de diluição de medicação	Incidente não atingiu o paciente	Interceptado por outro profissional	Falha de conhecimento	Não classificável	Capacitação e Supervisão

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018

6.2.3 Quedas

Foram identificados 9 (10,2%) incidentes relacionados a queda, sendo 4 (44,4%) queda da própria altura, 3 (33,3%) queda da maca, 1 (11,1%) da cadeira de rodas e 1 (11,1%) da cadeira. Todos os eventos foram classificados como eventos adversos. Quanto a classificação da gravidade do dano 8 (88,8%) tiveram dano mínimo e um (11,1%) dano moderado, pois o paciente foi encaminhado para outro serviço e não retornou a unidade de saúde avaliada.

As causas de quedas foram relacionadas principalmente a falhas na estrutura física da unidade, como disponibilidade de rampas e grades nas macas, conforme verificado nas falas abaixo.

“Jovem (acidente queda de bicicleta), estava deitado na maca e caiu enquanto a técnica preparava material, teve crise epiléptica na queda” (E.14),

“Paciente cadeirante quase sofreu queda devido a unidade não ter rampa, foi auxiliado pelos funcionários, por isso não caiu. Na unidade não existe adaptação. Portão de entrada não tem calçada, não é asfaltado. Na porta da unidade tem 3 degraus e uma estrada estreita.” (E.17), e,

“Queda de paciente: paciente estava sendo transferido para unidade de urgência, ao ser colocado na maca para a ambulância, caiu da maca e bateu forte a cabeça” (E.71).

No quadro 5 foram descritos e caracterizados separadamente os incidentes de quedas, suas consequências para o paciente, fatores contribuintes para o incidente, gravidade ou dano apresentado e medidas preventivas e forma de prevenção desses incidentes.

Quadro 5 – Descrição dos incidentes relacionados a quedas ocorridas nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.

INCIDENTE	CLASSIFICAÇÃO	CONSEQUENCIAS	FATORES CONTRIBUINTES	GRAVIDADE DO DANO	MEDIDAS PREVENTIVAS
Queda da cadeira	Evento adverso	Dor e edema no joelho Observação	Falta de cadeiras apropriadas para pacientes obesos	Dano mínimo	Orientação sobre uso de cadeira adequada
Queda da própria altura	Evento adverso	Escoriações no joelho Observação	Rampa molhada, Falta de corrimão e placas de sinalização	Dano mínimo	Adequar estrutura física e colocar placas
Queda da maca	Evento adverso	Corte e sutura na cabeça. Observação	Paciente embriagado. Falta de grade na maca	Dano mínimo	Vigilância pelos profissionais, Colocar grades nas macas
Queda da maca	Evento adverso	Desenvolveu crise epiléptica. Observação	Ausência de acompanhante e grade na maca	Dano mínimo	Vigilância manter acompanhante; Grades na maca
Queda da maca durante transferência para ambulância	Evento adverso	Trauma na cabeça. Observação	Negligência dos profissionais durante o atendimento de urgência. Falta de capacitado	Dano moderado	Treinamento dos; Manter local adequado para a ambulância
Queda da própria altura após vacinação	Evento adverso	Observação	Paciente relatou medo de agulha	Dano mínimo	Orientação prévia
Queda da própria altura	Evento adverso	Observação	Piso danificado	Dano mínimo	Adequação da estrutura física e organização
Queda da maca	Evento adverso	Observação	Ausência de acompanhante e de grades na maca	Dano mínimo	Vigilância pelo profissional. Colocação de grades
Queda da cadeirante de rodas	Evento adverso	Observação	Ausência de rampas (paciente cadeirante)	Dano mínimo	Estrutura física inadequada

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018

6.2.4 Evasão

Sobre a evasão de pacientes foram identificados 4 (4,5%) incidentes, sendo 3 (75,0%) eventos adversos e 1 (25,0%) incidentes sem dano. Quanto à gravidade, 2 (50,0%) tiveram um dano mínimo, 1 (25,0%) dano moderado e 1 (25,0%) dano não classificável.

Em dois casos o paciente foi atendido e orientado para aguardar para reavaliação do efeito da medicação antes da alta, entretanto os mesmos se ausentaram sem avisar. Em um dos casos houve demora no atendimento e no outro paciente não aguardou consulta mesmo estando dentro do prazo para o atendimento. Isso foi evidenciado em algumas falas:

“Evasão: paciente precisava fazer uma medicação via oral e aguardar 40 minutos em observação na unidade. Paciente tomou medicação e foi embora” (E.97), e,

“Evasão do paciente que era hipertenso e não aguardou atendimento médico... Esse paciente já tem a pressão descompensada, estava sem receita, pois a última consulta já tinha sete meses sem acompanhamento. Paciente retornou com pico hipertensivo uns 15 dias depois” (E.50).

No quadro 6 foram descritos e caracterizados separadamente os incidentes de evasão de pacientes, suas consequências para o paciente, fatores contribuintes para o incidente, gravidade ou dano apresentado e medidas preventivas e forma de prevenção desses incidentes.

Quadro 6 – Descrição dos incidentes relacionados à evasão ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.

INCIDENTE	CLASSIFICAÇÃO	CONSEQUENCIAS	FATORES CONTRIBUINTES	GRAVIDA-DE DO DANO	MEDIDAS PREVENTIVAS
Paciente evadiu sem tomar medicação prescrita	Evento adverso	Continuidade da dor	Falta de comunicação, orientação sobre o procedimento a ser realizado	Dano moderado	Orientação e melhor comunicação
Paciente não aguardou atendimento médico	Evento adverso	Paciente hipertenso. Estava há sete meses sem renovar receita. Retornou após 15 dias com pico hipertensivo	Tempo de espera excessivo	Dano mínimo	Orientar quanto ao tempo de espera da consulta. Avaliação de risco
Paciente não aguardou consulta médica	Incidente sem dano	Remarcação da consulta	Tempo de espera excessivo.	Não classificável	Orientar quanto ao tempo de espera
Paciente evadiu após tomar medicação; Não aguardou tempo de observação	Evento adverso	Risco da medicação não ter feito efeito esperado	Falta de comunicação e orientação da necessidade de observar efeito da medicação	Dano mínimo	Orientação e melhorar a comunicação

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018

6.2.5 Erros de diagnóstico

Os casos de erros de diagnóstico totalizaram 3 (3,4%), todos classificados como eventos adversos, relacionados ao atendimento médico.

Cada evento apresentou um tipo de dano, sendo um dano permanente, como descrito no relato abaixo:

“Gestante, estava com canal endocervical aberto, hipertensa, não foi encaminhada pelo médico para o alto risco, mesmo com a enfermeira alertando quanto ao problema... Paciente teve aborto com 14 semanas” (E.15),

“Paciente estava com dengue e foi diagnosticado com uma virose normal, foi mandado de volta para casa e só 5 dias depois que o paciente voltou ‘pior’ que o médico pediu o hemograma” (E.62), e,

“Criança com febre, médico sem atender passou ibuprofeno e nimesulida, e só após 15 dias foi na urgência e viu que a criança estava com pneumonia” (E. 65).

No quadro 7 foram descritos e caracterizados separadamente os incidentes de erros de diagnóstico, suas consequências para o paciente, fatores contribuintes para o incidente, gravidade ou dano apresentado e medidas preventivas e forma de prevenção desses incidentes.

Quadro 7 – Descrição dos incidentes relacionados aos erros de diagnósticos ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.

INCIDENTE	CLASSIFICAÇÃO	CONSEQUENCIAS	FATORES CONTRIBUINTES	GRAVIDADE DO DANO	MEDIDAS PREVENTIVAS
Paciente com Dengue foi diagnosticado como virose	Evento adverso	Tratamento incorreto	Comunicação ineficaz na avaliação de risco; falta de conhecimento do profissional	Dano permanente	Treinamento sobre avaliação de risco; educação continuada
Profissional medicou criança sem avaliação	Evento adverso	Após 15 dias criança foi diagnosticada com pneumonia em outro serviço	Negligencia profissional	Dano moderado	Orienta quanto a avaliação de risco. Comunicação ineficaz
Paciente com gestação de risco e dispensada sem avaliação	Evento adverso	Paciente teve aborto na 14ª semana de gestação por falha na avaliação de risco	Negligencia no atendimento	Dano mínimo	Avaliação de risco inadequada

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018

6.2.6 Omissão de cuidados

Todos os incidentes relacionados à omissão de cuidados do paciente, ou seja, dois (2,3%), foram classificados como eventos adversos e estiveram relacionados a negação do atendimento médico.

Classificados quanto a sua gravidade: um (50,0%) de dano moderado e um (50,0%) com óbito.

“Uma senhora compareceu a unidade queixando de infecção na garganta, e como não estava agendada, e o médico já havia atendido o número máximo de demanda espontânea, se negou a atender... Paciente orientada a procurar a UPA (isto na sexta feira), na segunda feira o filho da paciente apareceu relatando que a mãe estava enfartando e ao chegar na UPA foi a óbito” (E.74), e,

“Chegou caso de urgência na unidade e o médico se recusou a atender, criança com dor, médico sem olhar a paciente mandou fazer uma ampola de voltarem. Equipe de enfermagem se recusou fazer a medicação sem a avaliação e prescrição médica... Paciente foi encaminhado para unidade de urgência” (E.23).

No quadro 8 foram descritos e caracterizados separadamente os incidentes de omissão de cuidados, suas consequências para o paciente, fatores contribuintes para o incidente, gravidade ou dano apresentado e medidas preventivas e forma de prevenção desses incidentes.

Quadro 8 – Descrição dos incidentes relacionados à omissão de cuidados ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.

INCIDENTE	CLASSIFICAÇÃO	CONSEQUENCIAS	FATORES CONTRIBUINTES	GRAVIDADE DO DANO	MEDIDAS PREVENTIVAS
Prescrição médica sem avaliação da paciente	Evento adverso	Equipe de enfermagem não realizou medicação sem avaliação e encaminhou paciente para serviço de pronto atendimento	Negligencia médica no atendimento	Dano mínimo	Protocolo de avaliação de risco
Recusa médica de atendimento a paciente por queixa de dor na garganta, por preenchimento da agenda do dia.	Evento adverso	Paciente encaminhada para UPA e constatado infarto com desfecho grave	Negligencia médica no atendimento	Óbito	Melhoria da qualidade de avaliação de risco

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018

6.2.7 Acidente com Perfuro-cortantes

Quanto aos acidentes com perfuro cortantes, os 2 (2,3%) incidentes com material perfuro cortante foram classificados como eventos adversos e tiveram como conduta a realização dos testes rápidos nos pacientes, onde um deles como não tinha a fonte, precisou fazer esquema profilático e apresentou reação adversa ao tratamento. O dano foi moderado, pois exigiu acompanhamento de até um ano.

“A paciente teve acidente com lixo perfuro cortante e perfurou o dedo, e na mesma semana havíamos atendido paciente com HIV... Após o evento ela fez os testes rápidos e o esquema profilático e teve reação adversa a medicação” (E.1), e ,

“Acidente com perfuro cortante na hora de colher HGT. Entretanto a técnica perfurou o dedo e não trocou a agulha. Usou a mesma agulha para fazer HGT no paciente, já que não tinha levado outra para a visita domiciliar... A fonte não tinha nenhuma doença infecto contagiosa, realizados testes rápidos após o evento com os dois, ambos negativos” (E. 54).

No quadro 9 foram descritos e caracterizados separadamente os incidentes de acidente com perfuro cortantes, suas consequências para o paciente, fatores contribuintes para o incidente, gravidade ou dano apresentado e medidas preventivas e forma de prevenção desses incidentes.

Quadro 9 - Descrição dos incidentes relacionados à perfuro cortantes ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.

INCIDENTE	CLASSIFICAÇÃO	CONSEQUENCIAS	FATORES CONTRIBUINTES	GRAVIDADE DO DANO	MEDIDAS PREVENTIVAS
Uso de material contaminado para teste de glicemia	Evento adverso	Realização dos testes rápidos em ambos	Profissional recém formado, teve medo de relatar o erro. Falta de conhecimento	Dano moderado	Capacitação quanto a biossegurança e riscos
Acidente com material perfuro cortante (contato com o lixo)	Evento adverso	Realizou exames e profilaxia. Apresentou reação adversa a medicação profilática	Lixo cheio com perfuro cortante em local inadequado	Dano mínimo	Orientação quanto a biossegurança e riscos

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018

6.2.8 Processo administrativo

Dos 11 (12,5%) incidentes no atendimento administrativo, todos foram classificados como eventos adversos. O tipo de dano ao paciente foi mínimo, com recuperação em até um mês.

As principais consequências foram trocas de prontuário, 6 (4,4%), seguido pela perda do prontuário, 4 (36,4%). Os principais fatores para as trocas e perdas de prontuários foram relacionados à falta de atenção do profissional e a sobrecarga de trabalho.

Os outros dois incidentes estão relacionados à falta de registro de enfermagem no prontuário do paciente e no livro de anotações de intercorrências. Os profissionais evidenciaram a falta de relato em casos de orientações iniciais e atendimentos que não estavam agendados. O outro incidente foi relacionado ao cadastramento do agente comunitário de saúde de um paciente que não morava no endereço da região adscrita, e devido a uma alteração de exame, durante busca ativa do enfermeiro, a paciente não foi encontrada. Ambos foram relatados como incidentes frequentes, isto é, que ocorrem mais de uma vez ao mês.

“Paciente diabética insulino dependente foi até a farmácia da UBS, onde o gestor (que não tem formação/capacitação para ficar na farmácia) entregou uma seringa normal para a paciente tomar insulina” (E.39),

“Troca de prontuário, no final da consulta o médico perguntou o nome do paciente e somente o primeiro nome era igual” (E.64)

“Prontuários somem, hoje mesmo paciente cadastrado no nosso programa HiperDia teve seu prontuário perdido e o médico se negou a atender o paciente” (E.78),

“Não registrar no relatório a anamnese/ intercorrências/ medicações realizadas” (E.7) e,

“Solicitado nova coleta do teste da mamãe devido alteração em alguns dos exames. Ao fazer a busca ativa o ACS não encontrou a paciente que não morava no endereço de cadastro” (E.73).

No quadro 10 foram descritos e caracterizados separadamente os incidentes relacionados aos processos administrativos, suas consequências para o paciente, fatores contribuintes para o incidente, gravidade ou dano apresentado e medidas preventivas desses incidentes.

Quadro 10 – Descrição dos incidentes relacionados ao atendimento administrativo ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.

INCIDENTE	CLASSIFICAÇÃO	CONSEQUENCIAS	FATORES CONTRIBUINTES	GRAVIDADE DO DANO	MEDIDAS PREVENTIVAS
Cadastramento de paciente pelo ACS sem ser morador da área	Evento adverso	Necessária nova coleta de exame por alterações nos resultados. Paciente não foi encontrado no sistema de informação de registros	Falta de organização na estrutura do serviço	Dano mínimo	Orientação dos profissionais e organização do serviço
Perda de prontuário (Não encontrado)	Evento adverso	Gestante perdeu todo seu histórico anterior estando na 27ª semana	Falta de organização na estrutura, escala insuficiente de funcionários	Dano mínimo	Organização dos arquivos
Perda de prontuário (Não encontrado)	Evento adverso	Paciente hipertenso ficou sem atendimento. O médico recusou atendimento sem prontuário	Desorganização e número insuficiente de funcionários	Dano mínimo	Organização dos arquivos
Perda de prontuário (Não encontrado)	Evento adverso	Perda do histórico de saúde do paciente	Falta de organização na estrutura do serviço	Dano mínimo	Organização dos arquivos
Falta de registro (Não encontrado)	Evento adverso	Paciente fica sem relatório e histórico na unidade	Falta de atenção e conhecimento quanto ao registro	Dano mínimo	Capacitação
Troca de prontuário (Erro identificado no momento de guardar o prontuário)	Evento adverso	Falta de registro no prontuário correto	Falta de atenção	Dano mínimo	Organização e maior atenção
Troca de prontuário (Erro identificado por outro após início da consulta)	Evento adverso	Falta de registro no prontuário correto	Excesso de pacientes para atendimento. Falta de atenção	Dano mínimo	Mais atenção quanto a identificação nominal do paciente

Troca de prontuário (Consulta conduzida com histórico de saúde de outro paciente)	Evento adverso	Falta de registro no prontuário correto	Profissional não conferiu nome antes da consulta	Dano mínimo	Mais atenção quanto a identificação nominal do paciente
Troca de prontuários de pacientes durante a triagem por nomes iguais	Evento adverso	Paciente errado e registro em prontuários errado	Pacientes com primeiro nome semelhante e sobrenome igual	Dano mínimo	Atenção na identificação do paciente. Confirmar nome
Troca de prontuário na triagem. (Nomes iguais e endereço no mesmo bairro)	Evento adverso	Paciente errado e registro em prontuários errado	Pacientes com o mesmo nome e endereços no mesmo bairro	Dano mínimo	Atenção e identificação do paciente. Confirmar nome e endereço
Troca de prontuário. Pacientes com mesmo nome	Evento adverso	Paciente errado e registro em prontuários errado	Pacientes com mesmo nome	Dano mínimo	Atenção e identificação do paciente. Confirmar o nome

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018

6.2.9 Estrutura organizacional e recursos materiais

Os incidentes relacionados à estrutura organizacional e recursos materiais foram 7 (8,0%), sendo classificados como eventos adversos de dano mínimo. Os mesmos se devem a falta de recursos materiais básicos para atendimentos como curativos, medicação e vacinação, exigindo que o paciente se deslocasse para outras unidades mais distantes, sendo que poderia ter seu problema resolvido na UBS.

“Criança chegou com intoxicação alimentar, porém não havia sonda nasogástrica nem medicação. Por ser uma UBS distante de UPA e outras unidades de urgência, pacientes procuram muito a UBS em casos de urgência e falta principalmente medicação” (E.10).

No quadro 11 foram descritos e caracterizados separadamente os incidentes de estrutura organizacional e recursos materiais, suas consequências para o paciente, fatores contribuintes para o incidente, gravidade ou dano apresentado e medidas preventivas desses incidentes.

Quadro 11 – Descrição dos incidentes relacionados à estrutura organizacional e recursos materiais ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.

INCIDENTE	CLASSIFICAÇÃO	CONSEQUENCIAS	FATORES CONTRIBUINTES	GRAVIDADE DO DANO	MEDIDAS PREVENTIVAS
Falta de insumos e medicação	Evento adverso	Criança com intoxicação alimentar. Encaminhada para Pronto atendimento de urgência por falta de sonda e medicação.	Deficiência na provisão de materiais	Dano mínimo	Planejamento e Previsão de materiais
Falta de medicação	Evento adverso	Criança febril. Aguardou 40 minutos por atendimento móvel de urgência	Deficiência na provisão de medicamentos	Dano mínimo	Planejamento e Previsão de materiais
Falta de material e medicação	Evento adverso	Prescrição médica não atendida. Paciente deslocado para outra unidade.	Deficiência na provisão de materiais	Dano mínimo	Planejamento e Previsão de materiais
Falta de vacinas e materiais como seringa e agulha	Evento adverso	Atrasos na vacinação de crianças pela dificuldade de deslocamento.	Deficiência na provisão de materiais	Dano mínimo	Planejamento. Previsão de material
Falta de bala de oxigênio	Evento adverso	Paciente procurou a unidade com falta de ar. Encaminhada para UPA	Deficiência na provisão de oxigênio	Dano mínimo	Planejamento. Previsão de material
Falta de vacinas e materiais como seringa e agulha	Evento adverso	Atraso na vacinação	Deficiência na provisão de materiais	Dano mínimo	Planejamento. Previsão de material
Falta de material de curativo	Evento adverso	Paciente com ferida. Deslocado para outra unidade	Deficiência na provisão de materiais	Dano mínimo	Planejamento. Previsão de material

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018

6.3 Incidentes e categorias profissionais envolvidas

O Técnico de Enfermagem foi o profissional que esteve mais envolvido no incidente com o paciente, 45 (55,6%), seguido pelos médicos, 14 (17,3%), administrativo, 10 (12,3%), enfermeiros, 9 (11,1%), e outros, que se refere ao agente comunitário de saúde, motorista da ambulância e ao próprio paciente que foi apontado como sendo diretamente responsável pelo incidente (Tabela 5).

Os sete eventos que não estiveram relacionados em específico a estes profissionais citados acima, foram aqueles relacionados a estrutura organizacional e falta de recursos materiais.

Tabela 5 – Categorias profissionais envolvidas nos incidentes, ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.

CATEGORIA PROFISSIONAL	N	%
Técnico de Enfermagem	45	55,6
Médico	14	17,3
Recepcionista/ Administrativo	10	12,3
Enfermeiro	09	11,1
Outros	03	3,7
TOTAL	81	100

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018.

6.4 Incidentes e locais de ocorrências

O local com maior ocorrência de incidentes foram as salas de imunização com 28 (31,9%) incidentes, seguida de sala de medicação com 25 (28,4%). Estes são os locais de maior atuação do Técnico de Enfermagem, que como referido na tabela anterior, foi o profissional envolvido em maior número de incidentes. Outros locais com menor incidência foram: consultório médico com 12(13,6%), seguido pelo atendimento administrativo/recepção com 9(10,2%) e consultório de enfermagem com 8 (9,1%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Locais das Unidades Básicas de Saúde onde ocorreram os incidentes relatados pelos profissionais da equipe de saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.

LOCAL	N	%
Sala de imunização	28	31,9
Sala de medicação	25	28,4
Consultório médico	12	13,6
Atendimento administrativo/ recepção	09	10,2
Consultório de enfermagem	08	9,1
Farmácia	03	3,4
Domicílio do paciente	03	3,4
TOTAL	88	100

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018.

6.5 Incidentes: gravidade e frequência

Os danos implicam em quaisquer efeitos prejudiciais resultantes, incluindo a doença, lesão, sofrimento, incapacidade e morte. Conforme a gravidade os danos são classificados em: leve (mínimo) – quando observados sintomas leves, com duração rápida e necessitou, apenas, de intervenções mínimas como observação extra, investigação, revisão de tratamento; moderado - paciente sintomático, com necessidade de intervenção como procedimento terapêutico adicional, tratamento adicional ou internação; grave - paciente sintomático que necessitou intervenção para suporte de vida ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição de expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente e/ou de longo prazo; e óbito – quando em curto prazo o evento causou ou acelerou a morte (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A maioria dos danos avaliados teve gravidade mínima, 62 (70,5%), com recuperação de até um mês, seguido por dano não classificável/sem dano, 13(14,7%), dano moderado nove (10,2%), dois (2,3%) danos permanentes e dois (2,3%) óbitos. Os danos permanentes foram relativos a um caso de aborto e outro de erro de vacinação realizada em local errado deixando a criança com dificuldades de deambulação. Os óbitos foram referentes a um erro de medicação devido a troca do tipo de soro e outra relacionado a omissão de cuidado (Tabela 7).

Tabela 7 – Gravidade do dano e consequências para o paciente dos incidentes ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018

GRAVIDADE DO DANO	N	%
Dano mínimo (com recuperação de até 1 mês)	62	70,5
Dano moderado (recuperação entre 1 mês e 1 ano)	09	10,2
Dano permanente	02	2,3
Óbito	02	2,3
Não tenho como classificar	13	14,7
TOTAL	88	100

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018.

Sobre a sua frequência foram relatados 46 (52,3%) incidentes ocorridos pela primeira vez nas UBS. Desses, 25 (28,4%) ocorreram raramente, isto é, uma ou duas vezes ao ano; às vezes foram 11 (12,5%) dos incidentes que ocorrem de 3 a 11 vezes ao ano que estão relacionados as trocas e perdas de prontuário, falta de recursos materiais, vacinação, medicações, não registro de atendimentos quando referentes a orientações iniciais e atendimento de intercorrências, entre outros. Os incidentes ocorridos frequentemente foram 6 (6,8%) sendo mais de 1 vez por mês e se referiram também as trocas e perdas de prontuários, falta de recursos materiais e ao cadastramento realizados por ACS de pessoas não moradoras da área adscrita (Tabela 8).

Tabela 8 – Frequência de incidentes ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia. Goiás, 2018.

FREQUÊNCIA DOS INCIDENTES	N	%
Primeira vez	46	52,3
Raramente (1 a 2 vezes no ano)	25	28,4
Às vezes (3 a 11 vezes por ano)	11	12,5
Frequentemente (mais de 1 vez por mês)	06	6,8
TOTAL	88	100

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018.

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

Os resultados apontam a percepção da equipe de enfermagem quanto aos incidentes que ocorrem no contexto da atenção primária das Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família do município pesquisado mostrando a necessidade de aprofundamento dessa temática nos demais serviços de atenção primária com intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada por profissionais capacitados e melhorar a qualidade da organização dos serviços e consequentemente a segurança no atendimento aos pacientes.

Predominou entre os profissionais pesquisados o sexo feminino 92 (94,8%) sobre o masculino cinco (5,2%), sendo a feminilização da força de trabalho em saúde recorrente, segundo estudos similares, como o realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem na década de 1980 que apontou um discreto aumento da mão de obra masculina na enfermagem, por influência cultural e tradicional a Força de Trabalho em Enfermagem é ainda hegemonicamente feminina (MACHADO et al., 2015).

Em relação à idade percebe-se um rejuvenescimento para os profissionais de nível superior. Registra-se para os enfermeiros: 41,6% do seu contingente com idade entre 21 a 30 anos; 31,2% e a entre 31 a 40. Na equipe técnica de enfermagem vemos um maior contingente entre 31 a 50 anos (63,2%). Um estudo realizado em 2016 para caracterizar o perfil sócio demográfico da enfermagem no Brasil concluiu que 61,7% do total, representando mais de 1 milhão e 100 mil trabalhadores de enfermagem tinham até 40 anos, que 1/4 do contingente tem até 30 anos, o que significa dizer que a equipe de enfermagem é, predominantemente, jovem (MACHADO et al., 2016).

O maior percentual de tempo de formação foi de 34 % de 5 a 10 anos e 33% de zero a cinco anos. Quanto à atuação profissional 45,4% possuem de zero a cinco anos. Enquanto a atuação na ESF predominou 93,8% de zero a cinco anos. Os resultados mostram que o perfil do profissional de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família é de pessoas jovens. Isso se deve, sobretudo, à ampliação nacional da cobertura e, consequentemente à disponibilidade de vagas de emprego. A ampliação da cobertura da ESF resulta no aumento do número de equipes e, também, de enfermeiros, aumentando a empregabilidade para os profissionais

jovens, com poucos anos de experiência e que ainda não se estabeleceram no mercado de trabalho (FARIA; ACIOLI; GALLASCH, 2016).

Quanto à natureza do vínculo empregatício dos enfermeiros da APS, considerando a forma de acesso e contrato de trabalho, 38,1% declarou ser servidor efetivo da Secretaria Municipal de Saúde e 61,9% informaram vínculo de contrato temporário, o que equivale ao trabalho precário, ou seja, aqueles que exercem suas funções na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, estando, portanto, desprovidos de normas legais e não garantem os benefícios que dão segurança ao trabalhador, tais como: aposentadoria, férias anuais, 13º salário e licenças remuneradas (CORRÊA et al., 2012).

Isso gera uma alta rotatividade, dificultando a criação de vínculo com a comunidade, interrompendo os programas de saúde e ações de educação e exigindo que os profissionais busquem outros vínculos. A exclusividade da jornada de 40 horas na ESF é uma exigência do Ministério da Saúde. Dos 13 profissionais que possuem outro vínculo empregatício, 12 são contratados. Esses profissionais acabam trabalhando em jornadas duplas de trabalho (CANESQUI, SPINELLI, 2006).

O acúmulo de vínculos aumenta a carga horária semanal de trabalho, podendo interferir no rendimento e na atenção do profissional de saúde. Isso pode ser entendido como sinônimo da necessidade de complementação salarial, desvalorização econômica, insatisfação com as atividades assistenciais, insegurança em relação ao vínculo com o serviço, associadas à dependência de interesses político-eleitorais (GONÇALVES et al., 2014).

Neste estudo, a predominância da pós-graduação em nível de especialização (*lato sensu*) não alcançou 40,0% dos profissionais de saúde. A ampliação da cobertura da ESF, o aumento da empregabilidade para as novas gerações da Enfermagem apontam para a necessidade da formação dos enfermeiros especialistas na área. Infelizmente a presente pesquisa mostrou que apenas nove enfermeiros se especializaram na área da Saúde Pública. Na última década, observou-se uma grande expansão dos cursos de pós-graduação *lato sensu*, como o de atenção primária à saúde e o de ESF. Esta ampliação de vagas ocorreu impulsionada pela Política Nacional de Atenção Básica e pela consequente expansão da Saúde da Família como estratégia de reorientação da APS (FARIA; ACIOLI; GALLASCH, 2016).

Um estudo sobre o perfil dos enfermeiros da atenção básica à saúde do município de Cuiabá, Mato Grosso, mostrou que uma parcela expressiva dos enfermeiros (73,4%) relatou possuir pós-graduação em nível lato sensu. Contudo, nenhum profissional declarou possuir pós-graduação em nível stricto sensu (mestrado e/ou doutorado) Mostrando a necessidade de investimento e incentivo por parte dos gestores para promover a capacitação dos profissionais e assim, colaborar para o fortalecimento da Atenção Básica (CORRÊA et al., 2012).

Quanto à realização de cursos na área de segurança do paciente, a maioria (76,6%) não relatou nenhum curso após a formação profissional. Alguns profissionais mencionaram ter realizado especializações onde o tema foi trabalhado e aqueles com vínculo hospitalar fizeram capacitações de curta duração sobre o tema.

A APS se constitui como o principal ponto de acesso ao Sistema Único de Saúde brasileiro e deve coordenar a comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Muito do que já se conhece e faz pela segurança do paciente no meio hospitalar pode ser aproveitado na atenção básica, mas suas características e necessidades peculiares devem ser contempladas para que se possa oferecer o cuidado seguro em toda a Rede de Atenção à Saúde (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2009).

Mas, é necessário construir também uma cultura de segurança do paciente na atenção primária, em que profissionais e serviços compartilhem práticas, valores, atitudes e comportamentos para redução de dano por incidentes e contribua com a promoção do cuidado seguro. Para o cuidado seguro se faz necessária a adoção de medidas de segurança sejam sistematicamente inseridas em todos os processos de cuidado, e para isso a necessidade de capacitação dos profissionais sobre essa temática. Um sistema de atenção à saúde bem planejada, que considera que o ser humano pode errar, se antecipa na identificação de riscos antes que atinjam o paciente e causem dano (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2009).

A enfermagem como ciência do cuidado integral e integrador em saúde ocupa diferentes espaços de atuação profissional, nos diferentes níveis de atenção à saúde, seja por meio da educação em saúde, seja na promoção ou na reabilitação da saúde dos indivíduos, diferentes setores e contextos sociais. Por isso, deve a cada dia, ampliar seu conhecimento e o seu espaço na área da saúde, para assistir

e coordenar as práticas de cuidado, promover e proteger a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (DIRCE et al, 2012).

Quanto à percepção dos profissionais quanto à ocorrência de algum incidente no contexto da sua prática, 88 (90,7%) dos profissionais demonstrou dificuldade em descrever o incidente, o que pode estar relacionada à falta de um sistema de notificação, e processo de avaliação de ocorrência de incidentes como forma de educação para promoção do cuidado seguro. Na prática não existe discussão e capacitação sobre a segurança do paciente na APS. Dos profissionais participantes da pesquisa, 9 (9,2%) não souberam responder, alegando nunca ter presenciado nenhum tipo de evento, o que pode ser considerado medo de punição pois oito profissionais são contratados e atuam há menos de um ano na APS outros estão no primeiro emprego. O medo de punição dificulta o aprendizado com o erro (RIBAS, 2010).

Tratando-se de uma instituição de saúde, onde identificar a ocorrência e a provável causa dos eventos adversos, avaliar os danos causados e tomar as decisões apropriadas concernentes a esses problemas contribui para a construção de conhecimento entre os profissionais. Desta forma, destaca-se a importância da educação continuada orientada para a promoção da segurança do paciente, no intuito de divulgar ao serviço conceitos claros e precisos sobre o que são os eventos adversos e incidentes, os seus tipos, a importância do registro e da notificação dos mesmos (KUWABARA; ÉVORA; OLIVEIRA, 2010).

Ribas (2010) ressaltou que “O que não se registra não existe”. A notificação sistemática, voluntária, anônima e, no caso de eventos fatais, obrigatória, é fundamental. A notificação permite a avaliação individual, assim como a percorrer o caminho do erro, a identificar as causas, propor mudanças necessárias e implementar medidas corretivas que permitam a prevenção da repetição do mesmo evento. O mesmo propõe a criação de instrumentos para detectar os incidentes em circunstâncias semelhantes e realçando a importância de uma cultura de não culpabilização e respectivas soluções de incentivo à notificação, a implementar rotinas de estudo e discussão de eventos adversos dentro das equipes, e um sistema de registro de incidentes, implementar um sistema nacional de notificação de incidentes, voluntário e obrigatório para os eventos graves, não culpabilizante, entre outras ações.

Para a consolidação da assistência segura com qualidade, a 3ª edição do Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde no Estado de Goiás, 2017, possui um capítulo destinado a estabelecer ações de segurança ao paciente e direcionar o trabalho da enfermagem através do “Protocolo de Enfermagem na Atenção para Segurança do Paciente na Atenção Primária”. Construído no intuito de direcionar o profissional de enfermagem para a redução de danos decorrentes da assistência à saúde em determinadas situações e garantir um cuidado seguro aos pacientes que necessitam de cuidados da APS (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-GO, 2017).

Quanto à caracterização dos pacientes que sofreram os incidentes registrados eram, em sua maioria, adultos 36 (40,9%), do sexo feminino 47 (53,4%). Dos pacientes que apresentava doenças crônicas 23 (26,1%), a minoria tinha um problema de saúde complexo, oito (9,1%), descrito como condição de difícil manejo clínico, que vão desde a presença de comorbidades, até a dependência de álcool e/ou drogas, passando por distúrbios neurológicos ou psiquiátricos. Mais da metade dos pacientes (64,7%) estava exposta a alguma forma de vulnerabilidade social. Entre eles, 30 (34,1%) eram crianças, 16 (18,2%) eram idosos, cinco (5,6%) gestantes, três (3,4%) estavam envolvidos com álcool e drogas, e três (3,4%) tinham outras condições não especificadas.

Um estudo brasileiro detectou o impacto que um incidente na APS pode provocar nos pacientes quando atendidos nos demais níveis assistenciais, onde o indicador indireto da qualidade da atenção primária, chamado de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) representa cerca de 20% das internações no Sistema Único de Saúde (JUNQUEIRA; DUARTE, 2012).

Estudos mostram que o maior número de incidentes ocorre em pacientes com idade entre 20 a 59 anos, 40,2%, e em crianças até nove anos, 34,5%, com doenças crônicas, 26,4%. Outros estudos mostram a ocorrência de incidentes em pacientes mais velhos, avariando de 81% e 92%, possivelmente essa diferença está relacionada ao grande número de incidentes relacionados a vacinação que se dá na sua maioria para crianças e jovens (STEVEN et al., 2004; ROSSER et al., 2005). Segundo Ayres et al (2003), quanto ao quadro de vulnerabilidade 65,5% dos pacientes que sofreram incidentes eram vulneráveis. Os pacientes vulneráveis, em

geral, tem baixa aderência ao tratamento e pouca autonomia para participar da prevenção de incidentes.

Os dados obtidos por meio do questionário permitiram identificar nove tipos de incidentes com prevalência dos erros relacionados a assistência, sendo eles na ordem decrescente de maior ocorrência: erro de vacinação, erro de medicação, queda, omissão de cuidado, evasão, erro de diagnóstico e acidente com perfuro cortante. Os erros relacionados ao atendimento administrativo foram relacionados à: falha no atendimento administrativo, na estrutura organizacional e de recursos materiais.

Os incidentes relacionados a vacinação são graves pois as vacinas são consideradas medicamentos, de acordo com o texto da RDC nº55, de 16 de dezembro de 2010. Os erros de medicação são um dos temas mais abordados na área da Segurança do Paciente e constituem-se um sério problema de Saúde Pública. Portanto a abordagem sistêmica dos erros de medicação poderá revelar as falhas do processo, sendo possível implementar melhorias e assim diminuir a ocorrência desses eventos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010).

Assim, no Brasil a Lei Nº 7.498 – Artigo 11 coloca que as práticas de enfermagem de alta complexidade técnica exigem conhecimento científico específico e que sejam executadas pelas enfermeiras (BRASIL, 1986). E, segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na Resolução COFEN Nº 311/07 promove como direito dos pacientes a prestação de uma assistência de enfermagem segura, livre de imperícia ou imprudência (COREN, 2007) Porém, na prática algumas atribuições na terapia medicamentosa são direcionadas aos técnicos de enfermagem (HARADA et al., 2012). A Lei 7498, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem determina que estes profissionais sejam responsáveis pela prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante as assistências por eles prestadas. Quanto ao técnico de enfermagem à mesma lei determina que este deva exercer atividades de nível médio e segundo o artigo 15 dessa Lei, tais atividades desenvolvidas em instituições públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser realizadas sob a orientação e supervisão do enfermeiro (BRASIL, 1986).

Conforme estudo feito em São José do Rio Preto em 2012, a sobrecarga de trabalho dos vacinadores, especialmente em momentos de campanhas de pandemias, como por exemplo, a H1N1, provocou um aumento do número de incidentes. Além disso, quando mais vacinas são administradas simultaneamente em um único paciente, a possibilidade de acontecer falhas é elevada (RODRIGUES; PASCHOALATTO; BRUNIERA, 2012).

Em de vacinação de 14 municípios do Piauí observou-se que a maior parte dos profissionais (69%) apresentou conhecimento classificado como “Regular”, sendo a maioria dos profissionais com maior tempo de formado e mais tempo em sala de vacina. Isso mostra a necessidade de atualizar os profissionais que atuam como vacinadores. O enfermeiro responsável pela equipe de vacinação precisa desenvolver o processo educativo e a supervisão eficaz no intuito de identificar as demandas de capacitação dos trabalhadores, a fim de melhorar a qualificação de sua equipe (OLIVEIRA et al., 2015; ALMEIDA et al., 2014).

Os incidentes com medicação foram o segundo mais frequente, e considerado evento adverso por causar dano e acarretar sérias consequências ao paciente, mas, que poderiam ser evitados se o processo educativo fosse realizado de forma sistemática (MENDES et al, 2008).

A equipe de enfermagem constitui o elo final do processo de administração de medicamento e, geralmente, seus atos marcam a transição de um erro previsível para um erro real. As suas causas podem estar relacionadas desde o momento da prescrição até a administração de medicamentos. É importante que os profissionais da equipe tenham conhecimento suficiente a fim de poder interceptar o erro de medicação. Na ocorrência do erro, é fundamental que o profissional envolvido relate o incidente, sem medo de punições, para que sejam tomadas as devidas providências em relação ao paciente, família e profissional envolvido, em tempo (SILVA et al., 2007).

Outro evento que envolve o processo de medicação são as reações adversas. A monitoração desse tipo de ocorrência é de extrema importância, visto que algumas reações adversas podem ser inerentes a problemas exógenos (PEDREIRA, 2009b). Nesse sentido, ressalta-se, a importância da análise histórica e anamnese bem elaboradas de forma a evitar prejuízos futuros ao paciente (CARNEIRO et al., 2011).

Quanto aos eventos relacionados a queda todos requerem intervenção, e cinco foram classificados como evento adverso. A prevenção de quedas contribui para a melhoria do cuidado prestado e garante a integridade e a qualidade do serviço, mantendo o paciente livre de imprudência, imperícia e/ou negligência decorrentes da assistência à saúde. A queda pode ser justificada por falha na vigilância que é necessária ao paciente que, pode estar sem condições físicas para se movimentar e/ou se manter em posição bípede. Além das sérias complicações para a integridade física e emocional dos pacientes, existem consequências econômicas para o setor saúde (DECESARO; PADILHA, 2002).

Apesar do índice de evasão de paciente ser pequeno, configura-se um indicador de qualidade do serviço, pois fala a respeito da organização do serviço. Neste estudo os principais fatores que contribuíram para evasão foram a demora no atendimento e falta de comunicação entre os profissionais e o paciente. Na relação entre o paciente e enfermeiro está implícito, o princípio de que um está sempre trabalhando para o bem estar e benefício do outro, e quando ocorrem erros, há uma quebra deste princípio, causando ao paciente um prejuízo, abalando a confiança que esse tinha no enfermeiro ou equipe de enfermagem (GLADSTONE, 1995) e prejudicando o bom funcionamento do sistema.

A omissão de cuidados coloca em risco a integridade física do cliente/usuário e a qualidade dos serviços oferecidos pelas instituições, trazendo danos e prejuízos diversos como: prolongamento da internação, aumento nos custos da hospitalização, necessidade de tratamentos adicionais, exames e procedimentos extras, assim como dor, sofrimento, sequelas e até a morte. Além disso, contribui para uma imagem institucional negativa, compromete a qualidade do atendimento, gera desconfiança, eleva os custos e aumenta os gastos (SANTOS et al., 2007; ARANAZ et al., 2008).

Mesmo com pequeno número de relatos sobre falhas do diagnóstico, Sousa e Mendes, 2014, apresentaram os resultados de diversos estudos internacionais que indicaram a ocorrência de erros frequentes relacionados a medicamentos e ao diagnóstico causados por falhas nos registros dos pacientes; e originados pela pressão para que os profissionais diminuíssem o tempo do cuidado. Makeham et al (2008) apresentaram a incidência de 26% a 57% incidentes relacionados aos erros de diagnóstico.

Os incidentes relacionados ao erro administrativo foram relacionados à no atendimento administrativo, com 11(12,5%) incidentes e sete (8,0%) relacionados a estrutura organizacional e recursos materiais. Estudos mostram que esses incidentes relacionados que são no contexto da gestão, comprometem a qualidade dos serviços prestados aos pacientes. Pesquisas sobre segurança na APS mostram que os principais fatores contribuintes estão direcionados para falta de insumos e de medicamentos, profissionais pressionados para serem mais produtivos em menos tempo, falhas em prontuários, falhas na recepção dos pacientes, planta física da unidade de saúde inadequada, descarte inadequado de resíduos da unidade de saúde, tarefas excessivas, não acesso a computadores e internet (STARFIELD, 2002).

Os participantes caracterizam a falta atenção, de conhecimento e de capacitação/comunicação como principais fatores contribuintes para ocorrência de incidentes. Marchon (2015) apontou as falhas de comunicação entre o profissional e o paciente em 24% dos registros. A dificuldade dos profissionais em estabelecer vínculos pessoais e ter escuta qualificada com os pacientes e o não compartilhamento de informações foram relacionados com a baixa adesão ao tratamento.

Neste estudo o técnico de enfermagem foi o profissional que esteve envolvido no incidente com o paciente com mais frequência, 45 (55,6%), seguido pelos médicos e 14 (17,3%), administrativo, 10 (12,3%). Os locais com maior ocorrência de incidentes foram às salas de imunização com 28 (31,9%) incidentes e medicação com 25 (28,4%). Outro estudo brasileiro, utilizando o questionário PCISME, constatou que o profissional médico foi o profissional que esteve envolvido no erro com o paciente com mais frequência, 30%, e que a maior proporção dos erros ocorreu no consultório médico, 25% o mesmo ocorreu em estudos comparativos realizados com profissionais portugueses e australianos (MARCHON, 2015).

Esta diferença se deve ao fato do presente estudo ter sido realizado somente com os profissionais da equipe de enfermagem, o que resulta na maior parte dos incidentes terem ocorrido envolvendo a mesma categoria.

CONCLUSÕES

8 CONCLUSÕES

O presente estudo alcançou os objetivos propostos e contribuiu para identificar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a ocorrência de incidentes na atenção primária. A metodologia do PCISME, aplicada ao contexto brasileiro, mostrou-se capaz de identificar os incidentes relacionados ao cuidado em saúde na APS e seu questionário foi útil para mostrar inúmeros problemas nesse campo de prática em saúde.

Dos 97 profissionais participantes da pesquisa, 88 identificaram e relataram um incidente que já presenciaram e/ou cometeram na assistência ao paciente atendido na APS. Sendo estes profissionais, 49 (50,5%) técnicos de enfermagem e 48 (49,5%) enfermeiros.

Entre os relatos, os incidentes de maior incidência foram: os erros de vacinação com 26 (29,5%) relatos, seguidos de erros de medicação, 24 (27,3%), de atendimento administrativo, 11 (12,5%). A maioria dos incidentes apresentaram danos de gravidade mínima, 62 (70,5%), com recuperação de até um mês, seguido por dano não classificável, 13 (14,7%), dano moderado, nove (10,2%), dois (2,3%) danos permanentes e dois (2,3%) óbitos.

Quanto à frequência de ocorrência dos incidentes, foram relatados como a primeira vez 46 (52,3%) dos eventos, como Raramente em 25 (28,4%) e Às vezes em 11 (12,5%) dos incidentes. Os participantes caracterizam a falta atenção, conhecimento e ausência de capacitação como principais fatores contribuintes para ocorrência de incidentes.

Os pacientes envolvidos nos incidentes eram, em sua maioria, adultos, 35 (40,2%) do sexo feminino, 46 (52,9%). Mais da metade, 57 (65,5%), estavam expostos a algum tipo de vulnerabilidade social, 23 (26,4%), apresentavam alguma doença crônica e 8 (9,2%) com problemas de saúde complexo.

O técnico de enfermagem foi o profissional que esteve mais envolvido no incidente com 45 (55,6%), seguido pelos médicos, 14 (17,3%), técnico administrativo, 10 (12,3%). O local com maior ocorrência de incidentes foram as salas de imunização com 28 (31,9%) incidentes e medicação com 25 (28,4%).

Dentre os entrevistados, a maior parte dos profissionais enfermeiros possuía especialização na área hospitalar, e apenas nove na área de Saúde Pública. Entre

os técnicos em enfermagem, quatro possuíam formação superior e outros seis em urgência e emergência e curso de instrumentação cirúrgica. Quanto aos cursos de formação em segurança do paciente, foi referido por 23 (23,7%) dos profissionais.

Estudos sobre segurança do paciente na atenção primária ainda é incipiente, no entanto já existem estudos e protocolos acessíveis aos profissionais de enfermagem. Estes precisam ser divulgados e discutidos dentro das equipes da atenção primária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ausência de um sistema de informação dos eventos adversos e/ou incidentes aponta falhas na organização do serviço, visto que as foram evidenciados aspectos negativos da assistência a fim de identificar os erros, analisar sua origem e propor ações preventivas. Recomenda-se o planejamento de estratégias de educação continuada visando a mudança de atitude, o gerenciamento de riscos e o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

Os eventos adversos são indicativos de qualidade da assistência prestada, ações preventivas dessas ocorrências dependem, em grande parte, da ampliação de relatos e de práticas de gerenciamento não punitivas, mas fundamentalmente de um olhar crítico e investigativo sobre cada falha existente no sistema para diagnosticar lacunas que precisam ser corrigidas pelo próprio serviço, visando à qualidade da assistência e segurança do paciente.

A cultura da segurança deve ser internalizada pelos profissionais, sendo necessário ampliar as estratégias de educação permanente sobre o tema, Desta forma, há a necessidade de estimular a sensibilização de gestores e profissionais para o tema, para a elaboração de programas de educação continuada sobre segurança do paciente, a construção e uso de instrumentos de notificação dos eventos adversos, já que estes são ferramentas fundamentais da qualidade, apontando o que pode ser melhorado e oferecendo uma assistência livre de riscos e falhas. Além disso, é necessário o incentivo à produção de pesquisas relacionadas ao tema na APS.

Como limitações do trabalho destaca-se o fato deste ter sido realizado com apenas uma categoria profissional, a falta de conhecimento por parte dos profissionais entrevistados sobre segurança do paciente, e o receio/inibição do profissional em responder o questionário, principalmente os que possuíam vínculo tipo contratado.

No entanto, recomenda-se que estes dados sejam socializados no contexto aplicado para conhecimento dos gestores e que a partir disso mudanças sejam geradas, além disso recomenda-se que este estudo seja realizado em outras regiões para comparação.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Diretoria Colegiada. **Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº55, de 16 de dezembro de 2010.** Dispõe sobre o registro de produtos biológicos novos e produtos biológicos e dá outras providências. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2010. 241 (110 seção 1): 10-13.

ALMEIDA, M.G. et al. Conhecimento e prática de profissionais sobre conservação de vacinas. **J Res Fundam Care**, v. 6 (supl.), p. 10-21, 2014.

ASSOCIATION ACCOMPAGNER PRÉVENIR ÉDUQUER AGIR SAUVER (APEAS). **Estúdio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

ARANAZ, J. et al. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. **Eur J Public Health**, v. 22, p. 921-5, 2012.

ARANAZ, J.M. et al. Adverse events in ambulatory surgical procedures. **Cir Esp.**, v. 84, p. 5, p. 273-8, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520:** informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023:** informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724:** informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

AYRES, J.R. et al. **O conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde:** novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia, (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp.39-53). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BALLA, J. et al. Clinical decision making in a high-risk primary care environment: a qualitative study in the UK. **BMJ Open**, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 4th ed. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2010.

BORGES, L.M. **Desenvolvimento de instrumento para notificação de incidentes de segurança do paciente em serviços de atenção primária à saúde.**

Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro** de 2012. Aprova normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Diário Oficial da União/ DOU, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório da estratégia saúde da família.** Brasília (DF): MS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 1886/GM**, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília (DF): MS, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): MS, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (DF): MS, 2013b.

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

BRENNAN, T.A.; LEAPE, L.L.; LAIRD, N.M.; HEBERT, L.; LOCALIO, A.R.; LAWTHERS, A.G.; NEWHOUSE, J.P.; WEILER, P.C.; HIATT, H.H. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. **N Engl J Med**, v. 324, n. 6, p. 370-376, 1991.

BUETOW, S. et al. Approaches to reducing the most important patient errors in primary health-care: patient and professional perspectives. **Health Soc Care Community**, 2010.

CANESQUI, A.M.; SPINELLI, M.A.S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 1881-1892, 2006.

CAPUCHO; H.C; ARNAS, E.R; CASSIANI, S.H.B. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Rev. Gau. Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 164-172, 2013.

CARNEIRO, F.S. et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Rev enferm UERJ**, v. 19, n. 2, p. 204-211, 2011.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/qualis>. Acesso em: 04 set. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde no estado de Goiás**. 3º edição. Goiania, 2017. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2017/11/protocolo-final.pdf>. Acesso em: 15 Out. 2018.

CORRÊA, A.C.P. et al. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso . **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 14, n. 1, p. 171-80, 2012.

COSTA, R.K.S.; MIRANDA, F.A.N. O enfermeiro e a estratégia de saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev da Rede de Enferm do Nordeste**, v. 2, n. 9, p. 120-128, 2008.

DECESARO, M.N.; PADILHA, K.G. Iatrogenia na assistência de enfermagem durante internação em UTI: queda de pacientes. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 159-162, 2002.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006.

DIRCE, S.B. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.

DUARTE, S.C.M. et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1074-81, 2015.

DYNIWICZ, A.M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. ed. São Paulo: Difusão Editora; 2009.

FARIA, M.G.A.; ACIOLI, S.; GALLASCH, C.H. Perfil de enfermeiros fluminenses da estratégia saúde da família participantes de um curso de especialização. **Enfermagem em foco**, v. 7, n. 1, p. 52-55, 2016.

GAAL, S. et al. Patient safety features are more presente in larger primary care practices. **Health Policy**, v. 97, n. 1, p. 87-91, 2010.

GALLOTTI, R.M.D. Eventos adversos: o que são? **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 50, n. 2, p. 109-126, 2004.

GLADSTONE, J. Drug administration errors: a study into the factors underlying the occurrence and reporting of drug errors in a district general hospital. **J.Adv.Nurs**, v. 22, p. 628-637, 1995.

GONÇALVES, C.R. et al. Human resources: critical factor for primary health networks. **Saúde Debate**, v. 38, n. 100, p. 26-34, 2014

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Centro de Documentação e Disseminação de Informação. **Normas de apresentação tabular**. 3ª ed. Rio de Janeiro: IBGE, 1993. 62p. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/normastabular.pdf>. Acesso em: 17 Abr. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais**. 1 de julho de 2008. Disponível em: http://www.sieg.gov.br/downloads/Divisao_Territorial_do_Brasil_e_Limites_Territoriais2.pdf. Acesso em: 15 Out. 2018.

_____. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2018**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 29 Ago. 2018.

JUNQUEIRA, R.M.P.; DUARTE, E.C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. **Rev. Saúde Pública [online]**, v. 46, n. 5, p. 761-768, 2012.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academy Press; 1999.

KUWABARA, C.C.T.; ÉVORA, Y.D.M.; OLIVEIRA, M.M.B. Gerenciamento de risco em tecnovigilância: construção e validação de instrumento de avaliação de produto médico-hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 5, 2010.

LEMOS, G.C. et al. A Cultura de Segurança do Paciente no Âmbito da Enfermagem: Reflexão Teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.8, e2600, 2018.

MACHADO, M.H. et al. **Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil** (Convênio: Fiocruz/Cofen). 28 volumes. Rio de Janeiro: NERHUS-DAPS-Ensp/Fiocruz e Cofen; 2015.

MACHADO, M.H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico Enferm. **Foco**, v. 7, p. 09-14, 2016.

MAKEHAM, M. et al. **Methods and measures used in primary care patient safety research**. Genève: World Health Organization; 2008.

MANWELL, L.B. et al. Physician perspectives on quality and error in the outpatient setting. **WMJ**, 2009.

MARCHON, S.G. et al. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2313-2330, 2015.

MARCHON, S.G. **A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde**. 2015. Tese (Doutorado). Fio Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

MARCHON, S.G.; MENDES JUNIOR, W.V. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1395-1402, 2015.

MARCK, P.; CASSIANI, S.H.B. Teorizando sobre sistemas: uma tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. **Rev. Lat. Ame. de Enf.**, v. 13, n. 5, p. 750-753, 2005.

MEDEIROS, C.R.G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, s.1, n. 15, p. 1521-1531, 2010.

MENDES, W. et al. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 11, n. 1, p. 55-66, 2008.

MENDES, E.V. **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 (OPAS), 2012. p. 512.

MENESES OLIVEIRA et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [en linea]**, v. 18, 2014.

MENDES, W. et al. The feature of preventable adverse events in hospitals in the State of Rio de Janeiro, Brazil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 59, n. 5, p. 421-428, 2013.

MILLS, D.H. Medical insurance feasibility study. A technical summary. *West J Med* 1978; 128: 360-5.

MIRA, J.J. et al. Patient report on information given, consultation time and safety in primary care. **Qual Saf Health Care**, 2010.

NASCIMENTO, J.C.; DRAGANOV, P.B. History of quality of patient safety. *Hist enferm Rev eletronica [Internet]*. v. 6, n. 2, p. 299-309, 2015.

NATIONAL HEALTH SYSTEM (NHS). National Patient Safety Agency. **Seven Steps to Patient Safety in Primary Care.** United Kingdom: NHS, 2006.

NOVARETTI, Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. Bras. De Enf. (on line)**, v. 67, 2014.

OLIVEIRA, V.C. et al. Fragilidades da conservação de vacina nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 2, p. 291-6, 2015.

OLIVEIRA, A.C.; PAULA, A.O. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. **Rev Min Enferm**, v. 1, n. 17, p. 216-220, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde.** Washington, D.C.: OPAS; 2018.

_____. **Métodos de investigação epidemiológica em doenças transmissíveis.** Brasília (DF): OPAS, 1997.

PAESE, F.D.A.L.; SASSO, G.T.M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 2, p. 302-310, 2013.

PAESE, F. **Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde**. 2010. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PEDREIRA, M.L.G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta paul. enferm.**, v. 22, n. 4, p. v-vi, 2009a.

PEDREIRA, M.L.G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta paul. enferm.**, v. 22, n. esp, p. 880-881, 2009b.

RANGEL, R.F. et al. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia de saúde da família. **Cogitare Enferm**, v. 3, n. 16, p. 498-504, 2011.

REASON J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, p. 768-770, 2000.

REASON, J. T. **Human error**. 20^a ed. New York: Cambridge University Press, 2009. 302 p.

REASON, J. **The human contribution: unsafe acts, accidents and heroic recoveries**. Farnham (England): Ashgate Publishing Limited, 2008, 295p.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Acordos Básicos de Cooperação na Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. São Paulo, SP: REBRAENSP, 2009.

REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p.2029-2036, 2013.

RIBAS, M.J. Eventos adversos em cuidados de saúde primários: promover uma cultura de segurança. **RevPortClin Geral**, v. 26, p. 585-9, 2010.

RODRIGUES, I.C.; PASCHOALATTO, A.A.; BRUNIERA, E.L.L. Procedimentos inadequados em sala de vacinas: a realidade da região de São José do Rio Preto. **BEPA**, v. 9, n. 100, p. 16- 28, 2012.

ROECKER, S.; DENARDIN BUDÓ, M.D.L.; SILVA MARCON, S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]**, v. 46, n. 3, p. 641-649, 2012.

ROSSER, W. et al. Medical errors in primary care Results of an international study of family practice. **Can Fam Physician**, v. 51, p. 386-387, 2005.

SALVIANO, L.H.M.S.; LUIZA, V.L.; PONCIANO, A.M.S. Percepção e condutas de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca de reações adversas a medicamentos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 1, p. 47-56, 2011.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M.P.B. **Metodologia de pesquisa**. 5ª ed. Porto Alegre: Penso Editora, 2013.

SANTOS, J.O. et al. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 4, p. 483-488, 2007.

SILVA, B.K. et al. Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. Acesso e utilização de fórmula infantil e alimentos entre crianças nascidas de mulheres com HIV/AIDS. **Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line]**, v. 9, n. 3, p. 712-723, 2007.

SOUSA, P.; MENDES, W. (Orgs). **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

SOUSA, P. et al. **Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade**. Lisboa: Ed. Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.

SOUZA, M.M. **Cultura De Segurança Do Paciente Na Atenção Primária A Saúde**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), 2017.

SOUZA, F.T. et al. Percepção Da Enfermagem Sobre Os Fatores De Risco Que Envolvem A Segurança Do Paciente Pediátrico. **Rev Enferm UFSM**, v. 4, n. 1, p. 152-162, 2014.

SOUZA, R.B.; SILVA, M.J.P.; NORI, A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 242-249, 2007.

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.

STEVEN, H.W. et al. A String of Mistakes: The Importance of Cascade Analysis in Describing, Counting, and Preventing Medical Errors. **Ann Fam Med**, v. 2, p. 317-326, 2004.

TORIJANO-CASALENGUA, M.L. Patient safety culture in Primary Health Care. **Rev Clin Med Fam**, v. 8, n. 1, p. 1-3, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG). **Resolução CEPEC nº 954 de 22 de fevereiro de 2010.** Goiânia, 2010. 10p.

VLAYEN, A. et al. Design of a medical record review study on the incidence and preventability of adverse events requiring a higher level of care in Belgian hospitals. **BMC Res Notes**, v. 5, n. 468, 2012.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

WALTER, S.A.; BACH, T.M. Adeus Papel, Marca-textos, Tesoura e Cola: Inovando O Processo de Análise de Conteúdo Por Meio do Atlas.ti. In: Anais do XII. **Seminário de Administração (SEMEAD)**, São Paulo, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1.** Final Technical Report. January 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>. Acesso em: 18 ago. 2018.

_____. **Safer Primary Care Expert Working Group.** Geneve: WHO; set. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é Quéren de Pádua Braga, mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, com atuação nas áreas de qualidade da assistência de enfermagem e segurança do paciente, orientanda da Prof^a Dr^a Ana Lúcia Queiroz Bezerra, docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, uma das vias é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Quéren de Pádua Braga no telefone: (62) 98157-3659.

Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 32698338 e 32698426 ou no endereço: 1^a Avenida S/N^o Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2^o andar. Horário de funcionamento: 2^a a 6^a das 7:00 às 17:00.

Informações importantes que você precisa saber sobre a pesquisa

Título da pesquisa: “Segurança do Paciente em Unidades de Atenção Primária em saúde” que faz parte de um projeto maior intitulado: “Segurança do paciente associadas às práticas de enfermagem: análise em diferentes cenários de atuação” aprovado pelo Comitê de Ética, Parecer n. 2.448.216/2017.

O objetivo geral do estudo é analisar os incidentes associados as práticas de enfermagem e suas consequências reais e potenciais para o paciente na atenção primária a saúde.

Sua participação é muito importante porém, não é obrigatória e se dará por meio de uma entrevista com questões sobre a ocorrência desses incidentes e a segurança do paciente durante as práticas de enfermagem.

Garantimos que o Sr. (a) não sentirá nenhum desconforto, nem prejuízos ao participar do estudo, também não acarretará em nenhum tipo de ônus próprio ou para a sua Unidade.

Entre os benefícios esperados com os resultados da pesquisa está em contribuir com a qualidade da assistência, fornecendo elementos para compreensão, avaliação e modificação das práticas em saúde e enfermagem com consequente oferta de melhor qualidade e segurança aos pacientes assistidos na atenção primária da saúde.

Garantimos total liberdade de se recusar a participar ou retirar o consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição de saúde. Os dados coletados serão utilizados apenas com a finalidade científica e não serão armazenados para estudos futuros.

O Sr (a) não receberá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação na pesquisa mas, terá o direito de ser mantido informado sobre os resultados parciais e finais da pesquisa.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____

RG _____, CPF _____, concordo em participar como sujeito da pesquisa, por livre e espontânea vontade do estudo intitulado “Segurança do Paciente em Unidades de Atenção Primária em saúde”, sob a responsabilidade de Queren de Pádua Braga. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador sobre a

pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Concordo com que as informações por mim prestadas sejam utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa, que sejam

analisadas por pessoas autorizadas pelo pesquisador, assim como a publicação dos dados que tenham relação com o estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Aparecida de Goiânia, ____ de _____ de 2018.

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Nome e assinatura do Pesquisador: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE B - Instrumento – incidentes associado às práticas de enfermagem: análise em unidades de atenção básica - parte 1 – caracterização do participante

Nº entrevista: _____ Data: ___/___/___ Hora: _____ Unidade: _____
Idade _____ Sexo () Masculino () Feminino
Categoria profissional () Enfermeiro () Técnico de enfermagem
Qual o seu tempo de formação? () 0 a 5 anos () 5 a 10 anos () 10 a 15 anos () mais de 15 anos
Qual o seu tempo de atuação profissional? () 0 a 5 anos () 5 a 10 anos () 10 a 15 anos () mais de 15 anos
Qual o seu tempo de atuação na instituição? () 0 a 5 anos () 5 a 10 anos () 10 a 15 anos () mais de 15 anos
Qual sua carga horária semanal nesta unidade? _____
Qual seu tipo de Vínculo empregatício? () Vínculo Estatutário/Efetivo Municipal () Vínculo Contratado
Possui outro vínculo empregatício? () Não () Sim, Qual? _____
Carga horária semanal (somando todos os vínculos empregatícios) __ horas semanais
Possui formação complementar? () Especialização, Qual? _____ () Residência () Mestrado () Doutorado () Outro, Qual? _____
Possui Curso na área de segurança do paciente? () Não () Sim, Quantas horas?

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 – Instrumento - Parte 2 - Questionário *Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME)*: Adaptado para a realidade brasileira

1. Você já presenciou ou cometeu algum incidente com usuário durante a realização da sua atividade profissional ou no local da atenção primária? _____	
2. Qual o incidente? E ele está relacionado a algum paciente em particular?	R:
3. Se sim, até que ponto conhece o paciente?	<input type="checkbox"/> Não conheço <input type="checkbox"/> Conheço, mas não é meu paciente <input type="checkbox"/> Conheço pouco (é a 1a vez do paciente na consulta) <input type="checkbox"/> Conheço bem (é meu paciente)
4. Idade e sexo do paciente (em anos). Para crianças menores de 1 ano, usar meses	R:
5. O paciente pertence a um grupo com vulnerabilidade social Idoso, saúde mental, HIV, etc? Se sim, Qual?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
6. O paciente tem um problema de doença crônica?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
7. O paciente tem um problema de saúde complexo? (condição de difícil manejo clínico, presença de comorbidades, dependência de álcool e/ou drogas, distúrbios neurológico ou psiquiátrico)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
8. O que aconteceu? Considere o que e quem esteve envolvido: Quem? (Colocar apenas a categoria profissional: médico, enfermeiro, técnico de laboratório, recepcionista etc)	<input type="checkbox"/> Houve um incidente, mas não chegou a atingir o paciente <input type="checkbox"/> Houve um incidente, que atingiu o paciente, mas não lhe causou dano <input type="checkbox"/> Houve um incidente, que atingiu o paciente e lhe causou dano

9. O que aconteceu com o paciente após o evento? Quais as consequências reais? E o que poderia ter acontecido?	R:
10. O que pode ter contribuído para este erro? Por favor, considere quaisquer circunstâncias especiais	R:
11. O que poderia ter prevenido o erro? Considere o que deve mudar para evitar repetição desse tipo de erro	R:
12. Onde aconteceu o erro? (Escolha todas as opções que se aplicam.)	<input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Na farmácia <input type="checkbox"/> No laboratório <input type="checkbox"/> Consultório de enfermagem <input type="checkbox"/> Domicílio do paciente <input type="checkbox"/> Atendimento administrativo <input type="checkbox"/> Outros locais:
13. Teve conhecimento de que outro paciente tenha sofrido este tipo de erro?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
14. Se sim, como classificaria a gravidade deste dano?	<input type="checkbox"/> Dano mínimo (com recuperação de até um mês) <input type="checkbox"/> Dano moderado (recuperação entre 1 mês e 1 ano) <input type="checkbox"/> Dano permanente <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Não tenho como classificar
15. Com que frequência ocorre este erro na sua prática?	<input type="checkbox"/> Primeira vez <input type="checkbox"/> Raramente (1 a 2 vezes por ano) <input type="checkbox"/> Às vezes (3 a 11 vezes por ano) <input type="checkbox"/> Frequentemente (mais de 1 vez por mês)
16. Outros comentários?	R:

ANEXO 2 – Protocolo de Aprovação do Projeto na Plataforma Brasil/ Comitê de Ética em Pesquisa

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE ASSOCIADA ÀS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM:
ANÁLISE EM DIFERENTES CENÁRIOS DE ATUAÇÃO

Pesquisador: Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 73032917.9.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.448.216