

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE**

Marolina Aparecida Barroso dos Santos

**ANÁLISE DE INCIDENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO
SANITÁRIO NORDESTE DE BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte
2022

Marolina Aparecida Barroso dos Santos

**ANÁLISE DE INCIDENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO
SANITÁRIO NORDESTE DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Trabalho e Gestão Participativa na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Lívia Cozer Montenegro.

Coorientadora: Dra. Síntia de Souza Evangelista.

Santos, Marolina Aparecida Barroso dos.
SA237a Análise de incidentes na Atenção Primária à Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte [manuscrito]: Subtítulo. / Marolina Aparecida Barroso dos Santos. - - Belo Horizonte: 2022.
115f.: il.
Orientador (a): Lívia Cozer Montenegro.
Coorientador (a): Síntia de Souza Evangelista.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégias de Saúde Nacionais. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Segurança do Paciente. 5. Dissertação Acadêmica. I. Montenegro, Lívia Cozer. II. Evangelista, Síntia de Souza. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: W 84.6

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 66 (SESSENTA E SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA MAROLINA APARECIDA BARROSO DOS SANTOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 20 (vinte) dias do mês de junho de dois mil e vinte e dois, às 09:00 (nove horas), realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "ANÁLISE DE INCIDENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO NORDESTE DE BELO HORIZONTE", da aluna *Marolina Aparecida Barroso dos Santos*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Trabalho e Gestão Participativa na Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes doutoras: Professora Livia Cozer Montenegro, Síntia de Souza Evangelista, Professora Adriane Vieira e Professora Edna Lucia Campos Wingester, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 20 de junho 2022.

Profª. Drª. Livia Cozer Montenegro
Membro Titular - Orientadora (UFPR)

Drª. Síntia de Souza Evangelista
Membro Titular - Coorientadora (PBH)

Profª. Drª. Adriane Vieira
Membro Titular (UFMG)

Profª. Drª. Edna Lúcia Campos Wingester
Membro Titular (FCMMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Livia Cozer Montenegro, Usuário Externo**, em 30/06/2022, às 08:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Síntia de Souza Evangelista, Usuária Externa**, em 02/07/2022, às 20:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriane Vieira, Professora do Magistério Superior**, em 08/07/2022, às 08:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Edna Lúcia Campos Wingester, Usuário Externo**, em 18/07/2022, às 10:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Davidson Luis Braga Lopes, Secretário(a)**, em 18/07/2022, às 19:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1559523** e o código CRC **8AF7D666**.

Dedico este trabalho aos profissionais do Centro de Saúde Cachoeirinha.
Parceiros maravilhosos e excelentes profissionais. Hoje sou uma
profissional melhor graças a vocês.

AGRADECIMENTOS

Gratidão é a melhor palavra para expressar meus sentimentos neste momento!

A Deus, pela vida e salvação em Jesus Cristo.

A minha família querida que esteve ao meu lado nos longos dias de estudo. Ao Fredson, amor da minha vida, pela inspiração, companheirismo e apoio. Não mediu esforços para ver concretizado este estudo. Aos meus amados filhos: Gabriel, Lucas e Maria Luísa, que me inspiram, a cada dia, com a alegria e vigor.

A minha grande família espalhada pelas Minas Gérias, pelo Maranhão e Brasil afora.

Ao meu pai, Zezico Barroso (*in memoriam*). A minha Mãe, Terezinha. A meus irmãos: Fátima, Sebastião, Geraldo (*in memoriam*), Aneta, Alaíde, Iara e Dilson, pelo investimento na nossa família, e por acreditar em dias melhores.

Aos meus queridos Pastores Ronaldo e Marilene Faria, Vasti Gippi e Vera Lúcia, ainda que distantes. Impossível não reconhecer o apoio de vocês na minha trajetória.

Aos queridos amigos do “Fim do Mundo”, Jaqueline, Rosiane, Roseli, Sonia, Alexandre, Sarah, Cida, Zé Maria, Mirco e Patrícia, pelos dias deliciosos de comunhão, estudos profundos da Palavra de Deus e oração.

Aos velhos amigos, Sandra e Robson, presentes nas alegrias e diversidades. Amo vocês.

Aos amigos Wagner, Tania e seus filhos e cônjuges Samuel e Bruna, Sara e Luís, Daniel e Denise. Obrigada pelos encontros divertidos e passeios inesquecíveis.

Às minhas norinhas, Rute e Ana Clara, obrigada pelo amor dedicado aos meus filhos.

A minha querida amiga, Vaninha, dos tempos da Rua Araxá, pela alegria do reencontro.

A minha orientadora, Dra. Lívía, que me inspirou e apoiou para me inscrever no Mestrado Profissional. Muito obrigada pelo apoio e confiança.

A minha querida coorientadora, Sintia, que foi uma bela surpresa, um presente de Deus para o apoio durante a pesquisa.

Aos colegas do mestrado, que não mediram esforços no apoio mútuo, diante das inúmeras dúvidas e dificuldades apresentadas pelo contexto desafiador do ensino remoto.

A minha amiga Sarah, professora de inglês, e à Júnia e Marluce, colegas da turma das manhãs de sábado, quando tomávamos aquele cafezinho delicioso feito pelo Luiz, acompanhado de pão de queijo, conversa boa e um pouco de inglês.

Aos profissionais da Atenção Primária à Saúde do Distrito Sanitário Nordeste (DISANE) de Belo Horizonte, em especial, aos participantes da pesquisa. Certamente, a

colaboração de vocês, traduzida nos resultados do estudo, servirão para a melhoria da qualidade e da melhoria da qualidade e Segurança do Paciente.

A minha gerente, Silvia Guimarães, Diretora do DISANE, minha gratidão pelo apoio, compreensão e por acreditar nas minhas potencialidades.

Aos meus colegas gerentes da Atenção Primária à Saúde (APS) do DISANE. Vocês foram maravilhosos ao abrirem as portas dos Centros de Saúde para que esta pesquisa pudesse ser realizada em um período desafiador, em face da Pandemia da Covid-19.

“Recria tua vida, sempre, sempre.
Remove pedras e planta roseiras e faz doces.
Recomeça.”
Cora Coralina

RESUMO

SANTOS, Marolina Aparecida Barroso dos. Análise de incidentes na Atenção Primária à Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte. 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

Introdução: A segurança do paciente é amplamente estudada nos serviços de saúde, no ambiente hospitalar, e ganhou destaque no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) devido ao grande número de usuários atendidos, procedimentos realizados, e do progressivo aumento na complexidade assistencial nesse nível de atenção. O incidente é um evento que, decorrente de um ato intencional ou não, pode ocasionar um dano desnecessário ao usuário, e resultar em um evento adverso no âmbito de um serviço de saúde. **Objetivo:** Analisar os incidentes de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte, na perspectiva de gestores e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem mista, com estratégia de triangulação concomitante, que ocorreu em 20 Centros de Saúde (CSs) do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte. Foram convidados 100 profissionais, selecionados por meio de sorteio. A coleta de dados foi realizada entre novembro e dezembro de 2021, por meio da aplicação do questionário *Primary Care International Study of Medical Errors*. Os dados quantitativos foram tabulados e analisados por meio do *software* SPSS, versão 25. Os dados qualitativos foram avaliados por meio da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Participaram do estudo 80 profissionais que realizaram 112 notificações, no período de 30 dias. A maioria deles eram mulheres, com idade entre 35 e 44 anos, com atuação há mais de 10 anos na APS. Os incidentes ocorreram, especialmente, no setor administrativo e 82,7% dos erros atingiram um usuário em particular. Em 49,4% dos casos, o usuário atingido não sofreu danos. Quanto à classificação do erro, 81,5% dos incidentes foram relacionados ao processo de trabalho e 18,5% a erros de conhecimento e de competências. Os erros relativos ao processo de trabalho, em sua maioria, relacionaram-se a erros de comunicação (27,2%), de atendimento administrativo (24,7%), e com tratamentos (19,8%). Em relação aos incidentes ligados ao conhecimento e habilidades, identificou-se que os erros mais frequentes estavam relacionados à execução de tarefa clínica (14,8%), como aplicação de vacinas e medicamentos. Os usuários afetados pelos incidentes foram, predominantemente, mulheres que a equipe já conhecia, com média de idade de 50,8 anos e que apresentavam doenças crônicas. Os indivíduos vulneráveis apresentaram 6,66 vezes mais chance de incidente com danos. Como fatores de prevenção de incidentes foram citados melhoria da comunicação durante o processo de trabalho, maior atenção para seguir os fluxos, prescrições e rotinas existentes, organização do processo de trabalho, capacitação dos profissionais além de garantia de recursos humanos e materiais. **Considerações finais:** Identificar o erro é uma importante medida para se aumentar a eficácia da assistência à saúde nas organizações, pois reúne informações para subsidiar a análise e correção de rumos na redução de incidentes. Os Centros de Atenção Primária à Saúde devem abordar o erro na perspectiva individual e sistêmica. A elaboração de uma ferramenta de notificação de incidentes a ser utilizada como um produto técnico de apoio às equipes dos Centros de Saúde, na busca pela qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde fornece ferramenta importante para compreender a magnitude do problema neste nível de atenção, além de contribuir na melhoria da assistência.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Estratégia saúde da família. Qualidade da assistência à saúde. Segurança do paciente.

ABSTRACT

SANTOS, Marolina Aparecida Barroso dos. Analysis of incidents in Primary Health Care in the Northeast Sanitary District of Belo Horizonte. 2022. Dissertation (Professional Master's in Health Services Management) – Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

Introduction: The patient's safety is widely studied in health services, in the hospital environment, and it has gained prominence in the scope of Primary Health Care (PHC) due to the large amount of users served, procedures performed, and the progressive increase in care complexity in this area and the attention level. An incident is an event that, resulting from an intentional act or not, can cause unnecessary harm to the user, and results in an adverse event within the scope of a health service. **Objective:** To analyze Patient Safety incidents in Primary Health Care in the Northeast Sanitary District of Belo Horizonte, from the perspective of managers and workers of the Family Health Strategy. **Method:** This is a descriptive research, with a mixed approach, with a concomitant triangulation strategy, which took place in 20 Health Centers (HCs) in the Northeast Sanitary District of Belo Horizonte. A total of 100 professionals were invited, selected by arbitrary means. Data collection was carried out between November and December 2021, through the application of the Primary Care International Study of Medical Errors questionnaire. Quantitative data were tabulated and analyzed using SPSS software, version 25. Qualitative data were evaluated using Bardin's content analysis. **Results:** Eighty professionals participated in the study, who performed 112 notifications within a 30-day period. Most of them were women, aged between 35 and 44 years, with more than 10 years of experience in PHC. The incidents occurred especially in the administrative sector and 82.7% of the errors hit a particular user. In 49.4% of cases, the affected user was not harmed. As for the error classification, 81.5% of the incidents were related to the work process and 18.5% to errors in knowledge and skills. Most of the errors related to the work process were related to communication errors (27.2%), administrative service errors (24.7%), and treatment errors (19.8%). Regarding incidents related to knowledge and skills, it was identified that the most frequent errors were related to the execution of a clinical task (14.8%), such as the application of vaccines and medications. The users affected by the incidents were predominantly women that the team already knew, with an average age of 50.8 years and who had chronic diseases. Vulnerable individuals were 6.66 times more likely to have an incident with damage. As incident prevention factors were cited improved communication during the work process, greater attention to following existing flows, prescriptions and routines, organization of the work process, training of professionals in addition to the guarantee of human and material resources. **Final considerations:** Identifying the error is an important measure to increase the effectiveness of health care in organizations, as it gathers information to support the analysis and correction of directions in the reduction of incidents. Primary Health Care Centers must address the error from an individual and systemic perspective. The development of an incident notification tool to be used as a technical support product for Health Center teams, in the search for quality of care in Primary Health Care, provides an important tool to understand the magnitude of the problem at this level of care, in addition to contributing to the improvement of assistance.

Keywords: Primary health care. Family health strategy. Quality of health care. Patient safety.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Modelo do queijo suíço de acidentes organizacionais..... | 33 |
| Figura 2 - Diagrama representativo do desenho do estudo. Belo Horizonte, 2022..... | 36 |
| Figura 3 - Divisão do Território de Belo Horizonte em Distritos Sanitários | 37 |
| Figura 4 - Área de abrangência dos Centros de Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte..... | 38 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Principais conceitos da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP) - OMS..... | 32 |
| Quadro 2 - Classificação dos incidentes de acordo com a taxonomia <i>Threats to Australian Patient Safety</i> ocorridos na Atenção Primária à Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte (n =81). Belo Horizonte (MG), Brasil, 2021 | 51 |
| Quadro 3 - Análise de conteúdo referente às consequências do erro na Atenção primária a Saúde. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2021 | 53 |
| Quadro 4 - Análise de conteúdo referente aos fatores contribuintes para o erro na Atenção Primária a Saúde. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2021 | 54 |
| Quadro 5 - Análise de conteúdo referente aos fatores preveníveis sobre o erro na Atenção Primária a Saúde. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2021 | 56 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de profissionais (n = 80) da Atenção Primária à Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2021 | 44 |
| Tabela 2 - Idade de usuários acometidos por incidentes na Atenção Primária à Saúde no Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2021 | 46 |
| Tabela 3 - Perfil dos usuários (n=67) que sofreram incidentes na da Atenção Primária à Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2021..... | 46 |
| Tabela 4 - Caracterização dos incidentes (n=81) ocorridos na Atenção Primária a Saúde do Distrito Sanitário Nordeste. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2021 | 47 |
| Tabela 5 - Relação entre a classificação do incidente conforme o dano sofrido por usuários na APS e a presença ou não de doença crônica. Belo Horizonte, (MG), Brasil, 2021 | 48 |
| Tabela 6 - Relação entre a classificação do incidente conforme o dano sofrido por usuários na APS e a presença ou não de vulnerabilidade. Belo Horizonte, (MG), Brasil, 2021 | 49 |
| Tabela 7 - Relação entre a classificação do incidente conforme o dano sofrido por usuários na APS e a presença ou não de problema de saúde complexo. Belo Horizonte, (MG), Brasil, 2021..... | 49 |
| Tabela 8 - Regressão Multinomial da classificação do incidente conforme o dano sofrido por usuários na APS e características de pacientes acometidos por incidentes na APS. Belo Horizonte, (MG), Brasil, 2021 | 50 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|--|
| AMAQ | Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CISP | Classificação Internacional para a Segurança do Paciente |
| COEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CS | Centro de Saúde |
| DISANE | Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte |
| EA | Evento Adverso |
| eSB | Equipe de Saúde Bucal |
| eSF | Equipe de Saúde da Família |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| GAFIE | Gerência de Assistência Farmacêutica e Insumos Essenciais |
| GCT | Gestão do Cuidado no Território |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ICSAB | Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária |
| IVS | Índice de Vulnerabilidade à Saúde |
| MS | Ministério da Saúde |
| NOTIMED | Registro de Erros de Medicamentos |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PBH | Prefeitura do Município de Belo Horizonte |
| PCISME | <i>Primary Care International Study of Medical Errors</i> |
| PE | Prontuário Eletrônico |
| PEP | Prontuário Eletrônico do Paciente |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PMAQ-AB | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PNSP | Programa Nacional de Segurança do Paciente |
| POP | Procedimento Operacional Padrão |
| PROQUALIS | Centro Colaborador para a Qualidade e Segurança do Paciente |
| PSF | Programa de Saúde da Família |

| | |
|--------|---|
| RAS | Redes de Atenção à Saúde |
| RDC | Resolução de Diretoria Colegiada |
| SIGRAH | Solução Integrada de Gestão Hospitalar, Ambulatorial e de Regulação |
| SMSA | Secretaria Municipal de Saúde |
| SP | Segurança do Paciente |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SUS-BH | Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde. |
| WAPS | <i>World Alliance for Patient Safety</i> |
| WHA | <i>World Health Assembly</i> |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| APRESENTAÇÃO | 17 |
| 1 INTRODUÇÃO | 19 |
| 1.1 Objetivos | 23 |
| 1.1.1 Objetivo geral | 23 |
| 1.1.2 Objetivos específicos | 23 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 24 |
| 2.1 APS no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde | 24 |
| 2.2 Avaliação da Qualidade do Cuidado da APS no Brasil | 29 |
| 2.3 Segurança do Paciente no Contexto da Atenção Primária à Saúde | 31 |
| 3 METODOLOGIA | 36 |
| 3.1 Tipo de pesquisa | 36 |
| 3.2 Cenário da pesquisa | 37 |
| 3.3 Participantes do Estudo | 39 |
| 3.4 Procedimentos para coleta de dados | 40 |
| 3.5 Técnica de coleta de dados | 41 |
| 3.6 Procedimentos para análise de dados | 41 |
| 3.7 Procedimentos éticos | 43 |
| 4 RESULTADOS | 44 |
| 4.1 Caracterização do perfil sociodemográfico dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam na APS | 44 |
| 4.2 Classificação do incidente em relação ao dano causado e sua relação com as características dos usuários acometidos na APS | 45 |
| 4.3 Classificação dos incidentes ocorridos na APS, DISANE, de acordo com a taxonomia <i>Threats to Australian Patient Safety</i> (TAPS) | 50 |
| 4.4 Fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes na APS | 52 |
| 5 DISCUSSÃO | 59 |
| 6 PRODUTO TÉCNICO | 69 |
| 6.1 Formulário Impresso | 70 |
| 6.2 Formulário Eletrônico | 72 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 82 |
| REFERÊNCIAS | 85 |
| APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE | 97 |
| APÊNDICE B - Cartilha orientadora para os participantes da pesquisa | 99 |
| APÊNDICE C - Formulário Profissional | 100 |

| | |
|--|------------|
| ANEXO A - Formulário PCISME..... | 101 |
| ANEXO B - Autorização para utilizar o formulário PCISME..... | 103 |
| ANEXO C - Parecer consubstanciado do CEP/UFMG..... | 104 |
| ANEXO D - Carta de Anuência Institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte..... | 110 |
| ANEXO E - Parecer Consubstanciado da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte | 111 |

APRESENTAÇÃO

Sou Marolina, neta de Marolina, filha de Terezinha e Jose Barroso de Almeida (*in memoriam*), irmã de Fátima, Mário Humberto (*in memoriam*), Sebastião, Geraldo (*in memoriam*), Aneta, Alaíde, Iara e Dilson. Esposa de Fredson, mãe de Gabriel, Lucas e Maria Luísa.

Sou enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com especialização em Saúde da Família nessa mesma instituição. A minha vivência profissional se iniciou, no final de 1994, na assistência à saúde em ambiente hospitalar, em unidade de terapia intensiva, onde atuei durante 2 anos. Passado esse período, comecei a minha carreira na Atenção Primária à Saúde (APS). Tive o privilégio de trabalhar na Estratégia Saúde da Família (ESF) desde o seu início nas Minas Gerais, na Cidade de Caeté, em 1996. A partir de então, tenho atuado como enfermeira assistencial por mais de 20 anos.

O trabalho na gestão de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH), iniciou em 2007, quando assumi a gerência do Centro de Saúde Santa Terezinha. Depois, em 2008, assumi a gestão do Centro de Saúde Padre Fernando de Melo, e, atualmente, gerencio o Centro de Saúde Cachoeirinha.

No SUS-BH, a UBS é nomeada Centro de Saúde (CS), e se resume em uma unidade de saúde robusta, com número variado de equipes de Saúde da Família (eSF) e reúne, em média, 80 profissionais de diversos saberes das carreiras da saúde. Em decorrência de sua própria missão, os CSs ofertam aos usuários diversos serviços de saúde, tais como: aplicação de imunobiológicos, dispensação e aplicação de medicamentos, coleta de exames, consultas médicas, de enfermagem e de outros profissionais, procedimentos de enfermagem e cuidados odontológicos. Cada um dos serviços ofertados pelos CSs possui, em maior ou menor intensidade, potencial de causar algum tipo de dano aos pacientes.

A escolha do tema de pesquisa resultou do longo caminho percorrido diretamente com APS, observando a ocorrência de diversos desses eventos e da necessidade de se saber até que ponto a assistência prestada aos pacientes na APS é segura. Essa experiência me possibilitou a percepção de fragilidades no processo de trabalho diário dos envolvidos na assistência à saúde, não raro capazes de gerar um incidente. Somado a isso, foi constatada ainda, a existência de lacunas de conhecimento na literatura relativa a esse problema.

Como forma de avaliação desses eventos, eles passaram a ser registrados no CS em que trabalho, em uma ficha de cadastro, para posterior análise e proposição de ação corretiva. A constatação foi que, em sua maioria, os eventos registrados estavam associados ora à

dispensação, ora à aplicação de medicamentos. Também foi verificado que o procedimento de identificação do usuário é outra fonte capaz de gerar insegurança na APS, em razão do risco de erro associado à existência de casos de homônimos, ou à seleção equivocada do respectivo prontuário.

Foi nesse contexto, que surgiu o projeto de pesquisa sobre a análise de incidentes na assistência à saúde, em centros de saúde do DISANE do SUS-BH.

1 INTRODUÇÃO

Algumas pessoas podem ser prejudicadas pela ocorrência de incidentes durante os cuidados de saúde. Desde Hipócrates (460-370 a.C.), por meio do seu postulado, “*Primum non nocere*”, ou seja, primeiro não cause danos, a possibilidade de o cuidado em saúde causar algum tipo de injúria ao paciente já era conhecida. No entanto, o assunto ganhou destaque mundial, apenas no final do século XX, com a publicação do livro ‘Errar é Humano’ (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000) e, desde então, a preocupação com erros que ocorrem durante a assistência à saúde tem aumentando ao longo dos anos.

A Segurança do Paciente (SP) é uma situação que aflige a saúde pública no mundo todo em função dos impactos expressivos na morbimortalidade dos pacientes, no sofrimento das famílias e profissionais envolvidos, além dos altos custos assistenciais. O risco de o usuário morrer enquanto recebe cuidados em saúde, durante internação hospitalar, é estimado em um caso para cada 300 indivíduos (SOUZA, 2019).

A repercussão da temática e sua relevância levaram a Organização Mundial de Saúde (OMS) do inglês, *World Health Organization* (WHO), em 2002, durante a 55ª Assembleia Mundial, a considerar a SP um desafio global, o que resultou em uma orientação aos seus Estados membros para o estabelecimento de ações de fortalecimento e melhoria nessa área como forma de aumentar a qualidade dos cuidados em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2004). Dando continuidade a essa iniciativa, na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, em outubro de 2004, ocorreu a aprovação e criação da Aliança Mundial para a SP.

O referido grupo foi constituído, a partir de um esforço mundial, pela integração de agências reguladoras, governos e pacientes, com o objetivo de ampliar a conscientização profissional nessa temática e o comprometimento político dos Estados membros com a implementação de boas práticas de assistência à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2009). Ao longo dos anos, a Aliança Mundial estabeleceu diferentes desafios globais de SP que direcionam os governos à implantação de protocolos com foco nos riscos de maior relevância de erros na assistência à saúde, com o objetivo de sua identificação e implantação de ações que contribuem para a sua minimização (BRASIL, 2017a; WHO, 2009).

A título de exemplo, em 2005, com o tema “Uma assistência limpa é uma assistência segura”, o desafio era reduzir as infecções relacionadas aos cuidados de saúde com ênfase na higiene das mãos. O desafio seguinte, em 2008, foi dedicado a reduzir os riscos associados à cirurgia por meio do *slogan* “Cirurgia segura salva vidas”. Por último, em 2017, o desafio

proposto, “Medicação sem danos”, teve a meta de reduzir em 50% os danos relacionados à medicação, ao longo de cinco anos, a partir do desenvolvimento de sistemas de saúde mais seguros e eficientes, em cada etapa do processo de medicação (BRASIL, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2017).

Na legislação brasileira, a necessidade de estabelecer estratégias voltadas à SP foi abordada diretamente, em 2011, na Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, que dispôs sobre requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Contudo, apenas com a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria nº 529/2013 do Gabinete do Ministério da Saúde, foram introduzidas ações para prevenir e reduzir a ocorrência de Eventos Adversos (EA) relacionados à assistência à saúde (BRASIL, 2014).

O programa foi criado com o objetivo de contribuir para a qualidade do cuidado em saúde a partir da instituição de regulamentação básica, com fundamento nas publicações da OMS. Foram, então, definidos seis protocolos que, quando implementados, podem contribuir para a redução da ocorrência de incidentes, são eles: identificação do paciente; higiene das mãos; segurança cirúrgica; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; prevenção de quedas e prevenção de úlceras de pressão (BRASIL, 2014). É importante ressaltar ainda, como marco importante nesse percurso, a publicação da RDC nº 36/2013 da ANVISA, que instituiu ações para a promoção da SP e da melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Embora a maioria dos cuidados em saúde sejam realizados na Atenção Primária à Saúde (APS), a maior parte das pesquisas acerca da SP está focada na atenção hospitalar. No cenário hospitalar, os eventos adversos são amplamente pesquisados e constituem um grave problema econômico e de saúde das pessoas hospitalizadas.

Um estudo recente realizado nos Estados Unidos por Makary, 2016, registrou números alarmantes relacionados aos óbitos decorrentes dos erros na assistência hospitalar. A estimativa mais recente desses óbitos determinados por tais erros é que seja a terceira causa de morte naquele país, podendo chegar a 400.000 óbitos por ano (MAKARY; DANIEL, 2016).

O Brasil também tem dados que saltam aos olhos em relação à SP em hospitais. Estudo realizado por Mendes *et al.* (2009) avaliou três hospitais brasileiros na cidade do Rio de Janeiro e estimou a incidência de 7,6% de eventos adversos. Outra pesquisa, realizada em 2015, identificou a ocorrência de 104.187 a 434.112 possíveis óbitos associados a eventos adversos hospitalares no país. Percebeu-se, com esses dados, que, caso o evento adverso fosse um grupo de causa de óbito, este estaria entre as cinco principais causas de óbito no país (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

Nos Estados Unidos, cerca de 30% dos custos com saúde são determinados pelos erros relacionados à assistência à saúde hospitalar. No Brasil, os custos estimados relacionados a eventos adversos gerais seriam da ordem de R\$ 10,61 bilhões, equivalentes a 16,2% das despesas hospitalares, em 2017 (COUTO *et al.*, 2018).

Apesar dos números alarmantes, tanto do ponto de vista econômico quanto com relação aos cuidados em saúde em hospitais, no Brasil, cerca de 90% dos problemas de saúde apresentados pela população tem capacidade para serem resolvidos nos serviços de APS (MACINKO; MENDONÇA, 2018; MENDES, 2015). Como a APS é o primeiro contato e a porta de entrada preferencial dos usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012), observa-se que se trata do local onde mais se atende pacientes e se promove a atenção integral à saúde do indivíduo, e ao mesmo tempo, onde menos são desenvolvidas ações para a diminuição dos incidentes em saúde.

Apesar do crescente número de publicações que abordam as ocorrências de incidentes em saúde na APS, ainda há carência de produção científica que descrevem aspectos relevantes da temática como: cultura de segurança entre os profissionais, instrumentos de notificação, métodos de mensuração e classificação dos tipos de incidentes, avaliação da qualidade da assistência, segurança dos processos assistenciais vigentes, estrutura organizacional dos serviços e as nuances da prática profissional e da interação com os usuários (GALHARDI *et al.*, 2018).

Nesse sentido, um instrumento de coleta de dados utilizado para a notificação de incidentes na APS criado por um grupo de pesquisadores australiano, o formulário Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME), tem sido usado no mundo (MAKEHAM *et al.*, 2002). O mesmo grupo de pesquisadores também propõem a classificar os erros na assistência à saúde a partir de uma taxonomia de Threats to Australian Patient Safety (TAPS). A taxonomia TAPS divide os erros em dois grupos: erros decorrentes de um problema com os processos de organização do serviço de saúde e o outro relativo ao conhecimento e habilidades envolvidos na assistência à saúde (MAKEHAM *et al.*, 2002).

Artigos internacionais australiano e francês sobre incidentes na APS apontam uma estimativa de 0,004 a 240 incidentes por 1.000 consultas (MAKEHAM *et al.*, 2008; MICHEL *et al.*, 2017). Uma análise de 2016, de nove revisões sistemáticas e 100 estudos primários, identificou, na literatura mundial, uma média de dois a três incidentes para cada 100 consultas na APS, com variação entre um a 24 incidentes por 100 consultas, dentre as quais 4% podem estar associadas a danos graves (PANESAR *et al.*, 2016).

No Brasil, estimou-se a ocorrência na razão de 1,1% de incidentes na APS, a partir de estudo conduzido em uma região litorânea do país, com 20 profissionais de saúde (MARCHON; MENDES JÚNIOR; PAVÃO, 2015).

Sabe-se que até 85% dos incidentes ocorridos na APS costumam ser evitáveis (AURAAEN; SLAWOMIRSKI; KLAZINGA, 2018; MICHEL *et al.*, 2017). Embora o dano sofrido nesse ponto da rede de atenção seja menos visível que aquele sofrido no ambiente hospitalar, dado o grande volume de atendimento prestado e por não ser notificado, esse resultado não deve ser desconsiderado. Destaca-se que a notificação de incidentes no serviço de saúde desempenha papel fundamental na identificação dos eventos, na sua causa e na abordagem para melhorar as práticas de atendimento mais seguro ao paciente (SOUZA, 2019).

Os custos financeiros decorrentes das falhas de segurança são altos, pois muitos danos ocorridos na APS podem resultar em hospitalizações. A estimativa do custo direto dos danos com exames, tratamentos e cuidados adicionais em saúde giram em torno de 2,5% do gasto total em saúde (AURAAEN; SLAWOMIRSKI; KLAZINGA, 2018). Investir em estratégias para garantir a segurança na APS proporciona bom retorno e gera valor, ao se levar em consideração que os recursos de saúde são escassos.

Além disso, se percebem limitações quando se pretende comparar dados e estimativas entre diferentes países devido às realidades diversas e suas formas de organização ao redor do mundo. Soma-se, ainda, a heterogeneidade de estudos e metodologias utilizados para a medição de danos ao paciente na APS.

Diante do exposto, a presente pesquisa orientou-se a partir da seguinte pergunta: *quais são os principais incidentes de SP, que ocorrem durante a assistência à saúde nas unidades de APS do Distrito Sanitário Nordeste (DISANE) de Belo Horizonte na perspectiva de gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF)?*

A identificação da frequência e de possíveis razões relacionadas a um erro têm sido fundamentais para a compreensão da causa e da prevenção de danos na APS, fato que convalida as tentativas de programas de avaliação da qualidade nesse nível de atenção. Entender como essas lacunas se apresentam é de suma importância, pois, é por meio desse entendimento que podem ser geradas ações e medidas que melhorem a APS ofertada no país.

O trabalho concluiu pela proposição de uma ferramenta de notificação de incidentes a ser utilizada como um produto técnico de apoio às equipes dos CSs, na busca pela qualidade do cuidado na APS.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar os incidentes de Segurança do Paciente na Atenção Primária a Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte, na perspectiva de gestores e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) caracterizar o perfil sociodemográfico dos gestores e dos profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam na APS;
- b) classificar o incidente de acordo com o dano provocado ao usuário;
- c) classificar os incidentes de acordo com a taxonomia *Threats to Australian Patient Safety* (TAPS);
- d) identificar os fatores que contribuem para ocorrência de incidentes na APS, as causas, os locais de ocorrência e os agentes envolvidos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 APS no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde

A ideia de APS aparece pela primeira vez, em 1920, no documento inglês, Relatório Dawson, como forma de organização dos sistemas de saúde em oposição ao modelo flexneriano americano que tinha um enfoque curativo, individual e de baixa resolutividade (FAUSTO; MATTA, 2007). Nesse contexto, em meio a diversos debates, em várias partes do mundo, para se discutir a influência de fatores econômicos e sociais na saúde dos indivíduos e as iniciativas, em diferentes países, voltadas para o aumento de cobertura em saúde, a OMS organizou, em 1978, na República do Cazaquistão, a I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde, que teve grande importância no alinhamento e direcionamento das políticas de saúde para diferentes nações (MENDES, 2015).

A Declaração de Alma-Ata, documento síntese resultante desse encontro, constituiu-se em um marco fundamental e revolucionário na área da saúde, ao definir, pela primeira vez, a APS. A APS, então denominada de Cuidados Primários na Conferência de Alma-Ata, são cuidados essenciais de saúde, de alcance universal para indivíduos e famílias, de custos sustentáveis pela comunidade e países, baseados em métodos e tecnologias práticas, científica e socialmente, aceitáveis (BRASIL, 2002).

A partir dessa Declaração, a saúde foi reconhecida como um direito do indivíduo, e se passou a defini-la como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Foi levantada, ainda, a necessidade de ação urgente de todos os governos, dos trabalhadores de saúde e da comunidade mundial para se promover a saúde de todos os povos do mundo, sobretudo, com o desenvolvimento dos cuidados primários de saúde, a serem aplicados em todo o mundo com urgência, e particularmente, nos países em desenvolvimento (FACCHINI, 2018).

No Brasil, o movimento da reforma sanitária já propunha a ideia de um sistema universal de saúde, de uma APS forte, abrangente e integral, e isso se materializou com experiências surgidas em várias regiões do país: no interior de Minas Gerais, em São Paulo, no Rio Grande do Sul, em muitos lugares do Nordeste; enfim, em 1978, quando Alma-Ata definiu a sua proposta, já havia várias experiências coincidentes com essa leitura em desenvolvimento no país (FACCHINI, 2018; PAIM *et al.*, 2011).

Dez anos após Alma-Ata, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição da República/88, e regulamentado pelas Leis Complementares n.º 8.080 e 8.142,

de 1990, como resultado da luta pela redemocratização do País (BRASIL, 1990; PAIM *et al.*, 2011). O SUS é um sistema de atenção universal, financiado com recursos pagos pela população por meio de impostos (FACCHINI, 2018). Trata-se de um dos maiores e mais emblemáticos sistemas de saúde pública do mundo, que abrange desde os procedimentos mais básicos até os mais complexos, como transplantes de órgãos. Sua magnitude pode ser exemplificada pelo fato de o Brasil ser o único país no mundo, com mais de 100 milhões de habitantes, que possui um sistema público de saúde custeado pelo Estado, com garantia de acesso universal e integral (BRASIL, 2012).

Com relação ao custeio, os gastos com saúde no Brasil, em 2015, totalizaram 8,9% do PIB, e em 2019, esse gasto aumentou para 9,6% do PIB. Entretanto, somente 41% dos recursos foram custeados pelo sistema público de saúde. A maior parte dos recursos, 59%, constituíram-se de investimentos privados, feitos diretamente por planos de saúde ou desembolsos individuais, ou seja, o financiamento da saúde continua não sendo majoritariamente público (INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA [IPEA], 2022). Diante disso, os recursos públicos insuficientes destinados ao SUS, para uma missão tão abrangente, impactam na estrutura e no desempenho dos serviços de saúde, inclusive, na qualidade e segurança da assistência à saúde ofertada.

Do ponto de vista da gestão estatal, várias portarias governamentais foram publicadas para estabelecer as diretrizes e a organização do funcionamento da saúde pública no país. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) foi publicada, pela primeira vez, em 2006, com outras duas edições em 2012, e a última em 2017. A PNAB conceitua a APS como um conjunto de ações de saúde, de cunho individual ou coletivo, que contenham atividades de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, dentre outras ações realizadas pelas práticas de cuidado integral, por meio de equipe multiprofissional, e voltada a uma determinada população em território definido (BRASIL, 2017a).

Nesse sentido, a APS é a estratégia utilizada para a organização da assistência à saúde das pessoas no Brasil, por meio de ações sistematizadas, com a integração de ações preventivas, curativas e reabilitadoras, cuja finalidade é resolver a maior parte dos problemas de saúde das pessoas em um dado território (BRASIL, 2012, 2015). É orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade do cuidado, da equidade, da participação popular, continuidade do cuidado, da responsabilização e da humanização (BRASIL, 2022). Os atributos fundamentais da APS são: acesso, primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Tem-se ainda, como virtude, o foco na família e na orientação comunitária (STARFIELD, 2002). Assim, a APS se coloca como o contato preferencial dos

usuários e o ponto central de comunicação e articulação com toda a RAS. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), pode-se dizer que “a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos”.

Em todo o mundo, se evidenciam as contribuições da APS nos sistemas de saúde, tornando-os mais capazes de proporcionar melhores condições de saúde à população, mais equidade e maior racionalidade nos gastos de recursos (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005). No Brasil, a ampliação da APS possibilitou a redução da mortalidade infantil, das hospitalizações por condições sensíveis à APS e da iniquidade na utilização dos serviços, estando seu benefício bem estabelecido (TURCI; COSTA; MACINKO, 2019).

Há diversas estratégias governamentais relacionadas à APS. Em 1994, o Brasil instituiu o Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de mudar o modelo assistencial e ampliar o acesso de primeiro contato aos serviços de saúde pelo SUS (BRASIL, 2010). Após 10 anos de implantação, esse programa foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF) e foi adotado pela PNAB para a expansão, consolidação e qualificação da APS no país (BRASIL, 2017a).

A ESF leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família, Unidades de Saúde Fluviais, Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e Academias de Saúde, por meio de consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos disponibilizados (BRASIL, 2022). Hoje, há uma carteira de serviços de atenção primária à saúde disponível para apoiar os gestores municipais na tomada de decisões e levar à população o conhecimento do que encontrar na APS. Ela envolve outras iniciativas também, como: o Programa Saúde na Hora, o Médicos pelo Brasil e o Previne Brasil.

O funcionamento da ESF ocorre por meio das equipes de Saúde da Família (eSFs) compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Em Belo Horizonte, a ESF foi adotada, em 2002, para substituir o modelo de atenção à saúde até então vigente e, em 2004, houve a inclusão da equipe de Saúde Bucal (eSB) na ESF (PAIM *et al.*, 2011).

Existem evidências sobre o impacto positivo da ESF no Brasil. A redução da taxa de mortalidade em diversas faixas etárias, em especial a infantil, foi observada nos municípios brasileiros que a incorporaram, especialmente aqueles que apresentavam as piores condições nesse quesito (ROCHA; SOARES, 2010). Verificou-se, ainda, a facilitação do acesso e a utilização de serviços de saúde, sobretudo, para os mais vulneráveis, a expansão de acesso a

tratamentos e controle de doenças infecciosas, além da redução da mortalidade infantil e adulta para algumas condições sensíveis à Atenção Primária (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

O indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) é utilizado internacionalmente e no Brasil. Representa um conjunto de problemas de saúde, que podem ser agudos ou crônicos, para os quais a ação efetiva da APS diminui o risco de internação hospitalar (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; GONÇALVES *et al.*, 2016). Dentre as variáveis que impactam, diretamente, no aumento desse indicador, podem-se citar a cobertura, acessível e de qualidade, da ESF (MACINKO; MENDONÇA, 2018; MENDONÇA *et al.*, 2017; PINTO; GIOVANELLA, 2018), as características sociodemográficas, e o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), o que reforça a importância da APS na diminuição das iniquidades, ao ofertar atendimento às populações vulneráveis (CASTRO *et al.*, 2020; GONÇALVES *et al.*, 2016; MENDONÇA *et al.*, 2017).

Embora os procedimentos de maior complexidade da assistência à saúde sejam executados, principalmente, na rede hospitalar, tem-se observado um crescimento desses casos na APS, nos últimos anos (BRASIL, 2015; MENDES *et al.*, 2009). Tal fato pode ser atribuído a fatores diversos, como a demanda crescente de usuários que necessitam de maiores intervenções assistenciais para o cuidado da saúde, o grande número de pacientes e de procedimentos efetuados, a operacionalização de cuidados que eram antes ofertados em outros níveis de atenção e a diminuição no tempo de hospitalização dos pacientes, que implica em continuidade do tratamento na APS, além de um número expressivo de profissionais de diversas categorias, com entrelaçamento de suas ações no cuidado à saúde.

Outro fator que pode colaborar para esse aumento de risco está relacionado ao rápido processo de envelhecimento populacional e à crescente tendência de mudanças no estilo de vida no Brasil, o que tem contribuído para a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2019). O grande número de população idosa implica em importantes desafios para as organizações de saúde, pois o aumento da idade relaciona-se à alta prevalência de condições crônicas, a multipatologias, ao uso de polifarmácia, a problemas relacionados à comunicação, à decisão clínica e a maiores necessidades de procedimentos de saúde, os quais representam as principais fontes de cuidados inseguros identificadas entre eles (COOPER *et al.*, 2017).

Tais pacientes demandam cuidados de maiores complexidades, o que eleva o risco de incidentes ou de EAs (AURAAEN; SLAWOMIRSKI; KLAZINGA, 2018; MENDES *et al.*, 2009). A maior frequência desses usuários em atendimento na APS implica em maiores riscos de danos relacionados à assistência à saúde (COPER, 2017).

Além disso, a APS oferta uma grande diversidade de serviços direcionados a outros grupos de pessoas vulneráveis. O público infantil, que frequentemente necessita de vacinação, consultas médicas e de enfermagem, prescrição e aplicação de medicamentos e atendimentos por diversos profissionais, além dos portadores de sofrimento físico e mental, o que pode gerar algum evento que comprometa a segurança da assistência (WHO, 2017). O maior risco observado, sobretudo, na assistência às crianças e aos pacientes idosos, justifica-se por se encontrarem, esses usuários, nos extremos da vida, sendo, portanto, mais susceptíveis ao agravamento de doenças, o que justifica a maior necessidade de internação hospitalar e de procedimentos de saúde (BRASIL, 2017).

No cenário da APS, a oferta de cuidados seguros e com qualidade deve ser articulada entre os diversos atores que compõem as equipes no cotidiano das UBSs. Também os pacientes devem ser considerados parceiros nos esforços para se prevenir todo mal em saúde. Os termos “corresponsabilidade” e “vínculos solidários”, utilizados na Política Nacional de Humanização (PNH), equivalem ao termo “parceria”, no Programa pela Segurança do Paciente (PSP), e remetem a uma perspectiva de envolvimento do paciente e de seus familiares no cuidado (BRASIL, 2014).

As responsabilidades, orientações e evidências relacionadas à ocorrência de incidentes precisam ser tratadas pela gestão e pelos profissionais como um indicador de interesse, inclusive, para a formulação de políticas de saúde. Em 2015, a Prefeitura do Município de Belo Horizonte (PBH) avaliou o desempenho da APS a partir de seus atributos, na visão de gestores e profissionais de saúde. As melhores notas foram para primeiro contato, longitudinalidade e integralidade e os fatores que levaram aos melhores resultados foram a disponibilidade de equipamentos e outros insumos e a formação dos profissionais em saúde da família (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015).

Com o aumento da demanda do cuidado em saúde, houve ampliação das funções clínicas da APS, e conseqüente necessidade se realizar investimentos na gestão, na infraestrutura local, na formação profissional, e na organização dos processos de trabalho, para se tornar a assistência à saúde mais segura. O investimento realizado na SP na APS pode significar uma melhoria da qualidade e da segurança do atendimento à saúde. Para tanto, será necessário se investir no atendimento aos usuários do serviço de saúde de forma integral e multidisciplinar, permitindo-se a transição do cuidado do paciente entre outros níveis de atenção (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2019). Dessa forma, espera-se que a assistência à saúde transcorra do modo mais seguro possível.

O impacto positivo da implantação de protocolos de SP tanto nos trabalhadores da APS quanto nos usuários tende a ser grande, considerando-se que este é um atributo que mede a qualidade da assistência prestada aos usuários em um serviço de saúde. No contexto da APS, a prestação do cuidado é feita por muitas mãos e saberes, sempre buscando-se resolver os problemas de saúde de seus usuários.

2.2 Avaliação da Qualidade do Cuidado da APS no Brasil

A APS de qualidade tem sido uma busca constante na atualidade. Isso se deve a partir das evidências de que os sistemas nacionais de saúde que têm foco na APS e a têm como eixo estruturador das práticas sanitárias alcançam melhores indicadores de saúde, menores custos e maiores satisfações dos usuários (STARFIELD, 2002).

A qualidade dos serviços de saúde é um tema frequentemente associado ao bom desempenho do serviço de saúde e está intimamente associado à melhoria do cuidado em saúde. Os serviços de saúde têm qualidade quando estão alinhados com os padrões ótimos preestabelecidos. Donabedian (1988) descreve que as informações sobre qualidade dos cuidados em saúde incluem três categorias: “estrutura”, “processo” e “resultados”. Na estrutura, estão incluídos os recursos materiais, recursos humanos, financiamento e a organização. Em relação ao processo, incluem-se as transações entre os pacientes e fornecedores em todo o processo do cuidado em saúde. Por último, estão os resultados relacionados aos efeitos dos cuidados em saúde na vida das pessoas.

No sentido amplo, o mesmo autor, propõe o chamado ‘*The seven pillars of quality*’, que são: eficácia; efetividade; eficiência; otimização; aceitabilidade; equidade e legitimidade (DONABEDIAN, 1990). A publicação dessa obra provocou profundas mudanças nos serviços de saúde, sobretudo, na qualidade da assistência a partir do engajamento das instituições e trabalhadores do setor.

Nesse contexto, a publicação do Institute of Medicine (US) (2001) propõe seis objetivos de melhoria da qualidade das instituições de saúde. Os cuidados em saúde devem ser seguros, evitando lesões aos pacientes; eficaz na prestação dos serviços; centrado do paciente; oportuno; eficiente e equitativo. Uma estratégia de acompanhamento contínuo das instituições de saúde deve ser implementada para avaliar os progressos no cumprimento dos padrões.

A melhoria da qualidade da assistência à saúde no Brasil tem sido uma preocupação das autoridades sanitárias, ao longo dos anos, o que pode ser comprovado pela introdução de importantes iniciativas nesse sentido.

O Ministério da Saúde (MS) reconhece os desafios enfrentados pela APS no país para melhoria tanto do acesso quanto da qualidade assistencial. Pode-se citar alguns destes: precariedade da estrutura física e ambiência pouco acolhedora das UBSs, condições inadequadas de trabalho, instabilidade das equipes e grande rotatividade dos profissionais, gestão da qualidade incipiente e sobrecarga de trabalho com número elevado de usuários por equipe, financiamento insuficiente e inapropriado (BRASIL, 2015). Destaca-se, ainda, a crescente necessidade de saúde da população em função da transição demográfica e o aumento das expectativas da população por um serviço mais eficiente, efetivo e de qualidade.

Uma das primeiras iniciativas do MS para avaliar a qualidade dos serviços prestados pela ESF foi a Avaliação da Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). A AMQ foi instituída, em 2005, no Brasil, com o objetivo de ofertar ferramentas de avaliação, gestão da qualidade dos serviços realizados na APS e impulsionar os processos avaliativos para melhoria da qualidade, especificamente em nível municipal (BRASIL 2009, 2010). O aumento expressivo da cobertura da ESF ampliou o acesso e consolidou a APS no país, mas era necessário melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Em 2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com a finalidade de incentivar os gestores e profissionais da ESF a melhorar a qualidade dos serviços ofertados aos usuários da APS (DALCIN; DAUDT, 2020). Como resultado, criou-se um movimento pela melhoria da qualidade assistencial a partir da reflexão da autoavaliação das equipes, da construção de planos de ação para o avanço nas questões de maior fragilidade e da avaliação externa das eSFs auditadas.

Além disso, o PMAQ-AB estabeleceu padrões essenciais e estratégicos de qualidade e estimulou o uso de protocolos e diretrizes clínicas com vista a melhorar o acesso e a assistência à saúde dos usuários. No ano de 2014, o PMAQ-AB avaliou 30.522 equipes da ESF em mais de 90% dos municípios brasileiros (CASTRO *et al.*, 2020). A partir desses dados, foi possível identificar que o horário de funcionamento e a disponibilidade de vacinas são fatores que diminuem o ICSAB e que a disponibilidade de enfermeiros reduz a taxa de internação para algumas doenças, como asma (ARAUJO *et al.*, 2017).

O PMAQ inovou ao apresentar uma contribuição importante na avaliação da qualidade da APS, entretanto apresentou algumas limitações. Harzheim (2020) descreve estas limitações: avaliação de baixa periodicidade, número enorme de variáveis na composição da avaliação final de cada eSF e, ainda, pela não avaliação das equipes que não aderiram ao programa e conseqüentemente não transferência de recurso financeiro para a APS.

Em 2019, foi extinto o PMAQ-AB, com a criação do Previne Brasil, que definiu o novo modelo de financiamento da APS. O Programa busca equilibrar valores financeiros *per capita*, referentes à população cadastrada nas eSF e de Atenção Primária, com o grau de desempenho assistencial dessas equipes, somado a incentivos para ações estratégicas estabelecidas pelo MS (HARZHEIM, 2020). O novo modelo de financiamento proposto também estimula os municípios, a partir de remuneração por adesão; a ampliar o horário de funcionamento das UBSs, por meio do Programa Saúde na Hora; a informatizar o atendimento, com a implantação do prontuário eletrônico; e a formar especialistas em APS, pelo incentivo à formação em residência em medicina de família e comunidade, e em residência multiprofissional (HARZHEIM, 2020).

Embora tais iniciativas não tenham assumido a temática da SP como prioridade, observa-se, em todas elas, uma preocupação constante com a qualidade da assistência, revelada pela busca de definição de padrões de funcionamento da APS e pela melhoria do processo de trabalho das equipes da ESF. Com efeito, a implementação dessas ações impactou diretamente a SP.

Um serviço de APS forte é de suma importância em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Garantir que os cuidados prestados nesses ambientes sejam seguros, eficazes e oportunos para atender as necessidades dos pacientes deve ser uma prioridade para os governantes, pois a APS de qualidade melhora a saúde e o bem-estar de indivíduos, comunidades e sociedades (AURAAEN; SLAWOMIRSKI; KLAZINGA, 2018).

2.3 Segurança do Paciente no Contexto da Atenção Primária à Saúde

Com a temática da SP ganhando, cada vez, mais espaço no cenário mundial, fez-se necessária a criação de uma padronização conceitual que permitisse a sistematização e a comparação de dados entre os diversos países (BRASIL, 2017a; WHO, 2009). Nesse contexto, foi proposta a Classificação Internacional para a SP (CISP) com o intuito de categorizar as informações, conceitos e terminologias próprias de consenso mundial, para facilitar a descrição, comparação, medição, análise e interpretação da informação. As definições integraram um relatório técnico que serviu de norte e forneceu uma compreensão ampliada sobre o tema (WHO, 2009). O relatório reuniu os principais conceitos de SP descritos pela OMS, e definiu que segurança do paciente se refere à redução, a um nível mínimo aceitável, do risco de danos desnecessários, associados aos cuidados em saúde. A partir desse conceito, este trabalho

compreendeu que incidente é todo evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

Quadro 1 - Principais conceitos da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP) - OMS

| Conceitos principais | |
|-----------------------|--|
| Segurança do Paciente | É a redução a um nível mínimo aceitável, do risco de danos desnecessários associados aos cuidados em saúde. |
| Incidente | Evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. |
| Incidente com Lesão | Incidente que atingiu o paciente, mas não lhe causou danos. |
| Evento Adverso | Incidente que resulta em danos à saúde. |
| Risco | Probabilidade de um incidente ocorrer. |
| Dano | Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico. |
| Quase Acidente | Incidente que não atingiu o paciente. |

Fonte: WHO (2009).

A complexidade dos sistemas de APS é o primeiro fator que aumenta o risco de danos na assistência. Falhas de segurança podem ser atribuídas a um incidente em um ponto específico no tempo: um erro de diagnóstico ou um erro de dosagem de medicamento. O segundo fator é a natureza da longitudinalidade do cuidado, o que significa que o dano pode ser difícil de ser atribuído a um evento específico. Em vez disso, pode se desenvolver com o tempo. Por exemplo, um conjunto de falhas de comunicação ou de transferência de informações, falta de acompanhamento recomendado (AURAAEN; SLAWOMIRSKI; KLAZINGA, 2018).

Na APS, aproximadamente 70% de todos os incidentes estão relacionados a erros de procedimentos administrativos, com comunicação deficiente e transferência de informação apresentando-se em sua maior parte (AURAAEN; SLAWOMIRSKI; KLAZINGA, 2018).

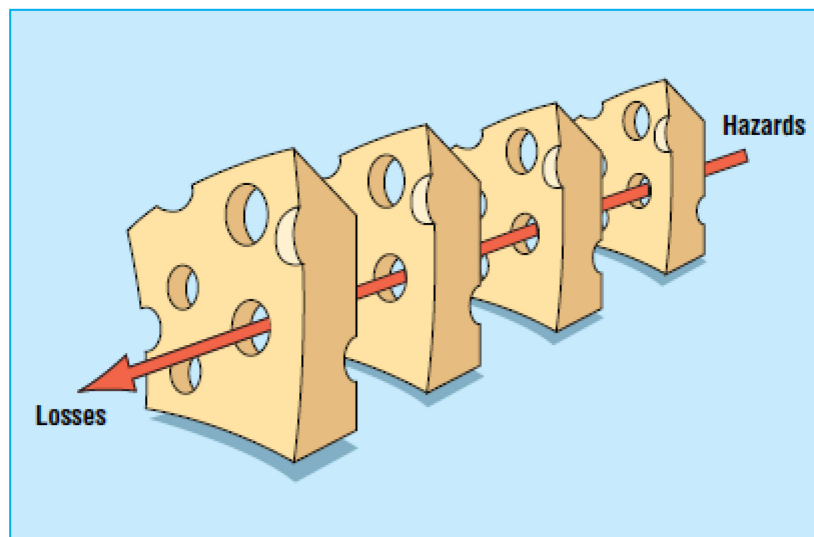
Além do mais, a noção de que o profissional de saúde não erra está disseminada na sociedade, particularmente, entre os próprios trabalhadores da saúde, pois, desde a sua formação, tem-se a errada percepção de que os “bons profissionais não erram”, ou que “basta se ter atenção que não há erro”, mas poucos se dão conta de que errar é humano.

Em 1990, James Reason, psicólogo britânico, publicou o livro *Human Error*, o primeiro da série de relatos acerca da SP, definindo erro como a incapacidade de uma ação planejada ser concluída ou entendida (erro de execução), sem a intervenção de algum acontecimento

imprevisível; ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo (erro de planejamento) (REASON, 2000).

Reason, após inúmeras observações de acidentes, propôs o Modelo do Queijo Suíço de Acidentes Organizacionais, que, desde então, é adotado como um modelo para a segurança sistêmica. Esse modelo preceitua que um erro ativo (na ponta) é o resultado de uma sequência alinhada de erros latentes (no processo), caracterizados pelos orifícios das fatias de queijo, e que raramente um erro em uma única ponta é suficiente para causar dano. Esse modelo é ilustrado na Figura 1, a seguir.

Figura 1 - Modelo do queijo suíço de acidentes organizacionais



Fonte: Reason (2000, p. 769).

Entende-se como erros ativos, aqueles que ocorrem no nível do operador da linha de frente do trabalho, e seus efeitos são sentidos quase que imediatamente. Já os erros latentes ficam adormecidos dentro do sistema e estão relacionados às influências organizacionais, supervisão insegura e pré-condições para atos inseguros (REASON, 2000). O autor parte do pressuposto de que é impossível eliminar falhas humanas e técnicas nos serviços de saúde. Errar é humano, mas há mecanismos para se evitar o erro e mitigar os eventos adversos.

Algumas modificações são fundamentais para se instituir a cultura da segurança no serviço de saúde. É necessário se mudar a busca de erros como falhas individuais, para se compreendê-los como causados por falhas do sistema. O ambiente punitivo deve ser substituído para uma cultura justa, que é um conceito que procura diferenciar os trabalhadores cuidadosos e competentes, que cometem erros, dos que têm um comportamento de risco consciente e

injustificadamente arriscado (BRASIL, 2014). O sigilo deve ser trocado pela transparência e o cuidado deve deixar de ser centrado no médico para ser centrado no paciente.

As organizações dos serviços de saúde devem partir da premissa de que errar é humano, portanto, cabem-lhes criar mecanismos para se evitar que tais erros atinjam os usuários. Nos últimos anos, o foco ao se analisar os erros decorrentes da assistência à saúde tem mudado de perspectiva: antes se culpabilizava a pessoa e, agora, tem-se realizado a abordagem sistêmica. Essa mudança de foco pressupõe que os sistemas de saúde devem fornecer uma rede de segurança para evitar os erros na assistência à saúde (VRIES *et al.*, 2008).

Nesse sentido, uma importante ferramenta desenvolvida, desde 2002, no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH), para auxiliar a gestão pública da saúde do usuário é o Prontuário Eletrônico (PE). O PE foi criado com o objetivo de articular os aspectos assistenciais, clínicos e administrativos dos usuários dos serviços de saúde (MINAS GERAIS, 2010) e diversas de suas atualizações já foram realizadas. Ultimamente, está em implantação no SUS-BH um novo sistema de atendimento ao usuário, com a finalidade de fazer a integração da gestão hospitalar, ambulatorial e regulação, a Solução Integrada de Gestão Hospitalar, Ambulatorial e de Regulação (SIGRAH). Esse Sistema já está disponível nas unidades de pronto atendimento e nos hospitais municipais. Nos CSs, em 2021, entrou em operação apenas o módulo vacina.

O sistema de informação com base no PE possibilita que os dados sejam armazenados por muito mais tempo, garante SP e a sua família, e permite o uso desses dados em estudos epidemiológicos futuros (GONÇALVES *et al.*, 2013).

O emprego de tecnologia para armazenar as informações da assistência prestada ao paciente, além de organizar as informações para ensino e pesquisa, melhora a qualidade da assistência à saúde. No Brasil, ainda não há informatização da APS em grande parte dos municípios, e onde existe, não se verifica sua integração aos demais pontos assistenciais (HARZHEIM, 2020). Nesse sentido, o PE é um excelente aliado, pois contribui na assistência em saúde ao trazer agilidade e segurança ao atendimento dos usuários (SOUZA *et al.*, 2018).

Por sua vez, a organização da rotina do trabalho por meio da gestão dos processos proporciona melhorias na qualidade, segurança da assistência dos pacientes e reduz gastos em saúde. Para isso, é importante estabelecer ações interdisciplinares com foco no cuidado integral, considerando o usuário o ponto principal da atenção em saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2016).

Convém ressaltar o processo da construção social da APS proposto por Mendes (2015), que estabelece uma metáfora da construção de uma casa para explicar os processos envolvidos

nesse nível de atenção. Os macroprocessos básicos oferecem suporte ao atendimento das diversas demandas da população, e são eles: territorialização, cadastro, classificação das famílias, estratificação de risco das condições crônicas, dentre outros.

Os micros processos básicos, por seu turno, são aqueles que asseguram condições para a prestação de serviços de qualidade, principalmente no aspecto da SP. A implantação dessas rotinas depende de mapeamento de processos, elaboração de procedimento operacional padrão e auditorias (MENDES, 2015). Os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), os fluxogramas, os *checklists* são instrumentos de organização dos processos nos diversos setores das UBSs, como sala de vacina, curativo, farmácia, coleta de exames e recepção.

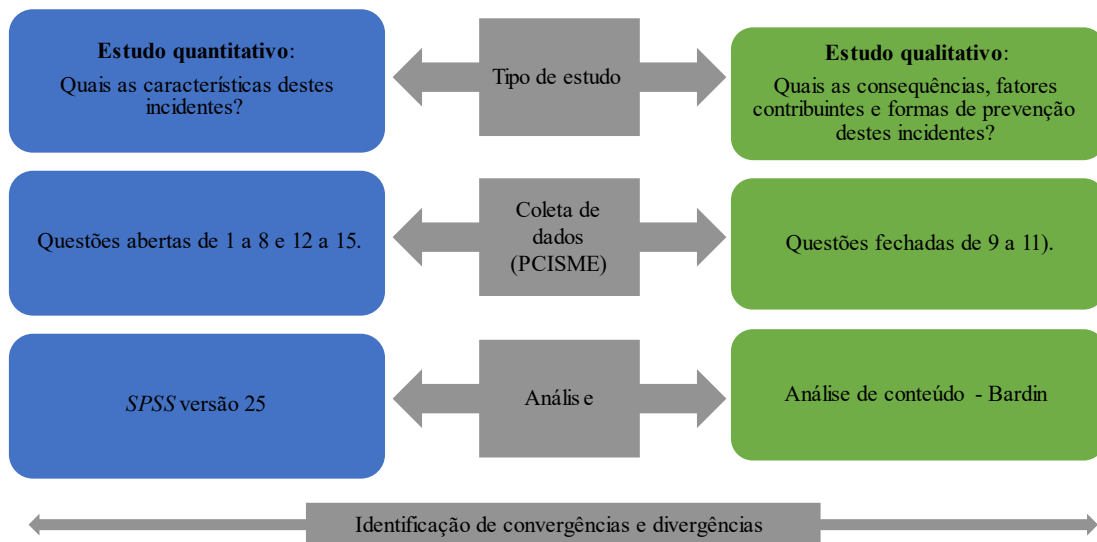
3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem mista, com a estratégia de triangulação concomitante, em que são coletados, simultaneamente, dados quantitativos e qualitativos, com a finalidade de comparar e determinar convergências, diferenças ou combinações entre eles (SANTOS *et al.*, 2017). Essa abordagem busca empregar rigorosos métodos de pesquisa quantitativa, quando a pretensão for avaliar a magnitude e a frequência de dado objeto de investigação, e, da mesma forma, empregar rigorosos métodos de pesquisa qualitativa, para explorar, em profundidade, o significado e a compreensão de dado objeto ou fenômeno em estudo entre os participantes (SANTOS *et al.*, 2017). O pressuposto central para o emprego desse método é de que a interação entre a pesquisa quantitativa e qualitativa fornece possibilidades de análises mais robustas (SANTOS *et al.*, 2017).

Figura 2 - Diagrama representativo do desenho do estudo. Belo Horizonte, 2022

Questão de pesquisa: *Quais são os principais incidentes, que ocorrem durante a assistência à saúde nas unidades de APS do Distrito Sanitário Nordeste (DISANE) de Belo Horizonte na perspectiva de gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF)?*



Fonte: Da autora (2022).

Salienta-se que a realização de um estudo de métodos mistos não significa a condução de dois estudos separados que abordam uma questão específica, mas um estudo que emprega métodos diferentes para responder a uma questão de pesquisa específica, na busca de que as informações obtidas se complementem entre si (SANTOS *et al.*, 2017). Portanto, neste estudo,

optou-se pela manutenção de igual atribuição de peso para os dados qualitativos e quantitativos. Para isso, os dois estudos foram desenvolvidos simultaneamente, ou seja, os dados qualitativos e quantitativos compuseram o questionário, foram coletados e analisados, ao mesmo tempo. A integração entre os dados foi realizada ao final da pesquisa para identificar convergências e divergências. O diagrama representativo do desenho de estudo está apresentado, na FIG. 2.

3.2 Cenário da pesquisa

O cenário da pesquisa foram as Unidades de APS do DISANE da PBH, Minas Gerais. O município conta com uma população estimada de 2.530.701 habitantes distribuídos em uma área de 331 km², o que lhe confere a quinta posição dentre os mais populosos do Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2021). O seu território é subdividido em nove áreas administrativas, que são chamadas de Regionais, e que coincidem com o mesmo nome dos Distritos Sanitários de Saúde: Barreiro, Centro-sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste Pampulha e Venda Nova. A Figura 3 apresenta a divisão do território da cidade em regionais. Cada Distrito Sanitário tem um número específico de UBS que são chamadas de Centros de Saúde.

Figura 3 - Divisão do Território de Belo Horizonte em Distritos Sanitários

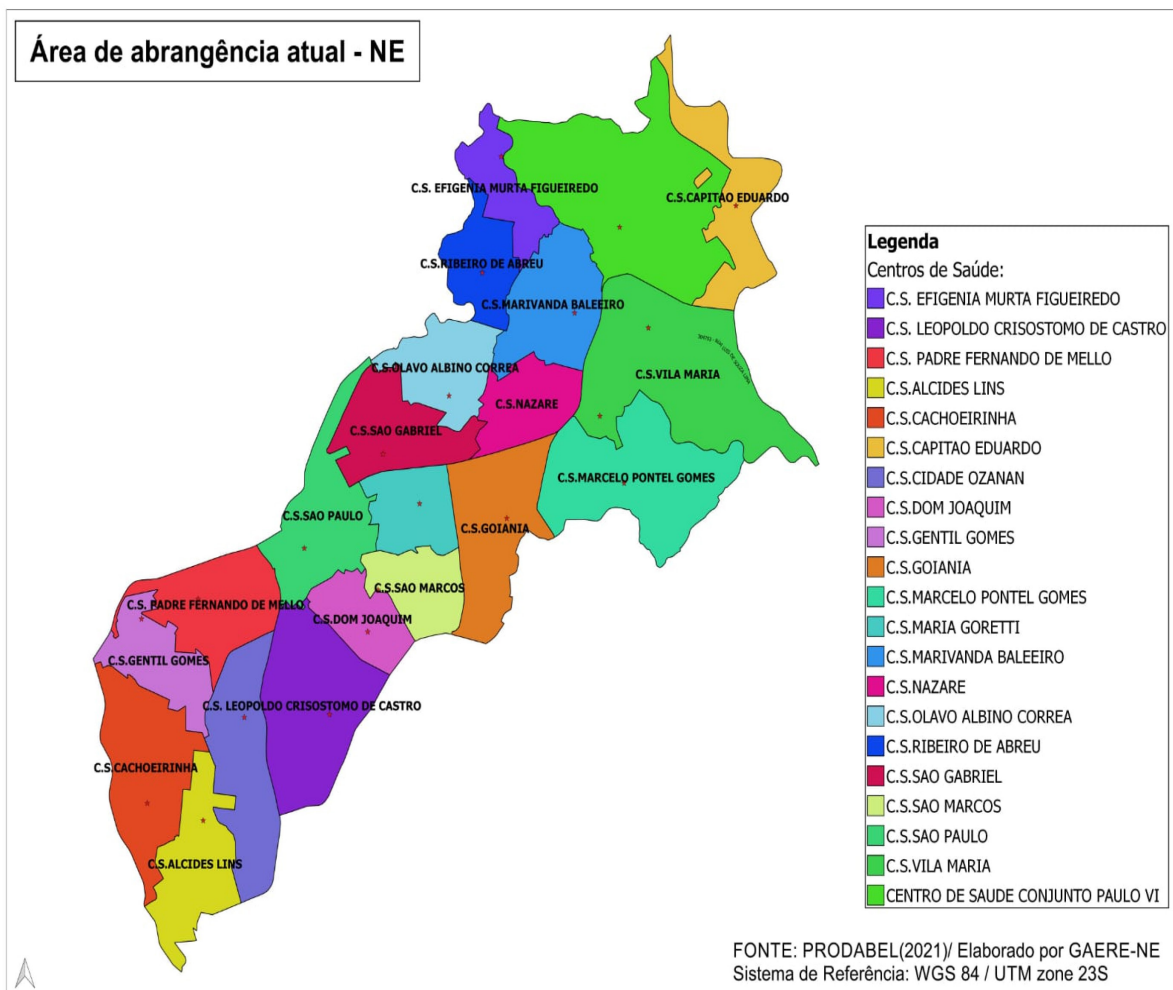


Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (2022).

A PBH, em 2002, adotou a ESF para substituir o modelo de atenção à saúde vigente. A cobertura da ESF, no Município, abrange, atualmente, 81,3% da população. Em 2020, a estrutura da APS do SUS-BH era de 152 CSs, 595 eSF, 310 eSB, 152 Equipes de Saúde Mental, 83 polos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Atenção Básica e 79 Academias da Cidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2022a).

O DISANE, cenário da presente pesquisa, possui uma população total de 290.353 habitantes. A região é composta por 21 CSs, dos quais 20 participaram da pesquisa, excluído o CS de lotação da pesquisadora. O território foi escolhido para o estudo por ser a área de trabalho da mestranda, o que facilitou a realização da pesquisa. A Figura 4 apresenta o recorte do DISANE, com destaque para a localização de área de abrangência dos CSs.

Figura 4 - Área de abrangência dos Centros de Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte



Fonte: Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte (PRODABEL, 2021).

3.3 Participantes do Estudo

Foram definidos como elegíveis à participação no estudo um representante de cada categoria profissional integrante da eSF (um enfermeiro, um médico, um técnico ou auxiliar de enfermagem e um ACS) e o gerente dos 20 CSs do DISANE. A listagem dos trabalhadores e os dados das eSF foi fornecida pelo DISANE. Assim, o total de profissionais de saúde convidados para participar da pesquisa somou 100 participantes: 5 profissionais x 20 CSs.

Para estes foram definidos os seguintes critérios de inclusão: pertencer a uma das categorias profissionais previamente definidas, estar ativo em uma eSF do DISANE e ter, no mínimo, dois meses de trabalho na unidade de saúde. Foi utilizado como critério de exclusão encontrar-se em período de afastamento ou férias, em um período de 10 ou mais dias ao longo do estudo.

Então, foi realizado um único sorteio das categorias profissionais: médico, enfermeiro e auxiliares/técnicos de enfermagem. Os números de 01 a 06 representam a quantidade máxima de equipes do DISANE por CS. A exemplo, se a sequência sorteada para uma categoria X fosse a seguinte: 1º sorteado eSF 6; 2º sorteado eSF 4; 3º sorteado eSF 2; 4º sorteado eSF 3; 5º sorteado eSF 1 e 6º sorteado eSF 5. Nesse caso, o profissional selecionado em um CS com 3 equipes seria aquele pertencente a eSF 2, enquanto em outro serviço com seis equipes participaria o profissional lotado na eSF 6, conforme registro, a seguir.

| | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| eSF 6 | eSF 4 | eSF 2 | eSF 3 | eSF 1 | eSF 5 |

O profissional selecionado em um CS com 3 equipes seria aquele pertencente a eSF 2, enquanto em outro serviço com seis equipes participaria o profissional lotado na eSF 6. Uma planilha de Excel com os nomes dos CSs com a identificação do número de eSF's e os respectivos profissionais sorteados foi confeccionada para controle da pesquisadora. Os dados da planilha não serão publicizados para manter a confidencialidade das informações. O sorteio foi realizado dessa forma, por categoria profissional, para possibilitar que houvessem representantes de equipes diferentes.

O sorteio dos ACSs ocorreu a partir das microáreas do CS, que são áreas territoriais delimitadas, já previamente codificadas, nas quais esses profissionais exercem suas funções. O número máximo de microáreas em um CS do DISANE é de 31. A partir dessa informação, procedeu-se ao sorteio, na sequência de ordem do primeiro até o trigésimo primeiro, com

obediência ao mesmo critério utilizado nas categorias anteriormente referidas para seleção do profissional.

Do total de 100 profissionais convidados, 4 foram excluídos (um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem e um gerente) em razão de férias ou de afastamento no momento da pesquisa, ou de pertencerem a um CS com apenas uma eSF, sem possibilidade, assim, de serem substituídos, e 16 não devolveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Então, ao todo, aceitaram participar da pesquisa 80 profissionais de saúde.

3.4 Procedimentos para coleta de dados

Para facilitar o entendimento sobre o tema SP e seus conceitos, os gestores dos CSs possibilitaram os encontros desta pesquisadora com os profissionais sorteados. Nesses contatos, em visita previamente agendada ao CS, foi realizada a explicação do tema da pesquisa e dos incidentes de segurança próprios para a notificação. O tempo gasto no encontro com os profissionais foi cerca de 30 minutos, quando foi fornecida uma Cartilha Orientadora (Apêndice B) para consulta, esclarecimento de dúvidas e divulgação de informações aos profissionais de saúde participantes. No período de 10 dias, os profissionais sorteados dos 20 CSs foram visados.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o formulário *Primary Care International Study of Medical Errors* (PCISME) (Anexo A) adaptado do estudo australiano (MAKEHAM *et al.*, 2002). O Formulário PCISME foi escolhido em virtude de ser o pioneiro no tema e de estar disponível *on line*, gratuitamente. Para o contexto brasileiro, esse instrumento foi adaptado e validado por Marchon e Mendes Júnior (2015). A utilização desse instrumento foi previamente autorizada pela autora, conforme descrito no Anexo B. O PCISME é composto por dezesseis questões abertas e fechadas para o registro de incidentes em centros de atenção primária. Foi utilizado, ainda, o Formulário Profissional idealizado pela própria autora para a caracterização sociodemográfica dos profissionais participantes (Apêndice C).

Por meio do formulário PCISME, foram coletados os dados de notificação dos incidentes, por um período de 30 dias, nos meses de novembro e dezembro de 2021. Cada respondente foi orientado a notificar qualquer incidente de SP que presenciasse ou tivesse conhecimento nesse período.

3.5 Técnica de coleta de dados

Conforme referido, a coleta de dados se deu por meio da aplicação do formulário PCISME adaptado com o intuito de registrar os incidentes que ocorressem durante o atendimento aos usuários na APS do DISANE. O profissional que participou da pesquisa foi previamente orientado pela pesquisadora, e recebeu os formulários de notificação, para registro anônimo de uma eventual ocorrência de um incidente em saúde. Os profissionais, quando presenciassem ou tomassem conhecimento da ocorrência, poderiam identificar os incidentes notados durante todo o período de coleta de dados.

Percebeu-se que os profissionais apresentaram interesse em busca da melhoria da segurança da assistência e, nesse sentido, não foi difícil sensibilizá-los para o fato de que a busca dessa segurança faz parte do trabalho. Assim, o preenchimento do formulário não foi um procedimento a mais na rotina do profissional, antes, significou mais um passo para o aperfeiçoamento dos resultados. O questionário foi preenchido durante o atendimento ou após esse período, sem prejuízo das atividades assistenciais e, após 30 dias, foi recolhido pela pesquisadora.

Foi esclarecido aos profissionais participantes que o preenchimento do Formulário PCISME não implicava em substituição das rotinas e condutas já adotadas na condução dos casos de incidentes notificados. Os padrões estabelecidos na solução dos erros detectados deveriam ser seguir as rotinas do serviço de saúde.

3.6 Procedimentos para análise de dados

A presente pesquisa foi realizada utilizando-se duas abordagens: quantitativa e qualitativa. A análise quantitativa dos dados foi apresentada, inicialmente, com as frequências absoluta e relativa das variáveis qualitativas coletadas. Foi feita por meio do software SPSS versão 25.

Para identificar se os pacientes portadores de doença crônica, expostos à vulnerabilidade e com problema de saúde complexo, têm maior chance/probabilidade de ter um incidente mais grave, utilizou-se a análise multinomial. A variável resposta possui três opções de resultado: houve um incidente, mas não atingiu o paciente; houve um incidente, atingiu o paciente, sem danos; houve um incidente, atingiu o paciente, com danos. A categoria de referência da análise foi a primeira. As outras duas opções de respostas são avaliadas frente a essa categoria de referência, e não entre elas. De início, os modelos são apresentados separadamente – análise

univariada – para portadores de doença crônica, expostos à vulnerabilidade e com problema de saúde complexo e, posteriormente, todas as variáveis ao mesmo tempo – análise multivariada.

Os resultados da pesquisa qualitativa foram avaliados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin, que compreendeu três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados. O objetivo dessa análise é encontrar núcleos de sentido na comunicação apresentada nos resultados obtidos (BARDIN, 2016). Os núcleos de sentido se apresentaram por meio de três categorias principais: a prescrição, a dispensação e a administração de medicamentos como resultado principal dos incidentes; o déficit de atenção, o conhecimento e a capacitação como elementos contribuintes do erro; e a comunicação como indicador de prevenção do erro.

O PCISME permitiu identificar, para cada incidente: o fato ocorrido; o resultado obtido; as suas consequências reais e potenciais; os fatores concorrentes; os possíveis modos de prevenção; o local de ocorrência; a classificação do incidente em relação ao dano causado ao paciente, além de registrar se o paciente pertencia a determinado grupo de vulnerabilidade social, se possuía alguma doença crônica, ou se enfrentava um problema complexo de saúde.

Para classificar o incidente, foi utilizada uma escala: houve um incidente, mas não atingiu o paciente; houve um incidente, atingiu o paciente, sem danos e houve um incidente, atingiu o paciente, com danos (MAKEHAM *et al.*, 2002).

No que tange à classificação do erro, esta ocorreu por meio da taxonomia *Threats to Australian Patient Safety* (TAPS) (MAKEHAM *et al.*, 2002; MARCHON; MENDES JÚNIOR; PAVÃO, 2015; SEQUEIRA; MARTINS; PEREIRA, 2010).

Conforme a taxonomia de TAPS, os incidentes ou erros na assistência à saúde podem estar relacionados aos processos de trabalho e a erros de competências e habilidades dos profissionais de saúde. De acordo com a taxonomia de TAPS, o termo mais frequentemente utilizado na APS para descrever um incidente de segurança do paciente é o “erro”. Portanto, o erro descrito pelos profissionais foi agrupado e classificado em: erros do processo de trabalho; erros no atendimento administrativo; erros com exames exploratórios; erros com tratamentos; erros de comunicação; erros com pagamento; erros na gestão dos profissionais de saúde; erros de conhecimentos e de competências; erros de execução de uma tarefa clínica; diagnóstico errado e decisão de tratamento errado com diagnóstico correto (MAKEHAM *et al.*, 2002; MARCHON; MENDES JÚNIOR; PAVÃO, 2015; SEQUEIRA; MARTINS; PEREIRA, 2010).

3.7 Procedimentos éticos

A pesquisa foi analisada e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG (Anexo C). A PBH autorizou a pesquisa mediante Carta de Anuência Institucional da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) (Anexo D) e Parecer Consubstanciado (Anexo E), conforme estabelecem as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Essa Resolução contempla os princípios básicos da bioética, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres da comunidade científica.

Os participantes assinaram o TCLE que está descrito no Apêndice A. Os riscos da pesquisa foram mínimos e se associaram ao tempo dispensado na resposta aos formulários e à possibilidade de o participante lidar com questões que considerou embaraçosas ou particulares.

Todavia, diante dos objetivos desta pesquisa e da garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas, esses riscos foram minimizados neste estudo.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização do perfil sociodemográfico dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam na APS

A Tabela 1 demonstra que a maior parte dos profissionais participantes deste estudo caracterizaram-se com o gênero feminino, com idade entre 35 e 44 anos, com nível de escolaridade de formação em pós-graduação (32,5%), concursados (65%) e que atuavam há mais de 10 anos em CSs (41,3%), e, especialmente, na ESF (62,5%).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de profissionais (n = 80) da Atenção Primária à Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2021

| Variável | n | % |
|-------------------------------------|----|-------------|
| <i>“continua”</i> | | |
| Sexo | | |
| Homem | 9 | 11,3 |
| Mulher | 71 | 88,8 |
| Faixa etária | | |
| 25 a 34 anos | 14 | 17,5 |
| 35 a 44 anos | 30 | 37,5 |
| 45 a 54 anos | 22 | 27,5 |
| 55 a 64 anos | 11 | 13,8 |
| Acima de 60 anos | 3 | 3,8 |
| Categoria Profissional | | |
| Agente Comunitário de Saúde (ACS) | 20 | 25,0 |
| Auxiliares e Técnicos de Enfermagem | 12 | 15,0 |
| Enfermeiros | 18 | 22,5 |
| Médicos | 13 | 16,0 |
| Gerente | 17 | 21,3 |
| Escolaridade | | |
| Fundamental | 1 | 1,3 |
| Médio | 14 | 17,5 |
| Técnico | 14 | 17,5 |
| Superior | 22 | 27,5 |
| Especialização/MBA | 26 | 32,5 |
| Residência | 2 | 2,5 |
| Mestrado | 1 | 1,3 |
| Vínculo | | |
| Concurso | 52 | 65,0 |
| Contrato administrativo | 15 | 18,8 |
| CLT | 13 | 16,3 |

| Variável | n | “conclusão” |
|--------------------------------|----|-------------|
| | | % |
| Tempo de atuação na ESF | | |
| Menor que 1 ano | 6 | 7,5 |
| De 1 a 2 anos | 5 | 6,3 |
| De 3 a 5 anos | 5 | 6,3 |
| De 6 a 10 anos | 14 | 17,5 |
| Acima de 10 anos | 50 | 62,5 |
| Tempo de atuação no CS | | |
| Menor que 1 ano | 7 | 8,8 |
| De 1 a 2 anos | 9 | 11,3 |
| De 3 a 5 anos | 14 | 17,5 |
| De 6 a 10 anos | 17 | 21,3 |
| Acima de 10 anos | 33 | 41,3 |

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A maior participação no estudo se deu pela categoria profissional de ACS (25%), seguida de enfermeiros (22,5%) e gerentes (21,3%).

4.2 Classificação do incidente em relação ao dano causado e sua relação com as características dos usuários acometidos na APS

O registro dos incidentes ocorridos no período de 30 dias contou com 112 notificações. Entretanto, ao se organizar os dados, 31 questionários foram excluídos por não se caracterizarem como um incidente ou estarem incompletos, o que resultou em 81 incidentes notificados, no período de 30 dias nos 20 CSs. Com relação aos incidentes, 82,7% acometeram um usuário em particular e 17,3% atingiram mais de um usuário.

Os incidentes que atingiram mais de uma pessoa foram os seguintes eventos: aplicação de vacina, a vários pacientes, com a dose menor que a recomendada pelo fabricante; deixar de realizar exames laboratoriais e teste de antígeno de Covid-19, por falta de insumos, e ainda, deixar de avisar diversos pacientes sobre o agendamento de consultas especializadas. O número de pacientes que sofreram com esses erros não foi registrado.

A idade média dos usuários acometidos pelo incidente foi de 50,8 anos, com desvio padrão de 22,3 anos. Por suas características, os dados dessa variável foram, primeiramente, submetidos ao Teste de Normalidade de Shapiro Wilk, com indicação de normalidade dos dados ($p = 0,139$), conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Idade de usuários acometidos por incidentes na Atenção Primária à Saúde no Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2021

| Variável | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão | P valor |
|--------------|---------|---------|-------|---------------|---------|
| Idade (anos) | < 1 ano | 96 anos | 50,8 | 22,3 | 0,139 |

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Em relação àqueles incidentes que acometeram usuários em particular, os profissionais afirmaram que, em 29,9% dos casos, conhecem os usuários, apesar de não serem seus pacientes, que são do gênero feminino (61,2%), e que 32,8% apresentam alguma característica de vulnerabilidade social. Também foi possível identificar que 59,7 % dos usuários apresentavam doenças crônicas, porém somente 34,3% apresentavam algum problema de saúde complexo, ou seja, tratava-se de paciente com multipatologias, condição clínica de difícil manejo, dependência de álcool e outras drogas, distúrbio neurológico, distúrbio psiquiátrico e portador de necessidades especiais. Essas ocorrências estão demonstradas na Tabela 3, a seguir.

Tabela 3 - Perfil dos usuários (n=67) que sofreram incidentes na da Atenção Primária à Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2021

| Variável | n | % |
|---|----|-------------|
| Até que ponto conhece o paciente? | | |
| Conheço | 16 | 23,9 |
| Conheço, mas não é meu paciente | 20 | 29,9 |
| Conheço pouco (1ª consulta) | 17 | 25,4 |
| Conheço bem (é meu paciente) | 14 | 20,9 |
| Sexo do paciente | | |
| Homem | 26 | 38,8 |
| Mulher | 41 | 61,2 |
| O paciente pertence a um grupo com vulnerabilidade social? | | |
| Sim | 22 | 32,8 |
| Não | 45 | 67,2 |
| O paciente tem alguma doença crônica? | | |
| Sim | 40 | 59,7 |
| Não | 27 | 40,3 |
| O paciente tem algum problema de saúde complexo? | | |
| Sim | 23 | 34,3 |
| Não | 44 | 65,7 |

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Dentre os 81 incidentes notificados, o desfecho que mais ocorreu entre os pacientes foi o incidente que atingiu o paciente, mas não lhe causou danos, 49,4%. Em 32,1% dos casos, os incidentes não atingiram o paciente, e, em 18,5% dos casos, os pacientes sofreram danos como

apresentado, na Tabela 4. Importante, salientar que 56,8% dos profissionais relataram ter conhecimento de outro paciente que já tinha sofrido o mesmo tipo de erro notificado.

Tabela 4 - Caracterização dos incidentes (n=81) ocorridos na Atenção Primária a Saúde do Distrito Sanitário Nordeste. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2021

| Variável | n | % |
|---|----|-------------|
| O que aconteceu? | | |
| Houve um incidente, mas não atingiu o paciente | 26 | 32,1 |
| Houve um incidente, atingiu o paciente, sem danos | 40 | 49,4 |
| Houve um incidente, atingiu o paciente, com danos | 15 | 18,5 |
| Onde aconteceu o erro? | | |
| Atendimento Administrativo | 25 | 30,9 |
| Domicílio paciente | 7 | 8,6 |
| Consultório enf. | 6 | 7,4 |
| Farmácia | 16 | 19,8 |
| Consultório Médico | 10 | 12,3 |
| Laboratório | 5 | 6,2 |
| Contato telefônico | 1 | 1,2 |
| Sala de medicação | 6 | 7,4 |
| Sala de vacina | 5 | 6,2 |
| Teve conhecimento de que outro paciente tenha sofrido esse tipo de erro? | | |
| Sim | 46 | 56,8 |
| Não | 35 | 43,2 |
| Se sim, como classificaria a gravidade desse dano | | |
| Dano mínimo | 25 | 54,3 |
| Dano moderado | 11 | 23,9 |
| Não tenho como classificar | 10 | 21,7 |
| Com que frequência ocorre esse erro na sua prática? | | |
| 1ª vez | 22 | 27,2 |
| Raramente | 23 | 28,4 |
| Às vezes | 23 | 28,4 |
| Frequentemente | 13 | 16,0 |
| Cargo/Função | | |
| ACS | 18 | 22,2 |
| Auxiliar/téc. Enfermagem | 14 | 17,3 |
| Enfermeiro | 18 | 22,2 |
| Gerente de UBS | 15 | 18,5 |
| Médico | 16 | 19,8 |

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

No que diz respeito à frequência com que o erro ocorre em sua prática, 28,4% dos profissionais disseram ser um evento raro, 28,4% que ocorre às vezes, 16% frequentemente e 27,2% que foi a primeira vez. As categorias que mais informaram sobre incidentes foram os

ACS e enfermeiros (22,2%), seguido dos médicos (19,8%), gerentes (18,5%) e auxiliares/técnicos de enfermagem (17,3%).

Dentre os setores onde os erros ocorreram, destacam-se o atendimento administrativo, com 30,9%; o setor de farmácia, com 19,8%; e o consultório médico, com 12,3%. O resultado da análise está demonstrado, na Tabela 4.

Sobre a classificação do incidente e sua relação com as características dos usuários, as associações entre variáveis confirmaram que o usuário portador de doença crônica apresentou 7,15 vezes mais chance de incidente com danos que um não portador de doença crônica (**p = 0,025**). O resultado da análise está demonstrado, na Tabela 5.

Tabela 5 - Relação entre a classificação do incidente conforme o dano sofrido por usuários na APS e a presença ou não de doença crônica. Belo Horizonte, (MG), Brasil, 2021

| | | OR | Wald | df | Sig. | 95% Intervalo de Confiança para OR | |
|---|--------------------------------------|--------------|-------|----|--------------|------------------------------------|-----------------|
| | | | | | | Limite inferior | Limite superior |
| Houve um incidente, atingiu o paciente, sem danos | Constante | | 0,040 | 1 | 0,842 | | |
| | O paciente tem alguma doença crônica | 2,058 | 1,666 | 1 | 0,197 | 0,688 | 6,161 |
| Houve um incidente, atingiu o paciente, com danos | Constante | | 6,073 | 1 | 0,014 | | |
| | O paciente tem alguma doença crônica | 7,150 | 5,040 | 1 | 0,025 | 1,284 | 39,827 |

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A categoria de referência é: Houve um incidente, mas não atingiu o paciente. Poder de classificação = 47,8%.

No que diz respeito à relação ao dano sofrido pelos usuários com alguma vulnerabilidade (beneficiários do Auxílio Brasil, inscritos no Benefício de Prestação Continuada, pessoa em situação de rua, dependentes de álcool e outras drogas, morador de área de risco elevado e muito elevado), percebeu-se que o indivíduo vulnerável tem 10,7 vezes mais chance de incidente com danos que um não vulnerável (**p = 0,004**). Vide a Tabela 6.

Tabela 6 - Relação entre a classificação do incidente conforme o dano sofrido por usuários na APS e a presença ou não de vulnerabilidade. Belo Horizonte, (MG), Brasil, 2021

| | | OR | Wald | df | Sig. | 95% Intervalo de Confiança para OR | |
|---|--|---------------|----------------|----|-----------------------|---------------------------------------|-----------------|
| | | | | | | Limite inferior | Limite superior |
| Houve um incidente, atingiu o paciente, sem danos | Constante O paciente pertence a um grupo com vulnerabilidade social | 1,943 | 0,219 0,961 | 1 | 0,640 0,327 | 0,515 | 7,334 |
| Houve um incidente, atingiu o paciente, com danos | Constante O paciente pertence a um grupo com vulnerabilidade social | 10,688 | 8,022 8,456 | 1 | 0,005 0,004 | 2,165 | 52,766 |

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A categoria de referência é: Houve um incidente, mas não atingiu o paciente. Poder de classificação = 46,3%

Na associação entre a variável de pacientes com presença de problema de saúde complexo e o dano sofrido pelo usuário, observou-se que um indivíduo com problema de saúde complexo tem 8,1 vezes mais chance de incidente com danos que um sem problema de saúde complexo ($p = 0,008$). O resultado da análise está demonstrado, na Tabela 7.

Tabela 7 - Relação entre a classificação do incidente conforme o dano sofrido por usuários na APS e a presença ou não de problema de saúde complexo. Belo Horizonte, (MG), Brasil, 2021

| | | OR | Wald | df | Sig. | 95% Intervalo de Confiança para OR | |
|---|--|--------------|----------------|----|-----------------------|---------------------------------------|-----------------|
| | | | | | | Limite inferior | Limite superior |
| Houve um incidente, atingiu o paciente, sem danos | Constante O paciente tem algum problema de saúde complexo | 1,473 | 0,399 0,364 | 1 | 0,528 0,546 | 0,418 | 5,183 |
| Houve um incidente, atingiu o paciente, com danos | Constante O paciente tem algum problema de saúde complexo | 8,100 | 7,404 7,096 | 1 | 0,007 0,008 | 1,738 | 37,750 |

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A categoria de referência é: Houve um incidente, mas não atingiu o paciente. Poder de classificação = 46,3%.

Quando comparadas as variáveis: portador de doença crônica, vulnerabilidade social e situação de saúde complexa com o dano sofrido pelo usuário, por meio de análise multinomial múltipla, apenas a variável vulnerabilidade foi significativa, eliminando-se as demais. Assim,

um indivíduo vulnerável apresentou 6,66 vezes mais chance de incidente com danos que indivíduos sem vulnerabilidade ($p = 0,033$).

Tabela 8 - Regressão Multinomial da classificação do incidente conforme o dano sofrido por usuários na APS e características de pacientes acometidos por incidentes na APS. Belo Horizonte, (MG), Brasil, 2021

| | OR | Wald | df | Sig. | 95% Intervalo de Confiança para OR | | |
|---|---|--------------|-------|-------|------------------------------------|-----------------|--------|
| | | | | | Limite inferior | Limite superior | |
| Houve um incidente, atingiu o paciente, sem danos | Constante | 0,202 | 1 | 0,653 | | | |
| | O paciente tem alguma doença crônica | 2,027 | 1,376 | 1 | 0,241 | 0,622 | 6,603 |
| | O paciente pertence a um grupo com vulnerabilidade social | 1,869 | 0,746 | 1 | 0,388 | 0,452 | 7,726 |
| | O paciente tem algum problema de saúde complexo | 0,906 | 0,018 | 1 | 0,894 | 0,215 | 3,825 |
| Houve um incidente, atingiu o paciente, com danos | Constante | 9,095 | 1 | 0,003 | | | |
| | O paciente tem alguma doença crônica | 4,178 | 2,132 | 1 | 0,144 | 0,613 | 28,48 |
| | O paciente pertence a um grupo com vulnerabilidade social | 6,658 | 4,525 | 1 | 0,033 | 1,161 | 38,191 |
| | O paciente tem algum problema de saúde complexo | 2,256 | 1,020 | 1 | 0,312 | 0,418 | 15,244 |

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A categoria de referência é: Houve um incidente, mas não atingiu o paciente. Poder de classificação = 58,2%

4.3 Classificação dos incidentes ocorridos na APS, DISANE, de acordo com a taxonomia *Threats to Australian Patient Safety* (TAPS)

A classificação dos incidentes ocorridos na APS fornece uma visão ampla dos erros e, conseqüentemente, mais acertada das ameaças à SP nesse nível de atenção. Os resultados estão demonstrados, no Quadro 2, a seguir.

Nesse sentido, esta pesquisa verificou que 81,5% dos incidentes estão relacionados ao processo de trabalho de atenção à saúde, e os mais comuns são aqueles relativos à comunicação (27,2%) e ao atendimento administrativo (24,7%).

Quadro 2 - Classificação dos incidentes de acordo com a taxonomia *Threats to Australian Patient Safety* ocorridos na Atenção Primária à Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte (n =81). Belo Horizonte (MG), Brasil, 2021

“continua”

| Tipos de Erros Notificados | Total | % |
|---|--------------|-------------|
| 1. Erros no processo de trabalho | 66 | 81,5 |
| 1.1 Erros no atendimento administrativo | 20 | 24,7 |
| 1.1.1 Erros de arquivamento | 5 | 6,2 |
| 1.1.2 Erros de preenchimento incompleto | 3 | 3,7 |
| 1.1.3 Percurso do doente (no sistema de saúde) | 1 | 1,2 |
| 1.1.4 Erros na gestão de mensagens | 1 | 1,2 |
| 1.1.5 Erros de marcação | 9 | 11,1 |
| 1.1.6 Erros na manutenção de um ambiente físico seguro | 1 | 1,2 |
| 1.2 Erros com exames exploratórios | 4 | 4,9 |
| 1.2.1 Erros laboratoriais | 4 | 4,9 |
| 1.2.2 Erros de exames de imagem | 0 | 0,0 |
| 1.2.3 Erros no processamento de outros exames exploratórios | 0 | 0,0 |
| 1.3 Erros com tratamentos | 16 | 19,8 |
| 1.3.1 Erros com medicação | 15 | 18,5 |
| 1.3.2 Erros em outros tratamentos | 1 | 1,2 |
| 1.4 Erros de comunicação | 22 | 27,2 |
| 1.4.1 Erros de comunicação com os usuários | 20 | 24,7 |
| 1.4.2 Erros de comunicação com outros profissionais (não-clínico) | 2 | 2,5 |
| 1.4.3. Erros de comunicação com outros médicos | 0 | 0,0 |
| 1.4.4. Erros de comunicação entre a equipe de saúde | 0 | 0,0 |
| 1.5. Erros com pagamentos | 0 | 0,0 |
| 1.5.1. Erros no processamento de pedidos de seguradoras | 0 | 0,0 |
| 1.5.2. Erros em pagamentos eletrônicos | 0 | 0,0 |
| 1.5.3. Erros de pagamentos indevidos por serviços não efetuados | 0 | 0,0 |
| 1.6. Erros na gestão dos profissionais de saúde | 4 | 4,9 |
| 1.6.1. Ausências não preenchidas | 4 | 4,9 |
| 1.6.2. Procedimentos de encaminhamento disfuncionais | 0 | 0,0 |
| 1.6.3. Erros na escala de funcionários | 0 | 0,0 |
| 2. Erros de conhecimentos e de competências | 15 | 18,5 |
| 2.1. Erros de execução de uma tarefa clínica | 12 | 14,8 |
| 2.1.1. Pessoal não clínico tomou a decisão errada | 2 | 2,5 |
| 2.1.2. Não foi cumprido o procedimento padronizado | 1 | 1,2 |

“conclusão”

| Tipos de Erros Notificados | Total | % |
|--|--------------|------------|
| 2.1.3. Verificou-se falta de experiência ou de perícia face a dado procedimento clínico | 9 | 11,1 |
| 2.2. Diagnóstico errado | 1 | 1,2 |
| 2.2.1. Erros de diagnóstico da enfermeira | 0 | 0,0 |
| 2.2.2. Atrasos no diagnóstico | 0 | 0,0 |
| 2.2.3. Diagnóstico errados ou atrasado devido à má interpretação de exames exploratórios | 1 | 1,2 |
| 2.2.4. Diagnóstico errados ou atrasados devido à má interpretação da observação clínica | 0 | 0,0 |
| 2.2.5. Diagnóstico errado por parte de um farmacêutico | 0 | 0,0 |
| 2.2.6. Diagnóstico errado por médico hospitalar | 0 | 0,0 |
| 2.3. Decisão de tratamento errada com diagnóstico correto | 2 | 2,5 |
| 2.3.1. Decisão de tratamento errada influenciada pelas preferências do usuário | 0 | 0,0 |
| 2.3.2. Decisão de tratamento errada por parte do médico | 2 | 2,5 |

Fonte: Adaptado de Makeham *et al.* (2002), Marchon, Mendes Júnior e Pavão (2015) e Sequeira, Martins e Pereira (2010).

Quando analisada cada variável de maneira isolada, dos erros relacionados ao processo de trabalho, foi possível perceber que os erros de comunicação com os usuários representaram a maior parte dos erros (27,2%). Quanto aos erros relativos ao atendimento administrativo, os mais significativos dizem respeito à marcação de consulta (11,1%) e a arquivamentos (6,2%).

Em terceiro lugar, aparecem os erros relativos à tratamento (19,8%). Destes, a maioria (18,5%) está relacionada à dispensação de medicamentos.

A pesquisa também detectou que 18,5% dos incidentes estão relacionados a erros de conhecimento e de competências. Nessa seara, a maior parte (14,8%) foram erros relacionados à execução de uma tarefa clínica, como aplicação errada de vacinas e de medicamentos decorrentes da falta de experiência e de conhecimento técnico na execução dos procedimentos. Ainda houve registro de erro de decisão de tratamento (2,5%) e de erro de diagnóstico (1,2%). Os erros relativos ao pagamento de prestadores de serviços não se aplicaram ao estudo.

4.4 Fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes na APS

Para os participantes deste estudo, as principais consequências relacionadas aos incidentes analisados dizem respeito à prescrição, dispensação e administração de medicamentos (Quadro 3). Nos registros, percebeu-se que a administração e a dispensação incorreta de medicamentos têm assumido o protagonismo dos incidentes na APS. Importante destacar que os profissionais participantes deste estudo apontaram também os erros de

comunicação como potencial elemento disparador de erro, principalmente a comunicação administrativa do CS, em informar os usuários sobre as consultas agendadas.

Quadro 3 - Análise de conteúdo referente às consequências do erro na Atenção primária a Saúde. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2021

“continua”

| Unidades Constituintes | |
|--|---|
| Categoria A - Medicamento | |
| Falta de medicação | Medicamento errado |
| Medicação errada | Medicação prescrita efeito colateral |
| Falta medicação | Medicação errada da farmácia |
| Medicação errada | Injetou seringa sem medicamento |
| Medicamento diferente da receita | Medico prescreveu medicação errada |
| Medicação errada da farmácia | Falta de medicação |
| Paciente sem receber medicação por não estar na lista | Medicamento errado |
| Insulina errada da farmácia | Falta de medicamento |
| Medicação errada | Medicação dispensada, mas não entregue |
| Insulina errada da farmácia | Medicação errada da farmácia |
| Medicação errada | Aplicação de medicamento errado |
| Medicamento errado | Medicamento errado da farmácia |
| Medicamento errado | Recebeu medicamento errado |
| Categoria B - Comunicação | |
| Agressão verbal | Perdeu consulta por falta de aviso |
| Incompreensão do fluxo | Consulta cancelada sem aviso ao paciente |
| Consulta foi remarcada e o paciente não foi avisado | Perdeu consulta falta de aviso |
| Perdeu consulta por não ouvir o chamado | Agendamento sem comunicação |
| Não foi avisado da consulta | Perdeu consulta por falta de aviso |
| Paciente não compreendeu prescrição | Agendamento errado sem comunicação |
| Perdeu consulta falta de comunicação | Falta de aviso |
| Paciente falta consulta por falta de comunicação | Desentendimento paciente- enfermeira |
| Paciente ficou em jejum aguardando exame que não ocorreu | |
| Categoria C - Exames | |
| Não coletou exame | Homônimo na coleta de exame |
| Perda do exame | Resultado de exame errado |
| Pacientes não testados para Covid-19 | Solicitação errada de exame |
| Demora em avaliar exames | ECG de urgência sem indicação clínica |
| Troca na identificação de exame | Solicitação de exame extraviado |
| Paciente ficou em jejum aguardando exame que não ocorreu | |
| Categoria D - Agendamento | |
| Agendamento de consulta exame errado | Chegou a unidade para consulta agendamento errado |
| Paciente sem consulta por horário errado | Agendamento de consulta errado |
| Compareceu a um agendamento equivocado | Erro no agendamento consulta especializada |

“conclusão”

| Unidades Constituintes | |
|--------------------------------|------------------|
| Categoria E - Vacina | |
| Identificação errada de vacina | Vacina duplicada |
| Dose menor de vacina | Vacina errada |
| Aplicação duplicada vacina | Vacina errada |

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Os participantes também apresentaram como consequência do erro, ações ligadas à realização de exames e vacinas.

Com relação à identificação da situação que pode ter contribuído para o erro (Quadro 4), os participantes do estudo afirmaram que o déficit de atenção, conhecimento e capacitação por parte dos profissionais tem acumulado mais experiências relacionadas ao erro do que as questões estruturais que envolvem o cuidado à saúde.

Quadro 4 - Análise de conteúdo referente aos fatores contribuintes para o erro na Atenção Primária a Saúde. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2021

“continua”

| Unidades constituintes | |
|--|-------------------------------|
| Categoria A - Causas relacionadas a sobrecarga de trabalho | |
| Grande demanda | Alta demanda de pacientes |
| Grande demanda | Alta demanda de atendimento |
| Sobrecarga de trabalho | Alta demanda de pacientes |
| Sobrecarga de trabalho | Demanda excessiva |
| Sobrecarga de trabalho | Sobrecarga de trabalho |
| Alta demanda de atendimento | Sobrecarga de trabalho |
| Alta demanda de pacientes | |
| Categoria B - Causas relacionadas a déficit de conhecimento e capacitação | |
| Inoperância da equipe | Desatenção |
| Desconhecimento das práticas | Falta de atenção profissional |
| Falta de atenção profissional | Falta de atenção profissional |
| Falta de treinamento | Falta de organização |
| Falta de treinamento | Falta de atenção profissional |
| Falta de atenção profissional | Falta de atenção profissional |
| Falta de atenção profissional | Falta de atenção profissional |
| Falta de atenção profissional | Falta de atenção profissional |
| Falta supervisão enfermeiro | Falta de capacitação |
| Falta de treinamento para novatos | Falta de atenção profissional |
| Falta de atenção profissional | Falha no cuidado |
| Desconhecimento da técnica | Falta de checagem |
| Inexperiência profissional | Falta de atenção profissional |
| Inabilidade técnica | Falta de atenção profissional |

“continuação”

| Unidades constituintes | |
|---|---|
| Categoria B - Causas relacionadas a déficit de conhecimento e capacitação | |
| Inexperiência profissional | Falta de atenção profissional |
| Falta de atenção profissional | Falta de atenção profissional |
| Desorganização do processo de trabalho | Ansiedade da enfermagem |
| Falta de atenção profissional | Falta de atenção profissional |
| Falta de informação | Falta de atenção |
| Lapso de memória do profissional | Falta de organização |
| Falta de atenção profissional | Descuido |
| Categoria C - Causas relacionadas a comunicação /informação | |
| Comunicação com usuário | Falta de conferência |
| Registro incompleto | Erro de comunicação |
| Esclarecimento | Conversas paralelas |
| Falta de orientação | Falta de comunicação |
| Sistema eletrônico lento | Falta de checagem |
| Paciente analfabeto | Cadastro inconsistente |
| Desconhecimento de fluxos | Falta de comunicação com paciente |
| Falta de informação | Homônimo |
| Desconhecimento de fluxos | Falta de registro na agenda |
| Analfabetismo | Falta de verificação de relatório |
| Não conferência da receita | Falta de comunicação com paciente |
| Não conferência do cartão de vacina | Comunicação entre equipes |
| Ausência de registro | Comunicação com usuário |
| Erro de marcação | Falta de comunicação |
| Erro ao inserir a consulta | |
| Categoria D - Causas relacionadas ao déficit de recursos materiais e humanos | |
| Perda profissional | Falta de suporte social |
| Ausência por licença médica | Rotatividade de trabalhador na farmácia |
| Término de contrato de trabalho | Ausência de profissional |
| Ausência do gerente | Funcionário em treinamento |
| Falta supervisão enfermeiro | Déficit de RH |
| Falta de médicos e enfermeiros | Falta médico |
| Falta de profissional | Sem profissional |
| Poucos médicos especialistas | Poucos profissionais |
| Categoria E - Outras causas | |
| Sala de medicação | Embalagens parecidas |
| Imprevistos | Esquecimento |
| Imensurável | Usuário alterado |
| Intransigência profissional | Stress no atendimento |
| Maca estreita sem gradil | Distração ambiental |
| Acompanhante frágil | Nomes parecidos |
| Cor responsabilização | Pressa na aplicação da vacina |

“conclusão”

| Unidades constituintes | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| Categoria E - Outras causas | |
| Familiares não procuram equipe | Urgência do atendimento |
| Muita confiança | Idoso cuidando de idoso |
| Constantes mudanças | Falha no cuidado por familiares |
| Barulho excessivo | Intervenção tardia |

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Os profissionais deste estudo atribuíram a falta de atenção como elemento contribuinte do erro na APS. Outro aspecto a considerar, diz respeito à falta de atenção no quesito comunicação. Os profissionais alertaram para a ausência de checagens, conferências, verificações e registros como fatores contribuintes para os erros relacionados à comunicação. Também apontaram causas relacionadas à sobrecarga de trabalho e aos recursos humanos e materiais.

No que tange à possibilidade de prevenção do erro (Quadro 5), a maior parte dos participantes se referiu à comunicação como indicador fundamental para a diminuição dos incidentes. Esclareceram, ainda, que os profissionais necessitam de mais atenção para seguir os fluxos, prescrições e rotinas existentes.

Quadro 5 - Análise de conteúdo referente aos fatores preveníveis sobre o erro na Atenção Primária a Saúde. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2021

“continua”

| Unidades constituintes |
|--|
| Categoria A - Prevenção por meio da comunicação |
| Elencar os fluxos padronizados e orientar sobre melhoria da comunicação. |
| Registro completo com execução, resultado do teste. |
| Mais atenção do profissional para fazer a devida verificação no momento do atendimento e comunicação entre os setores. |
| Orientação adequada ao entregar a receita. |
| Instituição da orientação pós consulta, a ser realizada pelo profissional da enfermagem. |
| Verificar se o paciente compreendeu as orientações. |
| Verificar se o paciente compreendeu as orientações |
| Maior atenção ao inserir o paciente no prontuário eletrônico |
| Maior atenção aos dados do usuário |
| Ler com atenção os encaminhamentos |
| Ler com atenção as instruções das vacinas |
| Ler com atenção a prescrição e nome dos medicamentos |
| Sinalização para diferencial embalagens |
| Melhor explicação sobre prescrição |
| Circular informações sobre fluxos específicos. |

“continuação”

| Unidades constituintes |
|--|
| Categoria A - Prevenção por meio da comunicação |
| <p>Conferência de todos os dados do paciente</p> <p>Conferência do cartão de vacina e do sistema</p> <p>Falta de comunicação.</p> <p>Ter avisado o paciente.</p> <p>Mais atenção nas informações.</p> <p>Mais atenção para avaliação de cartão de vacina.</p> <p>As pessoas ficarem mais atentas a todos os dados referentes ao paciente.</p> <p>Os profissionais do SISREG entrar em contato com a unidade e discutir o caso e/ou agendar o exame</p> <p>A impressão diária de todas as consultas recusadas e a comunicação a cada equipe responsável.</p> <p>O aviso com antecedência.</p> <p>Conferência da identidade do paciente</p> <p>Conferência da medicação.</p> <p>Administrar medicação preparada por quem preparou.</p> <p>Maior atenção e empenho em avisar o usuário das possíveis mudanças.</p> <p>Manter atualizados todos os meios de comunicação com o usuário: telefones, parentes e vizinhos.</p> <p>Ter mais atenção e ter verificado mais de uma vez a receita.</p> |
| Categoria B - Prevenção com a organização do processo de trabalho |
| <p>Melhor planejamento da PBH</p> <p>Checagem dupla.</p> <p>Redução do volume de atendimento</p> <p>Uma política pública de retorno aos objetivos da APS</p> <p>Mais cuidado no território do que interno.</p> <p>Médicos mais bem preparados e com vínculo a aps.</p> <p>Maior agilidade na marcação de consulta.</p> <p>O ideal seria a limitação no número de atendimentos laboratoriais por dia.</p> <p>Melhoria no fluxo de agendamento, por exemplo: totem?</p> <p>Trabalho sistematizado. Supervisão do farmacêutico. Pausas para descanso.</p> <p>O paciente comparecer às consultas.</p> <p>A família se comprometer mais aos cuidados do paciente.</p> <p>O ACS e administrativo avisarem a tempo a remarcação da consulta.</p> <p>Mais atenção do profissional que está renovando a receita.</p> <p>Melhores condições para o profissional trabalhar.</p> <p>Organização da agenda</p> <p>Organização do processo de trabalho</p> <p>Um acolhimento mais humanizado e tolerância por parte do profissional</p> <p>Maior envolvimento da enfermagem e do médico.</p> <p>Mais responsabilidade com o usuário.</p> <p>Evitar o possível para não haver mudança de datas de consultas já agendadas.</p> |
| Categoria C - Prevenção por meio de capacitação e atualização |
| <p>O setor de saúde deve capacitar os recém-contratados antes que eles assumam qualquer atividade</p> <p>Treinamento e definição de atividades para os profissionais da recepção e definição de responsabilidades.</p> |

“conclusão”

| Unidades constituintes |
|---|
| Categoria C - Prevenção por meio de capacitação e atualização |
| <p>Perguntar sobre como realizar a técnica correta.</p> <p>Não executar tarefas que não sabe, não tem domínio ou com insegurança.</p> <p>O profissional ter se posicionado a sanar a dúvida antes de executar o procedimento que não tinha domínio.</p> <p>Treinamento prévio ofertado para amplo acesso</p> <p>Orientações e técnicas para o manejo e administração dos medicamentos.</p> <p>O profissional deveria ter estudado mais o histórico médico da paciente.</p> <p>Capacitação dos funcionários. Maior número de funcionários. Maior rigor nas rotinas de dispensação de medicação.</p> <p>Treinamento na coleta</p> |
| Categoria D - Prevenção por meio de garantia de recursos humanos e materiais. |
| <p>Maca mais larga com proteção para evitar quedas.</p> <p>Mais atenção dos técnicos de enfermagem e do acompanhante.</p> <p>Manter o estoque de medicamentos na farmácia sempre atualizado,</p> <p>Fornecer outros medicamentos de uso mais comum no sus.</p> <p>Contratação de mais médicos especialistas.</p> <p>Dois profissionais em tempo integral no setor.</p> <p>Melhores condições para o profissional trabalhar</p> <p>Garantir a quantidade adequada de profissionais</p> <p>Uma boa reposição de medicamentos na farmácia do CS.</p> <p>Maior número de funcionários</p> |

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Os participantes deste estudo afirmaram que a organização do processo de trabalho, a capacitação para atualização dos profissionais e a garantia de recursos humanos e materiais também são fatores definitivos para uma atenção à saúde segura.

5 DISCUSSÃO

A organização do processo de trabalho dos serviços de saúde é fundamental para a melhoria da segurança assistencial. Estudos capazes de identificar situações possíveis de causa de danos na APS devem ser estimulados pelos gestores, de forma a promover melhorias na organização dos serviços e no processo de cuidar das pessoas (DALCIN; DAUDT, 2020).

A APS de Belo Horizonte tem desenvolvido diversas ações com vistas a melhorar o processo de trabalho na APS. Uma delas é a Gestão do Cuidado no Território (GCT) que foi uma estratégia adotada pela SMSA para sistematizar o apoio institucional nos CSs. A base da GCT está na organização dos processos de trabalho da APS, com vistas à melhoria da qualidade da assistência à saúde da população, a partir da identificação de problemas locais, da gestão participativa de gestores e profissionais, com o uso de diretrizes e protocolos e de ferramentas da gestão clínica (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2016).

Nesse sentido, a gestão municipal tem priorizado o acesso da população à APS, a partir da qualificação das entregas dos serviços ofertados, com embasamento na publicação da Instrução Normativa 23, que estabelece as diretrizes e os procedimentos para execução e organização do processo de acesso nesse ponto de atenção à saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019; PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2022b). Entretanto, faz-se necessário um olhar ampliado e arrojado sobre os processos de trabalho na APS, em busca de padrões de segurança e de qualidade dos serviços prestados.

É nesse contexto que a pesquisa se propôs a contribuir com a SP, a partir da análise dos incidentes na APS. A inserção da pesquisadora nos CSs foi facilitada pela boa receptividade por parte dos colegas gestores, o que possibilitou o seu encontro com os profissionais sorteados, ocasião em que os materiais de pesquisa lhes foram entregues: o TCLE (Apêndice A), a Cartilha Orientadora sobre a pesquisa (Apêndice B), os Formulários Profissionais (Apêndice C), e os Formulários PCISME (Anexo A).

Participaram do estudo, em sua maioria, mulheres, na faixa etária entre 35 e 44 anos, com pós-graduação, concursados, das categorias profissionais ACS e enfermeiras, que trabalham há mais de seis anos no CS, na ESF.

No Brasil, a principal força de trabalho na saúde é constituída de mulheres, o que representa 65% dos profissionais ocupados na iniciativa pública e privada (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE [CONASEMS], 2020). Em relação à APS, o número de mulheres sobe para 78,9%. A presença feminina entre ACS e a

enfermagem tem representatividade marcante, reforçando o estereótipo da mulher como figura responsável pelo cuidado (GALAVOTE *et al.*, 2011; HERNANDES; VIEIRA, 2020; MOTA; DAVID, 2010).

Chama a atenção que, embora a temática da SP seja pouco conhecida pela categoria profissional dos ACSs, estes se mostraram sensíveis na identificação dos incidentes e constituíram importantes atores na continuidade do cuidado seguro (MUSMANNO *et al.*, 2018). Compreende-se que os ACSs permanecem grande parte do tempo na comunidade, fora do CS e representam a visão dos usuários em relação ao serviço de saúde. Essa proximidade com os usuários possibilita o registro das falhas administrativas, comunicação e de integração entre a equipe de saúde, o que pode justificar o maior número de notificação desses casos (RAIMONDI *et al.*, 2019).

Entre a equipe de enfermagem, verificou-se que a participação dos enfermeiros foi a segunda mais expressiva, enquanto os auxiliares/técnicos de enfermagem apresentaram a menor adesão. Estes profissionais têm uma participação fundamental na assistência à saúde na APS, isso porque, como aponta a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (2020), a enfermagem é a maior categoria profissional da área da saúde e está maior tempo ao lado do paciente, registrando o processo de prestação de cuidados.

Já a participação dos gestores dos CSs tem importância singular. Tem havido um crescente foco no papel da liderança dos serviços de saúde, na promoção efetiva da SP centrada no usuário. Os cuidados em saúde na APS, em geral, são realizados por meio de equipes multidisciplinares, de abordagem coletiva, e a gestão compartilhada tem sido apontada como estratégia de sucesso para a abordagem na liderança (DE BRUN; O'DONOVAN; McAULIFFE, 2020). Um dos meios poderosos para incentivar o registro de incidentes é dar *feedback* dos resultados das análises dos eventos de SP, propiciado pela gestão participativa (SOUZA, 2019).

Outro aspecto a considerar na gestão do SUS, trata-se do vínculo de trabalho como estratégia para a fixação do profissional de saúde nos serviços de atenção primária, com vistas a favorecer seu vínculo com a comunidade. Este estudo demonstrou que o vínculo de trabalho predominante é o concurso público, alinhando-se ao projeto de serviço público, desenhado ainda na década de 90 (BARBOSA, 2010). Entretanto, segundo Azevedo (2022), percebe-se na literatura um paradoxo sobre as relações contratuais de trabalho e os pressupostos da APS, pois, ao mesmo tempo que se vislumbra a manutenção do profissional por um período capaz de estimular o cuidado longitudinal, o tempo de trabalho em longo prazo, em um mesmo local,

caracteriza um fator de risco para a saúde mental e estresse ocupacional, indicando riscos potenciais para a SP.

Assim, como as relações contratuais, o tempo de trabalho na unidade também tem apontado um paradoxo na literatura. Jardim e Lancman (2009) sinalizou que o cotidiano prolongado com os usuários pode provocar impactos psicológicos no trabalhador, entretanto, também fortalece as experiências, conhecimentos e habilidades.

Considerando a importância do processo de sistematização do cuidado, os profissionais deste estudo informaram que, no decorrer de 30 dias, foram notificados 81 incidentes, distribuídos em 20 centros de saúde. A maior parte dos incidentes foram relacionados a um usuário em particular e não atingiram mais de uma pessoa. A maioria dos usuários acometidos pelo incidente tinham, em média, 50,8 anos, eram do gênero feminino, acometidas por doenças crônicas e não apresentavam indicadores de vulnerabilidade social e situação complexa de saúde significativa, em número absoluto.

Com relação ao gênero, os resultados desta pesquisa refutam outros estudos que apontam que a quantidade de incidentes que ocorrem na APS é similar para homens e mulheres. De acordo com Lorenzini, Santi e Bão (2014, p. 126), na análise dos incidentes notificados em relação ao gênero, “observou-se que não houve diferença relevante na distribuição entre homens 377 (50,4) e mulheres 372 (49,6%), corroborando o estudo realizado na Espanha, que também não encontrou essa diferença significativa entre os gêneros”. Por outro lado, tanto esta pesquisa quando a realizada por Aguiar *et al.* (2020) reconhecem que o acesso de mulheres na APS é maior, uma vez que o gênero feminino apresenta um histórico social de busca frequente pela qualidade de vida e saúde, muitas vezes, pautada na demanda fisiológica característica do corpo feminino, ginecológico e relacionado à maternidade, o que, por sua vez, torna o cuidado com o corpo uma rotina para as mulheres (AGUIAR *et al.*, 2020; COSTA-JUNIOR; COUTO; MAIA, 2016).

Apesar do cuidado rotineiro, percebeu-se no estudo que a maior parte das mulheres que passaram por um incidente possuíam doença crônica, fato já esperado, tendo em vista que as doenças crônicas não transmissíveis são consideradas as principais causas de morte e incapacidade na população mundial (MALTA *et al.*, 2020). Além disso, em dados da Pesquisa Nacional de Saúde – 2019 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2020), a maioria dos indivíduos que referiram diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes e colesterol alto, foram mulheres (IBGE, 2020).

Conforme as características dos usuários, estes foram avaliados quanto à probabilidade de serem acometidos por um incidente mais grave. Um portador de doença crônica apresentou

7,15 vezes mais chance de incidente com danos que um não portador, enquanto indivíduos com problema de saúde complexo tem 8,1 vezes mais chance de incidente com danos que um sem problema de saúde complexo, e usuários com vulnerabilidade apresentaram 10,7 vezes mais chance de incidente com danos que o não vulnerável.

Panagioti *et al.* (2017) descreveu em seu estudo que há associação entre maior ocorrência de incidentes e indivíduos com 65 anos e mais com multipatologias e com depressão são mais susceptíveis a sofrerem incidentes de segurança, na APS. Tais usuários, em geral, são grandes utilizadores dos serviços de saúde e recebem cuidados de diferentes profissionais, o que os expõem ao maior risco de incidentes.

O quadro de vulnerabilidade social constitui permanente preocupação no Brasil. O estudo identificou que 32,8% dos pacientes eram de grupos de vulnerabilidade e estes podem apresentar baixa adesão ao tratamento e menor entendimento sobre a gravidade do seu quadro clínico, bem como menor envolvimento na prevenção de incidentes, o que pode interferir no tratamento do paciente. Os níveis mais baixos de alfabetização também foram identificados como fator de aumento das taxas de incidentes de segurança na APS (MARCHON; MENDES JÚNIOR; PAVÃO, 2015; PANAGIOTI *et al.*, 2017).

Quando comparadas as variáveis: portador de doença crônica, vulnerabilidade social e situação de saúde complexa com o grau de gravidade do incidente por meio de análise multinomial múltipla, apenas a variável vulnerabilidade foi significativa, eliminando-se as demais. Assim, um indivíduo vulnerável apresentou 6,66 vezes mais chance de incidente com danos que um não vulnerável ($p = 0,033$).

No que tange aos incidentes notificados, o desfecho que mais ocorreu entre os pacientes foi o incidente que atingiu o paciente, mas não lhe causou danos. Em contrapartida, destaca-se que somente 18,5% dos pacientes sofreram danos. Importante salientar que a maioria dos profissionais relataram ter conhecimento de outro paciente que já havia sofrido o mesmo tipo de erro notificado. Um estudo realizado em Manaus (AGUIAR *et al.*, 2020) constatou percentuais de 70,5% de incidentes que atingiram o usuário e de 37% das situações com danos, incluindo dois óbitos (1,9%), o que demonstra divergências regionais no país no que concerne à notificação de incidentes, na compreensão e identificação ou ainda, nos modelos de cuidados.

Entre os setores nos quais os erros ocorreram, destacam-se o atendimento administrativo, o setor de farmácia, seguido por consultório médico. A identificação do local é importante para que ocorram medidas preventivas referentes aos incidentes. Estudos realizados, no Brasil e no exterior, apontaram esses locais como fonte favorável a incidentes, porém em ordens diferentes (MARCHON; MENDES JÚNIOR; PAVÃO, 2015; MICHAEL *et al.*, 2017).

Nesse sentido, independentemente se o incidente causou ou não danos, ele deve ser identificado. Sobre os incidentes, estes foram classificados pela TAPS em duas categorias. A primeira se refere a erros no processo de trabalho (81,5%). Destes, os mais comuns foram os relativos à comunicação (27,2%), ao atendimento administrativo (24,7%), e ainda, à tratamentos (19,8%). Especificamente naqueles relacionados à comunicação, o erro mais significativo está na comunicação com o usuário (24,7%). Já sobre os erros administrativos, este estudo demonstrou ênfase nos erros de marcação de consultas (11,1%) e arquivamento (6,2%). Em relação a erros de tratamento, a dispensação de medicamentos (18,5%) foi o erro de maior relevância. Esses dados são parecidos aos encontrados pelos estudos conduzidos por Marchon, Mendes Júnior e Pavão (2015) e Sequeira, Martins e Pereira (2010). No que diz respeito à comunicação, a maior parte dos erros foi na interação profissional-usuário.

A outra categoria está relacionada a erros de conhecimento e de competências (18,5%), que estão associados às deficiências no conhecimento e habilidades dos profissionais de saúde. Nesse campo, a maior parte dos erros se refere à execução de uma tarefa clínica (14,8%). Ainda neste quesito, os erros mais frequentes se relacionaram à aplicação de vacinas e de medicamentos, decorrentes da falta de experiência e habilidades na execução dos procedimentos. Ainda houve registro de erro de decisão de tratamento (2,5%), e de erro de diagnóstico (1,2%).

Destaca-se que os entraves relacionados ao processo de trabalho foram prontamente identificados pelos participantes do estudo. Aguiar *et al.* (2020) afirmam que tais erros podem afetar a continuidade do cuidado de um ou múltiplos usuários. Sabe-se que, na maioria do país, as marcações de consultas e processos administrativos envolvem sistema eletrônicos. Tais dados sugerem que os profissionais ainda não apresentam domínio sobre essas tecnologias, e apontam um percentual elevado de erros administrativos. Resultados semelhantes também foram encontrados em estudos realizados na França (MICHAEL *et al.*, 2017), Portugal, Austrália e Espanha (MAKEHAM *et al.*, 2002; MARCHON; MENDES JÚNIOR; PAVÃO, 2015; MONTSERRAT-CAPELLA *et al.*, 2015; SEQUEIRA; MARTINS; PEREIRA, 2010).

Importante destacar que, na análise qualitativa dos dados deste estudo, os profissionais reforçaram os erros de comunicação como potencial elemento disparador de erro, principalmente no que tange à comunicação administrativa do CS, em informar os usuários sobre as consultas agendadas. Dentre os problemas descritos, a falta de aviso aos usuários de agendamento e a alteração da marcação de consulta foram os mais significativos. Há um registro em que vários pacientes foram atingidos por falta de aviso de agendamento de consulta e de exame especializado. Também houve registro de agressão verbal aos trabalhadores, e uma

situação conflituosa entre o profissional e a mãe de uma criança, o qual foi descrito como falta de habilidade do profissional, o que acarretou prejuízo na assistência à saúde da criança.

A ocorrência desse tipo de incidente revela que há um grande distanciamento cultural entre o profissional de saúde e o usuário que, muitas vezes, apresenta dificuldades de compreensão e interpretação das ações (SEQUEIRA; MARTINS; PEREIRA, 2010).

No Brasil, a identificação de erros administrativos supera os consultórios como ambiente de surgimento de incidentes. Estima-se que entre 5 e 50% de todos os erros neste nível de atenção sejam administrativos (PROQUALIS, 2018). Os erros de comunicação e de administração, em grande parte, têm o envolvimento dos profissionais da recepção e da administração. As atividades realizadas nesses setores, na maior parte das vezes, são de responsabilidade da equipe administrativa, composta por administrativos, estagiários de nível médio e profissionais de saúde readaptados, que possuem restrição médica para realizar as funções do seu cargo. Quando se considera a sobrecarga de trabalho, a ausência de referência de padrão de atendimento, e a falta de qualificação da equipe para a atividade administrativa, pode-se justificar a ocorrência de erros nessas áreas.

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2017), é recomendado que, na recepção da unidade básica de saúde, ocorram frequentemente ações que envolvem atividades administrativas como: classificações de riscos ou triagens; acolhimento à demanda programada e espontânea; rodas de conversas educativas, agendamento de consultas, agendamentos e entregas de exames, centralização do processo de trabalho em prontuários eletrônicos, com manuseio de documentos, o que considera a recepção um ponto de cuidado estratégico (AGUIAR *et al.*, 2020).

Em relação aos incidentes ligados ao conhecimento e competências, identificou-se que os erros mais frequentes, apontados pelos participantes desta pesquisa, estavam relacionados à aplicação de imunobiológicos e medicamentos, decorrentes da falta de experiência e de habilidades na execução dos procedimentos. Na descrição das notificações, foi possível observar situações relativas à aplicação de imunobiológico contra Covid-19 com dose errada, vacina errada e fora do período de aplicação, além de dose duplicada e seringa sem o imunobiológico. Também houve registros frequentes de aplicação de medicamento errado decorrentes de falta de experiência e de conhecimento na execução do procedimento, e falta de paramentação para atender usuário com Covid-19.

Estudos apontam que cerca de 30% dos danos causados ao usuário e às instituições estão relacionados aos erros de medicação (WHO, 2017). Na etapa de análise qualitativa deste estudo, as principais consequências relacionadas aos incidentes analisados pelos profissionais

envolvem a prescrição, dispensação e administração de medicamentos. Dalcin e Daudt (2020) destacaram que a OMS, ao longo dos anos, vem batalhando para o enfrentamento da redução de erros relacionados a medicamentos. Entretanto, a implantação de protocolos de segurança de identificação, prescrição, uso e administração de medicamentos e de higienização das mãos ainda encontram barreiras para serem assumidas pelos profissionais.

Os erros relacionados a medicamentos são comuns nas organizações de saúde, sendo as suas causas múltiplas que vão desde a má inserção de dados no sistema a trocas de identidades do usuário, troca de nome de medicamentos, incorreta interpretação das receitas nas farmácias, insuficiente prescrição por parte do médico, entre outras causas, e só a atenção constante e sistemas redundantes, onde o próprio paciente tem também um papel fundamental, podem auxiliar todos os profissionais e usuários a evitar estes erros. O erro na medicação é sempre grave, embora, consoante o medicamento, o uso, a ausência, ou aparecimento de efeitos secundários, conduzam a estados de saúde perigosos, que possam causar dano ao usuário (SEQUEIRA; MARTINS; PEREIRA, 2010).

No SUS-BH, os CSs possuem uma farmácia coordenada por um farmacêutico. A atividade de dispensação do medicamento é uma das etapas do processo de trabalho das farmácias locais. Essa atividade é realizada por profissionais de nível médio, em geral um auxiliar/técnico de enfermagem, em esquema de rodízio, conforme escala programada pelos enfermeiros do CS (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018b). A dispensação de medicamento, às vezes pode ser considerada uma tarefa de simples entrega, ao desconsiderar os riscos para a saúde do usuário diante do erro, pois esta é uma das principais causas de danos evitáveis nos serviços de saúde (WHO, 2017).

A SP relacionada a medicamentos é uma preocupação da SMSA. Foi explicitada pela Gerência de Assistência Farmacêutica e Insumos Essenciais (GAFIE), ao instituir recentemente um formulário eletrônico, o Registro de Erros de Medicamentos (NOTIMED), para identificar os erros de administração, dispensação e prescrição. Em uma análise dessas notificações realizadas, em 2021, observou-se que os erros de dispensação de medicamentos representaram o maior volume de notificações, o que corrobora a pesquisa realizada (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2022a).

No que diz respeito à aplicação de imunobiológicos, reconhece-se que o trabalho exercido pelos profissionais de forma mecanicista, o elevado número de imunobiológicos no esquema de rotina e o número insuficiente de recursos humanos plenamente treinados em salas de vacinas podem contribuir para a ocorrência de erros na administração dos imunobiológicos (DUTRA *et al.*, 2019). Considerando o contexto da Pandemia Covid-19, momento em que esta

pesquisa ocorreu, os profissionais apontaram para a ausência de checagens, conferências, verificações e registros como fatores contribuintes para os erros relacionados à administração de imunobiológicos na APS.

Na avaliação da administração de imunobiológicos em salas de vacina de UBSs de um município do Nordeste brasileiro, Dutra *et al.* (2019) constataram que, em 57,1% das observações, o profissional não verificou a aparência da solução no frasco dos imunobiológicos e, em 14,3% dos casos, não foi verificado o prazo de validade e que, ainda, em nenhum dos procedimentos foi realizada a higienização das mãos (DUTRA *et al.*, 2019).

Estudos internacionais apontaram erros no processo de conservação de vacinas que podem comprometer a qualidade das vacinas dispensadas à população. Entre as falhas detectadas, destacam-se nomes, rótulos e embalagens semelhantes, armazenamento não segregado em uma geladeira. Observou-se ainda, erros na diluição de vacinas, de falta de verificação de documentos no sistema de informação de procedimentos tecnológicos usuais durante a vacinação em massa, não conformidade na temperatura de conservação e uso de vacinas vencidas (BROOKS; HABIMANA; HUCKERBY, 2020).

No Brasil, a vacina contra a Covid 19 foi realizada na APS exatamente pela sua capilaridade em todo o território nacional e capacidade de resposta à pandemia. Graças a essa organização e empenho dos gestores e trabalhadores do SUS-BH, a cobertura vacinal para a população de 12 anos e mais indica que essa faixa da população está 100% vacinada com segunda dose (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2022a). Entretanto, durante o procedimento, podem ocorrer erros que devem ser tratados como evento adverso pós-vacinação e devem ser notificados. Tais situações devem ser minimizadas por meio de treinamento adequado das técnicas de vacinação (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2022b).

Ressalta-se que os profissionais de saúde, sobretudo a equipe de enfermagem, manteve uma rotina de trabalho de extrema sobrecarga, desde o início da pandemia da Covid-19, em março de 2020, o que pode ser um fator que tenha contribuído para o erro. Também houve uma rotatividade grande de profissionais, com contratações de novos profissionais para incremento das equipes e substituição de afastados. Os novos trabalhadores foram inseridos diretamente no serviço, sem a capacitação e treinamento devido. Os protocolos, rotinas e normas, por si só não garantem o cuidado seguro. Nesse contexto é que se deve inserir a educação em saúde e educação permanente para real e efetiva SP (DALCIN; DAUDT, 2020).

Na publicação de Dalcin e Daudt (2020, p. 25), os autores avançam e apontam, por fim, os incidentes mais comuns na APS, “que fortalecem os achados deste estudo: erros de

diagnóstico (26 % a 57%); erros no tratamento (7% a 37%); tratamento medicamentoso (13% a 53%); decorrente da forma e organização do serviço (9% a 56%); comunicação interprofissional e entre os profissionais e os usuários (5% a 72%)”.

Importante citar que 17,3% do total dos incidentes notificados atingiram mais de um paciente e foram considerados na classificação do erro, entretanto, não foi possível identificar numericamente o número de usuários atingidos. Alguns erros citados foram: aplicação de vacina a vários usuários com a dose menor que a recomendada pelo fabricante; a não realização de exames laboratoriais e de teste de antígeno para Covid-19, por falta de insumos, e ainda, ter deixado de avisar diversos usuários sobre o agendamento de consultas especializadas.

Com relação à identificação da situação que pode ter contribuído para o erro, os participantes do estudo afirmaram que o déficit de atenção, conhecimento e capacitação por parte dos profissionais tem acumulado mais experiências relacionadas ao erro do que as questões estruturais que envolvem o cuidado à saúde. Os profissionais deste estudo atribuíram a falta de atenção como elemento contribuinte do erro na APS. Outro aspecto a considerar, diz respeito à falta de atenção no quesito comunicação. Os profissionais alertaram para a ausência de checagens, conferências, verificações e registros como fatores contribuintes para os erros relacionados à comunicação. Também apontaram causas relacionadas à sobrecarga de trabalho e aos recursos humanos e materiais.

Percebeu-se que caracterização dos incidentes representa o campo de trabalho na APS que se faz a partir de diferentes e múltiplas demandas de cuidado. Nesse sentido, cabe destacar que em 2017, a PNAB foi revisada, trazendo um avanço na incorporação da questão da SP como atribuições de todos os profissionais que atuam na APS e como diretriz para a organização do processo de trabalho na APS e outras políticas de saúde (BRASIL, 2017). No ano seguinte, 2018, foi renovada a “Declaração de Astana” pela OMS, que descreveu que o sucesso da Atenção Primária será impulsionado pelo uso de uma variedade de tecnologias que promovam a melhoria da qualidade do serviço e a SP, e que aumentem a eficiência e a coordenação do cuidado nesse nível assistencial (MONTSERRAT-CAPELLA *et al.*, 2015).

A complexidade do cuidado prestado na APS tem aumentado à medida que a evolução tecnológica em saúde amplia suas funções clínicas. Cuidados antes prestados em outros níveis de atenção à saúde passaram a ser realizados no nível da APS, o que confere prioridade na busca pela qualidade e resolubilidade nesse nível de atenção à saúde (BRASIL, 2013a).

A fim de buscar qualidade e segurança nos serviços de APS, os profissionais participantes deste estudo apresentaram possibilidades de prevenção dos erros, que se concentraram na comunicação como indicador fundamental para a diminuição dos incidentes.

Esclareceram ainda, que os profissionais necessitam de mais atenção para seguir os fluxos, prescrições e rotinas existentes e afirmaram que a organização do processo de trabalho, a capacitação para atualização dos profissionais e a garantia de recursos humanos e materiais também são fatores definitivos para uma atenção à saúde segura.

Percebe-se que a prevenção do erro, segundo os profissionais deste estudo, deve considerar elementos individuais, estruturais e coletivos para atenção à saúde segura na APS. A APS possui inúmeras particularidades e desafios que variam de acordo com a realidade do território, entretanto, nesta análise, percebeu-se que as pesquisas têm apontado para um conjunto de incidentes comuns e com incidência em um grupo populacional parecido, bem como características profissionais similares, que coincidem com trabalhadores experientes e com conhecimento sobre o funcionamento da ESF.

Vale a pena destacar que os fatores identificados neste e em outros estudos têm implicações significativas na gestão em saúde na APS e na liderança exercida pelos profissionais (VICENT; AMALBERTI, 2016). O gestor da APS tem autonomia restrita sobre a mobilização de recursos, mas tem função importante na condução dos processos de trabalho locais e mobilização dos profissionais com vistas a melhorar a qualidade e a segurança da assistência à saúde. Portanto, um aspecto primordial é tratar a SP bem como os processos de aprendizagem e a capacidade de trabalho em rede, com as demais unidades do território. “O trabalho em rede tem sido potencial para a estimular a sinergia de organização do processo de trabalho na APS, revelando conjunturas de resolução de problemas em busca de um cuidado mais seguro” (DALCIN; DAUDT, 2020, p. 128). A aproximação que a APS tem da população exige que a SP seja um aspecto prioritário para a APS, bem como a capacitação profissional de gestores e líderes quanto à liderança em saúde, considerando-se os seus aspectos teóricos e conceituais, poderá contribuir para o investimento nas ações de segurança e qualidade neste nível de atenção.

6 PRODUTO TÉCNICO

Apesar dos esforços envidados pelas instituições em todo o mundo, e em especial, pelo MS, pelo desenvolvimento do PNSP, em 2013, as políticas intersetoriais vigentes não deram conta de estimular mudanças significativas nessa área, na APS. Sabe-se que, por si só, apenas a instituição do Programa Nacional não garante a adoção de práticas mais seguras, embora seja um pilar de sustentação junto à PNAB, na finalidade de melhorar a qualidade e segurança do cuidado na APS.

A análise de incidentes demonstrou a possibilidade de refletir e reconhecer as fragilidades da organização do processo de trabalho e mobilizar esforços para oferecer uma ferramenta que permita o monitoramento sistemático das situações e dos locais da unidade que possam ocasionar erros, e ainda, auxiliar no processo de ampliação e incorporação de aprendizagem sobre SP na APS.

Considerando a importância de avançar no sentido de se contribuir para uma análise sistemática dos incidentes na APS, e que estes possam ser alçados em nível de indicadores fundamentais rumo à adesão da SP neste nível de atenção, foi elaborado um instrumento de notificação denominado: “APSegura”, com base nos resultados deste estudo.

O “APSegura” vislumbra ser uma ferramenta básica que pode ser utilizada, frequentemente, pelos profissionais de todas as regiões de Belo Horizonte, na ocasião de vivenciar ou observar um incidente. O “APSegura” resume-se em um exercício para mudanças sistêmicas na prevenção de incidentes semelhantes. O instrumento apresenta uma linguagem amigável, e é composto por 20 questões que envolvem duas etapas: a primeira se refere à identificação do local, número de usuários atingidos e à data da ocorrência. A outra etapa busca identificar o erro, a situação que contribuiu para que ele ocorresse, o modo de prevenção, a vulnerabilidade do usuário, como foi enfrentado o dano, o grau e a frequência com que este mesmo erro ocorre.

Após o preenchimento, o profissional registra a notificação no sistema, e o gestor do CS ou da Regional tem acesso a um relatório que pode ser verificado e analisado em tempo a se definir e se pactuar ações para melhoria da SP.

Acredita-se que o “APSegura” possa se tornar uma ferramenta de apoio ao serviço na busca pela qualidade do cuidado na APS. Ressalte-se que o APSegura foi desenvolvido tendo como base o PCISME (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2015) e o documento publicado pela OMS, traduzido pela FIOCRUZ PROQUALIS (PROQUALIS, 2018).


6.1 Formulário Impresso

| APSegura | | Notificação de incidentes de segurança do paciente na atenção primária à saúde da rede SUS - BH. | |
|--|--|---|----------|
| Identificação do notificante | | | |
| 1. Qual sua Regional: () Barreiro () Centro Sul () Leste () Nordeste () Noroeste () Norte () Oeste () Pampulha () | | 2. Qual o seu Centro de Saúde? | |
| 3. Qual a sua categoria profissional? () ACS () Enfermeiro () Aux/Téc de Enfermagem () Dentista () ASB/ TSB () Médico () Gerente () Outros: _____ | | | |
| Perfil do incidente | | | |
| 4. Foi um incidentes que atingiu apenas um paciente? () Não. Aproximadamente quantos pacientes foram atingidos? _____ (Pule para a questão 10) () Sim | | | |
| Características do paciente acometido pelo incidente | | | |
| 5. Qual o sexo do paciente? () Feminino () Masculino () Ignorado | | 6. Qual a idade do paciente? _____ () Anos () Meses | |
| 7. Raça/ Cor do paciente: () Branco () Preto () Amarelo () Pardo () Indígena () Ignorado | | | |
| 8. O paciente é portador de alguma doença crônica? () Nenhuma () Cromossomopatias () Distúrbios endócrinos (Diabetes, Hipo/ hipertireoidismo) () Doenças cardíacas e vasculares (HAS) () Doenças hematológicas () Doenças renais crônicas () Doenças respiratórias crônicas () Portador de sofrimento mental () Transtorno neurológico () Outras: _____ | | 9. O paciente apresenta alguma condição de vulnerabilidade? () Nenhuma () Analfabetismo () Condição clínica de difícil manejo () Criança (> 10 anos) () Gestante/ puérpera (Até 45 dias após o parto) () Idoso (> 60 anos) () Morador de área de risco () Pessoa em situação de rua () Portador de necessidades especiais () Recebe BPC ou auxílio Brasil () Uso abusivo de álcool e/ou outras drogas | |
| Descrição do incidente | | | |
| 10. Descreva o que aconteceu? _____ _____ _____ _____ | | | |
| 11. Data ou período em que ocorreu o incidente? | | 12. Se possível, identifique o horário em que ocorreu o incidente? | |
| 13. Local onde aconteceu o incidente () Consultório (de enfermagem, médico, odontológico, ..) () Recepção () Domicílio do paciente () Sala de coleta de exames laboratoriais () Farmácia () Sala de curativo () Hospital () Sala de observação () Laboratório (exceto sala de coleta) () Sala de vacina () Unidade de Pronto Atendimento (UPA) () Outros locais: _____ () Outros pontos da Rede de Atenção à Saúde SUS (Atenção secundária, Saúde Mental, ...) | | | |
| 14. Com base na tabela apresentada no verso, como você classificaria este incidente? (Anotar aqui o número referente a classificação escolhida) | | | Nº _____ |
| 15. Como você classificaria o grau deste incidente? () Não houve dano () Dano leve () Dano moderado () Dano grave () Óbito () Não tenho como classificar | | | |
| 16. Na sua opinião, o que pode ter contribuído para o erro? _____ _____ _____ | | | |
| 17. O que poderia ter prevenido o erro? O que dever ser mudado para se evitar a repetição desse tipo de incidente? _____ _____ _____ | | | |
| 18. Qual(is) a(s) ação(ões) realizada(s) diante do incidente? _____ _____ _____ | | | |
| 19. Com que frequência ocorre esse tipo de incidente na sua prática? () Primeira vez () Às vezes (3 a 11 vezes ao ano) () Raramente (1 a 2 vezes ao ano) () Frequentemente (1 ou mais vezes ao mês) | | | |
| 20. Quem identificou o incidente? () Paciente () Profissional de saúde () Responsável pelo paciente | | | |

6.2 Formulário Eletrônico

Template APSegura: Notificação de Incidente de segurança na Atenção Primária a Saúde da Rede SUS-BH

Perguntas
Respostas 1
Configurações
Total de pontos: 0



Seção 1 de 25

APSegura - Notificação de incidente de segurança do paciente na atenção primária a saúde da rede SUS-BH ✕ ⋮

O incidente é um evento que, decorrente de um ato intencional ou não, podendo resultar em dano desnecessário ao paciente e lhe causar dano, resultando em um evento adverso no âmbito de um serviço de saúde. A análise destes incidentes no contexto da APS vem ganhando relevância dado o grande número de pacientes atendidos e procedimentos realizados nestes serviços, além do progressivo aumento na complexidade assistencial ofertada.

No Brasil, estima-se uma ocorrência na razão de 1,1% de incidentes na APS sendo que até 85% destes podem ser evitáveis. Em BH, dados recentes, avaliados no Distrito Sanitário Nordeste, evidenciaram a notificação voluntária de 81 Incidentes num período de 30 dias relacionados sobretudo, ao processo de trabalho na atenção à saúde (81,48%) e com deficiências no conhecimento e habilidades dos profissionais de saúde (18.52%). Os principais locais onde estes incidentes ocorreram foram durante o atendimento administrativo (30,9%), na farmácia (19,8%) e no consultório médico (12.3%). Em relação às características dos pacientes, aqueles com alguma vulnerabilidade apresentaram 6 vezes mais chance de incidente com dano.

Este formulário considerou as recomendações da OMS (Modelo de Informações mínimas para a Notificação de Incidentes).

A sua participação é muito importante para melhoria da qualidade e segurança da APS.

⋮

APS SEGURA - Notificação de Incidente de Segurança na Atenção Primária
📄 🗑️ ⋮

Identificação do Notificante

+
📄
Tr
🖨️

APSegura - Notificação de Incidente de segurança na Atenção Primária a Saúde da Rede SUS-BH

O incidente é um evento que, decorrente de um ato intencional ou não, podendo resultar em dano desnecessário ao paciente e lhe causar dano, resultando em um evento adverso no âmbito de um serviço de saúde. A análise destes incidentes no contexto da APS vem ganhando relevância dado o grande número de pacientes atendidos e procedimentos realizados nestes serviços, além do progressivo aumento na complexidade assistencial ofertada.

No Brasil, estima-se uma ocorrência na razão de 1,1% de incidentes na APS sendo que até 85% destes podem ser evitáveis. Em BH, dados recentes, avaliados no Distrito Sanitário Nordeste, evidenciaram a notificação voluntária de 81 Incidentes num período de 30 dias relacionados sobretudo, ao processo de trabalho na atenção à saúde (81,48%) e com deficiências no conhecimento e habilidades dos profissionais de saúde (18,52%). Os principais locais onde estes incidentes ocorreram foram durante o atendimento administrativo (30,9%), na farmácia (19,8%) e no consultório médico (12,3%). Em relação às características dos pacientes, aqueles com alguma vulnerabilidade apresentaram 6 vezes mais chance de incidente com dano.

Este formulário considerou as recomendações da OMS (Modelo de Informações mínimas para a Notificação de Incidentes).

A sua participação é muito importante para melhoria da qualidade e segurança da APS.

APS SEGURA - Notificação de Incidente de Segurança na Atenção Primária

I. 1- QUAL A SUA REGIONAL? *

Marcar apenas uma oval.

- BARREIRO
- CENTRO SUL
- LESTE
- PAMPULHA
- NORTE
- NOROESTE
- NORDESTE
- OESTE
- VENDA NOVA

Regional Barreiro

2. 2- QUAL O SEU CENTRO DE SAUDE? *

Marcar apenas uma oval.

- Centro de Saúde Bairro das Indústrias
 Centro de Saúde Bonsucesso
 Centro de Saúde Carlos Renato Dias
 Centro de Saúde Diamante / Teixeira Dias
 Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo (Miramar)
 Centro de Saúde Independência
 Centro de Saúde Itaipu / Jatobá
 Centro de Saúde Lisandra Angélica David Justino / Túnel de Ibirité
 Centro de Saúde Maria Madalena Teodoro - Lindeia
 Centro de Saúde Mangueiras
 Centro de Saúde Milionários
 Centro de Saúde Pilar/Olhos D'Agua
 Centro de Saúde Regina
 Centro de Saúde Santa Cecília
 Centro de Saúde Urucuia
 Centro de Saúde Vale do Jatobá
 Centro de Saúde Vila Cemig
 Centro de Saúde Vila Pinho
 Opção 19

Regional Centro Sul

3. 2- QUAL O SEU CENTRO DE SAUDE? *

Marcar apenas uma oval.

- Centro de Saúde Cafezal
 Centro de Saúde Carlos Chagas
 Centro de Saúde Conjunto Santa Maria
 Centro de Saúde Menino Jesus
 Centro de Saúde Nossa Senhora Aparecida
 Centro de Saúde Nossa Senhora de Fátima
 Centro de Saúde Oswaldo Cruz
 Centro de Saúde Padre Tarcísio
 Centro de Saúde São Miguel Arcanjo
 Centro de Saúde Santa Lúcia
 Centro de Saúde Santa Rita de Cássia
 Centro de Saúde Tia Amância

Regional Leste

4. 2- QUAL O SEU CENTRO DE SAUDE? *

Marcar apenas uma oval.

- Centro de Saúde Alto Vera Cruz
- Centro de Saúde Boa Vista
- Centro de Saúde Granja de Freitas
- Centro de Saúde Horto
- Centro de Saúde Horto - Anexo
- Centro de Saúde Mariano de Abreu
- Centro de Saúde Marco António Menezes
- Centro de Saúde Novo Horizonte
- Centro de Saúde Paraíso
- Centro de Saúde Pompéia
- Centro de Saúde Santa Inês
- Centro de Saúde São Geraldo
- Centro de Saúde São José Operário
- Centro de Saúde Taquaril
- Centro de Saúde Taquaril - Anexo
- Centro de Saúde Vera Cruz

Regional Pampulha

5. 2- QUAL O SEU CENTRO DE SAUDE? *

Marcar apenas uma oval.

- Centro de Saúde Confisco
- Centro de Saúde Dom Orione
- Centro de Saúde Itamarati
- Centro de Saúde Jardim Alvorada
- Centro de Saúde Ouro Preto
- Centro de Saúde Padre Joaquim Maia
- Centro de Saúde Padre Tiago
- Centro de Saúde Santa Amélia
- Centro de Saúde Santa Rosa
- Centro de Saúde Santa Rosa (anexo)
- Centro de Saúde Santa Terezinha
- Centro de Saúde São Francisco
- Centro de Saúde São José
- Centro de Saúde Serrano
- Centro de Saúde Trevo
- Centro de Saúde Trevo (anexo - Dandara)

Regional Norte

6. 2- QUAL O SEU CENTRO DE SAUDE? *

Marcar apenas uma oval.

- Centro de Saúde Aarão Reis
- Centro de Saúde Campo Alegre
- Centro de Saúde Etelvina Carneiro
- Centro de Saúde Floramar I
- Centro de Saúde Guarani
- Centro de Saúde Heliópolis
- Centro de Saúde Jardim Guanabara
- Centro de Saúde Jaqueline
- Centro de Saúde Jaqueline 2
- Centro de Saúde Jardim Felicidade
- Centro de Saúde Jardim Felicidade 2
- Centro de Saúde Lajedo
- Centro de Saúde MG 20 - Monte Azul
- Centro de Saúde Novo Aarão Reis
- Centro de Saúde Primeiro de Maio
- Centro de Saúde Providência
- Centro de Saúde São Bernardo
- Centro de Saúde São Tomás
- Centro de Saúde Tupi
- Centro de Saúde Zilah Spósito

Regional Noroeste

7. 2- QUAL O SEU CENTRO DE SAUDE? *

Marcar apenas uma oval.

- Centro de Saúde Bom Jesus
- Centro de Saúde Califórnia
- Centro de Saúde Califórnia (anexo)
- Centro de Saúde Carlos Prates
- Centro de Saúde Coqueiros
- Centro de Saúde Dom Bosco
- Centro de Saúde Dom Cabral
- Centro de Saúde Ermelinda
- Centro de Saúde Glória
- Centro de Saúde Jardim Filadélfia
- Centro de Saúde Jardim Montanhês
- Centro de Saúde João Pinheiro
- Centro de Saúde Padre Eustáquio
- Centro de Saúde Padre Eustáquio (anexo)
- Centro de Saúde Pedreira Prado Lopes
- Centro de Saúde Pindorama - Elza Martins
- Centro de Saúde Santos Anjos
- Centro de Saúde São Cristóvão

Regional Oeste

8. 2- QUAL O SEU CENTRO DE SAUDE? *

Marcar apenas uma oval.

- Centro de Saúde Amílcar Vianna Martins
 Centro de Saúde Betânia
 Centro de Saúde Cabana
 Centro de Saúde Camargos
 Centro de Saúde Cicero Idelfonso
 Centro de Saúde Conjunto Betânia
 Centro de Saúde Havai
 Centro de Saúde João XXIII
 Centro de Saúde Noraldino de Lima
 Centro de Saúde Palmeiras
 Centro de Saúde Salgado Filho
 Centro de Saúde Santa Maria
 Centro de Saúde São Jorge
 Centro de Saúde Ventosa
 Centro de Saúde Vila Imperial
 Centro de Saúde Vila Leonina
 Centro de Saúde Vista Alegre
 Centro de Saúde Waldomiro Lobo

Regional Nordeste

9. 2- QUAL O SEU CENTRO DE SAUDE? *

Marcar apenas uma oval.

- CS ALCIDES IINS
 CS CACHOEIRINHA
 CS CAPITÃO EDUARDO
 CS CIDADE OZANAN
 CS CONJUNTO PAULO VI
 CS DOM JOAQUIM
 CS EFIGENIA MURTA DE FIGUEIREDO
 CS GENTIL GOMES
 CS GOIANIA
 CS LEOPOLDO CRISÓSTOMO DE CASTRO
 CS MARCELO PONTEL GOMES
 CS MARIA GORETI
 CS MARIVANDA BALEEIRO
 CS NAZARÉ
 CS OLAVO ALBINO
 CS PADRE FERNANDO DE MELO
 CS RIBEIRO DE ABREU
 CS SÃO GABRIEL
 CS SÃO MARCOS
 CS SÃO PAULO
 CS VILA MARIA
 CS VILA MARIA ANEXO JOÃO VIDAL

Regional Venda Nova

10. 2- QUAL O SEU CENTRO DE SAUDE? *

Marcar apenas uma oval.

- Centro de Saúde Alameda dos Ipês
 Centro de Saúde Andradas
 Centro de Saúde Céu Azul
 Centro de Saúde Copacabana
 Centro de Saúde Jardim dos Comercários
 Centro de Saúde Jardim dos Comercários (anexo)
 Centro de Saúde Jardim Europa
 Centro de Saúde Jardim Leblon
 Centro de Saúde Lagoa
 Centro de Saúde Mantiqueira
 Centro de Saúde Minas Caixa
 Centro de Saúde Nova York
 Centro de Saúde Paraúna
 Centro de Saúde Piratininga
 Centro de Saúde Rio Branco
 Centro de Saúde Santa Mônica
 Centro de Saúde Santo Antônio
 Centro de Saúde Serra Verde

Perguntas

11. 3- QUAL A SUA CATEGORIA PROFISSIONAL/FUNÇÃO? *

Marcar apenas uma oval.

- ADMINISTRATIVO
 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
 AGENTE DE ENDEMIAS/AGENTE DE ENDEMIAS
 ASSISTENTE SOCIAL
 AUXILIAR DE ENFERMAGEM
 AUXILIAR DE LIMPEZA
 AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL
 CIRURGIÃO DENTISTA
 EDUCADOR FÍSICO
 ENFERMEIRO
 FARMACEUTICO
 FISIOTERAPEUTA
 FONOAUDIÓLOGO
 GERENTE DE UNIDADE DE SAÚDE
 MÉDICO
 NUTRICIONISTA
 PSICÓLOGO
 TÉCNICO DE ENFERMAGEM
 TECNICO DE FARMÁCIA
 TERAPEUTA OCUPACIONAL
 TECNICO DE SAÚDE BUCAL
 NÃO DESEJO ME IDENTIFICAR
 OUTROS PROFISSIONAIS

12. 4 - FOI UM INCIDENTE QUE ATINGIU APENAS UM PACIENTE?

Marcar apenas uma oval.

- SIM (CONTINUE NA QUESTÃO 06)
 NÃO

13. 5 - APROXIMADAMENTE QUANTOS PACIENTES FORAM ATINGIDOS?

14. 6- SEXO DO PACIENTE (sexo do paciente acometido pelo incidente)

Marcar apenas uma oval.

- FEMININO
 MASCULINO
 DESCONHECIDO

15. 7- IDADE DO PACIENTE (idade do paciente acometido pelo incidente) *

16. 8- DATA DO INCIDENTE

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

17. 9- HORA DO INCIDENTE

Exemplo: 08h30

18. 10- LOCAL DO INCIDENTE *

Marque todas que se aplicam.

- CONSULTORIO (de enfermagem, médico, odonto,...)
 COLETA DE EXAMES
 CURATIVO
 DOMICÍLIO
 FARMÁCIA
 HOSPITAL
 LABORATÓRIO
 OBSERVAÇÃO
 RECEPÇÃO (erros administrativos)
 VACINA
 UPA
 OUTROS PONTOS DA REDE SUS (ATENÇÃO SECUNDÁRIA, SAÚDE MENTAL)
 OUTROS

19. 11- DESCRIÇÃO DO ERRO: O QUE ACONTECEU? *

20. 12- O QUE PODE TER CONTRIBUÍDO PARA ESSE ERRO?

21. 13- O QUE PODERIA TER PREVENIDO O ERRO? POR FAVOR, CONSIDERE O QUE DEVE SER MUDADO PARA SE EVITAR A REPETIÇÃO

22. 14- O PACIENTE É PORTADOR DE CONDIÇÃO CRÔNICA? *

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO
 DESCONHEÇO

23. 15- SE SIM, QUAL CONDIÇÃO CRÔNICA?

24. 16- O PACIENTE É PORTADOR DE VULNERABILIDADES *

Marcar apenas uma oval.

- ANALFABETISMO
 IDOSO FRÁGIL
 FAZ USO ABUSIVO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS
 MORADOR DE ÁREA DE RISCO
 PESSOA EM TRAJETORIA DE RUA
 PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL GRAVE
 PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS
 RECEBE BPC OU AUXÍLIO BRASIL

25. 17- QUAIS AS AÇÕES REALIZADAS DIANTE DO INCIDENTE? AÇÕES IMEDIATAS E MELHORIA

26. 18- COMO CLASSIFICARIA O GRAU DESSE ERRO? *

Marcar apenas uma oval.

- DANO MÍNIMO (RECUPERAÇÃO EM ATÉ 1 MES)
 DANO MODERADO (RECUPERAÇÃO EM 1 MES A 1 ANO)
 DANO PERMANENTE
 ÓBITO
 NÃO TENHO COMO CLASSIFICAR
 NÃO HOUVE DANO

27. 19- COM QUE FREQUENCIA OCORRE ESSE ERRO NA SUA PRÁTICA? *

Marcar apenas uma oval.

- PRIMEIRA VEZ
- RARAMENTE (1 A 2 VEZES AO ANO)
- ÀS VEZES (3 A 11 VEZES AO ANO)
- FREQUENTEMENTE (1 OU MAIS VEZES AO MÊS)

28. 20- QUEM IDENTIFICOU O ERRO? *

Marcar apenas uma oval.

- PACIENTE
- RESPONSÁVEL PELO PACIENTE
- PROFISSIONAL DE SAÚDE

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório que a assistência à saúde na APS está, cada dia, mais complexa, fragmentada e insegura. Apesar de existirem diversos compromissos institucionais e empenho individual por parte dos profissionais para a melhoria da segurança da assistência à saúde, a adesão aos protocolos, normas e resoluções não tem sido incorporada de maneira eficiente nos serviços da APS. Isso porque a SP perpassa por elementos relacionados à melhoria da estrutura do serviço e do processo de trabalho que dependem da vontade institucional.

A introdução do tema SP na APS ainda está em estágio incipiente, que requer transformações políticas, e ao mesmo tempo coletivas, na perspectiva da organização do processo de trabalho, e individuais, entre os profissionais inseridos nesse contexto. É preciso desenvolver metodologias capazes de identificar os incidentes, a quem eles afetam, suas repercussões e maneiras de preveni-los.

É nesse sentido que este estudo buscou analisar os incidentes da APS de uma região de uma grande metrópole cuja atenção à saúde, no nível primário, é considerada modelo para todas as regiões do país. A escolha de contemplar todos os CSs do DISANE possibilitou se obter uma amostra robusta, mas apresentou desafios para percorrê-la, ao se considerar a grande extensão geográfica e populacional do território.

A caracterização dos trabalhadores participantes da pesquisa demonstrou ser o grupo, em sua maioria, de mulheres, com idade média entre 35 a 44 anos, que possuem especialização, e cujo vínculo de trabalho é o concurso público. Os ACSs e enfermeiros foram os profissionais que mais aderiram à pesquisa. O estudo exigiu dos participantes uma parcela considerável de envolvimento, o que significou interesse pela temática, e a necessidade de buscar soluções, pois a coleta de dados ocorreu, no final do ano de 2021, em plena pandemia da Covid 19. Ademais, este projeto apresentou inovações no que diz respeito aos participantes do estudo, pois buscou o olhar de diferentes categorias profissionais que atuam na porta de entrada da APS, sobretudo, com a inclusão do ACS e o gestor do CS, o que amplia a dimensão da SP.

A análise dos incidentes de segurança na APS identificou que os setores nos quais os erros mais ocorrem, são o atendimento administrativo e o setor da farmácia, seguidos do consultório médico. A pesquisa surpreendeu ao identificar que o atendimento administrativo, mormente realizado na recepção dos CSs, apresentou mais casos de ocorrência de incidentes que a farmácia, onde, costumeiramente, era o local de maior relato de erros na APS.

Já em relação à classificação do erro, o estudo identificou que os erros de processo de trabalho apresentaram incidência mais de quatro vezes maior que os erros de conhecimento e de competências.

No caso dos erros de processo de trabalho, os mais frequentes foram os de comunicação, sobretudo com o usuário, os erros administrativos e os erros com tratamento, principalmente os associados a erros de dispensação de medicamentos. Percebeu-se que o aumento da demanda de atendimento nos CSs, o baixo investimento no setor administrativo, ocasionando falhas na qualificação e na adequação do número de profissionais, além da falta de padrão de atendimento, podem justificar a ocorrência desses erros.

Por outro lado, quanto aos erros de conhecimento e de competências, a pesquisa identificou que esses são menos frequentes e se referem a erros de execução de tarefa clínica que, por sua vez, desdobram-se em erros de aplicação de medicamentos e de vacinas. Estes erros, quando ocorrem, apresentam repercussão maior entre os envolvidos, pois podem representar um risco real de dano ao paciente.

O estudo também buscou identificar se os grupos de indivíduos portadores de doença crônica, de problema de saúde complexo e de vulnerabilidades apresentavam maior chance de sofrerem um incidente com dano que os indivíduos não atingidos por essas condições. Pela análise multinomial multivariada das 3 condições citadas, identificou-se que apenas os indivíduos vulneráveis apresentaram uma significância relevante. Os dados da pesquisa demonstraram que os pacientes vulneráveis apresentaram 6,66 vezes mais chances de sofrerem um incidente com dano que os não vulneráveis. Essa informação pode subsidiar ações para implementar medidas de SP para esse grupo de usuários.

Os principais fatores contribuintes da ocorrência do erro, descritos pelos profissionais, foram a falta de atenção, a sobrecarga de trabalho, o problema de comunicação com o usuário e a falta de recursos humanos e materiais. Os participantes deste estudo, indicaram, também, possíveis soluções de prevenção dos erros, que se concentraram na comunicação como indicador fundamental para diminuição dos incidentes. Esclareceram que os profissionais necessitam de mais atenção para seguir os fluxos, prescrições e rotinas existentes, e afirmaram que a organização do processo de trabalho, a capacitação para atualização dos profissionais e a garantia de recursos humanos e materiais também são fatores definitivos para uma atenção à saúde segura.

Percebeu-se que a prevenção ao erro, segundo os profissionais deste estudo, deve considerar elementos estruturais, organização do processo de trabalho e investimento nos

indivíduos e na coletividade para uma atenção à saúde segura na APS, excluindo a cultura punitiva frente ao erro.

Dessa maneira, compreendeu-se que identificar o erro é uma importante medida para se aumentar a eficácia das organizações, pois reúne informações para subsidiar a análise e a correção de rumos na redução de incidentes. Nesse sentido, é importante que gestores e profissionais se engajem para implementar ferramentas para registros de eventos de segurança na APS, de maneira que os auxiliem a superar os obstáculos e a criar condições para que a SP seja encarada como responsabilidade de todos. Os erros devem ser enfrentados como oportunidades para se discutir e aprimorar o processo de trabalho, excluído o caráter punitivo.

Após o desenvolvimento desta pesquisa, o trabalho se conclui com a elaboração de uma ferramenta de notificação de incidentes, vislumbrando ser um produto técnico de apoio às equipes dos CSs, na busca pela qualidade do cuidado na APS.

No que diz respeito às limitações do estudo, acredita-se que o período da coleta de dados coincidente com o contexto da pandemia Covid-19 representou um viés por parte dos profissionais. Nessa oportunidade, foram apresentadas críticas exacerbadas aos processos administrativos, como consequência de os fluxos e protocolos que orientavam as práticas e rotinas terem sido modificados diversas vezes, durante a pandemia, exigindo do profissional maior nível de atenção com o trabalho.

Outras limitações estão relacionadas ao instrumento de coleta de dados, o formulário PCISME. Foi identificado que a questão referente à gravidade do incidente está relacionada a um evento anterior a que o participante teve conhecimento e não ao evento atual. Isso impossibilitou a utilização do dado na pesquisa. Diante disso, o formulário APSEgura buscou também contemplar a questão da gravidade do dano do evento notificado.

Por fim, vislumbra-se dar continuidade a este estudo, na busca de conhecimentos para validar, aplicar e analisar a implantação de uma ferramenta de Notificação de Incidente de segurança na APS da Rede SUS-BH.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, T. L.; LIMA, D. S.; MOREIRA, M. A. B.; SANTOS, L. F.; FERREIRA, J. M. B. B. Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 24, e190622, 2020. Supl. 1.
- ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S.; OLIVEIRA, V. B.; SAMPAIO, L. F. R.; SIMONI, C.; TURCI, M. A. Internações por condições sensíveis atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.
- ALVES MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Thomson, 1999. 206 p.
- ARAUJO, W. R. M.; QUEIROZ, R. C. S.; ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C.; THUMÉ, E.; TOMASI, E.; FACHINI, L. A.; THOMAZ, E. B. A. F. Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações por condições sensíveis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-12, 2017.
- AURAAEN, A.; SLAWOMIRSKI, L.; KLAZINGA, N. **The economics of patient safety in primary and ambulatory care: flying blind**. Paris: OECD, 2018. 52 p. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2022.
- AZEVEDO, A. R. I. **Estresse ocupacional na perspectiva de trabalhadores de saúde de serviços de atenção primária no contexto da pandemia Covid-19**. 2022. Dissertação (Mestrado em Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.
- BARBOSA, N. B. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2497-2506, ago. 2010. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6NdcSTSWWmhLBx7B7nMNVg/?lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2020.
- BARDIN, I. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. 141 p.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, DF: Anvisa, 2017a. 170 p. (Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/Caderno_1_-_Assist%C3%Aancia_Segura__Uma_Reflex%C3%A3o_Te%C3%B3rica_Aplicada_%C3%A0_Pr%C3%A1tica.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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. **Diário Oficial da União: Seção 1**, Brasília, DF, n. 143, p. 32-33, jul. 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 63, de 25 de novembro 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nov. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em: 23 set. 2021.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1999. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm. Acesso em: 3 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 102 p. (Caderno de Auto-Avaliação, nº 4). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_autoavaliacao_n4_saude_familia_parte1.pdf. Acesso em: 22 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 15 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo PMAQ para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 64 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf. Acesso em: 30 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 144 p. (I. História da Saúde no Brasil). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf. Acesso em: 3 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Atenção Primária?** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <Http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 3 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, set. 2017b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 30 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, abr. 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 3 set. 2020.

BROOKS, A.; HABIMANA, D.; HUCKERBY, G. Making the leap into the next generation: a commentary on how Gavi, the Vaccine Alliance is supporting countries' supply chain transformations in 2016-2020. **Vaccine**, [Guildford], v. 35, n. 17, p. 2110-2114, Apr. 2017. DOI <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.12.072>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28364917/>. Acesso em: 3 set. 2020.

CARVALHO, L. F. **Empowerment: uma alternativa em promoção de saúde**. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3896.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2022.

CASTRO, M. D.; OLIVEIRA, V. B.; ANDRADE, A. C. S.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, A. F. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, e00209819, 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS. **CONASEMS**, Brasília, DF, 6 mar. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/#:~:text=As%20mulheres%20s%C3%A3o%20a%20principal,hospitais%2C%20quanto%20na%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20B%C3%A1sica>. Acesso em: 26 mar. 2022.

COOPER, A.; EDWARDS, A.; WILLIAMS, W.; EVANS, H. P.; AVERY, A.; HIBBERT, P.; MAKEHAM, M.; SHEIKH, A.; DONALDSON, L. J.; CARSON-STEVENSON, A. Sources of unsafe primary care for older adults: a mixed-methods analysis of patient safety incident reports. **Age Ageing**, London, v. 46, n. 5, p. 833–839, Sept. 2017.

COSTA-JUNIOR, F. M.; COUTO, M. T. C.; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 97-117, Aug. 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.04.a>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/sDWMnkgYSt7jMsbXWfx36bv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2020.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. G. M.; ROBERTO, B. A. D.; DAIBERT, P. B.; ABREU, A. C. C.; LEÃO, M. L. **II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil: propondo as prioridades nacionais.** São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2018. 98 p. Disponível em: https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-04/Anuario2018_0.pdf. Acesso em: 16 maio 2022.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; ROSA, M. B. **Erros Acontecem: a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados.** São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2016. 48 p.

DALCIN, T. C.; DAUDT, C. G. (ed.). **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: teoria & prática.** Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020. 220 p.

DE BRUN, A.; O'DONOVAN, R.; McAULIFFE, E. Interventions to develop collectivistic leadership in healthcare settings: a systematic review. **BMC Health Services Research**, London, v. 19, n. 72, Jan. 2019. DOI <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3883-x>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/22/8673/htm>. Acesso em: 26 mar. 2022.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, Sept. 1988. DOI <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3045356/>. Acesso em: 29 mar. 2022.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, Nov. 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/>. Acesso em: 29 mar. 2022.

DUTRA, F. C.; VASCONCELOS, P. F.; MONTEIRO, F. M.; FREIRE, V. E.; SOUZA NETO, P. H. Falhas na administração de imunobiológicos: análise de causa raiz. **Revista de Enfermagem UFPE on Line**, Recife, v. 13, e239254, 2019. DOI <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239254>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239254/32415>. Acesso em: 29 mar. 2022.

EMPRESA DE INFORMÁTICA E INFORMAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE (PRODABEL). **Área de abrangência atual – NE.** Belo Horizonte: PRODABEL, 2021.

FACCHINI, L. A. **A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos.** Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2018. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>. Acesso em: 3 out. 2021.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 208-223, set. 2018. Número especial 1. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2022.

- FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. *In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (org.). Modelos de atenção e a saúde da família.* Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).
- FLEURY, S.; OUVÉRY, A.M. Política de Saúde: uma política social. *In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 1100 p.
- FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. 164 p.
- FRAGATA, J.; MARTINS, L. Causas e mecanismos dos erros em medicina: anatomia do erro. *In: FRAGATA, J.; MARTINS, L. (ed.). O Erro em Medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade.* Coimbra: Almedina; 2008. p. 41-80.
- FURINI, A. C. A.; NUNES, A. A.; DALLORA, M. E. L. V. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, e20180317, 2019. Número especial. DOI <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/ghp6h3SKJMjjwbY96yyd3Yz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 maio 2022.
- GALAVOTE, H. S.; PRADO, T. N.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-240, Jan. 2011. Supl. 1. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100026>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vCn9VfjW9n3vyCXwMNntRwN/?lang=pt>. Acesso em: 16 maio 2022.
- GALHARDI, N. M.; ROSEIRA, C. E.; ORLANDI, F. S.; FIGUEIREDO, R. M. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 409-416, jul./ago. 2018.
- GONÇALVES, J. P. P.; BATISTA, L. R.; CARVALHO, L. M.; OLIVEIRA, M. P.; MOREIRA, K. S.; LEITE, M. T. S. Prontuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das redes de atenção à saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 43-50, 2013.
- GONÇALVES, M. R.; HAUSER, L.; PRESTES, I. V.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; HARZHEIM, E. Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. **Family Practice**, Oxford, v. 33, n. 3, p. 238-242, June 2016.
- HARZHEIM, E. Novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, abr. 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401189. Acesso em: 28 fev. 2021.

HARZHEIM, E.; SANTOS, C. M. J.; D'AVILA, O. P.; WOLLMANN, L.; PINTO, L. F. Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2354, 2020.

HERNANDES, E. S. C.; VIEIRA, L. A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à Covid-19. **ANESP**, Brasília, 17 abr. 2020. Disponível em: <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-covid-19>. Acesso em: 26 mar. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e estados**. Belo Horizonte: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html>. Acesso em: 24 fev. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde**: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st. century. Washington, DC: National Academies Press, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25057539/#:~:text=Crossing%20the%20Quality%20Chasm%20makes,regulators%2C%20purchasers%2C%20and%20others>. Acesso em: 26 mar. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA (IPEA). **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional**. Brasília, DF: IPEA, 2022. 92 p.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Subjective aspects of living and working within the same community: the realities experienced by community healthcare agents. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, jan./mar. 2009.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (ed.). **To err is human**: building a safer health system. Washington, DC: National Academies Press, 2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/200656918_To_Err_is_Human_Building_a_Safer_Health_System. Acesso em: 22 ago. 2020.

LORENZINI, E.; SANTI, J. A. R.; BÃO, A. C. P. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 121-127, jun. 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.44370>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MqJ38JSs753jMsgPLPmJLjn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2021.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia saúde da família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 18-37, set. 2018. Número especial 1.

MAKARY, M. A.; DANIEL, M. Medical error- the third leading cause of death in the US. **British Medical Journal**, London, v. 353, i2139, May 2016.

MAKEHAM, M. A. B.; DOVERY, S. M.; COUNTRY, M.; KIDD, M. R. Na international taxonomy for erros in general pratctice: a pilot study. **The Medical Journal of Australia**, Sydney, v. 177, n. 2, p. 68-72, July 2002.

MAKEHAM, M.; DOVEY, S.; RUNCIMAN, W.; LARIZGOITIA, I. **Methods and measures used in primary care patient safety research**: results of a literature review. Switzerland: World Health Organization, 2008. 49 p. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/ps-research/makeham_dovey_full.pdf?sfvrsn=6b6b7669_7. Acesso em: 27 fev. 2021.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; CARVALHO, Q. H.; PELL, J. P.; DUNDAS, R.; LEYLAND, A.; VASCONCELOS, L. L. C.; CARDOSO, L. S. M.; STOPA, S. R.; BARRETO, M. L. Mulheres e avaliação das desigualdades na distribuição de fatores de risco de doenças crônicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, n. 23, E200058, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1980-549720200058>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/BfGkjTnQK9bMk4b4v5xdL6B/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 fev. 2021.

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

MARCHON, S. G.; MENDES JÚNIOR, W. V.; PAVÃO, A. L. B. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2313-2330, nov. 2015.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. 194 p. Disponível em: [https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Rede%20Cuidar/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE%20\(1\).pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Rede%20Cuidar/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE%20(1).pdf). Acesso em: 3 set. 2020.

MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 279-84, Aug. 2009. DOI <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/279/1801452>. Acesso em: 30 ago. 2020.

MENDONÇA, C. S.; LEOTTI, V. B.; DIAS-da-COSTA, J. S.; HARZHEIM, E. Internações por condições sensíveis à atenção primária: associação com nível socioeconômico e qualidade das equipes de saúde da família em Belo Horizonte, Brasil. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 32, p. 1368-1374, 2017.

MESQUITA, K. O.; SILVA, L. C. C.; LIRA, R. C. M.; FREITAS, C. A. S. L.; LIRA, G. V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 1-8, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45665>. Acesso em: 3 set. 2020.

MICHEL, P.; BRAMI, J.; CHANELIÈRE, M.; KRET, M.; MOSNIER, A.; DUPIE, I.; HAERINGER-CHOLET, A.; KERIEL-GASCOU, M.; MARADAN, C.; VILLEBRUN, F.; MAKEHAM, M.; QUENON, J-L. Patient safety incidents are common in primary care: a

national prospective active incident reporting survey. **PLoS One**, San Francisco, v. 12, n. 2, e0165455, 2017. DOI <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165455>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28196076/>. Acesso em: 3 set. 2020.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte**: oficina III: territorialização e diagnóstico local. Belo Horizonte: ESPMG, 2010. 76 p. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/Oficina3_Territorializacao_130310_baixa.pdf. Acesso em: 23 ago. 2021.

MONTSERRAT-CAPELLA, D.; SUÁREZ, M.; ORTIZ, L.; MIRA, J. J.; DUARTE, H. G.; REVEIZ, L. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 27, n. 1, p. 52-59, Jan. 2015.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolaridade do agente comunitário de Saúde: uma indução do processo de trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 229-248, jul./out. 2010. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000200004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/TsbQct36mQb4qQzByrqdRmM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 jun. 2022.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 122-127, jan./fev. 2015.

MUSMANNO, L. H. F.; BEZERRA, A. L. Q.; MELO, M. A. S.; PARANAGUÁ, T. T. B.; TOBIAS, G. C.; TEIXEIRA, C. C. Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Segurança do Paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n. 11, p. 2978-2985, nov. 2018.

OLIVEIRA, J. L.; MAGALHÃES, A. M. M.; MISUEMATSUDA, L. Métodos mistos da pesquisa em enfermagem: possibilidades de aplicação à luz de Creswell. **Texto Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e0560017, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/0104-070720180000560017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/MgZqzF7DmdTKhJrZk7QDSJQ/?lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Histórico da Pandemia de COVID-19**. Washington, DC: OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 18 ago. 2020.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, May 2011.

PANAGIOTI, M.; BLAKEMAN, T.; HANN, M.; BOWER, P. Patient-reported safety incidents in older patients with long-term conditions: a large cross-sectional study. **BMJ Open**, [London], v. 7, n. 5, e013524, May 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28559454/>. Acesso em: 29 jun. 2022.

PANESAR, S. S.; SILVA, D.; CARSON-STEVENSON, A.; CRESSWELL, K. M.; SALVILLA, S. A.; SLIGHT, S. P.; JAVAD, S.; NETUVELI, G.; LARIZGOITIA, I.; DONALDSON, L. J.; BATES, D. W.; SHEIKH, A. How safe is primary care? A systematic review. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 25, n. 7, p. 544-553, July 2016. DOI <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004178>. Disponível em: <https://researchers.mq.edu.au/en/publications/how-safe-is-primary-care-a-systematic-review>. Acesso em: 3 set. 2020.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do programa à estratégia saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condição sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, jun. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Campanha de vacinação contra a Covid-19**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2022. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/campanha-de-vacinacao-contracovid-19>. Acesso em: 3 maio 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Carteira Orientadora de Serviços do SUS-BH**: relação de serviços prestados na atenção primária à saúde. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2018b. 34 p. Disponível em: [:https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/carteira-orientadora-servi%C3%A7os-sus-03-2019.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/carteira-orientadora-servi%C3%A7os-sus-03-2019.pdf). Acesso em 25 fev. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Gestão do cuidado no território**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. 59 p. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/gestao_cuidado_territorio.pdf. Acesso em: 3 set. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Instrução Normativa nº 23/2019**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2019. 26 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Plano Municipal de Saúde: 2018 a 2021**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2018a. 111 p. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior: 3º quadrimestre de 2021**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2022. 181 p. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2022/3rdqa2021.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

PROQUALIS. **Modelo de informações mínimas para a notificação de incidentes e sistemas de aprendizagem para a segurança do paciente**. Rio de Janeiro: Ict/Fiocruz, 2018. 12 p.

RAIMONDI, D. C.; BERNAL, S. C. Z.; OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA, L. M. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, e20180133, 2019. Número especial. DOI <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180133>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200400. Acesso em: 18 jan. 2021.

REASON, J. Human error: models and management. **British Medical Journal**, London, v. 320, n. 7237, p.768-770, Mar. 2000. DOI <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>. Disponível em: http://www.safetymed.com.br/arquivo/errohumano_reason_bmj2000.pdf. Acesso em: 3 set. 2020.

RICCI-CABELLO, I.; VIOLÁN, C.; FOGUET-BOREU, Q.; MOUNCE, L. T. A.; VALDERAS, J. M. Impact of multi-morbidity on quality of healthcare and its implications for health policy, research and clinical practice. A scoping review. **The European Journal of General Practice**, [Amersfoort], v. 21, n. 3, p. 192-202, 2015. DOI <https://doi.org/10.3109/13814788.2015.1046046>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13814788.2015.1046046>. Acesso em: 3 set. 2020.

ROCHA, R. C. B.; SOARES, R.R. Impacto de programas de saúde a nível familiar e comunitário: evidências do programa saúde da família. **Health Economics**, Chichester, v. 19, p. 85-95, 2010.

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. M.; CUNHA, V. P.; ROSS, R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, set. 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300330&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 fev. 2021.

SEQUEIRA, A. M.; MARTINS, L.; PEREIRA, V. H. Natureza e frequência dos erros na atividade de medicina geral e familiar num ACES: estudo descritivo. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v. 26, n. 6, p. 572-584, 2010.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota Técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da pessoa idosa**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2019. 56 p. Disponível em: <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf>. Acesso em: 3 set. 2020.

SOUZA, P. (org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, 2019. 268 p. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Seguran%C3%A7a%20do%20paciente%20-%20criando%20organiza%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde%20seguras.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2022.

SOUZA, R. S.; TEICHMANN, P. V.; MACHADO, T. S.; SERAFIM, D. F. F.; HIRAKA, V. M.; SILVA, C. H. Prontuário eletrônico do paciente: percepção dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais**, Fortaleza, v. 3, n. 1, p. 51-68, ago./dez. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 2 ed. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

TURCI, M. A.; COSTA, M. F. L.; MACINKO, J. A. Avaliação da Atenção Primária e a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência: um estudo em cidade brasileira. **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 3-17, 2019. DOI <https://doi.org/10.14295/aps.v1i1.13>. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/13/11>. Acesso em: 17 fev. 2022.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QScTxwKqm9hWmbxZQ3LWsmK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2021.

VINCENT, C.; AMALBERTI, R. Estratégias de segurança na atenção primária. *In*: VINCENT, C.; AMALBERTI, R. **Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado.** Rio de Janeiro: PROQUALIS/ICICT, 2016. p. 127-141.

VRIES, E. N.; RAMRATTAN, M. A.; SMORENBURG, S. M.; GOUMA, D. J.; BOERMEESTER, M. A. A incidência e a natureza dos eventos adversos hospitalares: uma revisão sistemática. **Quality & Safety in Health Care**, Oxford, v. 17, n. 3, p. 216-223, 2008. DOI <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>. Disponível em: <https://proqualis.net/artigo/incid%C3%Aancia-e-natureza-de-eventos-adversos-em-hospitais-uma-revis%C3%A3o-sistem%C3%A1tica>. Acesso em: 25 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report** January 2009. Genebra: World Health Organization, 2009. 154 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>. Acesso em: 10 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care.** Genebra: World Health Organization, 2021. 108 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Acesso em: 22 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient safety: marking health care safer.** Genebra: World Health Organization, 2017. 20 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017>. Acesso em: 22 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World alliance for patient safety: forward programme** 2005. Genebra: World Health Organization, 2004. 34 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 30 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **10 facts on patient safety**. Washington, DC: WHO, 2019. Disponível em: http://www.who.int/FEATURES/FACTFILES/PATIENT_SAFETY/EN/. Acesso em: 14 maio 2022.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 200 p.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DE INCIDENTES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: MESTRANDA MAROLINA APARECIDA BARROSO DOS SANTOS

CONTATO: CENTRO DE SAÚDE CACHOEIRINHA
RUA BORBOREMA, Nº 1.325, BAIRRO CACHOEIRINHA
CEP 31130-380. BELO HORIZONTE-MG
FONE FIXO: (31) 3277-6218 | FONE CELULAR: (31) 98472-2757
E-MAIL: marolinabarroso@gmail.com

ORIENTADORA: Profa. Dra. LÍVIA COZER MONTENEGRO

CONTATO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. ALFREDO BALENA, Nº 190, BAIRRO SANTA EFIGÊNIA
CEP 30130-100. BELO HORIZONTE-MG
FONE FIXO: (31) 3409- 8034 | FONE CELULAR: (31) 99195-7755
E-MAIL: liviacozermontenegro@gmail.com

Você está convidado(a) a participar, como voluntário(a), dessa pesquisa. Esse Termo fornecerá as informações necessárias para a compreensão do estudo.

OBJETIVOS DO ESTUDO

1. Analisar os incidentes de segurança do paciente que ocorrem na Atenção Primária à Saúde, em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte (UBS).
2. Caracterizar o perfil sociodemográfico e de formação dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS).
3. Caracterizar os tipos de incidentes associados ao atendimento na Atenção Primária à Saúde, e os fatores contribuintes para sua ocorrência.
4. Descrever o grau de gravidade dos incidentes que ocorreram na UBS.

PROCEDIMENTOS

Sua participação será por meio de preenchimento do questionário Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME). O questionário será preenchido sempre que você presenciou ou tiver conhecimento de qualquer incidente de segurança do paciente na UBS. As informações coletadas serão utilizadas, exclusivamente, para fins científicos, e não serão notificadas à sua chefia imediata/superior. O preenchimento do questionário dura em média 15 minutos.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS

O investimento realizado na segurança da assistência aos pacientes em geral pode significar uma melhora substancial na qualidade do atendimento na APS. Espera-se que a assistência à saúde na UBS transcorra do modo mais seguro possível.

DESCONFORTOS E RISCOS

O respondente pode sentir desconforto pelo tempo dispensado no preenchimento do questionário, além de receio e constrangimento em se expor. O risco associado é quase inexistente. As pesquisadoras asseguram a confidencialidade e o anonimato das informações coletadas, de modo a minimizar eventuais desconfortos e/ou riscos.

CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMAÇÕES

Será mantido o sigilo da identificação dos participantes e da instituição. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente, e serão utilizadas apenas para fins de pesquisa. Os incidentes registrados não serão reportados ao gestor da UBS. Os dados e instrumentos usados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos. Após esse tempo, serão destruídos. Este TCLE é impresso em duas vias: uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será entregue a você.

OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES

Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar, e estará livre para participar dele ou não. Se aceitar participar como voluntário, poderá, a qualquer momento, retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação. Qualquer dúvida quanto à realização da pesquisa poderá ser sanada em qualquer momento. Caso alguma informação pessoal sua seja publicada, ferindo esse Acordo de Confidencialidade, você terá direito à indenização em caso de eventuais danos provenientes da pesquisa. Você também poderá fazer contato com as responsáveis pela pesquisa, acima identificadas, e com os Comitês de Ética abaixo relacionados.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, titular do Documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a). Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2021.

ASSINATURA DO(A) VOLUNTÁRIO(A)

ASSINATURA DA PESQUISADORA

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, consultar:

COEP - Comitê de Ética em Pesquisa - UFMG - Av. Antônio Carlos, nº 6627 - Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala 2005 - Campus Pampulha - Belo Horizonte-MG - CEP 31270-901 - Contatos: (31) 3409-4592 | coep@prpq.ufmg.br.

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - Rua Frederico Bracher Júnior, nº 103 - 3º Andar - Sala 05 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte-MG - CEP 30720-000 - Telefone: 3277-5309.

APÊNDICE B - Cartilha orientadora para os participantes da pesquisa

CARTILHA DE ORIENTAÇÃO SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE ANÁLISE DE INCIDENTES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NAS UBSS DA REGIONAL NORDESTE DE BELO HORIZONTE

Segurança do Paciente ganhou destaque na Atenção Primária à Saúde (APS) em função do grande número de pacientes atendidos e de procedimentos realizados, além do progressivo aumento na complexidade

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009; BRASIL, 2014) descreve os conceitos básicos sobre o tema:

| | |
|-----------------------|---|
| Segurança do Paciente | É a redução a um nível mínimo aceitável, do risco de danos desnecessários associados aos cuidados em saúde. |
| Incidente | Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. |
| Incidente com Lesão | Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos. |
| Evento Adverso | Incidente que resulta em danos à saúde. |

O foco da pesquisa é o Incidente de Segurança. Seguem abaixo alguns Incidentes comuns que podem ocorrer na Atenção Primária à Saúde. Ao responder a Questão 10 do Formulário PCISME, considere esses itens como alguns tipos de causas.

| | |
|----------------------------------|--|
| RELACIONADO A MEDICAMENTO | 1-Falta de medicamentos na farmácia do Centro de Saúde, levando à descompensação do paciente. 2-Falha na dispensação do medicamento (entrega errada/troca, medicamento com dosagem errada). 3-Paciente armazena o medicamento em local inadequado (sobre a geladeira ou insulina no congelador). 4-Paciente se recusou a tomar o medicamento prescrito e apresentou problemas de saúde. 5-Paciente tomou medicamento errado (dose, via, erro de diluição e período). 6-Paciente tomou medicamento vencido. |
| COMUNICAÇÃO DA GESTÃO | 1-Consulta ou guia de exame entregue ao paciente errado. 2-Extravio de solicitação de consulta ou exame no CS (encaminhamento para NASF, Saúde Mental e outros). 3-Paciente agendado para especialidade errada. 4-Paciente homônimo atendido no lugar do outro. 5-Paciente atendido sem conferência do documento, gerando atendimento em prontuário errado. 6-Paciente comparece para a consulta que não irá acontecer (profissional de férias, LM ou desligado). 7-Paciente esquecido. 8-Paciente perde a consulta ou exame por falta de aviso do Centro de Saúde. |
| FALHA NO CUIDADO | 1-Aplicação de medicamento (erro na dose, na via, na pessoa, e de medicamento). 2-Aplicação de vacinas erradas (erro na dose, na via e no tipo de vacina). 3-Curativo ou tratamento de ferida inadequado ou feito de forma errada. 4-Demora para agendar consulta/exame especializado, com agravamento do quadro clínico. 5-Erro de técnica de coleta de exames. 6-Falha no diagnóstico. 7-Falha no diagnóstico por falta do médico especialista. 8-Não observar as regras de biossegurança. 9-Paciente com exame alterado e não avaliado. 10-Paciente não sabe ler e/ou não consegue discernir qual medicamento tomar. 11-Paciente não segue as orientações da equipe, com agravamento do quadro clínico. |
| OUTROS | 1-Queda ou acidente no Centro de Saúde. 2-Falha no uso do protocolo ou diretriz clínica que tenha colocado o paciente em risco. 3-Erro na diluição de substâncias para limpeza de materiais/instrumentais. |

APÊNDICE C - Formulário Profissional

FORMULÁRIO PROFISSIONAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

PESQUISA: "ANÁLISE DE INCIDENTES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE"

Prezado(a) Respondente,

A importância desta pesquisa está em identificar, analisar e avaliar a assistência à saúde dos pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte, no contexto da segurança do paciente.

Você não será identificado e será mantido o sigilo das informações. Portanto, desde já agradeço a sua colaboração e ajuda, apoiando o desenvolvimento dos estudos científicos de Minas Geras.

| DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DO PROFISSIONAL | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|
| 01 | SEXO | 1. <input type="checkbox"/> Masculino | 2. <input type="checkbox"/> Feminino |
| 02 | IDADE | 1. <input type="checkbox"/> De 18 a 24 anos | 4. <input type="checkbox"/> De 45 a 54 anos |
| | | 2. <input type="checkbox"/> De 25 a 34 anos | 5. <input type="checkbox"/> De 55 a 64 anos |
| | | 3. <input type="checkbox"/> De 35 a 44 anos | 6. <input type="checkbox"/> Acima de 64 anos |
| 03 | QUALIFICAÇÃO | 1. <input type="checkbox"/> Nível Médio | 5. <input type="checkbox"/> Residência |
| | | 2. <input type="checkbox"/> Nível Técnico | 6. <input type="checkbox"/> Mestrado |
| | | 3. <input type="checkbox"/> Nível Superior | 7. <input type="checkbox"/> Doutorado |
| | | 4. <input type="checkbox"/> Especialização/MBA | |
| 04 | CARGO/FUNÇÃO | 1. <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde | |
| | | 2. <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermagem | |
| | | 3. <input type="checkbox"/> Enfermeiro | |
| | | 4. <input type="checkbox"/> Gerente de Centro de Saúde | |
| | | 5. <input type="checkbox"/> Médico | |
| | | 6. <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem | |
| 05 | VÍNCULO | 1. <input type="checkbox"/> Concursado | 4. <input type="checkbox"/> Terceirizado |
| | | 2. <input type="checkbox"/> CLT | 5. <input type="checkbox"/> Estagiário |
| | | 3. <input type="checkbox"/> Contrato Administrativo | 6. <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| 06 | TEMPO DE ATUAÇÃO ATENÇÃO PRIMÁRIA | 1. <input type="checkbox"/> De 1 a 3 anos | |
| | | 2. <input type="checkbox"/> De 3 a 5 anos | |
| | | 3. <input type="checkbox"/> Mais de 5 anos e menos de 10 anos | |
| | | 4. <input type="checkbox"/> Acima de 10 anos. Citar o tempo: _____ | |
| 07 | UNIDADE DE SAÚDE | _____ | |

ANEXO A - Formulário PCISME

| QUESTIONÁRIO PCISME | | FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE | |
|----------------------------------|--|--|-------------------------------------|
| CENTRO DE SAÚDE: | | INCIDENTE Nº: | |
| 01 | O INCIDENTE ESTÁ RELACIONADO A UM PACIENTE EM PARTICULAR? | SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> |
| 02 | SE SIM, ATÉ QUE PONTO CONHECE O PACIENTE? | <input type="checkbox"/> 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) | |
| 03 | IDADE DO PACIENTE (PARA CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO, USAR MESES) | | |
| 04 | SEXO DO PACIENTE | MASCULINO <input type="checkbox"/> | FEMININO <input type="checkbox"/> |
| 05 | O PACIENTE PERTENCE A UM GRUPO COM VULNERABILIDADE SOCIAL? | SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> |
| | SE SIM, QUAL? | | |
| 06 | O PACIENTE TEM ALGUMA DOENÇA CRÔNICA? | SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> |
| 07 | O PACIENTE TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE COMPLEXO? | SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> |
| ASSINALE A ALTERNATIVA ADEQUADA: | | | |
| <input type="checkbox"/> | -CONDIÇÃO DE DIFÍCIL MANEJO CLÍNICO | <input type="checkbox"/> | -DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS |
| <input type="checkbox"/> | -DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | <input type="checkbox"/> | -PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS |
| <input type="checkbox"/> | -DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS | <input type="checkbox"/> | -PRESENÇA DE COMORBIDADES |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | -OUTROS. CITAR: _____ |
| 08 | O QUE ACONTECEU? POR FAVOR CONSIDERE O QUE E QUEM ESTIVER ENVOLVIDO. (NÃO COLOQUE O NOME DO PROFISSIONAL, SOMENTE A CATEGORIA) | <input type="checkbox"/> HOUVE UM INCIDENTE, MAS NAO CHEGOU A ATINGIR O PACIENTE <input type="checkbox"/> HOUVE UM INCIDENTE, ATINGIU O PACIENTE, MAS NAO LHE CAUSOU DANO <input type="checkbox"/> HOUVE UM INCIDENTE, ATINGIU O PACIENTE, E LHE CAUSOU DANO | |
| 09 | QUAL FOI O RESULTADO? IDENTIFIQUE AS CONSEQUÊNCIAS REAIS E POTENCIAIS, OU ALGUM OUTRO TIPO DE CONSEQUÊNCIA. RESPOSTA LIVRE. | | |
| | | | |
| 10 | O QUE PODE TER CONTRIBUÍDO PARA ESSE ERRO? POR FAVOR, CONSIDERE QUAISQUER CIRCUNSTÂNCIAS ESPECIAIS. RESPOSTA LIVRE. | | |
| | | | |

| QUESTIONÁRIO PCISME | | FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE | |
|-------------------------|---|--|---|
| CENTRO DE SAÚDE: | | INCIDENTE Nº: | |
| 11 | O QUE PODERIA TER PREVENIDO O ERRO? POR FAVOR, CONSIDERE O QUE DEVE SER MUDADO PARA SE EVITAR A REPETIÇÃO DESSE TIPO DE ERRO. | | |
| | | | |
| 12 | ONDE ACONTECEU O ERRO? ESCOLHA TODAS AS OPÇÕES QUE SE APLICAM | <input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO <input type="checkbox"/> HOSPITAL/UPA <input type="checkbox"/> FARMÁCIA <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO ODONTO | <input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO ENF. <input type="checkbox"/> DOMICÍLIO PACIENTE <input type="checkbox"/> CONTATO TELEFÔNICO <input type="checkbox"/> ATENDIMENTO ADM. <input type="checkbox"/> OUTROS |
| 13 | TEVE CONHECIMENTO DE QUE OUTRO PACIENTE TENHA SOFRIDO ESSE TIPO DE ERRO? | SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> |
| 14 | SE SIM, COMO CLASSIFICARIA A GRAVIDADE DESSE DANO? | <input type="checkbox"/> DANO MÍNIMO (COM RECUPERAÇÃO EM ATÉ 01 MÊS) <input type="checkbox"/> DANO MODERADO (RECUPERAÇÃO DE 01 MÊS A 01 ANO) <input type="checkbox"/> DANO PERMANENTE <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> NÃO TENHO COMO CLASSIFICAR | |
| 15 | COM QUE FREQUÊNCIA OCORRE ESSE ERRO NA SUA PRÁTICA? | <input type="checkbox"/> 1ª VEZ <input type="checkbox"/> RARAMENTE (UMA OU DUAS VEZES AO ANO) <input type="checkbox"/> ÀS VEZES (DE TRÊS A ONZE VEZES AO ANO) <input type="checkbox"/> FREQUENTEMENTE (MAIS DE UMA VEZ AO MÊS) | |
| 16 | OUTROS COMENTÁRIOS | | |
| | | | |

ANEXO B - Autorização para utilizar o formulário PCISME

Simone grativol marchon <simonemarchon@gmail.com>
para mim ▾

qui., 22 de abr. de 2021 20:16 ☆ ↶ ⋮

Cara aluna, que bom que poderá utilizar o instrumento em sua pesquisa... Claro que pode usar, e se precisar e só falar...att

 Livre de vírus. www.avast.com.

...

Em qua., 21 de abr. de 2021 às 13:08, Marolina Barroso <marolinabarroso@gmail.com> escreveu:

Prezada Dra Simone Marchon,

Primeiramente gostaria de agradecê-la pela grande contribuição para a Segurança do Paciente na APS do Brasil. Sou trabalhadora da Atenção Primária Rede SUS BH e ao ter contato com a temática Segurança do Paciente fui grandemente impactada. Minha formação é enfermagem e trabalho como gestora de Unidade Básica de Saúde desde 2008.

Sou aluna da Pós Graduação, cursando mestrado em Gestão de Serviços de Saúde pela Escola de Enfermagem da UFMG.

O meu projeto de pesquisa é: **Análise de incidentes na assistência à saúde em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte**. Pretendo utilizar o questionário PCISME para a coleta de dados.

Para tanto, solicito a sua autorização para utilizar o instrumento na minha pesquisa.

Segue em anexo o formulário.

Desde já agradeço,

Marolina Aparecida Barroso dos Santos

ANEXO C - Parecer consubstanciado do CEP/UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DE INCIDENTES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

Pesquisador: Livia Cozer Mortenegro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50100921.3.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.923.191

Apresentação do Projeto:

A segurança do paciente é tema que se tem estudado com frequência nos serviços de saúde no Brasil e no mundo, sobretudo em ambiente hospitalar.

O assunto ganhou destaque na Atenção Primária à Saúde (APS) em função do grande número de pacientes atendidos e de procedimentos realizados, além do progressivo aumento na complexidade assistencial. A Organização Mundial de Saúde define segurança do paciente como a redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário causado na assistência à saúde. O incidente é definido como um evento que, decorrente de um ato intencional ou não, poderia ter resultado em dano desnecessário ao paciente. O incidente pode ou não atingir o paciente; quando o atinge e lhe causa dano, é chamado de evento adverso. Estudos na literatura relatam a ocorrência de 1 a 24 incidentes de segurança de pacientes por 100 consultas. Na média da população, estudos revisados identificaram de dois (2) a três (3) incidentes para cada 100 consultas, sendo que 4% destes eventos podem estar associados a danos graves. No Brasil, os dados ainda são incipientes, mas sugerem uma frequência similar. A presente pesquisa tem como objetivo analisar os incidentes que ocorrem na Atenção Primária à Saúde, em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte na perspectiva de gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). O estudo também pretende caracterizar o perfil sociodemográfico e de formação dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam na Atenção Primária à Saúde; caracterizar os tipos de incidentes associados ao atendimento na Atenção Primária à Saúde, e os

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4392 **E-mail:** coepi@proq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.923.191

fatores contribuintes para sua ocorrência; e descrever o grau de gravidade dos incidentes que ocorreram na UBS. A metodologia empregada compreende aspectos quantitativos. A pesquisa será desenvolvida em 20 Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte. Os participantes da pesquisa serão o gerente local da UBS e enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde escolhidos por sorteio. A técnica de coleta de dados será por meio da aplicação do questionário Primary Care International Study of Medical Errors adaptado ao Brasil. A partir da identificação e análise dos tipos de incidentes mais comuns que ocorrem na Atenção Primária à Saúde, pretende-se construir e analisar os processos seguros de cuidado em saúde e propor protocolos de segurança para mitigar esses incidentes. O produto esperado será um relatório técnico-científico a ser apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte com a proposição de ações para melhoria da segurança do paciente na Atenção Primária do Município.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os incidentes que ocorrem na Atenção Primária à Saúde, em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte na perspectiva de gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Objetivo Secundário:

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico e de formação dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam na Atenção Primária à Saúde;
- b) Caracterizar os tipos de incidentes associados ao atendimento na Atenção Primária à Saúde, e os fatores contribuintes para sua ocorrência;
- c) Descrever o grau de gravidade dos incidentes que ocorreram na UBS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da pesquisa são mínimos e estão associados ao tempo dispensado na resposta aos formulários e à possibilidade de o participante lidar com questões que considere embaraçosas ou particulares. Todavia, diante dos objetivos desta pesquisa e da garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas, esses riscos serão minimizados neste estudo.

Benefícios:

A pesquisa pretende identificar e analisar os incidentes frequentes que geram insegurança na

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.923.191

assistência aos usuários atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, tendo como ponto de partida a notificação realizada pelos profissionais selecionados para o estudo. Serão criados protocolos de segurança e ações que estimulem o protagonismo dos usuários e familiares na segurança do paciente, o que aumentará a confiabilidade dos serviços de saúde para os usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa observacional, descritiva e prospectiva. A pesquisa proposta será de natureza quantitativa. O cenário da pesquisa será Unidades Básicas do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte, Minas Gerais. A Regional Nordeste, possui uma população total de 290.353 habitantes. A região é composta por 21 Unidades Básicas de Saúde. Participarão da pesquisa todas as UBSs da Regional Nordeste, num total de 20

Unidades, exclusiva a UBS de vinculação das pesquisadoras. Os participantes do estudo serão os profissionais das equipes de saúde da família e o (a) gerente das UBS da regional Nordeste de Belo Horizonte. Serão escolhidos por meio de sorteio, o (a) gerente, um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem e um agente de saúde de uma das equipes da Unidade. Assim, a população alvo soma 100 participantes: 5 profissionais x 20 UBSs. A pesquisadora solicitará ao gerente o número de profissionais em exercício no dia da coleta de dados agendada previamente com o gestor da unidade por telefone. Os nomes serão separados de acordo com as categorias profissionais e retirado um a um. Assim que os primeiros nomes se apresentarem os profissionais serão convidados a participar da pesquisa que seguirá os critérios éticos e todas as medidas de biossegurança no contato entre os profissionais e o pesquisador. Caso o profissional não aceite, outro sorteio será realizado até que pelo menos um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem e um agente de saúde por unidade básica tenham participado do estudo. Dessa maneira, para a

coleta de dados será aplicado um questionário que ficará sob domínio do participante por um período de sessenta dias (60). Por meio do Formulário PCISME, o participante será orientado a notificar qualquer incidente de segurança do paciente que tenha presenciado ou tenha conhecimento, durante o período de observação de sessenta dias. O Formulário PCISME adaptado e validado para o contexto brasileiro por Marchon e Mendes (2015) serve para registrar os incidentes que ocorrerem durante o atendimento aos pacientes na Atenção Primária à Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte. O profissional que participar da pesquisa, ao presenciar ou tomar conhecimento da ocorrência de um incidente em saúde, descreverá o evento

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 4, 2º. Andar 4, Sala 2005 4, Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefones: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.923.191

no Formulário, assinalando sua caracterização e a descrição da gravidade e dos fatores contribuintes. O PCISME é composto por dezesseis questões abertas e fechadas, e foi escolhido em virtude de ser o pioneiro no tema e devido estar disponível on line gratuita.

A melhoria da segurança da assistência é objetivo sempre almejado pelos profissionais da área. Nesse sentido, não é difícil sensibilizá-los para o fato de que a busca pela segurança faz parte do trabalho. Assim, o preenchimento do formulário não será um procedimento a mais na rotina, antes, significará mais um passo para o aperfeiçoamento dos resultados. O questionário poderá ser preenchido durante o atendimento ou após esse

período, sem prejuízo das atividades assistenciais. Anexo ao PCISME será entregue o Formulário Profissional para a caracterização sócio-demográfica e profissional dos participantes. Os dados quantitativos serão analisados pelo software Epiinfo 7.0, com o qual será possível avaliar as variáveis usando-se frequências absolutas e relativas. O projeto será analisado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais e da Prefeitura de Belo Horizonte, conforme estabelecem as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta informações básicas do projeto; TCLE a ser assinado pelos profissionais envolvidos; Formulário PCISME; Formulário individual de dados sociodemográficos dos profissionais envolvidos no projeto, Declaração de concordância da Secretária Municipal de saúde de BH; Parecer da Câmara Departamental; Projeto brochura e Folha de rosto.

Ao analisar os documentos observa-se que necessita incluir no TCLE a informação de quanto tempo será gasto para a resposta do formulário PCISME, acrescentar espaço para a rubrica também na primeira página do TCLE, e, esclarecer, caso haja uma notificação, acrescentar no TCLE medidas para a proteção do sigilo dos participantes, inclusive na divulgação dos resultados da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto pendente para:

- 1) Esclarecer se terá qualquer notificação dos incidentes reportados à chefe imediata dos participantes;
- 2) Caso houver uma notificação, acrescentar no TCLE medidas para a proteção do sigilo dos participantes, inclusive na divulgação dos resultados da pesquisa.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 2º Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4502 **E-mail:** coep@cepq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 4.923.191

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Norma Operacional 01/2013, de 30 de setembro de 2013, o CEP aguarda a resposta até 30 (trinta) dias a partir da entrega deste parecer via Plataforma Brasil, para que o pesquisador atenda às pendências. Ao final deste prazo o projeto será arquivado. Solicita-se, ainda, que uma carta resposta seja enviada, via Plataforma Brasil, de forma ordenada, conforme os itens das considerações deste parecer, indicando-se também a localização das possíveis alterações no protocolo, inclusive no TCLE.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_1785909.pdf | 20/07/2021 08:55:38 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | termo.pdf | 20/07/2021 08:55:14 | Livia Cozer Montenegro | Aceito |
| Outros | pcisme.docx | 08/07/2021 11:39:21 | Livia Cozer Montenegro | Aceito |
| Outros | instrumento.pdf | 08/07/2021 11:38:39 | Livia Cozer Montenegro | Aceito |
| Declaração de concordância | tal.pdf | 08/07/2021 11:37:00 | Livia Cozer Montenegro | Aceito |
| Parecer Anterior | camara.pdf | 08/07/2021 11:36:30 | Livia Cozer Montenegro | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | brochura.docx | 08/07/2021 11:36:21 | Livia Cozer Montenegro | Aceito |
| Folha de Rosto | folha.pdf | 08/07/2021 11:36:11 | Livia Cozer Montenegro | Aceito |

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 - Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31) 3409-4592 **E-mail:** coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Processo: 4.803.181

BELO HORIZONTE, 22 de Agosto de 2021

Assinado por:
Crissia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@ppq.ufmg.br

ANEXO D - Carta de Anuência Institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa **ANÁLISE DA OCORRÊNCIA DE INCIDENTES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE**, sob a responsabilidade da pesquisadora MAROLINA APARECIDA BARROSO DOS SANTOS, CPF 634.607.186-68, cujo objetivo é analisar a ocorrência de incidentes em saúde na perspectiva de gestores e profissionais de Estratégia Saúde da Família em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte. Objetivos específicos: a) caracterizar o perfil sociodemográfico e de formação dos gestores e profissionais de Estratégia Saúde da Família que atuam na Atenção Primária à Saúde; b) caracterizar os tipos de incidentes associados ao atendimento na Atenção Primária à Saúde, e os fatores contribuintes para sua ocorrência; c) identificar e analisar os tipos de incidentes mais comuns que ocorrem na UBS, na perspectiva de gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família; d) identificar o nível de gravidade dos incidentes que ocorrem na UBS; e) construir e analisar os processos seguros de cuidado em saúde por meio da implantação de protocolos de segurança; f) implementar protocolos de segurança para mitigar os incidentes; g) estimular o protagonismo dos usuários e familiares na segurança do paciente, e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades da Regional Nordeste da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.


Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Assessoria de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

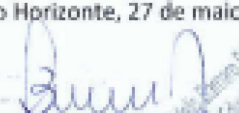
A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

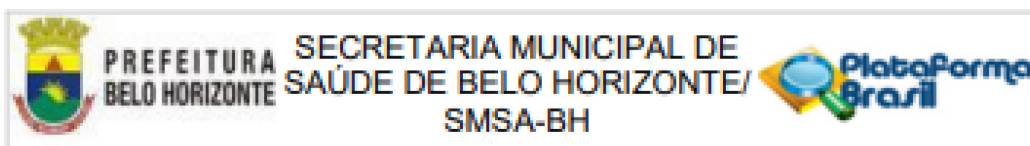
Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 27 de maio de 2021


Fabiana Ribeiro Silva
Gerência de Atenção em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA


Cláudia Fidelis Barcaro
Assessoria de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

ANEXO E - Parecer Consubstanciado da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DE INCIDENTES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

Pesquisador: Livia Cozer Montenegro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50100921.3.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

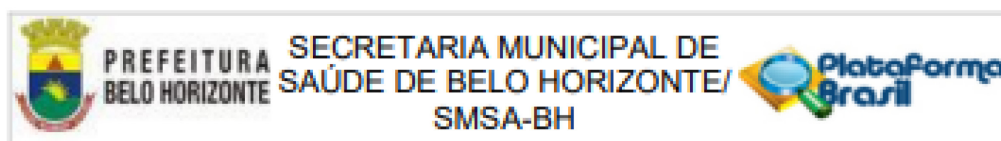
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.047.472

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado, Escola de Enfermagem da UFMG, cujo enfoque é a segurança do paciente que se tem estudado com frequência nos serviços de saúde no Brasil e no mundo, sobretudo em ambiente hospitalar. O assunto ganhou destaque na Atenção Primária à Saúde (APS) em função do grande número de pacientes atendidos e de procedimentos realizados, além do progressivo aumento na complexidade assistencial. A Organização Mundial de Saúde define segurança do paciente como a redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário causado na assistência à saúde. O incidente é definido como um evento que, decorrente de um ato intencional ou não, poderia ter resultado em dano desnecessário ao paciente. O incidente pode ou não atingir o paciente; quando o atinge e lhe causa dano, é chamado de evento adverso. A metodologia a ser empregada compreende aspectos quantitativos do tipo observacional, descritiva, prospectiva de abordagem quantitativa. A pesquisa será desenvolvida em 20 Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte, excluindo a unidade das pesquisadoras. Os participantes da pesquisa serão o gerente local da UBS e enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde escolhidos por sorteio. A população alvo soma 100 participantes: 5 profissionais x 20 UBSs. A pesquisadora solicitará ao gerente o número de profissionais em exercício no dia da coleta de dados agendada previamente com o gestor da unidade por telefone. Os nomes serão separados de acordo com as categorias profissionais e retirado um a um. Assim que os primeiros nomes se apresentarem os

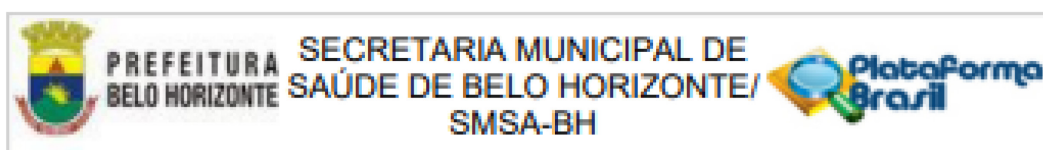
Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.047.472

profissionais serão convidados a participar da pesquisa que seguirá os critérios éticos e todas as medidas de biossegurança no contato entre os profissionais e o pesquisador. Caso o profissional não aceite, outro sorteio será realizado até que pelo menos um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem e um agente de saúde por unidade básica tenham participado do estudo. Dessa maneira, o critério de inclusão do profissional na pesquisa será: ser o gerente da UBS ou profissional médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde lotado e ativo em uma equipe de Saúde da Família da Regional Nordeste e que tenha no mínimo seis meses de trabalho na unidade de saúde por acreditar que neste tempo o profissional já está ciente dos processos e protocolos da unidade. Os critérios de exclusão serão o afastamento do profissional no período da pesquisa, por motivo de férias ou adoecimento ou ainda a desistência ao longo do estudo. A técnica de coleta de dados será por meio da aplicação do questionário Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME) adaptado ao Brasil, anexado ao projeto. O profissional que participar da pesquisa, ao presenciar ou tomar conhecimento da ocorrência de um incidente em saúde, descreverá o evento no Formulário, assinalando sua caracterização e a descrição da gravidade e dos fatores contribuintes. O PCISME é composto por dezesseis questões abertas e fechadas, e foi escolhido em virtude de ser o pioneiro no tema e devido estar disponível on line gratuitamente. A melhoria da segurança da assistência é objetivo sempre almejado pelos profissionais da área. Nesse sentido, não é difícil sensibilizá-los para o fato de que a busca pela segurança faz parte do trabalho. Assim, o preenchimento do formulário não será um procedimento a mais na rotina, antes, significará mais um passo para o aperfeiçoamento dos resultados. O questionário poderá ser preenchido durante o atendimento ou após esse período, sem prejuízo das atividades assistenciais. Anexo ao PCISME será entregue o Formulário Profissional para a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, anexado ao projeto. Os dados quantitativos serão analisados pelo software EpiInfo 7.0, com o qual será possível avaliar as variáveis usando-se frequências absolutas e relativas. A partir da identificação e análise dos tipos de incidentes mais comuns que ocorrem na Atenção Primária à Saúde, pretende-se construir e analisar os processos seguros de cuidado em saúde e propor protocolos de segurança para mitigar esses incidentes. O produto esperado será um relatório técnico-científico a ser apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte com a proposição de ações para melhoria da segurança do paciente na Atenção Primária do Município. O estudo tem como hipótese que incidentes ocorrem na atenção a saúde em unidades básica de saúde, porém são escassos estudos que demonstrem as características desses incidentes e o grau de gravidade.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coesp@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.547.472

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os incidentes que ocorrem na Atenção Primária à Saúde, em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte na perspectiva de gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF)

Objetivos Secundários:

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico e de formação dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam na Atenção Primária à Saúde;
- b) Caracterizar os tipos de incidentes associados ao atendimento na Atenção Primária à Saúde, e os fatores contribuintes para sua ocorrência;
- c) Descrever o grau de gravidade dos incidentes que ocorreram na UBS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da pesquisa são mínimos e estão associados ao tempo dispensado na resposta aos formulários e à possibilidade de o participante lidar com questões que considere embaraçosas ou particulares. Todavia, diante dos objetivos desta pesquisa e da garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas, esses riscos serão minimizados neste estudo.

Benefícios:

A pesquisa pretende identificar e analisar os incidentes frequentes que geram insegurança na assistência aos usuários atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, tendo como ponto de partida a notificação realizada pelos profissionais selecionados para o estudo. Serão criados protocolos de segurança e ações que estimulem o protagonismo dos usuários e familiares na segurança do paciente, o que aumentará a confiabilidade dos serviços de saúde para os usuários.

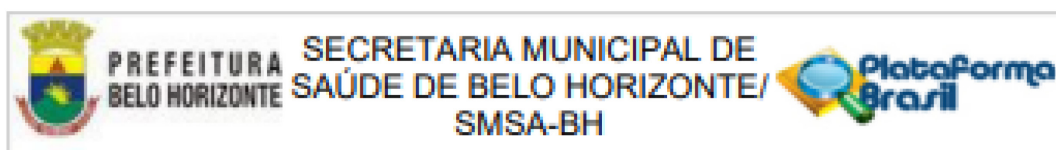
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante que poderá contribuir para a segurança do paciente atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, com vistas a garantir acesso à saúde e assistência mais seguros, beneficiando também os profissionais e serviços no reconhecimento e melhoria dos aspectos relacionados à segurança no nível ambulatorial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados os seguintes termos:

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.647.473

- Folha de rosto preenchida e assinada 07/07/2021
- Informações básicas do projeto
- Projeto com informações detalhadas
- Cronograma viável
- Termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte assinado e datado em 27/05/2021.
- TCLE

Recomendações:

Diante da análise realizada, o CEP/SMSA, de acordo com suas atribuições respaldadas pela legislação vigente, manifesta-se por solicitar ajustes para a aprovação deste projeto.

Salienta-se que durante o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, devem ser adotadas medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade das pessoas em situação de rua, gestores, equipe de pesquisa e dos demais envolvidos no estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, de acordo com os requisitos da Resolução CNS 466/12 e 510/16, RESOLVE considerar "COM PENDÊNCIAS".

Lista de pendências:

Declaração de responsabilidade dos pesquisadores: deve elucidar a garantia do sigilo das informações e anonimato, por quanto tempo o material empírico será guardando, o responsável pela guarda e como será descartado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|------------------|---------------|------------------------|---------------------------|----------|
| Outros | pesquisa.docx | 02/09/2021 16:03:42 | Livia Cozer Montenegro | Aceito |
| TCLE / Termos de | TCLE.docx | 02/09/2021 | Livia Cozer | Aceito |

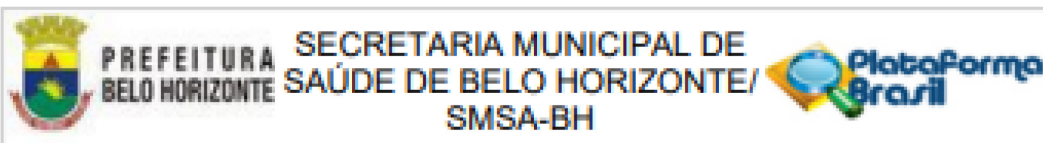
Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 1033ª andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.130-007

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.547.472

| | | | | |
|---|-----------------|------------------------|---------------------------|--------|
| Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 16:02:04 | Montenegro | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | termo.pdf | 20/07/2021 08:55:14 | Livia Cozer Montenegro | Aceito |
| Outros | pdisme.docx | 08/07/2021 11:38:21 | Livia Cozer Montenegro | Aceito |
| Outros | instrumento.pdf | 08/07/2021 11:38:29 | Livia Cozer Montenegro | Aceito |
| Parecer Anterior | camara.pdf | 08/07/2021 11:36:30 | Livia Cozer Montenegro | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | brochura.docx | 08/07/2021 11:36:21 | Livia Cozer Montenegro | Aceito |

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 19 de Outubro de 2021

Assinado por:
SANDRA CRISTINA PAULUCCI CAVALCANTI DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.130-007
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: cosp@pbh.gov.br