

Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil

Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil

Características de los eventos adversos en la atención primaria de salud en Brasil

Simone Grativol Marchon ¹
Walter Vieira Mendes Junior ¹
Ana Luiza Braz Pavão ²

Abstract

This study aimed to evaluate the occurrence of incidents in primary health care in Brazil. Fifteen health professionals working in Family Health Strategy units agreed to anonymously and confidentially record incidents over the course of five months, using the questionnaire Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME) questionnaire adapted to the Brazilian context. The overall rate of incidents was 1.11%. The rate of incidents that did not reach patients was 0.11%. The rate of incidents reaching patients but without causing harm was 0.09%. The rate of incidents reaching patients and causing adverse events was 0.9%. Eight types of most frequent errors and administrative failures were identified. Communication failures were the most common contributing factor to incidents in primary health care (53%). The findings show that incidents occur in primary health care (as elsewhere in the health system), but research in this area is still incipient.

Patient Safety; Health Evaluation; Primary Health Care

Resumo

Neste estudo procurou-se avaliar a ocorrência de incidentes no cuidado à saúde ao paciente na atenção primária brasileira. Quinze profissionais de saúde que trabalham em unidades da Estratégia Saúde da Família aceitaram registrar de forma anônima e confidencial, incidentes ocorridos com os pacientes durante cinco meses, através do questionário Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME) adaptado para o contexto brasileiro. A taxa de incidência envolvendo todos os incidentes foi de 1,11%. A taxa de incidentes que não atingiram os pacientes foi de 0,11%. A taxa de incidência de incidentes que atingiram os pacientes, mas não causaram dano foi de 0,09%. A taxa de incidência de incidentes que atingiram os pacientes e causaram evento adverso foi de 0,9%. Foram identificados oito tipos de erros e os erros administrativos foram os mais frequentes. A comunicação foi citada como sendo o fator contribuinte mais comum para ocorrência de incidente na atenção primária à saúde (53%). Os achados desse estudo demonstram que os incidentes também ocorrem na atenção primária à saúde, entretanto deve-se considerar que as pesquisas neste campo ainda são incipientes.

Segurança do Paciente; Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

S. G. Marchon
Rua Senador Pompeu 208,
Araruama, RJ
28970-000, Brasil.
simonemarchon@gmail.com

Introdução

Muitos profissionais e instituições de saúde que julgavam prestar cuidado em saúde com qualidade conheceram, mais recentemente, os riscos de incidentes a que os pacientes estão expostos. As pesquisas realizadas em vários países vêm revelando uma alta frequência de danos relacionados ao cuidado, alertando formuladores de políticas, gestores, profissionais de saúde e os pacientes ¹. Um número significativo de estratégias voltadas para melhorar a qualidade do cuidado à saúde e conseqüentemente atenuar os riscos dos cuidados de saúde vem sendo proposto ². O atributo da qualidade do cuidado à saúde – segurança do paciente – tem sido reconhecido como um dos componentes mais importantes para a melhoria da qualidade em saúde ².

O relatório *Errar é Humano* ³ do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, de 1999, baseado em pesquisas de revisão retrospectiva em prontuários de hospitais de Nova York, Colorado e Utah, demonstrou a magnitude do problema e estimulou esforços de melhoria no campo da segurança do paciente. Os estudos que se seguiram priorizaram o olhar no cuidado hospitalar, deixando uma lacuna no conhecimento sobre a natureza, a frequência dos incidentes e a redução de dano aos pacientes na atenção primária à saúde ⁴.

Há um esforço internacional para que sejam realizadas mais pesquisas sobre a segurança do paciente na atenção primária à saúde. Uma revisão sistemática ⁴ demonstrou que mesmo que os estudos ainda sejam incipientes, alguns métodos têm sido mais utilizados para medir os danos e compreender suas causas, e entre eles a análise dos incidentes em sistemas de notificações. Os tipos de incidentes mais encontrados na atenção primária à saúde, nesses estudos são associados à medicação e ao diagnóstico e os fatores contribuintes, mais relevantes, de incidentes são as falhas de comunicação entre os membros da equipe de saúde.

Nos últimos anos, no Brasil, com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), houve uma ampliação do acesso aos serviços, aumentando o número de pacientes atendidos na atenção primária à saúde ⁵. A ESF responde por uma parcela expressiva dos cuidados ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ⁵. Este modelo procura adotar práticas de uma atenção mais integradora, multiprofissional e humanizada, onde a comunicação entre os cuidadores é fator essencial.

Em busca da melhoria contínua da qualidade no Brasil, o Ministério da Saúde desenvolveu modelos de avaliação da qualidade da assistência

prestada pela ESF. Em 2005, foi criado o instrumento *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família* (AMQ) ⁶ e em 2011, o *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica* (PMAQ) ⁷. Através do PMAQ ⁷ foi realizada uma avaliação nacional sobre as condições de atendimento, nas unidades de ESF. Nessa avaliação ficou demonstrado que a qualidade do serviço ofertado foi classificada como regular em cerca de 44% das unidades. As avaliações apontaram que 62% dos profissionais de saúde não utilizavam os protocolos recomendados para a avaliação clínica inicial e apenas 38% dos profissionais de saúde que trabalhavam nas unidades informaram utilizar protocolos clínicos em situações de urgência.

Embora a pesquisa em segurança do paciente na atenção primária à saúde ainda seja incipiente, existem vários métodos disponíveis na literatura internacional para avaliar os incidentes relacionados ao cuidado em saúde na atenção primária à saúde. Numa recente revisão sistemática ⁸ da literatura não foram encontrados estudos sobre o tema no contexto brasileiro, demonstrando uma lacuna no conhecimento sobre a realidade brasileira.

Algumas questões são motivos para uma reflexão: (i) os incidentes de segurança ou eventos adversos ocorrem em decorrência dos cuidados de saúde no âmbito da atenção primária à saúde no Brasil, como em outros países? (ii) os tipos de incidentes de segurança e os fatores contribuintes mais frequentes na atenção primária à saúde na realidade brasileira se assemelham aos que acontecem em outros contextos?

Esse estudo buscou respostas sobre a ocorrência de incidentes no paciente, os tipos, a gravidade dos incidentes na atenção primária à saúde, e seus fatores contribuintes no contexto brasileiro.

Material e métodos

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo observacional, descritivo, prospectivo, em 13 unidades de saúde da família, em uma área urbana de municípios da baixada litorânea do Estado do Rio de Janeiro, sendo obtida, previamente uma autorização do gestor municipal para convidar os profissionais que trabalham nessas unidades para responder a um questionário sobre incidentes relacionados ao cuidado.

Contexto e participantes

Foram convidados vinte profissionais que trabalham nas secretarias municipais da baixada litorânea, selecionados por conveniência. Esses profissionais, dez médicos e dez enfermeiros registram o atendimento no Sistema de Informação a Atenção Básica (SIAB), têm uma carga horária de trabalho semanal mínima de vinte horas semanais nessas unidades. Os participantes informaram o sexo, a idade, a formação profissional, o tempo de formado, o tipo de especialização e o tempo de atuação na ESF.

A cada participante foi solicitado registrar, de forma anônima e confidencial, no mínimo, dez incidentes detectados durante o seu horário de trabalho no período de cinco meses, de 1º de outubro de 2013 a 28 de fevereiro de 2014. Os participantes tiveram a opção de responder de forma eletrônica ou em papel. Para garantir o anonimato dos profissionais, os questionários foram identificados com siglas de cada profissão, sendo “M” para médicos e “E” para enfermeiros e ganharam números de 1 a 125, à medida que foram preenchidos e devolvidos.

Durante o contato inicial, foram explicadas aos profissionais participantes as terminologias utilizadas no questionário. Foram entregues uma lista com descrições de exemplos de possíveis incidentes e um tutorial para preenchimento do questionário.

Dos vinte profissionais convidados a participar do estudo, três médicos se recusaram a participar e dois enfermeiros não enviaram o questionário em tempo hábil, mesmo após um segundo contato. Dos 17 profissionais que aceitaram participar do estudo, 15 (88%) profissionais, sete médicos e oito enfermeiros – retornaram os questionários devidamente preenchidos. Entre os profissionais participantes, 12 (80%) eram do sexo feminino e três (20%) do sexo masculino. As idades dos profissionais variaram, sendo o mais jovem, um enfermeiro com 24 anos e o mais velho, um médico com 72 anos.

Instrumento de coleta de dados

Entre os vários métodos descritos na literatura⁸ para avaliar a segurança do paciente na atenção primária à saúde, optou-se, nesse estudo, pela aplicação de um questionário para profissionais de saúde, baseado no estudo australiano *Primary Care International Study of Medical Errors* (PCISME)⁹. Trata-se de um questionário para avaliar se houve algum incidente durante o cuidado, e, se houver, busca-se caracterizá-lo, conhecer a sua gravidade e os fatores que contribuíram para sua ocorrência.

Esse questionário foi escolhido pelo caráter pioneiro, por ser de livre disponibilidade por via eletrônica, sem ônus e por ter sido já replicado em vários países, inclusive traduzido para o português em um estudo realizado em Portugal¹⁰.

O questionário do PCISME foi traduzido e adaptado para o contexto brasileiro através de um painel com especialistas, empregando o método Delphi modificado¹¹. Esse estudo seguiu as etapas de execução do estudo australiano, adotando as diretrizes disponibilizadas, tendo como principal adequação ao contexto brasileiro, a inclusão de enfermeiros como respondentes do questionário e não apenas médicos, como no desenho australiano devido às características de organização da atenção primária à saúde.

Esse questionário é composto por dezesseis questões abertas e fechadas, para que médicos e enfermeiros registrem os incidentes ocorridos com os pacientes das unidades de saúde da família, com garantias do anonimato, onde cada questionário é utilizado para notificar um único incidente.

Variáveis e análise dos dados

As respostas dos questionários foram organizadas de forma que se permitisse conhecer as razões de incidentes; as razões de incidentes que não atingiram os pacientes; as razões de incidentes que atingiram os pacientes e não causaram o dano e as razões de incidentes que atingiram os pacientes e que causaram dano. Para calcular as frequências dos incidentes o numerador foi composto pela soma dos incidentes relatados pelos participantes, e o denominador pela soma das consultas realizadas pelos participantes durante o período, informações, essas, colhidas no SIAB (Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação da Atenção Básica. <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>, acessado em 30/Out/2014). O resultado dessa fração foi multiplicado por 100.

Nesse estudo foram utilizadas as definições encontradas nos estudos sobre segurança do paciente da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS – sigla em inglês) da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹². No ICPS considera-se um incidente um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente, advindo de atos não intencionais ou intencionais. O incidente pode atingir ou não o paciente. Quando atinge pode ou não causar um dano. Quando não causa dano é chamado de incidente sem dano e quando causa o dano é chamado de evento adverso. Segurança do Paciente é definido como a redução, a um mínimo aceitável, do

risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde¹².

A Tabela 1 foi criada para descrever: os tipos de incidentes, os seus fatores contribuintes, as consequências destes aos pacientes e a gravidade dos danos. Os fatores contribuintes foram classificados, de acordo com as definições encontradas nos estudos de segurança em atenção primária à saúde⁸ e agrupados como: falhas na comunicação com paciente; falhas na comunicação interprofissional; falhas na gestão; falhas no cuidado; e falhas na comunicação na rede de atenção. Foi calculada a proporção dos fatores contribuintes classificados e da gravidade do dano entre os incidentes registrados nos questionários.

Para classificar a gravidade do dano, foi utilizada uma escala: dano mínimo (com recuperação de até um mês), dano moderado (recuperação entre um mês e um ano), dano permanente, óbito. Havia a opção: “não tenho como classificar o dano”⁹.

Muitas vezes os profissionais de saúde, e os médicos em particular, julgam a existência de um erro ou de um dano de acordo com a consequência destes para o paciente. Em função disso um especialista em segurança do paciente redefiniu os tipos de incidentes atribuídos pelos participantes de acordo com a definição do ICPS¹².

Os erros que contribuíram para os incidentes foram classificados da mesma forma como nos estudos que utilizaram o PCISME^{9,10} em ou-

tros países: erros no atendimento administrativo; erros na investigação de exames; erros com tratamento; erros de comunicação; erros de pagamento; erros na gestão de recursos humanos; erros na execução de uma tarefa clínica; erros de diagnóstico. De acordo com o PCISME⁹, erros no atendimento administrativo indicam: erros no preenchimento do prontuário ou incompleto; erro no agendamento de consultas; erro no fluxo do paciente na rede de atenção; erro de logística, gerando falta de insumos e medicamentos; erro na manutenção de um ambiente físico seguro; dificuldades de acesso ao especialista; troca de nomes de medicamentos, incorreta interpretação das receitas na farmácia, profissional nega atendimento ao paciente. A proporção de cada erro foi calculada em relação ao total de erros.

Considerações éticas

Um consentimento informado de cada participante foi obtido, garantindo o anonimato dos sujeitos na divulgação dos resultados, a liberdade para retirada do consentimento a qualquer momento e a informação quanto ao destino das informações produzidas.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), sob o parecer nº 303.649, em 14 de junho de 2013.

Tabela 1

Características gerais dos 125 pacientes, segundo o tipo de incidente ocorrido.

Características/Categorias	Incidente que não atingiu o paciente	Atingiu o paciente, mas não causou dano	Evento adverso	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo				
Masculino	10 (17,5)	11 (19,3)	36 (63,2)	57 (45,6)
Feminino	11 (16,2)	26 (38,2)	31 (45,6)	68 (54,4)
Faixa etária (anos)				
Até 9	1 (10,0)	4 (40,0)	5 (50,0)	10 (8,0)
10-19	1 (12,5)	2 (25,0)	5 (62,5)	8 (6,4)
20-59	15 (23,4)	21 (32,8)	28 (43,8)	64 (51,2)
60 ou mais	4 (9,3)	10 (23,3)	29 (67,4)	43 (34,4)
Presença de doenças crônicas				
Sim	13 (15,5)	21 (25,0)	50 (59,5)	84 (67,2)
Não	8 (19,5)	16 (39,0)	17 (41,5)	41 (32,8)
Vulnerabilidade social				
Sim	5 (8,6)	17 (29,3)	36 (62,1)	58 (46,4)
Não	16 (23,9)	20 (29,9)	31 (46,3)	67 (53,6)
Total	21 (16,8)	37 (29,6)	67 (53,6)	125 (100,0)

Resultados

Foram registrados 125 incidentes em 11.233 consultas (Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação da Atenção Básica. <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>, acessado em 30/Out/2014) realizadas pelos participantes no período do estudo. A razão de incidentes foi de 1,11% (IC95%: 0,93-1,32). Como no questionário foi verificado que cada incidente correspondeu a um erro, pode-se considerar que a razão de erros foi também de 1,11%. A razão de incidentes que não atingiram os pacientes foi de 0,11% (13/11.233; IC95%: 0,06-0,20). A razão de incidentes que atingiram os pacientes, mas não causaram dano foi de 0,09% (10/11.233; IC95%: 0,04-0,16). A razão de incidentes que atingiram os pacientes e causaram dano (evento adverso) foi de 0,91% (102/11.233; IC95%: 0,74-1,10).

Dos 131 questionários que retornaram ao pesquisador, seis (4,6%) não foram aceitos porque os campos “idade”, “sexo dos pacientes” e “resultado do incidente” não estavam preenchidos e o contato com o profissional para completar não foi possível em função do anonimato. Para análise final foram recebidos 125 questionários válidos, cada questionário representa um incidente.

A Tabela 1 apresenta as características gerais dos 125 pacientes de acordo com o tipo de incidente ocorrido.

Os pacientes que sofreram os incidentes registrados eram, em sua maioria, adultos (n = 64, 51%), do sexo feminino (n = 68, 54%). A maioria dos pacientes apresentava doenças crônicas (n = 84; 67%) e a maioria tinha um problema de saúde complexo¹² (n = 50, 59%), descrito como condição de difícil manejo clínico¹³, desde a presença de comorbidades, até a dependência de álcool e/ou drogas, passando por distúrbios neurológicos ou psiquiátricos. Mesmo que não se tenha solicitado descrever o problema de saúde complexo do paciente, os participantes fizeram referências aos problemas de saúde mental de oito pacientes.

Quase a metade dos pacientes (n = 59, 47%) estava exposta a alguma forma de vulnerabilidade social¹⁴. Entre eles, 24 (40,7%) tinham baixa renda, 23 (40%) eram analfabetos ou tinham baixa escolaridade, 16 (27,1%) estavam envolvidos com álcool e drogas, (22%) tinham precárias condições de moradias, 10 (16,9%) estavam desempregados, 10 (16,9%) tinham vários filhos e 29 (49,1%) tinham outras condições não especificadas. Em relação ao tipo de incidente, o mais frequente foi o evento adverso (53,6%), seguido pelo incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano (29,6%).

A Tabela 2 descreve os tipos de incidentes, as suas consequências para o paciente, os fatores contribuintes e a gravidade do dano.

Tabela 2

Tipos de incidentes, as suas consequências para o paciente, os fatores contribuintes e a gravidade do dano.

Tipo de incidente	Gravidade	Consequência	Fatores contribuintes
Eventos adversos	Dano mínimo	Alergia a medicamentos	Pré-disposição alergênica. Falha na anamnese (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano mínimo	Diabetes descompensada	Falta de remédio na farmácia (falhas na gestão)
Eventos adversos	Dano mínimo	Esquizofrenia descompensada	Falta de remédio e de receituário apropriado (falhas na gestão)
Eventos adversos	Dano mínimo	Gestante com complicação clínica	Demora na entrega do exame. Laboratório longe da moradia do paciente (falhas na gestão)
Eventos adversos	Dano mínimo	Desnutrição grave	O idoso não conseguiu explicar ao médico o problema. Morar sozinho, pouca escolaridade, sem apoio da família. Profissional com pouco tempo para realizar consulta (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano mínimo	Complicações de HAS, necessitou de internação	Não compreendeu o uso correto da medicação, usou em dose errada, não sabe ler (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano mínimo	Medicamento não fez efeito desejado em tratamento de HAS	Falta de um bom acompanhamento clínico do paciente. Falha na capacitação do profissional (falhas no cuidado)

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Tipo de incidente	Gravidade	Consequência	Fatores contribuintes
Eventos adversos	Dano mínimo	Idoso com hipotensão e desidratado	Interação medicamentosa/dosagem errada do medicamento (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano mínimo	Hiperglicemia	Falta de medicação (falhas na gestão)
Eventos adversos	Dano mínimo	Internado por hipoglicemia	Quando paciente fica sozinho não toma medicação e nem se alimenta. Falha no apoio da família e do cuidador (falhas na comunicação interprofissional)
Eventos adversos	Dano mínimo	Cefaleia intensa	O único especialista do município não fechou diagnóstico do paciente, não fez exame físico adequado e desconsiderou o encaminhamento da ESF. Agenda cheia, excesso de autoconfiança; cansaço (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano mínimo	Cardiopata deixou de tomar medicação	Falta de recurso financeiro para comprar remédios (falhas na gestão)
Eventos adversos	Dano mínimo	Paciente com cefaleia intensa, sem diagnóstico	Não acesso a neurologista e exames complexos. Paciente com problema social grave e stress, necessita de acolhimento na unidade e acesso a especialidades (falha na comunicação na rede de atenção)
Eventos adversos	Dano mínimo	Complicação do quadro clínico	Paciente se negou a ir à consulta da enfermagem, por desconfiança no atendimento da enfermagem (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano mínimo	Febre, dores locais e edemas	Dose aplicada errada de vacina, por erro do auxiliar de enfermagem (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano mínimo	Complicação do quadro alérgico respiratório	Paciente não tomou remédio. Falta de medicamento farmácia (falhas na gestão)
Eventos adversos	Dano mínimo	Complicações ginecológicas	Falha no diagnóstico paciente, pelo único especialista no município, que não fez exame físico e desconsiderou exame da ESF. Agenda cheia, excesso de autoconfiança, cansaço (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano mínimo	HAS + obesidade descompensada	Falha no acesso ao especialista. Falha de comunicação entre a equipe multidisciplinar (falha na comunicação na rede de atenção)
Eventos adversos	Dano moderado	Complicação de HAS. Em tratamento de lúpus	Paciente deixou de tomar medicação por dificuldades financeiras. Falha no Acesso à medicação na farmácia municipal (falhas na gestão)
Eventos adversos	Dano moderado	Crise mental	Evasão do tratamento. Falha na comunicação entre os profissionais ESF, da saúde mental e do hospital (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano moderado	Piora de locomoção por artrose de joelho	Profissional do serviço de fisioterapia no domicílio negou atendimento (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano moderado	Complicações na terapia hematológica	Troca da bolsa de sangue (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano moderado	Internado porque trocou os remédios	Paciente tomou medicação de forma e quantidade errada. Falha no apoio da família e na comunicação do profissional (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano moderado	Hipoglicemia	Dosagem excessiva da medicação foi prescrita. Foi internado (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano mínimo	Febre, dores locais e edemas	Dose aplicada errada de vacina, por erro do auxiliar de enfermagem (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano mínimo	Complicação do quadro alérgico respiratório	Paciente não tomou remédio. Falta de medicamento farmácia (falhas na gestão)
Eventos adversos	Dano mínimo	Complicações ginecológicas	Falha no diagnóstico paciente, pelo único especialista no município, que não fez exame físico e desconsiderou exame da ESF. Agenda cheia, excesso de autoconfiança, cansaço (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano mínimo	HAS + obesidade descompensada	Falha no acesso ao especialista. Falha de comunicação entre a equipe multidisciplinar (falha na comunicação na rede de atenção)
Eventos adversos	Dano moderado	Complicação de HAS. Em tratamento de lúpus	Paciente deixou de tomar medicação por dificuldades financeiras. Falha no acesso à medicação na farmácia municipal (falhas na gestão)

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Tipo de incidente	Gravidade	Consequência	Fatores contribuintes
Eventos adversos	Dano moderado	Paciente entrou em surto, sem assistência	Médico da saúde mental em férias e ninguém atendeu o paciente. Descaso profissional (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano moderado	Abscesso na perna	Erro na aplicação de técnica da vacina. Falta de experiência e má formação profissional (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano moderado	HAS descompensada e hiperglicemia	Falta de medicamento na farmácia. Paciente não tomou medicação (falhas na gestão)
Eventos adversos	Dano moderado	Alteração da glicemia	Paciente tomou medicação errada. Consultas rápidas sem anamnese do paciente. Falha no acompanhamento domiciliar dos agentes comunitários de saúde (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano moderado	Paciente com convulsão não conseguiu consulta com neurologista	Não marcação da consulta com especialista e exames. Falha na organização de redes de atenção (falha na comunicação na rede de atenção)
Eventos adversos	Dano moderado	Paciente desidratado, desnutrido	Não conseguiu internação. Família sem informação e baixa escolaridade (falha na comunicação na rede de atenção)
Eventos adversos	Dano moderado	Glicemia alterada	Paciente não segue as orientações da equipe. Falha no acompanhamento da equipe ESF (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano moderado	Reação alérgica a medicamentos	Falha na interação entre enfermagem e paciente (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano moderado	Hipotensão	Excesso de medicação por conduta clínica errada, por não escutar o paciente. Consultas rápidas (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano moderado	Piora do quadro clínico por demora para diagnóstico de câncer	Demora nos exames e falta de especialista para atender o paciente (falha na comunicação na rede de atenção)
Eventos adversos	Dano moderado	Idoso com HAS não toma medicamento	Não pega remédio na farmácia devido à desagregação familiar. A família deixa idoso sozinho no domicílio (falhas na comunicação interprofissional)
Eventos adversos	Dano moderado	Dores locais e edemas, febre	Efeito indesejado na vacina. Falha na orientação ao paciente (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano moderado	Dor torácica	Demora no atendimento da UPA (emergência) (falha na comunicação na rede de atenção)
Eventos adversos	Dano moderado	Taquicardia	Troca de medicamento. Falha na dispensação e problemas com letra do médico. Falta de prontuário eletrônico (falhas na comunicação interprofissional)
Eventos adversos	Dano moderado	Desidratação em idoso	Falha na visita domiciliar. Falha na avaliação da enfermagem (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano moderado	Agravamento do quadro renal crônico	Demora em marcar consulta de 3 e 4 meses com um único médico especialista (falha na comunicação na rede de atenção)
Eventos adversos	Dano permanente	Depressão com tendência ao suicídio	Paciente se recusa a tratamento. Não há apoio de equipe de saúde mental (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano permanente	Amputação do membro inferior	Falta de cuidados-higiene pessoal, não fazia dieta, não tomava medicação prescrita. Falta de apoio familiar (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano permanente	HAS + obesidade descompensada	Dificuldade de acesso ao especialista. Falha na comunicação interna equipe (falhas na comunicação interprofissional)

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Tipo de incidente	Gravidade	Consequência	Fatores contribuintes
Eventos adversos	Dano permanente	Diabético descompensado que resultou em lesão no pé	Falta de adesão do paciente ao tratamento. Falta de monitoramento ao indivíduo por parte da equipe ESF (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano permanente	Atrofia dos membros inferiores	Diagnóstico incorreto/falta de acesso à fisioterapia (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano permanente	AVC	Não seguiu as orientações médicas. Falha em informar o paciente e familiares sobre gravidade do caso (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano permanente	Doença crônica descompensada	Falta de monitoramento ao indivíduo por parte da equipe ESF (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano permanente	AVC. Em tratamento de HAS	Dificuldade de acesso ao especialista (cardiologista) (falha na comunicação na rede de atenção)
Eventos adversos	Dano permanente	Complicações do AVC	Falta de serviço de fisioterapia e do acompanhamento da ESF (falhas na gestão)
Eventos adversos	Dano permanente *	Lesão cerebral na criança com sofrimento fetal	Falta de pré-natal adequado e local para atendimento adequado do paciente (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano permanente	Amputação de membro inferior	Atraso no agendamento dos exames. Negligência para agendar os exames e marcar consulta médica (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano permanente	Paciente teve perna amputada	Especialista não detectou obstrução arterial. Lentidão em agendar exame de alta complexidade (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano permanente	Hepatopatia	Especialista não fechou diagnóstico. Apatia do especialista, falta de realização de exames: biópsia hepática (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano permanente	AVC	Não realizou exames complexos, devido à falta de documentação. Serviço social não atuante. Falha no programa de humanização (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano permanente	Evolução rápida do câncer antes de chegar ao especialista	Demora no atendimento do especialista, demora resultado da biópsia (falha na comunicação na rede de atenção)
Eventos adversos	Dano permanente	Complicação do pé diabético	Erro e demora no atendimento. Falta de técnica no curativo e local adequado para realização (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano permanente	Complicação por interação medicamentosa	Falta de ética e conhecimento técnico, irresponsabilidade (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano permanente	Idoso com ferimento na face, vermelhidão e edemas	Agressão familiar. Falha no envolvimento da equipe ESF com serviço social (falhas na comunicação interprofissional)
Eventos adversos	Dano permanente	Hepatopatia em etilista	Falha no acompanhamento da equipe ESF para redução do consumo de álcool (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano permanente	Atrofia de membros inferiores em etilista	Falha no acompanhamento da equipe ESF para redução do consumo de álcool prolongado, e não tomar medicação (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano permanente	Piora de Alzheimer em idoso	Não usa a medicação corretamente. Falha no acompanhamento da equipe ESF e de apoio familiar (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano permanente	Transtorno psiquiátrico	Falta de medicação por incapacidade de dispensar medicação controlada (falhas na gestão)
Eventos adversos	Dano permanente	AVC. HAS grave. Etilista	Comportamento agressivo do paciente e uso irregular da medicação. Falha no apoio familiar (falha na comunicação com paciente)

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Tipo de incidente	Gravidade	Consequência	Fatores contribuintes
Eventos adversos	Dano permanente	Infarto agudo do miocárdio. HAS em uso irregular da medicação	Falta de conscientização do paciente sobre seu estado de saúde (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano permanente	Piora clínica. Etilista, se nega a tomar medicação e receber visita dos agentes comunitários de saúde	Dependência do álcool faz paciente não aceitar tratamento (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Dano permanente	Anorexia, depressão, desidratação	Não acesso ao serviço de psiquiatria e psicologia (falha na comunicação na rede de atenção)
Eventos adversos	Dano permanente	Ruptura dos tendões do bíceps	Erro de diagnóstico do ortopedista que não marcou cirurgia (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano permanente	Amputação de pé devido a diabetes	Curativo e tratamento errado da enfermagem e médicos (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano permanente	Distúrbio neuropsiquiátrico devido ao uso de álcool	Não tratamento para o alcoolismo (falhas na comunicação interprofissional)
Eventos adversos	Dano permanente	Piora do quadro clínico	Paciente teve que refazer o exame preventivo por não ter recebido resultado. Falha na organização do laboratório e da ESF (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Dano permanente	Evolução da obesidade para grau 3, HAS descompensada	Dificuldade de acesso ao especialista e desinformação sobre alimentação adequada. Falta de monitoramento ao indivíduo por parte da equipe ESF (falhas na comunicação interprofissional)
Eventos adversos	Dano permanente	Atrofia muscular dos membros inferiores	Falta de acesso à fisioterapia (falha na comunicação na rede de atenção)
Eventos adversos	Óbito	Complicações cardiovasculares	Demora no atendimento da UPA (emergência) (falha na comunicação na rede de atenção)
Eventos adversos	Óbito	Complicação de dor torácica	Hospital negou atendimento. Falha na comunicação entre a ESF e o hospital (falha na comunicação na rede de atenção)
Eventos adversos	Óbito	Diabetes descompensada	Falha no acompanhamento do paciente pela ESF (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Óbito	Hiperglicemia	Falha na comunicação entre os profissionais ESF e hospital (falha na comunicação na rede de atenção)
Eventos adversos *	Óbito *	Parto prematuro devido a infecção urinária e HAS. Bebê foi a óbito	Não foi encaminhada ao pré-natal de risco, sendo atendido pela enfermagem. Falha na comunicação da equipe e não atenção ao protocolo de risco (falhas na comunicação interprofissional)
Eventos adversos	Óbito	HAS, necessitando de marca-passo foi mal avaliado por especialista e faleceu	Avaliação clínica do cardiologista e exames inadequados (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Óbito	Insuficiência respiratória aguda. DPOC	Paciente não aceitava tratamento da equipe ESF, morava sozinho (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Óbito	Complicações respiratórias em idoso	Demora no atendimento da UPA (emergência) (falha na comunicação na rede de atenção)
Eventos adversos	Não classificável	Depressão	Paciente se recusa ao tratamento. Não há apoio de equipe de saúde mental. (Falha na comunicação com paciente)

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Tipo de incidente	Gravidade	Consequência	Fatores contribuintes
Eventos adversos	Não classificável	Evolução da obesidade para grau 3, HAS descompensada	Dificuldade de acesso ao especialista. Desinformação sobre alimentação saudável. Falta de monitoramento ao indivíduo por parte da equipe ESF (falha na comunicação na rede de atenção)
Eventos adversos	Não classificável	Câncer colo útero, mesmo realizando exame anual	Laboratório não capacitado para realizar exame citopatológico. Falha na fiscalização da qualidade dos laboratórios (falhas na gestão)
Incidente sem dano	Não classificável	Gestante com diabete gestacional, teve parto prematuro	Dificuldade de acesso ao especialista (falha na comunicação na rede de atenção)
Incidente sem dano	Não classificável	Paciente teve que refazer os exames laboratoriais	Má coleta do material. Falha na capacitação de técnico de laboratório (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Não classificável	Doença crônica descompensada	Paciente deixou de vir à consulta agendada. Falha no acompanhamento da enfermagem e do agente comunitário de saúde (falha na comunicação com paciente)
Eventos adversos	Não classificável	Insuficiência respiratória em paciente com HIV	Hospital negou atendimento. Falha na comunicação entre ESF e hospital (falha na comunicação na rede de atenção)
Incidente sem dano	Não classificável	Paciente com dor intensa de cabeça, não conseguiu fazer tomografia computadorizada de crânio	Recepção esqueceu de agendar e quando agendou o exame não havia transporte para levar paciente (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Não classificável	Surto por problema mental	Não tomou medicação controlada. Falha no acesso ao especialista e no fluxo para serviços de referência (falha na comunicação na rede de atenção)
Incidente sem dano	Não classificável	Paciente não tomou medicação prescrita	Paciente não sabe ler e não consegue discernir qual medicamento tomar. Falha no apoio e comunicação do agente comunitário de saúde (falha na comunicação com paciente)
Incidente sem dano	Não classificável	Prontuário do paciente sumiu. Dificuldade de realizar diagnóstico	Prontuário arquivado em local incorreto. Falta de recepcionistas em quantidade suficiente e treinados (falhas no cuidado)
Incidente sem dano	Não classificável	Troca de prontuário	Foi prescrito medicamento errado ao paciente. Falta de prontuário eletrônico, profissionais treinados na recepção (falhas no cuidado)
Incidente sem dano	Não classificável	Prontuário do paciente sumiu. Dificuldade para prescrever medicação	Prontuário arquivado errado. Falha no treinamento dos profissionais da recepção (falhas no cuidado)
Eventos adversos	Não classificável	Paciente sem o diagnóstico, mesmo sendo atendido por especialistas	Falta de interesse profissional. Falta de comunicação entre os profissionais. Falha em preencher a ficha de referência e contrarreferência (falhas no cuidado)
Incidente não atingiu o paciente	Não classificável	Prontuário errado	Falha em não conferir o nome do paciente no prontuário. Falha da recepção (falhas no cuidado)
Incidente não atingiu o paciente	Não classificável	Paciente não foi à consulta de puericultura	Não foi à consulta agendada – falta de atenção da mãe. Alta carga de trabalho dos agentes comunitários de saúde. (Falha na comunicação com paciente)
Incidente sem dano	Não classificável	Paciente não foi encaminhado ao especialista e ficou sem tratamento	Não responsabilização do profissional por não ter encaminhado o paciente ao especialista (falhas no cuidado)

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Tipo de incidente	Gravidade	Consequência	Fatores contribuintes
Evento adverso	Não classificável	Edema e dor na perna direita em criança	Erro no local de aplicação da vacina. Falta de experiência e má formação profissional (falhas no cuidado)
Incidente não atingiu o paciente	Não classificável	Nome da criança não constava na lista para consulta. Mãe perdeu dia de trabalho	Sobrecarga de trabalho, ausência de profissionais na recepção, falta de atenção e de capacitação (falhas no cuidado)
Incidente não atingiu o paciente	Não classificável	Nome do paciente não constava na lista para consulta. Perdeu dia de trabalho	Espera longa para atendimento e paciente não conseguiu ser atendido (falhas na gestão)
Incidente sem dano	Não classificável	Diagnóstico errado de diabetes	Erro no exame de sangue. Não foi realizada avaliação clínica. Pouco envolvimento do profissional. Laboratórios de baixa qualidade (falhas no cuidado)
Incidente sem lesão	Não classificável	Paciente teve que retornar à unidade, porque a amostra de sangue foi insuficiente	Técnico do laboratório não colheu sangue suficiente. Desqualificação profissional (falhas no cuidado)
Incidente sem dano	Não classificável	Gestante retornou do hospital sem atendimento adequado, e entrou trabalho de parto na ESF	Falta de leito. Falta de preparo profissional. Humanização (falha na comunicação na rede de atenção)
Incidente não atingiu o paciente	Não classificável	Troca de prontuário, devido a nomes iguais	Preenchimento inadequado de fichas cadastrais. Falha de capacitação dos profissionais da recepção. Falta de prontuário eletrônico (falhas no cuidado)
Incidente sem lesão	Não classificável	Paciente com dor abdominal e sangramento, não conseguiu agendar ultrassonografia	Falha de referência e contrarreferência (falha na comunicação na rede de atenção)
Incidente sem lesão	Não classificável	Paciente com HAS, não conseguiu consulta com cardiologista	Más condições financeiras do paciente. Falha no agendamento da consulta no SUS (falha na comunicação na rede de atenção)
Evento adverso	Não classificável	Complicação em paciente neuropata	Medicação administrada errada na paciente (falhas no cuidado)
Evento adverso	Não classificável	Piora do quadro de amigdalite	Fez tratamento apenas caseiro com chás. Falha ao acesso aos serviços de pediatria ou ESF (falhas na comunicação interprofissional)
Incidente sem lesão	Não classificável	Paciente não tomou a medicação por vontade própria	Falta de informação e baixa escolaridade. Falha do apoio familiar (falha na comunicação com paciente)
Incidente sem lesão	Não classificável	Paciente ficou sem tomar medicamento	Falta de remédio na farmácia (falhas na gestão)
Incidente não atingiu o paciente	Não classificável	Paciente chegou na hora agendada, mas médico já tinha ido embora	Estava chovendo ficou sem transporte. Falha no cumprimento do horário de 40 horas do médico (falhas no cuidado)
Incidente não atingiu o paciente	Não classificável	Gestante chegou após horário da consulta, médico tinha ido embora	Morar distante da unidade (falhas na gestão)
Incidente não atingiu o paciente	Não classificável	Troca de medicamento prescrito na receita	Falta de atenção da dispensação e letra do médico incompreensível. Falta de prontuário eletrônico (falhas na comunicação interprofissional)

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Tipo de incidente	Gravidade	Consequência	Fatores contribuintes
Incidente não atingiu o paciente	Não classificável	Troca de exames	Falta de atenção na entrega do medicamento e letra do médico incompreensível (falhas na comunicação interprofissional)
Incidente não atingiu o paciente	Não classificável	Paciente não marcou exames por falta de documentos	Excesso de burocracia. Serviço social não atuante. Falha na responsabilização pelo paciente. (Falhas no cuidado)
Incidente não atingiu o paciente	Não classificável	Paciente não conseguiu marcar exames	Não conseguiu entrar na fila da regulação. Falha na referência e contrarreferência (falha na comunicação na rede de atenção)
Incidente não atingiu o paciente	Não classificável	Idoso se negou a tomar vacina da influenza	Desinformação. Falha na orientação específica aos idosos/comunicação (falha na comunicação com paciente)
Incidente sem lesão	Não classificável	Paciente recebeu exame de outro paciente.	Falta do prontuário informatizado (falhas no cuidado)
Incidente sem lesão	Não classificável	Paciente foi informado corretamente pelo agente comunitário de saúde sobre planejamento familiar	Agente comunitário de saúde não entendeu o que a enfermagem solicitou e passou informação errada. Falha na capacitação (falhas na comunicação interprofissional)
Incidente não atingiu o paciente	Não classificável	Paciente não foi atendido no serviço	Falta de energia na ESF por não ter gerador de energia na unidade (falhas na gestão)

AVC: acidente vascular cerebral; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; ESF: Estratégia Saúde da Família; HAS: hipertensão arterial sistêmica; SUS: Sistema Único de Saúde; UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

* O incidente aconteceu com o filho e não com a mãe.

Em relação à gravidade do dano, entre os pacientes que sofreram eventos adversos, 32 (26%) tiveram dano permanente, 27 (21%) apresentaram dano moderado e 18 (15%) sofreram um dano mínimo. Todos os óbitos (8) foram classificados como eventos adversos, sendo que destes 50% (4) ocorreram pela falha na comunicação na rede de atenção, 25% (2) pela falha na comunicação com paciente, 12,5% (1) pela falha na comunicação interprofissional e 12,5% (1) pela falha no cuidado. Em 32% (40) dos incidentes não foi possível classificar a gravidade, incidindo em 42% (17) de falhas no cuidado, 20% (8) de falhas na comunicação na rede de atenção, 15% (6) de falhas na comunicação com paciente, 13% (5) de falhas na gestão, e 10% (4) de falhas na comunicação interprofissional.

Os fatores que contribuíram com os incidentes foram: falhas no cuidado (n = 44, 34%), falhas na gestão (n = 16, 13%) e falhas na comunicação (n = 65, 53%). Essas últimas eram classificadas em falhas de comunicação com paciente (n = 30, 24%), na rede de atenção (n = 23, 19%) e na comunicação interprofissional (n = 12, 10%).

Os dados obtidos através dos questionários permitiram classificar os erros nas tipologias utilizadas nos estudos australiano e português (Ta-

bela 3). Os erros com pagamento de prestadores de serviço não se aplicaram ao contexto do estudo brasileiro. Essa foi a maneira utilizada para comparar os resultados encontrados no estudo brasileiro com os dos demais países que utilizaram o questionário PCISME (Tabela 3). O erro no atendimento administrativo (26%) foi o erro mais frequente no estudo brasileiro, seguido por erros de comunicação (22%).

O médico foi o profissional que esteve envolvido no erro com o paciente com mais frequência, como nos estudos português¹⁰ e australiano⁹ – 30% (38), seguido pelos profissionais da enfermagem – 13% (17), da farmácia – 12% (15) e os agentes comunitários de saúde – 5% (6). Em 17% (22) dos relatos, o próprio paciente foi apontado como sendo diretamente responsável pelo erro.

A maior proporção dos erros ocorreu no consultório médico (25%), dado que também foi observado em outros países. Em segundo lugar, esteve o hospital (15%), o que também foi observado no estudo australiano (Tabela 4).

Foi relatado por 80 (64%) participantes que eles próprios já tiveram conhecimento da ocorrência prévia do mesmo tipo de erro que registraram. Em contraposição, 25 (20%) entrevistados afirmaram que raramente ocorre o mesmo tipo

Tabela 3

Proporção de tipos de erros que contribuíram com os incidentes encontrados nos estudos brasileiro, português e australiano.

Erros	Estudo brasileiro	Estudo português	Estudo australiano
	n (%)	n (%)	n (%)
Erros no atendimento administrativo	32 (26)	19 (48)	26 (20)
Erros na investigação de exames	7 (5)	10 (25)	17 (13)
Erros com tratamento	24 (19)	2 (5)	38 (29)
Erros de comunicação	27 (22)	6 (15)	20 (15)
Erros de pagamento	0 (0)	0 (0)	1 (1)
Erros na gestão de recursos humanos	3 (2)	1 (2)	2 (1)
Erros na execução de uma tarefa clínica	17 (14)	0 (0)	7 (5)
Erros de diagnóstico	15 (12)	2 (5)	21 (16)
Total	125 (100)	40 (100)	132 (100)

Fonte: tabela baseada em Makeham et al. ⁹ (estudo australiano) e Siqueira et al. ¹⁰ (estudo português)..

Tabela 4

Local de ocorrência dos erros encontrados nos estudos brasileiro, português e australiano.

Local	Estudo brasileiro	Estudo português	Estudo australiano
	%	%	%
Consultório médico	25	62	64
Hospital	15	7	12
Domicílio do paciente	11	0	8
Farmácia	10	2	4
Recepção	9	10	0
Laboratório	8	5	6
Consultório de enfermagem	7	2	0
Ambulatório de especialidades	4	0	0
Sala imunização	3	0	0
UPA	3	0	0
No contato telefônico	2	5	4
Sala de imagem	1	7	2
No transporte	1	0	0
Hemoterapia	1	0	0
Total	100	100	100

UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

Fonte: tabela baseada em Makeham et al. ⁹ (estudo australiano) e Siqueira et al. ¹⁰ (estudo português)..

de erro que o registrado em outros pacientes, e 20 (16%) disseram que frequentemente ocorre o mesmo tipo de erro, que ocasionou o incidente relatado, em outros pacientes.

Discussão

A razão de incidentes foi de 1,11%, o que corresponde à mesma razão de erros. No estudo australiano ⁹ com o mesmo desenho metodológico,

a frequência de erros foi de 0,24%. Os outros estudos que utilizaram o questionário do PCISME não tiveram a preocupação de calcular a frequência dos tipos de incidentes, muito provavelmente porque a taxonomia proposta pela OMS é muito recente ^{9,10,15}.

Embora a atenção primária à saúde atenda pacientes com menor complexidade, 82% dos incidentes ocasionaram ou causaram dano ao paciente e muitos deles com gravidade muito alta – dano permanente (25%) ou óbito (7%), diferente

dos estudos internacionais^{16,17}, que apresentaram danos com pouca gravidade.

No estudo brasileiro, o local de ocorrência do erro, teve ocorrência maior no consultório médico (25%), dado observado também nos outros países, seguido pelo hospital (15%). É importante considerar o impacto que um incidente na atenção primária à saúde pode provocar nos pacientes quando atendidos nos demais níveis assistenciais, onde o indicador indireto da qualidade da atenção primária, chamado de internações por condições sensíveis à atenção primária¹⁸ representa cerca de 20% das internações no SUS.

O maior número de incidentes foi detectado em pacientes mais velhos – acima de 40 anos (n = 57; 83%), com doenças crônicas (n = 17; 68%), similar ao observado nos estudos americano¹⁹ e canadense²⁰, onde a ocorrência em pacientes mais velhos foi 81% e 92% e doenças crônicas 60% e 63%, respectivamente. Thomas & Brennan²¹ destaca em seu estudo, que os pacientes com idade acima de 45 anos eram significativamente mais propensos a ter um evento adverso, em razão do aumento da prevalência de doenças crônicas, com comorbidades associadas, por consequência da transição epidemiológica e demográfica. Num estudo em hospitais brasileiros²² a faixa etária acima de 60 anos também foi a que sofreu mais eventos adversos.

O quadro de vulnerabilidade social constitui permanente preocupação no Brasil e neste estudo quase metade dos pacientes que sofreram incidentes eram vulneráveis. Os pacientes vulneráveis, em geral, têm baixa adesão ao tratamento e pouca autonomia para participar da prevenção de incidentes¹⁴. Em 17% (22) dos relatos, o próprio paciente foi apontado como sendo diretamente responsável pelo erro, ou por não adesão ao tratamento proposto ou por não entendimento da gravidade do seu quadro de saúde.

Os dados obtidos através dos questionários permitiram identificar oito tipos de erros enquadrados nas tipologias internacionalmente utilizadas. Usando a tipologia quando comparados os resultados verificam-se muitas semelhanças entre os estudos brasileiros, português e australiano, com prevalência do registro em erros administrativos.

A classificação mais genérica de erros e de fatores contribuintes pode ocultar informações importantes. Quando se observam os fatores contribuintes no estudo brasileiro e no estudo português verificam-se situações relevantes. O artigo com o estudo australiano não revela as causas dos erros.

No estudo brasileiro em 38 incidentes o principal fator contribuinte do incidente foi estrutural, como a falta de medicamentos, de leitos

de referência, ou de suporte para o acompanhamento do doente mental. Esses fatores não foram encontrados no estudo português. Outra situação específica no estudo brasileiro foi a falta de compromisso do profissional com o paciente, que foi descrita em nove casos.

A comunicação foi citada como o fator contribuinte mais comum para ocorrência de incidente na atenção primária à saúde (53%). As falhas na comunicação interprofissional contribuíram em 10% para a ocorrência do incidente e os profissionais apresentaram como dificuldades para o bom relacionamento da equipe, as diferenças de opinião, de visão profissional, de formação acadêmica, de cultura de segurança do paciente, de comportamento, de escolaridade, de hierarquização profissional, e de responsabilização com o paciente. Essa dificuldade pode ser exemplificada no registro encontrado no questionário 55, respondido por um enfermeiro:

“A falha da comunicação na equipe cria um retrabalho na unidade. Difícilmente alguém chegará para assumir a falha diante do gestor, com receio de represálias. Provavelmente, o erro será jogado de mão em mão e isso provocará arranhões no relacionamento das pessoas. O conflito torna-se quase que inevitável”.

No intuito de melhorar a comunicação entre os profissionais, deve-se promover uma comunicação aberta, onde eles se sintam-se livres para conversar sobre os erros que podem afetar o paciente, e ao mesmo tempo, à vontade para questionar os profissionais hierarquicamente superiores sobre questões relacionadas à segurança do paciente, fortalecendo o trabalho em equipe, com capacidade compartilhada de mudanças e motivação para agir em prol da segurança²³.

As falhas de comunicação entre o profissional e o paciente foram descritas em 24% dos registros. As dificuldades dos profissionais em estabelecer vínculos pessoais e de ter escuta qualificada com os pacientes e o não compartilhamento de informações foram relacionados com a baixa adesão ao tratamento.

Um médico registrou sua preocupação com a comunicação com o paciente no questionário 61:

“Nós que trabalhamos com saúde da família, sempre conversamos bastante com os familiares, sempre levamos muito em conta o que o paciente diz. Mas tem profissional que nem pergunta o nome do paciente, não sabe a queixa que o paciente traz, e ainda pergunta por que o paciente não fez os exames e nem tomou o remédio. Essa relação médico/paciente eu considero uma das maiores proteções de segurança, a partir deste diálogo, estabelece uma relação de confiança”.

Em outras situações, mesmo tendo a preocupação de realizar uma boa relação médico pa-

ciente, o médico que respondeu ao questionário 20 relatou dificuldades, diante de um paciente:

“O paciente participa pouco do cuidado, mesmo eu falando, ele não se envolve com seus problemas de saúde e deixa de tomar a medicação, continua bebendo bebida alcoólica e fumando”.

Essas falhas de comunicação já tinham sido evidenciadas pelo PMAQ 7: cerca de 41% dos pacientes entrevistados relataram dificuldades para tirar dúvidas com os profissionais de saúde, levando-os a ter que agendar outra consulta.

No processo de melhoria da comunicação entre o profissional e o paciente, a abordagem centrada no paciente deve ser valorizada respeitando o paciente como um elemento ativo no seu processo de cuidado, permitindo que este ajude a gerenciar o seu cuidado, inclusive um possível evento adverso ²⁴. O profissional de saúde deve transmitir ao paciente uma informação adaptada ao indivíduo e à situação, considerando o grau de escolaridade, as especificidades culturais e linguísticas, bem como o grau de desenvolvimento cognitivo. A comunicação efetiva acarreta benefícios à relação profissional de saúde-paciente, sendo um fator direto na adesão ao tratamento ²⁵. A informação aos pacientes deve ser clara e escrita sempre que possível, encorajando e capacitando-os a contribuir com a sua própria segurança e explicar-lhes a prescrição ²⁶.

Em 19% dos registros foram descritas falhas de comunicação entre os serviços de saúde da rede de atenção. O Ministério da Saúde ²⁷ descreve a ESF como reguladora do sistema de saúde, buscando o acesso integral na rede de atenção. Para a efetiva comunicação na rede de atenção se exige uma articulação entre os vários profissionais que compõem a equipe de saúde e entre os distintos níveis de hierarquização tecnológica da assistência. Algumas estratégias viáveis são conhecidas como a implantação de sistemas de referência e contrarreferência, sistemas informatizados de regulação de consultas e exames, criar mecanismos para que o paciente trafegue na rede de saúde na lógica de linha de cuidados, e o programa de humanização ²⁷. Entretanto os problemas de rede ficam evidenciados neste trecho descrito pelo médico que respondeu ao questionário 56:

“O paciente fica meses esperando uma consulta do especialista, pois só tem um médico mastologista na rede para atender a toda a demanda. A doença evolui e nós do ESF não podemos fazer nada”.

Entre os fatores contribuintes descritos como falhas na gestão ⁸ (13%) que comprometem a qualidade dos serviços prestados aos pacientes e descritos nos artigos sobre segurança na atenção primária à saúde estão: falta de insumos médi-

co-cirúrgicos e de medicamentos, profissionais pressionados para serem mais produtivos em menos tempo, falhas em prontuários, falhas na recepção dos pacientes, planta física da unidade de saúde inadequada, descarte inadequado de resíduos da unidade de saúde, tarefas excessivas, não acesso a computadores e Internet.

Um enfermeiro descreve no questionário 26 a situação de falha na gestão:

“Os gestores deveriam se preocupar em oferecer o mínimo para trabalhar, estamos há semanas sem água potável aqui na unidade de [...]. Não podemos fechar as portas, temos que atender os pacientes assim mesmo, é insalubre”.

No relatório da avaliação nacional realizado pelo PMAQ ⁷ estão descritas inúmeras falhas na gestão das unidades da atenção primária à saúde. Apenas 30% das unidades avaliadas pelo PMAQ têm um consultório ou mais com computador conectado à internet, e apenas 18% dos profissionais de saúde das unidades trabalham com registro eletrônico. Somente em 45,5% das unidades, os pacientes são informados sobre os serviços disponíveis, em 62% das unidades o horário de funcionamento da unidade está afixado, e o acesso à escala dos profissionais com nomes e horários de atendimento encontra-se disponível em 37% das unidades.

Fatores contribuintes elencados como falhas no cuidado ⁸ (34%) foram descritos como: falhas no tratamento medicamentoso (principalmente erro na prescrição); falha no diagnóstico; demora na realização do diagnóstico; demora na obtenção de informações e interpretação dos achados laboratoriais; falhas em reconhecer a urgência da doença ou suas complicações; déficit de conhecimento profissional. Os participantes registraram nos questionários várias soluções para melhorar o cuidado: instituir prontuário eletrônico, contar com a presença do farmacêutico clínico, educação permanente à equipe profissional, estímulo à cultura não punitiva, utilizar sistema de apoio para as decisões clínicas, implementar protocolos clínicos e envolver a equipe nas estratégias de implementação de protocolos de práticas seguras. O enfermeiro que respondeu ao questionário 102 registrou:

“Quando os profissionais conversam e o trabalho é integrado, discutindo os casos, avaliando as situações-problemas é possível evitar interpretações diagnósticas erradas, sem culpar o profissional e garantir um atendimento mais seguro ao paciente”.

O sistema de notificação de incidentes é apontado tanto na literatura quanto pelas autoridades sanitárias ²⁸ como um mecanismo com capacidade de atuar para a correção rápida dos incidentes detectados e deve ser introduzido co-

mo procedimento na rotina dos profissionais, visando uma cultura mais segura. Entretanto nenhum participante o mencionou como uma solução para o contexto brasileiro.

Considerações finais

O tema segurança do paciente em atenção primária à saúde vem crescendo de importância nas principais organizações internacionais de saúde², e em alguns países desenvolvidos como a Austrália, Reino Unido, Estados Unidos e Portugal²⁹. Já no Brasil o tema ganhou mais visibilidade, em função do Programa Nacional de Segurança do Paciente³⁰, lançado pelo Ministério da Saúde em 2013, que incluiu a atenção primária à saúde como locus de desenvolvimento de ações para a melhoria de segurança do paciente. Entretanto deve-se considerar que as pesquisas neste campo ainda são incipientes.

Este estudo teve um caráter inédito, pois foi um dos primeiros estudos a investigar os incidentes que ocorrem no cuidado na atenção primária à saúde brasileira, e seus resultados apresentam relevantes contribuições.

A adaptação do questionário PCISME ao contexto brasileiro cumpriu o papel de contribuir com instrumentos específicos para mensuração de incidentes em atenção primária à saúde, chamando a atenção para o problema da ocorrência de danos com esses pacientes. O aprimoramento desse instrumento pode ajudar na medição da frequência de incidentes e a conhecer seus fatores contribuintes nos serviços de atenção primária à saúde brasileiros.

Os achados desse estudo mostram que os incidentes também ocorrem na atenção primária à saúde como vem apontando os estudos em países em desenvolvimento. Embora tendo sido realizado numa microrregião de saúde no Estado do Rio de Janeiro, ele pode ser representativo de problemas que acontecem em outras regiões brasileiras. O que mostrou isso possível foi a equivalência dos achados com evidências registradas na literatura.

Recursos como o fortalecimento do trabalho em equipe com a presença do farmacêutico, o apoio da tecnologia da informação, a educação profissional e o envolvimento do paciente, despontam como as soluções importantes neste campo. Essas soluções ficaram evidentes, tanto na pesquisa de campo, como na literatura. A sensibilização de gestores e profissionais para prática de segurança do paciente na atenção primária à saúde encontra-se como um dos desafios a serem superados. As dificuldades com pacientes vulneráveis são desafios para o sistema. Busca-se

envolver ativamente o paciente e seus familiares no processo de cuidado lhes fornecendo informações sobre medidas de segurança, e principalmente dando-lhes voz³¹.

Segundo especialistas do projeto *Safer Primary Care*³², um passo importante para tornar os cuidados mais seguros é a criação de uma rede internacional de informações, tornando os mecanismos de segurança para proteger os pacientes de atenção primária à saúde conhecidos e aplicáveis. Concomitantemente, faz-se necessário conhecer e entender como as cascatas de erros levam ao incidente. Para tanto, a notificação de incidentes precisa ser encorajada, para que esses sejam investigados e promovam um aprendizado contínuo no sentido de evitar incidentes no futuro. A criação de sistemas de notificação de incidentes é uma forma de reunir dados que contribuam para a melhoria significativa na segurança e na qualidade do cuidado. Para que seja útil, é desejável que o sistema de notificação de incidentes seja de fácil uso, ter caráter voluntário, não punitivo, com garantias do anonimato profissional e que seja manejado por pessoa habilitada e principalmente seja um mecanismo de “ida e volta”³³.

O fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais destaca-se como um importante fator condicionador ao desenvolvimento institucional de estratégias para melhoria da qualidade e redução de incidentes na atenção primária à saúde.

O estudo apresentou algumas limitações: (i) pode ter havido uma baixa notificação dos incidentes, em função do pouco conhecimento de alguns profissionais sobre o tema abordado e do pouco tempo para responder os questionários; (ii) a razão de incidentes pode estar subestimada em consequência do caráter voluntário da notificação; (iii) os resultados não podem ser considerados uma expressão da segurança do paciente na atenção primária à saúde, pois a amostra foi limitada e de conveniência, em uma microrregião de uma das 27 Unidades Federativas do Brasil;

Em que pese a revisão de um especialista em segurança do paciente para melhorar a precisão dos tipos de incidentes, pode ter havido uma descrição errônea, em função do julgamento do erro ou dano de acordo com a consequência deste para o paciente e a verdadeira causa pode não ter sido informada, em função do pouco tempo dos participantes comprometendo a confiabilidade dos relatos²⁸.

Novas pesquisas devem entrar na agenda da política de saúde brasileira, em busca do cuidado mais seguro.

Resumen

Este estudio trata de evaluar la ocurrencia de incidentes sanitarios con pacientes en la atención primaria de Brasil. Fueron aceptados quince profesionales de la salud que trabajan en las unidades de salud de la familia y registraron incidentes con pacientes durante cinco meses anónima y confidencialmente, a través del cuestionario Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME), adaptado al contexto brasileño. La tasa de incidencia de todos los incidentes relacionados fue de un 1,11%. La tasa de incidentes que no llegan a los pacientes fue de un 0,11%. La tasa de ocurrencia de incidentes que afectan a los pacientes, pero no causó daño fue 0,09%. La tasa de ocurrencia de incidentes que afectan a los pacientes y causó eventos adversos fue de un 0,9%. Fueron identificados ocho tipos de errores y faltas administrativas que eran las más frecuentes. La comunicación se cita como el factor más común que contribuye a la ocurrencia de incidentes en la atención primaria de la salud (53%). Los resultados de este estudio demuestran que los incidentes se producen también en la atención primaria de la salud, sin embargo, hay que considerar que la investigación en este campo es aún incipiente.

Seguridad del Paciente; Evaluación en Salud; Atención Primaria de Salud

Colaboradores

Os três autores tiveram a mesma participação na concepção do trabalho.

Referências

1. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008; 17:216-23.
2. Sousa P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Med Port* 2006; 19:309-18.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press; 1999.
4. Makeham MAB, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. *Methods and measures used in primary care patient safety research*. Geneva: World Health Organization; 2008.
5. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
6. Sarti TD, Maciel ELN, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC. Validade de conteúdo da Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. *Physis (Rio J.)* 2011; 21:865-78.
7. Ministério da Saúde. CIT aprova a universalização do NASF e divulga resultados preliminares do PMAQ-AB. http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=28_11_resultados_preliminares_PMAQ_AB (acessado em 30/Jul/2014).
8. Marchon SG, Mendes Junior WV. Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:1815-35.
9. Makeham MAB, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *Med J Aust* 2002; 177: 68-72.
10. Sequeira AM, Martins L, Pereira VH. Natureza e frequência dos erros na actividade de medicina geral e familiar geral num ACES: estudo descritivo. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2010; 26: 572-84.
11. Marchon SG, Mendes Junior WV. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. *Cad Saúde Pública* 2015; 31:1395-402.
12. World Health Organization; Patient Safety World Alliance for Safer Health Care. *The conceptual framework for the international classification for patient safety*. Final technical report. Geneva: World Health Organization; 2009.
13. Elder NC, Pallerla H, Regan S. What do family physicians consider an error? A comparison of definitions and physician perception. *BMC Fam Pract* 2006; 7:73.
14. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-39.
15. Makeham MA, Kidd MR, Saltman DC, Mira M, Bridges-Webb C, Cooper C, et al. The Threats to Australian Patient Safety (TAPS) study: incidence of reported errors in general practice. *Med J Aust* 2006; 185:95-8.

16. Jacobs S, O'Beirne M, Derflinger LP, Vlach L, Rosser W, Drummond N. Erreurs et événements fâcheux en médecine familiale: élaboration et validation d'une taxonomie canadienne des erreurs. *Can Fam Physician* 2007; 53:270-6.
17. Beyer M, Dovey S, Gerlach FM. Fehler in der Allgemeinpraxis – Ergebnisse der internationalen PCISME-Studie in Deutschland. *Z Allg Med* 2003; 79:1-5.
18. Junqueira RMP, Duarte EC. Interações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. *Rev Saúde Pública* 2012; 46:761-8.
19. Steven HW, Kuzel AJ, Dovey SM, Phillips RL. A string of mistakes: the importance of cascade analysis in describing, counting, and preventing medical errors. *Ann Fam Med* 2004; 2:317-26.
20. Rosser W, Dovey S, Bordman R, White D, Crighton E, Drummond N. Medical errors in primary care. Results of an international study of family practice. *Can Fam Physician* 2005; 51:386-7.
21. Thomas EJ, Brennan TA. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population-based review of medical records. *BMJ* 2000; 320:741-4.
22. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev Assoc Méd Bras* 2013; 59:421-8.
23. Mendes W, Reis CT, Marchon SG. Segurança do paciente na APS. In: Crozeta K, Godoy SF, organizadores. Programa de atualização da enfermagem: atenção primária e saúde da família. Ciclo 3. Porto Alegre: Editora Artmed; 2014. p. 81-104.
24. Santos MC, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Rev Port Saúde Pública* 2010; Vol Temat(10):47-57.
25. Oliveira VZ, Gomes WB. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estud Psicol (Natal)* 2004; 9:459-69.
26. Ribas MJ. Eventos adversos em cuidados de saúde primários: promover uma cultura de segurança. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 2010; 26:585-9.
27. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
28. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. *Boletim Informativo* 2011; 1:1-12.
29. De Wet C, Johnson P, Mash R, McConnachie A, Bowie P. Measuring perceptions of safety climate in primary care: a cross-sectional study. *J Eval Clin Pract* 2012; 18:135-42.
30. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União* 2013; 2 abr.
31. World Health Organization. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: World Health Organization; 2008.
32. World Health Organization. Patient safety: safer primary care. http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/index.html (acessado em 06/Set/2014).
33. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2ª Ed. Porto Alegre: McGraw-Hill; 2013.

Recebido em 27/Dez/2014

Versão final representada em 25/Mar/2015

Aprovado em 04/Mai/2015