

Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria & Prática



DISQUE
SAÚDE
136

PROJETO
Segurança
do Paciente
na APS

HOSPITAL
MOINHOS DE VENTO

PROADI-SUS
Programa de Apoio ao Conselho Estadual
de Saúde do Sistema Único de Saúde

CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde



SUS+

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL



**DISQUE
SAÚDE
136**

HOSPITAL
MOINHOS DE VENTO

PROADI-SUS
Programa de Apoio ao Desenvolvimento
Estrutural do Sistema Único de Saúde

CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde



SUS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL

Versão digital do livro, com botões interativos para facilitar a navegabilidade pelo documento. Sempre que desejar acessar o Índice, clique no símbolo do projeto que se localiza no quadrante superior à direita da tela. No Índice, clique para escolher o destino desejado no livro.

Editores:

Tiago Chagas Dalcin
Hospital Moinhos de Vento

Carmen Giacobbo Daudt
Hospital Moinhos de Vento

Revisão técnica:

Luciana Yumi Ue
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - MS

Olivia Albuquerque Ugarte
Secretaria de Atenção Primária à Saúde- MS

Carla Ulhoa André
Conselho Nacional de Secretários de Saúde -
CONASS

Karoliny Evangelista de Moraes Duque
Secretaria de Atenção Primária à Saúde- MS

Débora Spalding Verdi
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde- MS

Érika Rodrigues de Almeida
Secretaria de Atenção Primária à Saúde- MS

Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde- MS

Emelise Rodrigues Gobbi
Secretaria de Atenção Primária à Saúde- MS

Maria Eugênia Bresolin Pinto
Hospital Moinhos de Vento

Projeto gráfico e diagramação:

303 Design Squadron

Primeira Edição:

2020

Revisão ortográfica:

Manuela Neves

ISBN: 978-65-992625-1-7.

Hospital Moinhos de Vento - PROADI-SUS

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

A849s Associação Hospitalar Moinhos de Vento
Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática
Tiago Chagas Dalcin, Carmen Giacobbo Daudt ... [et al.,]. –
Associação Hospitalar Moinhos de Vento:
Porto Alegre, 2020. 220 páginas.

Vários autores.

1. Segurança do paciente.
2. Atenção primária à saúde.
3. Qualidade da assistência à saúde.

Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria & Prática





Autores

Alessandra Tavares Francisco Fernandes

Psicóloga e pedagoga. Técnica em metodologias pedagógicas no Projeto do Curso de Especialização de Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade/Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)/Hospital Moinhos de Vento (HMV). Pedagoga na Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UNA-SUS/UFCSPA). Atuação profissional na coordenação dos processos de elaboração e produção de materiais educacionais digitais para o ensino na modalidade a Distância, nos níveis de graduação e pós-graduação, com o foco na área da Saúde.

Aline Teles de Andrade

Psicóloga pela Universidade Federal do Ceará, Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará, Doutoranda do programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará. Atua nas Políticas Públicas de Saúde Mental. Integra a equipe PlanificaSUS, através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), pelo Hospital Israelita Albert Einstein desde 2018, na função de Especialista de Projetos IIR.

Ana Paula Tussi Leite

Médica de Família e Comunidade, Especialista em Preceptoría de Medicina de Família e Comunidade, Consultora Médica do Hospital Moinhos de Vento, Líder do Projeto PROADI-SUS Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica através da qualificação dos Programas de Residência Médica.

Deysi Heck Fernandes

Enfermeira (UFPel) e Especialista em Saúde Coletiva (UFRGS) e Enfermagem do Trabalho (CBES.), Mestre em Saúde Coletiva (UFRGS). Membro da Equipe do Projeto Formação sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde (HMV/PROADI-SUS/CONASS/MS).

Diana Carmem Almeida Nunes De Oliveira

Graduação em Farmácia Universidade Federal do Ceará – UFC, Mestrado em Saúde Pública University of Liverpool, especialista em Gestão de Sistemas Locais de Saúde -ESP/CE. Ex- Gerente Geral GGTES/ANVISA, Ex-Gerente da Divisão de Regulação –CASSI e técnica do Ministério da PNSP.



Evelyn Lima de Souza

Sanitarista pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Mestrado em Saúde Pública na área de concentração de Epidemiologia das Doenças, dos Agravos à Saúde e de seus Determinantes pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Integra a equipe PlanificaSUS, através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), pelo Hospital Israelita Albert Einstein desde 2018, na função de analista de dados.

Francielle Bendersky Gomes

Enfermeira e Especialista em Educação (UNIPAMPA) e Gestão e Assistência em Terapia Intensiva (FACISA), Membro da Equipe do Projeto Formação sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde (HMV/PROADI-SUS/CONASS/MS).

Juliana Ellwanger

Farmacêutica (UFRGS), Especialista em Programa de Residência em Área Profissional de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (PUCRS) e Mestre em Assistência Farmacêutica (UFRGS), Equipe do Projeto Formação sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde (HMV/PROADI-SUS/CONASS/MS).

Luciana Moraes Borges

Gerente de Atenção primária e Rede Assistencial do Instituto Israelita de Responsabilidade Social – Hospital Israelita Albert Einstein. MBA de Gestão em Saúde pelo Insper-Hospital Israelita Albert Einstein. Mestre em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Luciana Yumi Ue

Especialista em Melhoria pelo Institute for Health Improvement, técnica do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Ministério da Saúde. Tutora dos cursos de qualidade e Segurança do Paciente Ensp/Fiocruz. Membro do Comitê de Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Fisioterapeuta pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Especialista em Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal pela UNIFESP.

Marcio Anderson Cardozo Paresque

Cirurgião-dentista pela Universidade Federal Fluminense – RJ. Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú/Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia – CE. Especialização em Excelência Operacional em Saúde pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein – SP. Mestrado em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará – CE. Doutorando em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – SP. Integra a equipe PlanificaSUS, através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), pelo Hospital Israelita Albert Einstein desde 2018, na função de coordenador.

Michelli Milleto Lorenzi

Enfermeira (PUCRS), Especialista em Enfermagem Hospitalista e clínica de alta complexidade (UNISINOS) e Mestre em Enfermagem (UFCSPA). Membro da equipe do Projeto Formação sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde (HMV/PROADI-SUS/CONASS/MS).



Priscila Martins Delgado

Curso de Fisioterapia pela Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto. Especialização em Fisioterapia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de São Paulo - HCFMUSP. MBA em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (CEAHS) pela Fundação Getúlio Vargas de São Paulo - FGV. Tutora e Docente do Curso de pós-graduação em gestão da Qualidade e segurança em saúde no Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. Docente convidada de cursos de pós-graduação no Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês.

Rosane Mortari Ciconet

Enfermeira graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atuou no SAMU de Porto Alegre-RS, nas atividades de gestão, assistência e ensino desse serviço. Docente no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional em Enfermagem da Unisinos, na Linha de Pesquisa Educação em Saúde. Experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase na atenção às urgências, especialmente no atendimento pré-hospitalar, educação permanente e gestão em serviços de urgências.

Sabrina da Costa Machado Duarte

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/ UFRJ). Professora do Departamento de Metodologia da Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/ UFRJ). Assessora Técnico-Científica do ROQUALIS - Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente/ ICICT – FIOCRUZ.

Scheila Mai

Enfermeira. Pesquisadora do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde- PROADI-SUS no Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre-RS. Professora na Escola de Saúde da Universidade de Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS, campus Porto Alegre e São Leopoldo- RS. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Processos de Mudança na Formação de Profissionais de Saúde (FioCruz), Enfermagem em Estomatoterapia (UNISINOS), especialização em Docência no Ensino Superior e na Educação Profissional (EST), Preceptoria no SUS (Sírio Libanês), Gestão em Saúde Pública (Celer). Residência em Gestão da Tecnologia da Informação (Escola de Saúde Pública-ESP/RS) e Residência Multiprofissional na Atenção Básica (ESP/RS).



Vanessa Maria da Silva de Poli Correa

Coordenadora de Qualidade e Segurança do Paciente e Rede Assistencial do Instituto Israelita de Responsabilidade Social - Hospital Israelita Albert Einstein, responsável pela Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente. Pós-graduação em Segurança do Paciente e Gestão de Riscos Assistenciais (2018) pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein Pós-Graduação em Epidemiologia Hospitalar (2006) pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) MBA em Gestão Empresarial pela Fundação Getúlio Vargas (2011).

Vania Celina Dezoti Micheletti

Doutora em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul -UFRGS (2012). Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul -UFRGS (2007); Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Londrina- UEL (1990); Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Maringá/PR- UEM (1988). Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) nos programas Atenção Básica e Saúde Mental; Professora Titular da Unisinos, docente do PPG Mestrado Profissional em Enfermagem na linha de pesquisa educação em saúde; Docente na Graduação em Enfermagem - aulas teóricas e supervisão de estágio na Atenção Primária em Saúde; tutora da Residência Multiprofissional em Saúde na área da Atenção Básica e Saúde Mental (Unisinos); Servidora pública na Escola de Saúde Pública (ESP/RS), docente e tutora na residência Multiprofissional em Saúde com ênfase na Atenção Básica. Integrante da Comissão do Departamento Científico de Atenção Primária à Saúde (DAPS), da Associação Brasileira de En-

fermagem Seção Rio Grande do Sul (ABEn-RS). Experiência na área de enfermagem e gestão nos temas: Educação em Saúde; Doenças de Agravos não Transmissíveis; Coordenação de Programas de Saúde; Saúde do Adulto, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Segurança do Paciente, Coordenação de pesquisa na área da Tuberculose.

Vera Lucia Borrasca

Mestre em Gestão de Tecnologias e Inovação em Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês; Especialista em Gestão de Serviços de Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês; Especialista em Metodologias Ativas de Aprendizagem pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês; Especialista em Ciência da Melhoria pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI); Enfermeira pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; Docente convidada de pós graduação no Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês; Membro do Comitê de Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde.

Victor Grabois

Médico sanitarista Formação em Gestão Hospitalar pela ENSP/Rennes (França) Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ Doutorando em Saúde Pública ENSP/Fiocruz Docente na ENSP/Fiocruz Coordenador Executivo do Proqualis/Icict/Fiocruz; Presidente da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP) Autor de livros; capítulos de livros e artigos científicos sobre Gestão Hospitalar; Gestão da Clínica e Segurança do Paciente.



Índice

Prefácio.....	11
Introdução.....	13
Capítulo 1: Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.....	20
Capítulo 2: Desafios da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.....	31
Capítulo 3: As Necessidades e Possibilidades em Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.....	44
Capítulo 4: Planejamento e Organização: É Possível Virar o Jogo!.....	56
Capítulo 5: Ferramentas de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.....	81
Capítulo 6: Educação de Profissionais de Saúde em Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.....	104
Capítulo 7: O Papel do Gestor para a Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.....	120
Capítulo 8: Transversalidade da Segurança do Paciente na Planificação da Atenção à Saúde.....	131
Capítulo 9: Integração das Práticas de Segurança do Paciente nos Macro e Microprocessos na Atenção Primária à Saúde...	143



Índice

Capítulo 10:

Oficinas como Estratégias Educacionais para Profissionais de Saúde.....170

Capítulo 11:

Relatos de Experiências Exitosas da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde no Brasil.....196

Agradecimentos.....208

Prefácio

Maria Eugênia Bresolin Pinto

Muito me honra escrever o prefácio deste livro que aborda duas temáticas extremamente atuais, Segurança do Paciente e Atenção Primária à Saúde (APS), e unidas numa obra pela primeira vez.

Durante o Projeto Segurança do Paciente na Atenção Primária do PROADI SUS do Hospital Moinhos de Vento, demandado pelo Conselho Nacional de Secretário de Saúde (CONASS) e apoiado pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), ocorreu a construção de um arcabouço teórico que proporcionou o desenvolvimento de material didático, oficinas presenciais para profissionais envolvidos na Planificação e cursos na modalidade a distância que culminou com este livro. A equipe pode perceber ao revisar a temática que na prática da APS se faz muitas ações de segurança do paciente, principalmente quando são seguidos os princípios para uma APS de qualidade propostos por Barbara Starfield ou os preceitos da abor-

dagem centrada na pessoa na assistência à saúde de Moira Stewart. Importante ressaltar, que não utilizamos normalmente esta terminologia, “Segurança do Paciente”, na APS para designar as ações de proteção do paciente e ela às vezes soa estranha num ambiente não hospitalar, mas é essencial que ela seja inserida e seja utilizada também neste cenário até se tornar parte do cotidiano das unidades de saúde.

Este movimento não está ocorrendo apenas no Brasil, desde 2016 a própria Organização Mundial de Saúde lançou a série técnica “Safer Primary Care” e durante o Projeto foram estudados vários exemplos, nos diferentes continentes, de como isto está sendo pensado, implementado, monitorado e pesquisado.

Este livro busca despertar a curiosidade sobre o tema no gestor, no profissional de saúde, nos usuários e nos pesquisadores da APS. Ele mostra os desafios, as necessidades e as possibilidades



deste assunto contextualizado na APS, e deixa claro, não são poucas as oportunidades neste cenário. Num dos capítulos são apresentadas as ferramentas que auxiliam no processo do cuidar, aumentando a sua eficiência, e nele fica exposto a necessidade de transformar o ambiente para que ele seja favorável à implementação da segurança do paciente. Ou seja, precisamos refletir, discutir e respirar segurança do paciente com a equipe de saúde, pois ela é o cerne do sucesso do cuidado da população em suas comunidades, mas sem esquecer que os gestores precisam dar as condições para que isto ocorra.

Como disse Paulo Freire “a educação não transforma o mundo, a educação muda as pessoas e as pessoas mudam o mundo”, este livro busca transformar as pessoas em defensores e implementadores da cultura de segurança do paciente na APS, aprendendo com o compartilhamento de experiências exitosas e ensinando como transformá-las para se-

rem viáveis em um país de dimensões continentais e de realidades muito distintas. O livro literalmente explica a forma de fazer isto, como sugere o título de um dos capítulos, “Planejamento e Organização: É possível virar o jogo!”

Gostaria de agradecer aos autores que apresentaram os temas de forma clara e prática. Um agradecimento especial ao Tiago e a Carmen e a toda a equipe do projeto que se dedicaram exaustivamente para proporcionar aos leitores uma experiência rica e que aprofunda este tema dando base para o desenvolvimento de novos conhecimentos na área.

O livro transcende o propósito de um relato técnico, é um marco à altura da importância e do impacto que a segurança do paciente tem no processo assistencial e especialmente no cenário da porta de entrada dos Sistemas de Saúde, a APS.

Introdução

Juliana Ellwanger
Luciana Yumi Ue
Michelli Milleto Lorenzi

Apresentação

Este livro se apresenta como a primeira literatura na temática de qualidade e segurança do paciente para a Atenção Primária à Saúde (APS). Ele foi concebido com intuito de abordar a temática de forma atualizada e prática a todos aqueles que se interessarem em desenvolver o assunto por meio de conhecimento atualizado e práticas factíveis ao cenário brasileiro. Ele é um dos produtos do projeto “Formação sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde”. O projeto surge a partir de uma demanda da Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP) juntamente com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)/MS, no qual o CONASS propôs, a partir do contexto da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), desenvolver estratégias para as ações de segurança do paciente na APS. Este projeto de Segurança do Paciente na APS é executado pelo Hospital Moinhos de Vento (HMV) - instituição de excelência e com expertise em projetos de segurança do paciente e educação - por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) e tem como parceiros o Ministério da Saúde (MS), representado pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente e Secre-

taria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Por que dedicar tempo e energia à escrita de um livro sobre Segurança do Paciente na APS? Existem inúmeras razões. Dentre elas, a necessidade de trazer visibilidade para a temática, que foi recentemente introduzida no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica em 2017. E, ainda, trazer o tema e suas ferramentas ao alcance de pessoas que atuam no que é o primeiro ponto de atenção da rede de atenção à saúde. Além disso, sensibilizar os profissionais para o fato de que a insegurança do paciente é um problema de saúde pública em todo o mundo e deve, portanto, ser abordado a fim de reduzir os eventos adversos causados durante o processo de cuidado, onde quer que ele ocorra.

Antes de passarmos ao capítulo um, segue aqui um breve histórico da Segurança do Paciente.



Histórico da Segurança do Paciente

Inicialmente é imperativo evocar o princípio *Primum non nocere*, cunhado por Hipócrates (460 a 370 a.C) e que significa “primeiro não cause dano”. Na bioética, esse princípio pode ser entendido como o pressuposto dever de não fazer qualquer mal a outra pessoa, não causando danos ou o colocando em risco.

É digno de nota comentar nesse início da história que Florence Nightingale, enfermeira inglesa que trabalhou na Guerra da Criméia no século XIX (1853 a 1856), entre outros, precedeu à formulação deste postulado. Florence, como profissional de saúde, já se empenhava na busca pela qualidade e segurança do paciente, centralizando seus cuidados nos soldados e atenta à situação precária da assistência que afetava a qualidade nos cuidados prestados. Outro importante precursor, no mesmo século, foi o médico obstetra Ignaz Semmelweis, que contribuiu também para uma assistência de qualidade e segurança ao descobrir que a incidência de “febre puerperal” poderia ser drasticamente reduzida nas enfermarias obstétricas com a introdução de higienização de mãos (HM) e com a obrigatoriedade do uso de solução clorada.

Avançando para o século XX, em 1910, um estudo objetivando avaliar o desfecho do atendimento prestado aos pacientes e as falhas apuradas no tratamento foi realizado pelo Dr. Ernest Codman, um cirurgião de Boston, que buscava melhorar a assistência de qualidade aos pacientes submetidos a cirurgias. O estudo concluiu que a maioria deles eram acometidos por falhas no cuidado relacionados às infecções cirúrgicas. Não muito tempo depois, em 1918, o Colégio Americano de Cirurgiões, no trabalho denominado *Diseases of Medical Progress*, documentou sobre o quanto o uso de novas tecnologias no cuidado em saúde “era inóspito e inseguro”. No ano de 1953, a Joint Commission International - JCA, numa atitude inovadora, organizou o processo de “acreditação” de hospitais e elencou todos os parâmetros envolvidos na assistência à saúde. A aplicação do método pretendeu prestar uma assistência à saúde com mais segurança e qualidade.

A literatura das últimas décadas descreve outros registros do tempo que também são marcos da história da jornada da qualidade e segurança do paciente e que serão mencionados brevemente a seguir:

- Em 1960, nos EUA, adotava-se a prática de verificação do “5 certos” antes da administração de medicamentos ao paciente, e a utilização de *checklist* como instrumento de checagem. A implantação dessas medidas se tornaram as premissas que basearam a elaboração do conceito de “barreiras”, visando conferir proteção e evitar falhas nas diversas etapas do processo assistencial;
- No final dos anos de 1980, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) empreendeu uma série de ações e instituiu medidas para aperfeiçoar a assistência prestada ao paciente;
- No Brasil, as iniciativas de desenvolvimento de ações para promoção e melhoria da qualidade e segurança do paciente tiveram início em 1990 com a criação do programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH). O programa foi baseado no Prêmio de Qualidade Malcom Balridge dos Estados Unidos e nos referenciais da JCA, embora a versão brasileira tenha elaborado seu próprio modelo;
- Esse século se encerra com a revolucionária publicação do relatório nominado *To Err is Human* (Errar é humano), em 1999, pelo Institute of Medicine (IOM). A questão da segurança do paciente ganhou notoriedade global, uma vez que a pesquisa apontava a incidência de eventos adversos (EA) em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado. O relatório apontava que cerca de 100 mil pessoas morriam em hospitais a cada ano, vítimas de Eventos Adversos nos Estados Unidos da América (EUA).¹

Atualmente, e especificamente, a confluência do tema da Qualidade do Cuidado com o modelo assistencial e estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre de forma institucional com a publicação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que definiu segurança do pa-

ciente como “reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (BRASIL, 2014). O PNSP contempla todos os níveis de atenção à saúde alinhado com a organização do SUS na forma de Redes de Atenção à Saúde (RAS). A temática, na Atenção Primária à Saúde, está se consolidando, o que é fundamental, uma vez que esse nível de atenção coordena o cuidado e ordena as ações e serviços disponibilizados na RAS.

A PNAB, em sua seção sobre recomendações para a organização do processo de trabalho na APS, prevê que:

“As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão considerar o elenco de oferta de ações e de serviços prestados na APS, os indicadores e parâmetros, pactuados no âmbito do SUS.”

“As equipes que atuam na APS deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores estabelecidos pela gestão, com base nos parâmetros pactuados, alimentando, de forma digital, o sistema de informação de Atenção Primária vigente;”

“XVII - Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB, estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.”

Essa abordagem, de natureza introdutória, buscou revisitar os marcos históricos do tema sobre qualidade e segurança do paciente, com vistas à contextualização e articulação das ações desenvolvidas no âmbito da APS àquelas preconizadas pelo PNSP. Ao nosso ver, e em perspectiva, consideramos que esse encontro se trata de um importan-

te avanço e momento histórico para um cuidado mais seguro e uma assistência de mais qualidade.

Marcos da Segurança do Paciente no Mundo e no Brasil

MUNDO

- **1999.** Publicação do relatório do *Institute of Medicine (IOM) To Err is Human* (2000) que alertou para o impacto dos eventos adversos em saúde e contribuiu para fomentar ações para melhorar a Segurança do Paciente.
- **2004.** Lançamento da *Aliança Mundial para a Segurança do Paciente pela Organização Mundial de Saúde (2004)*.
- **2005.** Primeira Campanha Mundial da OMS: *Cuidado Limpo é Cuidado mais Seguro* (PITNET *et al.*, 2006), conclamando um movimento mundial em prol da higienização das mãos, reconhecida a ação isolada mais eficaz no combate das infecções. A campanha contou com a participação de 130 Estados Membros da OMS (inclusive o Brasil), com cooperação de 17 mil instituições de saúde em todo o mundo.
- **2008.** Segunda Campanha Mundial da OMS (2008): *Cirurgias Seguras Salvam Vidas*. A campanha usou os dados do Grupo de Estudos sobre Cirurgia Segura (patrocinado pela própria OMS) que avaliou a mortalidade e a taxa de eventos adversos pós-cirúrgicos antes e após a introdução de um *checklist* de ações preventivas. Após a intervenção, houve uma redução de 1,5% para 0,8% na taxa de mortalidade e de 11% para 7% na de pacientes com complicações pós-cirúrgicas. Com estes resultados, a OMS indicou a adoção do que passou a ser chamado o “*Checklist da Cirurgia Segura*” em todo o mundo.

- **2011.** A OMS lança o Guia curricular de Segurança do Paciente, edição multiprofissional, para auxiliar a integração da temática nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde. O guia foi traduzido em 2016 pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro- PUC-Rio e está disponível para acesso no site do PROQUALIS.



Clique aqui para acessar o Guia curricular de Segurança do Paciente da OMS

- **2011.** Publicação do estudo “Prevalência de eventos adversos em hospitais de cinco países latino-americanos: resultados do Estudo Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS)” que foi um projeto colaborativo de 58 hospitais latino-americanos. Dos 11.379 pacientes internados, 1.191 apresentaram, no mínimo, um Evento Adverso que foi considerado relacionado com a qualidade do cuidado, com uma prevalência pontual estimada de 10,5% (IC 95%, 9,91 a 11,04).
- **2012.** Criação, pela OMS, do grupo *Safer Primary Care Expert Working Group*, formado por 18 experts em Atenção Primária à Saúde de 6 regiões do mundo. Pela magnitude da APS, ela é considerada essencial para o provimento de uma saúde segura. O grupo definiu um Programa de Atenção Primária Mais Segura com os objetivos de melhor entender:
 - Os riscos dos pacientes na APS;
 - A magnitude e a natureza dos danos preveníveis devido a práticas inseguras nestes locais;
 - Os mecanismos de segurança para proteger pacientes na APS.
- **2013.** Publicação das conclusões do *Safer Primary Care Expert Working Group* (CRESSWELL

et al., 2013). São consideradas Atenção à Família e Assistência Farmacêutica os tópicos mais importantes no contexto da APS em países de qualquer nível de renda. Além disso, a Atenção Obstétrica e de Enfermagem em países de baixa renda e a Atenção Domiciliar em países de alta renda. Os tópicos de estudo definidos pelo grupo são:

- Comunicação entre os profissionais e com os pacientes;
- Trabalho em equipe entre os profissionais;
- Investigação de resultados de exames laboratoriais ou de imagem;
- Aspectos relacionados à gestão de dados/informação;
- Transições entre diferentes instâncias de cuidado;
- Completude dos registros e dos prontuários de pacientes.

O resultado do trabalho do grupo lançou as bases para aprofundar as pesquisas que elucidam o custo de uma assistência primária insegura, o entendimento das principais áreas sob risco e as intervenções que promoverão uma APS segura internacionalmente.

- **2016.** Lançamento da série voltada para a APS: *Technical Series on Safer Primary Care* (WHO, 2016). Temas: Engajamento do Paciente, Educação e Treinamento, Fatores Humanos, Erros Administrativos, Erros Diagnósticos, Erros de Medicação, Multimorbidade, Transições do Cuidado e Ferramentas Eletrônicas.
- **2017.** Terceira campanha mundial da OMS: Tem por tema o uso seguro de medicamentos: *Medication Without Harm - Medicação Sem Danos*. A campanha direciona a uma mudança de processos visando a redução dos danos gerados por práticas inseguras em toda a cadeia de medicamentos. O objetivo da campanha é reduzir globalmente o nível de dano grave evitável relacionado ao uso de

medicamentos em 50%, até 2021.

- **2018.** A Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde em Astana, Cazaquistão, em outubro de 2018, endossou uma nova declaração enfatizando o papel crítico da atenção primária à saúde em todo o mundo.



**Clique aqui para acessar
acessar mais informações.**

BRASIL

- **2001.** Início da estratégia Rede Brasileira de Hospitais Sentinela da ANVISA (2019).



**Clique aqui para acessar
a Rede Sentinela.**

- **2008.** Criação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, com o objetivo de potencializar conhecimentos e ações para promover o desenvolvimento da Segurança do Paciente no Brasil (REBRAENSP, 2019).
- **2009.** Publicação de estudo brasileiro trazendo avaliação de três hospitais-escola do Rio de Janeiro, onde foi encontrada uma taxa de incidência (global) de 7,6% de Eventos Adversos, sendo que destes, 66,7% foram consideradas preveníveis (MENDES et al., 2009). O estudo é considerado um marco nas ações para a Segurança do Paciente no país.
- **2009.** Fundação do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP Brasil), organização não governamental, independente e sem fins lucrativos, que desenvolve ações para promover a segurança no uso de medicamentos no Brasil.

• **2013.** Publicação da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, pelo Ministério da Saúde. A Portaria 529 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo geral de: “Contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.”

A Portaria traz, ainda, como objetivos específicos e estratégias de atuação:

- a. Implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP);
- b. O envolvimento de pacientes e familiares nos atendimentos de saúde;
- c. O acesso da sociedade às informações sobre a Segurança do Paciente - transparência;
- d. Inclusão do tema da Segurança do Paciente nos cursos de capacitação e formação de profissionais de saúde (nos níveis técnico, graduação e pós-graduação).

O PNSP previu, ainda, a promoção de uma Cultura de Segurança, juntamente com uma sistemática de vigilância e monitoramento de eventos adversos a nível nacional, através do NOTIVISA (Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária).

Os principais produtos do PNSP seriam a constituição dos NSP e a implantação dos protocolos básicos de segurança contidos nos planos de segurança do paciente a serem desenvolvidos pelas instituições de saúde.

Publicação da PORTARIA Nº 1.377, DE 9 DE JULHO DE 2013, que *aprova os Protocolos de Segurança do Paciente: Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão.*

Publicação da Portaria Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, que *aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos.*

• **2014.** Publicação da Resolução CNRMS nº 5, DE 07 de novembro de 2014, que dispõe sobre os programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional.

Publicação da Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

Publicação da PORTARIA Nº 183, DE 30 DE JANEIRO DE 2014, que *regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde.*

• **2015.** Estudo sobre a frequência de eventos adversos de atenção ambulatorial em países da América Latina.

• **2017.** Publicação da PORTARIA Nº 774, DE 13 DE ABRIL DE 2017, que define normas para o cadastramento dos Núcleos de Segurança do Paciente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Publicação da PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017, que 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).

Publicação da RESOLUÇÃO Nº 569, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2017, dispõe sobre aspectos para formação de profissionais da saúde. Nesta re-

solução, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) resolve:

- Reafirmar a prerrogativa constitucional do SUS;
- Aprovar princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde;
- Aprovar os pressupostos, princípios e diretrizes comuns para a graduação na área da saúde, construídos na perspectiva do controle/participação social em saúde.

Esperamos que a leitura deste livro traga a todos os profissionais de saúde uma experiência agradável e novas formas de inovar e atualizar as práticas de Segurança do Paciente no campo da atenção primária à Saúde.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

NASCIMENTO, João Costa; DRAGANOV, Patrícia Bover. História da Qualidade e Segurança do Paciente. *HERE - História da Enfermagem*, v. 6, n. 2, p. 299-309, 2015. Disponível em: [http:// biblioteca.cofen.gov.br/historia-da-qualidade-em-seguranca-do-paciente/](http://biblioteca.cofen.gov.br/historia-da-qualidade-em-seguranca-do-paciente/). Acesso em: set. 2020.

Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

Luciana Yumi Ue
Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira

Pontos de Destaque:

- **A Segurança do Paciente como um problema mundial;**
- **O escopo de atuação da Segurança do Paciente;**
- **As necessidades e desafios para a Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde (APS).**

Desde o relatório “Errar é humano”, publicado em 1998, a questão da segurança do paciente, ou melhor, da insegurança ganhou destaque no mundo em que os danos aconteciam rotineiramente nos serviços de saúde.

A Segurança do Paciente teve suas primeiras atividades realizadas no país à partir do momento em que o Brasil se tornou signatário para os desafios globais lançados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004. Naquele momento, o que hoje é denominado evento adverso (EA) era conhecido, de forma equivocada, como iatrogenia ou erros médicos.

A questão central da ocorrência de falhas e erros relacionados ao cuidados realizados em serviços de saúde sempre foi conhecida pelos profissionais de saúde, mas, era inicialmente julgada como incompetência por não ter conhecimento do que fazia, imperícia por não saber o que deveria ser feito ou imprudência por arriscar a vida do paciente em suas escolhas.

Destacamos que a classificação internacional da Segurança do Paciente da OMS coloca os eventos adversos como incidentes que geraram danos aos pacientes e que aconteceram de forma não intencional ou premeditada, o que os exclui do escopo

civil (negligência, imperícia ou imprudência). Falamos aqui de erros derivados de falhas no sistema ou estrutura ou processos que levam o profissional a cometer falhas.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, a abordagem da segurança do paciente ainda é incipiente e em 2017 o Brasil incorporou esta temática à Política Nacional de Atenção Básica.

Neste capítulo abordaremos alguns antecedentes importantes para a compreensão da Segurança do Paciente nos serviços de saúde, além da interface do Programa Nacional de Segurança do Paciente e alguns apontamentos sobre a importância deste tema na APS.

Antecedentes

Historicamente, no período imediatamente após a Segunda Guerra Mundial, a ideia de segurança limitava-se aos riscos tradicionais de estrutura, como incêndios ou falhas de equipamentos, falta de luz ou queimaduras por eletrocautério. Também havia uma crença de que uma equipe bem treinada, competente e experiente não cometeria falhas. Eventos como sangramento pós-operatório, infecções de feridas ou pneumotórax durante uma punção eram, naquela época, consideradas complicações “esperadas” de procedimentos. Outras complicações eram consideradas iatrogenas, como operar o lado errado, trocar o sangue transfundido ou aplicar a vacina errada. Nos dias atuais, quando essas ocorrências ocasionalmente chegam às manchetes, causam preocupação pública momentânea, além de muitas vezes serem levados a ouvidorias e esfera jurídica.

Os estudos realizados na década de 1990 começaram a ver a segurança do atendimento por meio de lentes diferentes. Eles mostraram que a frequência de resultados adversos entre pacientes

hospitalares era substancial e pouco reconhecida até então. A mudança de paradigma no pensamento sobre segurança em saúde veio com a constatação de que esse pensamento não era completamente diferente de outras indústrias de alto risco e que, quando as coisas davam errado, raramente era devido ao erro de um único indivíduo. Em vez disso, observou-se que a verdadeira causa da ocorrência de um evento adverso na área de saúde é devido a um complexo de ações e interações, processos, relacionamentos de equipe, comunicações, comportamentos, tecnologias, cultura organizacional, regras e políticas, bem como o ambiente. O pensamento sistêmico compreende que os danos aos pacientes certamente não seriam evitados apenas solicitando que os profissionais de saúde tivessem maior atenção, mas sobretudo que o sistema e suas variáveis fossem ajustados.

Pontualmente, no contexto histórico do Brasil, tivemos diferentes iniciativas, como a Rede Sentinela, criada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA para organizar uma rede de monitoramento e vigilância de eventos decorrentes do uso de fármacos, hemoderivados e tecnologias em estabelecimentos hospitalares, no ano de 2001 (ANVISA, 2014). Outra iniciativa empreendida foi a instituição da Rede Brasileira de Enfermagem para a Segurança do Paciente (Rebraensp, criada no âmbito da educação em saúde e redes colaborativas para desenvolvimento do tema dentro da categoria profissional, em 2008 (REBRAENSP, 2020). Importante destaque também deve ser dado para a consolidação das ações do Instituto para a Prática Segura de Medicamentos no Brasil, que, juntamente a outros países no mundo, divulga alertas sobre riscos e dissemina boas práticas para o uso seguro de medicamentos.

A questão que surge é de como melhorar a Qualidade e Segurança dos serviços prestados. Como mencionado anteriormente, a Gestão da

Qualidade teve seu início nas indústrias após a Segunda Guerra Mundial, ao adotarem métodos e processos de controle da qualidade no processo de produção. Em seguida, vieram as empresas de auditoria ou certificação da qualidade, que avaliavam determinados padrões para identificar se o processo era realizado conforme as normas da empresa. Podemos citar como exemplo os padrões ISO.

Na saúde, o movimento das creditações (padrões de qualidade), mais conhecidos nos anos 90 é realizado até hoje. As empresas acreditadoras são contratadas por serviços de saúde que desejam ser avaliados quanto aos padrões de qualidade, e recebem uma certificação caso de cumpram os critérios exigidos. Essa avaliação gera um reconhecimento público de que a instituição se preocupa e investe em qualidade. No Brasil, esse investimento é restrito aos serviços de saúde que desejam e possuem orçamento para arcar com esse investimento financeiro.

Mais recentemente, nos anos 2000, iniciaram-se também trabalhos focados em projetos de melhoria e técnicas de administração com foco na inovação e baseadas na aplicação e fatores humanos para a adoção e mudanças de práticas.

Independente do método escolhido para gerenciar a qualidade e a segurança dos seus serviços, é necessário definir uma estratégia e ações consequentes para, de fato, melhorar a forma com que os serviços funcionam e principalmente a maneira como são percebidos pelos usuários de saúde.

Finalmente, e de grande importância, comentamos a respeito da participação do paciente em seu cuidado. Em 2005, a OMS desenvolveu o Projeto: Paciente pela Segurança do Paciente. Ele foi codensado e mantido com uma equipe de defensores da segurança do paciente, incluindo pacientes que sobreviveram, vítimas de danos ou parentes que

perderam um ente querido para cuidados inseguros. Seus objetivos enfatizam os direitos dos pacientes, a transparência e a parceria com os profissionais de saúde para aprimorar o papel do paciente na segurança. Esta é uma rede internacional única de defensores da segurança do paciente. Em seus anos de existência, o grupo se consolidou como uma voz global na preocupação mais importante que os pacientes têm: a segurança de seu atendimento. O grupo emitiu a Declaração de Londres, delineando quatro grandes áreas de ação. Estes foram:

- 1) Elaborar e promover programas de segurança e capacitação do paciente;
- 2) Desenvolver e conduzir um diálogo construtivo com todos os parceiros preocupados com a segurança do paciente;
- 3) Estabelecer sistemas para relatar e lidar com danos à saúde em todo o mundo.

Por último, a boa notícia é que há um aumento no reconhecimento, por parte dos financiadores e vários grupos de interesse, de que o desempenho dos cuidados de saúde não se relaciona apenas com o número de pacientes tratados (quantitativo) em troca de um determinado valor financeiro aplicado, ou seja, com o custo por tratamento. Se o tratamento prestado for inadequado, ou causar dano ao paciente, qualquer valor a custear será sempre muito elevado. O cuidado de saúde deve ser financiado e avaliado também em termos da sua qualidade, segurança e seu desfecho. O seu valor (cuidado) resulta da relação entre o quantitativo da produção e a qualidade/ segurança dos cuidados e os custos gerados (ØVRETVEIT, 2015). Aqui fica uma reflexão quanto aos resultados:

O paciente vem às suas consultas de acompanhamento regularmente e sua pressão arterial é instável. Vale a pena fornecer todos os medicamentos

se o paciente não foi orientado a utilizar corretamente? Pode haver algum dano ao paciente que utiliza de forma incorreta? Nesse caso existe acesso, todavia os processos de segurança do paciente precisam ser aprimorados, seja na comunicação, trabalho em equipe, uso seguro de medicamentos e autocuidado para a melhoria do desfecho clínico, não é mesmo?

Segurança no Cuidado

Todos os dias milhões de pessoas em todo o mundo procuram serviços de saúde. No âmbito da Atenção Primária, o modelo da Pirâmide de Risco (MPR) amplamente adotado para organização da regulação assistencial das condições crônicas, estratifica a população quanto a necessidade de diferentes estratégias de intervenção. De acordo com o modelo 70-80% das população apresentam condições simples, com baixo risco, com capacidade para promover o autocuidado; 20-30% das pessoas apresentam condições complexas, com um risco maior de adoecimento porque tem uma ou mais condição crônica, e um potencial de deterioração da saúde; 1-5% das pessoas têm condições altamente complexas e uso intensivo de recursos de atenção à saúde (MENDES, 2019). Ressalte-se que tanto quem recebe o atendimento, quanto quem o executa tem a expectativa de que o resultado desta interação seja a manutenção ou melhoria de uma condição de saúde. Para que este objetivo seja atingido uma série de ações relacionadas e fluxos deverão acontecer com qualidade e segurança e estas devem ser percebidas pelo usuário (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, a segurança do paciente visa a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e o uso das melhores práticas de cuidado, a redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde e à gestão de riscos persistentes ao longo do tempo, visando maximizar os benefícios e minimizar danos aos pacientes no sistema de saúde.

No Brasil, no âmbito da APS, algumas políticas e ações relacionadas à melhoria do cuidado foram implementadas a partir dos anos 2000, tendo sido instituídas e desenvolvidas ações do campo da avaliação e monitoramento dos serviços de saúde da APS. A primeira iniciativa foram os estudos de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), iniciados em 2002, cujo objetivo era contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família e elevar a qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros. Em 2005 foi lançado o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), desenvolvido com vistas a ofertar aos gestores municipais algumas ferramentas de avaliação e gestão da qualidade da Estratégia Saúde da Família. Em 2011 instituiu-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo objetivo central era incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos na APS. Mais recentemente, em 2019, foi lançado o Programa Previne Brasil, que instituiu novo modelo de financiamento da APS com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. Para o componente de pagamento por desempenho foram considerados os resultados alcançados em um conjunto de indicadores que serão monitorados e avaliados no trabalho das equipes, de modo a fomentar o aumento no registro das informações e na qualidade dos dados produzidos nas equipes (WHO, 2018; MAKEHAM, 2008).

Todas estas iniciativas, por terem importante foco na ampliação da qualidade dos serviços, e embora não tenham assumido tal temática em suas normativas e materiais técnicos correlatos, já buscavam estimular as equipes de APS por melhor

organização dos serviços e do processo de trabalho, de modo a ampliar o acesso e a qualidade do cuidado prestado e continham elementos que influenciaram a segurança do paciente nos serviços.

Cabe destacar que em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi revisada, trazendo um avanço na incorporação da questão da Segurança do Paciente 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 (ANDRÉS, *et al.*, 2015). 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 segurança do paciente, e que aumentem a eficiência e a coordenação do cuidado nesse nível assistencial (MONTSERRAT-CAPELLA, *et al.*, 2015).

Contudo, a fim de desenvolver a implantação de ações de segurança do paciente na Atenção Primária, faz-se necessário que esses serviços se organizem para dar conta desse desafio. Desse modo, dentre outras ações, estão previstas no Programa Nacional de Segurança do Paciente-PNSP: a definição de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), instância responsável por direcionar as ações nos serviços de saúde; a elaboração de um plano de segurança do paciente (instrumento estratégico e norteador das ações dos serviços) que deve ser amplo o suficiente para dar sentido ao que se deve fazer para alcançar os objetivos estratégicos da instituição quanto à segurança; e a implantação dos protocolos de segurança do paciente (instrumento tático e operacional), que inserem, na prática, a segurança do paciente como uma prática segura. Após a padronização e implantação dos protocolos, cabe a cada serviço gerenciar seus riscos, práticas e também os danos, a fim de prevenir que novos eventos adversos ocorram e que os riscos sejam mitigados.

Fica claro que a qualidade do cuidado depende da construção de um processo seguro. Esse processo deve passar por algumas etapas-chaves como o desenho e padronização das atividades assistenciais de forma real, como acontecem no dia a dia. Essa padronização deve organizar e simplificar a forma como o trabalho é executado, tornando fácil fazer o que é certo, difícil fazer o que é errado, além de não produzir um fardo ou tarefas extras, nem substituir as medidas existentes. Em vez disso, devem servir para unificar o trabalho da liderança, os esforços dos gerentes e o cuidado dos profissionais de saúde.

O processo de assistir ao paciente, de cuidar, deve ser acompanhado e monitorado, para identificar as falhas e saber se ele precisa de ajustes ou mesmo sobre seu nível de adesão. Isso forma um sistema de feedback e melhoria constante do cuidado. O desenho do processo precisa contar com a participação ativa dos principais profissionais encarregados e também pelos pacientes, mantendo sempre o foco do cuidado praticado. Embora seja sempre interessante usar esses dados para fornecer informações sobre padrões e tendências quanto aos tipos de danos que ocorrem, a ênfase deve estar firmemente na sua capacidade e oportunidade de tornar o atendimento futuro mais seguro.

Em se tratando da segurança do paciente, existe uma premissa importante que deve ser considerada. Uma área frágil na entrega de uma assistência com qualidade, incluindo a segurança do paciente, é a tradução das evidências ainda não reveladas e suas implicações na prática de rotina, o que às vezes é chamado de lacuna “saber-fazer”. Durante o processo de estruturação de ações para melhorar a segurança do paciente, é fundamental compreender totalmente as mudanças necessárias para alcançar os resultados desejados; isso também significa trabalhar em estreita colaboração com líderes, gerentes, profissionais e representantes de pacientes em unidades de saúde e serviços clínicos.

“Podemos falar de qualidade, mas se não soubermos agir neste sentido, se não soubermos como a conseguir, ela não passará de uma palavra vazia”. (W. Edwards Deming)

Dados e Fatos

Desde que o cuidado inseguro foi reconhecido como um problema de saúde pública, muitos esforços foram feitos para compreender sua natureza e magnitude, e para encontrar soluções adequadas. Além disso, uma atenção primária acessível e segura é essencial para garantir a cobertura universal, um dos objetivos prioritários do milênio promovido pela ONU e seus Estados e municípios.

Em 2009, foi publicado o primeiro artigo nacional que trouxe a situação em uma amostra de serviços brasileiros. O artigo mostrou que a ocorrência de eventos adversos em nosso país não era menor ou muito diferente de outros países no mundo.

Em 2012 foi criado um grupo *Safer Primary Care Expert Working Group*, para estudar os riscos que os pacientes de atenção primária são submetidos. Ficou evidenciado nesse estudo que incidentes decorrentes de APS são frequentes e que os riscos são específicos por causa do ambiente e pelo tipo de cuidado prestado a saúde.

Os erros mais frequentes na APS, segundo revisão literatura de Makeham (2008) são enumerados abaixo:

1. Erros de diagnóstico (26 % a 57%);
2. Erros no tratamento (7% a 37%);
3. Tratamento medicamentoso (13% a 53%);
4. Decorrente da forma e organização do serviço (9% a 56%);
5. Comunicação interprofissional e entre os profissionais e os pacientes (5% a 72%).

Em um estudo espanhol liderado pelo pesquisador Jesus Aranz foram identificados os seguintes dados (WHO, 2017):

- Revisão de 96.047 consultas de Atenção Primária em Centros de Saúde;
- No total, 452 profissionais (médicos e enfermeiros) identificaram 1.790 EA;
- A prevalência de eventos adversos foi de 18,63%;
- Desses, 54,7% foram considerados leves, 38% moderados e 7,3% graves;
- Em 23,6% dos casos, a consequência do EA não afetou o cuidado de saúde;
- 33,1% exigiu um nível mais elevado de observação e monitoramento;
- 7,5% exigiu um exame adicional;
- 17,1% dos casos, foi necessário um cuidado clínico ou cirúrgico adicional pela APS;
- 24,9% dos casos a consequência do EA exigiu uma consulta ou um encaminhamento à Atenção Especializada (sem internação);
- 5,8% dos casos exigiu a internação do paciente para algum tratamento de suporte à vida.

Complementando os fatos acima mencionados, é importante frisar que existe um custo econômico decorrente de uma assistência insegura. Esses custos podem ser entendidos de duas formas: o custo direto, devido ao desperdício de recursos, e os custos indiretos com a perda de produtividade

e eficiência do atendimento à população. Cuidados inseguros e de má qualidade levam de US \$ 1,4 trilhão a 1,6 trilhão no valor perdido em produtividade a cada ano nos países de baixa renda.

No ambiente primário e ambulatorial, as evidências disponíveis estimam que os custos diretos dos danos - os testes, tratamentos e cuidados de saúde adicionais - sejam em torno de 2,5% do gasto total com saúde - embora isso provavelmente subestime o número real. Danos ocorridos na atenção primária e ambulatorial geralmente resultam em hospitalizações. A cada ano, isso pode ser responsável por mais de 6% dos dias de leito hospitalar e mais de 7 milhões de admissões nos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) - isso se soma aos 15% da atividade de cuidado agudo causado por danos que ocorrem apenas em hospitais (AURAAEN, 2018).

Em 2015, um estudo realizado na América Latina, incluindo o Brasil, descreveu o panorama dos eventos adversos nos serviços de APS. Os pesquisadores concordaram em apontar que os EA que ocorrem em ambientes de atenção primária estão associados, em ordem, com medicamentos, prescrição, diagnóstico e comunicação médico-paciente. Neste estudo, erros de diagnóstico foram relatados em uma extensão muito menor (MONTSERRAT-CAPELLA *et al.*, 2015). A maioria dos EA de comunicação, devido a erros de prescrição, foram considerados EA evitáveis e, portanto, representaram pelo menos um quarto dos EA relacionados ao medicamento. Particularmente na atenção primária, a redução dos EA relacionados à comunicação deve constituir uma prioridade, pois parecem ser mais fáceis de prevenir do que os demais EA relatados.

Segundo a OMS, um em cada quatro pacientes sofrem algum dano ao procurar um atendimento na atenção primária ou ambulatorial e os erros rela-

cionados aos medicamentos geram um gasto aproximado de 54 bilhões ao ano (AURAAEN, 2018).

No geral, 60% das mortes em países de baixa e média renda ocorrem devido a cuidados inseguros e de baixa qualidade. O atendimento inseguro acontece como um problema geral no sistema de saúde. Metade da carga global de doenças decorrentes de danos ao paciente tem origem na atenção primária e ambulatorial pelo alto volume de demanda e atendimentos.

Programa Nacional de Segurança do Paciente

A Segurança do Paciente é um direito de todos aqueles que vão a um serviço de saúde, ou seja, ele não precisa sofrer danos ao buscar cuidados de saúde, pois este deve ser um local seguro, que proteja aqueles que o procuram. Após várias iniciativas nacionais previamente implementadas e vigentes, o Ministério da Saúde reuniu os esforços internos para então construir o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP, lançado no ano de 2013 por meio da portaria GM/MS 529 de 1º de abril, que instituiu a segurança do paciente como um programa de saúde pública voltado para a prevenção e redução de danos durante os cuidados em saúde. Acompanhando esse ato normativo foi publicada a RDC da ANVISA nº 36/2013, que estabeleceu a obrigatoriedade de adoção das ações mínimas que devem ser realizadas por todos os serviços de saúde do país.

No mesmo ano foram publicados seis protocolos básicos de segurança do paciente que devem ser adotados por todos os serviços de saúde, de acordo com o seu escopo de trabalho, que devem ser adaptados conforme sua realidade. Os protocolos têm por finalidade serem ferramentas que, minimamente, orientem a adoção de práticas

seguras pelos serviços de saúde e viabilizam a implantação de protocolos que trabalham de forma multiprofissional, melhorando a comunicação, a identificação e gerenciamento de riscos e a adoção de barreiras para prevenir os eventos adversos. Esses protocolos necessitam de pouco investimento para a sua implantação, são de natureza sistêmica, podem ser gerenciados e constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura, além de oportunizarem a vivência da constituição de equipes.

Objetivos do PNSP

O objetivo geral do PNSP é contribuir para a qualificação dos serviços de saúde por meio da prevenção e redução de eventos adversos durante o cuidado em saúde. Seus objetivos específicos são:

I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;

II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança daquele paciente;

III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente;

V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

O programa tem por missão “Promover a Qualidade da atenção à saúde ao liderar ações estratégicas para a Segurança do Paciente no Brasil”. Isso acontecerá por meio das seguintes estratégias de implementação do PNSP descritas na portaria:

I - elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente;

II - promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente;

III - inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente;

IV - implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade;

V - implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes;

VI - promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual;

VII - articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.

O trabalho da Segurança do Paciente possui aproximações com algumas áreas de atuação, como é o caso da Biossegurança ou da Saúde e Segurança do trabalhador.

Vamos primeiramente explicar e diferenciar esses temas, para então compreender como eles interferem na Segurança dos Pacientes:

Biossegurança

Área do conhecimento que atua para prevenir a contaminação do ambiente, do profissional e da população.

Saúde e Segurança do Trabalhador

Área do conhecimento que atua para proteger o trabalhador, seja no caminho do trabalho ou durante sua execução, e gerencia os riscos relacionados à ergonomia. Ergonomia é a área da saúde que trabalha sobre os fatores humanos, sejam físicos, emocionais ou de engenharia, para reduzir o esforço profissional em sua execução do trabalho.

A articulação entre essas áreas do conhecimento, que atuam para proteger o trabalhador e para prevenir a contaminação do ambiente, do profissional e da população, são áreas que atuam paralelamente e, conseqüentemente, podem apoiar a melhoria da segurança do paciente, ainda que seu escopo de trabalho seja distinto.

O PNSP foi lançado para que todos os serviços de saúde priorizem a Segurança do Paciente em seus serviços. Isso significa que os serviços de saúde devem organizar os processos, desenvolver e implantar protocolos de segurança e agir preventivamente no gerenciamento de riscos, a fim de tornar o cuidado mais seguro.

O que Está em Jogo?

De outra forma: Quais são os desafios que precisam ser superados para entregarmos uma as-

sistência de qualidade e mais segura na APS? Ou ainda, que "apostas" devemos fazer para implementar as ações do PNSP na APS? Considerando o histórico de desenvolvimento do tema e o estado da arte do PNSP no Brasil, é possível apontar para algumas iniciativas que podem ser direcionadas ao enfrentamento dos problemas já apontados. Quando atuamos na temática da segurança do paciente, lidamos com os seguintes pontos-chaves, que podem orientar os tomadores de decisão e profissionais na superação desses desafios:

- A cultura de segurança do paciente vigente na organização deve ser honesta e cuidadosamente revista, a fim de promover as mudanças necessárias;
- Enfrentar a fragmentação das ações com a organização de um trabalho estruturado de equipes multiprofissionais de alto rendimento;
- Adotar o gerenciamento de riscos, que podem levar a danos aos pacientes, como um processo de trabalho permanente e estruturante;
- Exercitar, de forma contínua, as etapas do processo de: planejar ações preventivas, identificar problemas, testar mudanças para a melhoria e monitorar resultados dos processos de cuidar;
- Identificar, avaliar e incentivar a utilização de métodos e ferramentas que viabilizam a execução de práticas seguras, a melhoria da eficiência do sistema e a diminuição das falhas assistenciais;
- Usar ferramentas de comunicação e seus meios, notadamente durante os períodos de ocorrências de crises e de mudanças, como uma ferramenta efetiva para desen-

volver uma assistência livre de danos;

- Implantar, prioritariamente, os protocolos de segurança de identificação, Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos e de Higienização das Mãos, seguidos dos demais protocolos;
- Desenvolver os protocolos de segurança que possam detectar os riscos inerentes ao trabalho na APS, como vacinação, deteriorização clínica em ambientes domiciliares, perda de adesão de usuários portadores de doenças crônicas e prevenção de internações por condições sensíveis à APS.

Como dizem Charles Vincent e René Amalberti:

"Sabemos que estas ideias precisam ser testadas na prática e que o verdadeiro teste consiste em saber se esta abordagem nos levará numa direção que seja útil para os pacientes. As propostas só poderão ser bem-sucedidas se um conjunto de pessoas se reunir para desenvolvê-las e avaliar suas implicações" (VINCENT & AMALBERTI, 2016, p.13).

É necessário, inevitavelmente, que políticos, gestores, lideranças, profissionais de saúde, educadores e a população em geral passem a compreender a importância da segurança do paciente para sua vida diária. Nesse sentido, desenvolver serviços seguros para pacientes não exige apenas habilidades de planejamento, design e investimento estratégico, envolve "advocacia", conscientização, compromisso político, persuasão e personalização. Tradicionalmente, o conhecimento científico e/ou técnico vem dos formuladores de políticas, líderes do sistema de saúde, profissio-

nais da saúde, acadêmicos e gestores, enquanto a paixão vem dos cidadãos, da sociedade civil e dos defensores dos pacientes.

Formular e entregar um plano requer conhecimento científico e/ou técnico, mas também deve ter o impulso emocional positivo e de compra da ideia que todos se lembram de que muitos pacientes e famílias do passado sofreram perdas e sérios danos como resultado de cuidados de saúde deficientes, seja entre sua família ou conhecidos. Se esses dois elementos, ciência e experiência pessoal, estiverem sempre juntos na defesa de direitos, será uma combinação vencedora.

De tudo que foi dito pela Segurança do Paciente, o maior desafio que nos é imposto seria encarar, assim como "Os desafios do milênio - ONU" e dar materialidade às ações de segurança do paciente e qualidade e que essas atividades sejam definitivamente incorporadas ao cuidado centrado nas necessidades do paciente e seja de fato percebido pelos usuários do SUS como um valor em todo o cuidado recebido nos serviços de saúde.

"Da mesma forma que um terreno deve conter determinadas especificidades (tipo de terra, clima etc.) para que as plantas cresçam e se desenvolvam, o contexto em que são implementados processos de melhoria deve reunir um conjunto de características que não só permita, mas também, se possível, potencialize o sucesso destas." (ØVRETVEIT, 2015, p. 23).

Referências Bibliográficas

ANDRÉS, Jesús María Aranaz. et al. Estudio APE-AS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rede Sentinela, 2014. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/rede-sentinela-apresentacao>>. Acesso em: 27 set. 2020.

AURAAEN, Ane; SLAWOMIRSKI, Luke; KLAZINGA, Nick. The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind. Paris: OECD Health Working Papers, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 1.377 de 09 de julho de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html. Acesso em: 09 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

MAKEHAM Meredith; COOPER Chris; KIDD Michael. Lessons from the TAPS study – message handling and appointment systems. Australian Family Physician, Sydney, v. 37, p. 438-439, jun. 2008.

MONTSERRAT-CAPELLA, Dolors. et al. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. International journal for quality in health care; journal of the International Society for Quality in Health Care, v. 27, p. 52-59, jan. 2015

ØVRETVEIT, John. Melhoria de qualidade que agrega valor: o cuidado de saúde. Revisado e adaptado por Cláudia Travassos e Paulo Sousa. Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT/Proqualis, 2015.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Quem somos. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/quemsomos>. Acesso em: 27 set. 2020

VINCENT, Charles; AMALBERTI, René. Cuidado de Saúde mais Seguro:: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: Proqualis, Ict/fiocruz, 2016. 198 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medication without harm: WHO global patient safety challenge. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 27 set. 2020

Desafios da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

Deysi Heck Fernandes
Francielle Bendersky Gomes
Juliana Ellwanger
Michelli Milleto Lorenzi

Pontos de Destaque:

- **Histórico e características da APS;**
- **Histórico da Segurança na Paciente na APS;**
- **Desafios da Segurança do Paciente na APS.**

Histórico da Atenção Primária à Saúde

A partir do movimento da Reforma Sanitária no início da década de 1970, um conjunto de ideias nascia em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de profissionais preocupados com a saúde pública, destacando vários sanitaristas importantes, integraram discussões políticas, culminando na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. As propostas da Reforma Sanitária resultaram na concepção de saúde como direito garantido pela Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2020).

A concepção de APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920, pelo governo Inglês. O relatório reproduzia o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais (FAUSTO & MATTA, 2007).

Os centros de saúde primários e de serviços domiciliares compreendiam uma forma regionalizada de assistência, realizada por um médico

generalista, onde o mesmo resolvia a maioria dos problemas de saúde de um determinado distrito.

Aqueles problemas que não poderiam ser resolvidos pelo médico generalista eram encaminhados para os centros de saúde secundária, onde estavam alocados os especialistas, ou ainda para hospitais, caso fosse necessária internação ou cirurgias. Esta categorização caracteriza-se pela hierarquia dos níveis de atenção à saúde (FAUSTO & MATTA, 2007).

O modelo inglês foi utilizado para organização dos sistemas de saúde em diversos lugares no mundo, estabelecendo duas características básicas da APS: a regionalização dos serviços de saúde e a integralidade, fortalecendo as práticas curativas e preventivas (FAUSTO & MATTA, 2007).

Em seguida, outro momento histórico que merece destaque foi a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, com a concepção da medicina generalista, que foi considerada a origem da medicina de família e comunidade. Estes momentos históricos abriram caminho para que se realizasse, em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata - Cazaquistão, sob a condução da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Neste momento, elaborou-se a Declaração de Alma-Ata, que define que:

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.

Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (ALMA-ATA, 1978).

A partir dessa definição, os elementos norteadores essenciais da APS surgiram:

- Saneamento básico;
- Educação em saúde;
- Programa materno-infantil;
- Imunização;
- Planejamento familiar;
- Prevenção de endemias;
- Tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns;
- Provisão de medicamentos essenciais, promoção de alimentação saudável e de micronutrientes;
- Valorização das práticas complementares.

A Declaração explícita, ainda, que a saúde é uma expressão de direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (ALMA-ATA, 1978).

Starfield (2002) define a APS como o primeiro contato da assistência continuada centrada não mais na doença, mas no indivíduo, e aponta que os cuidados devem se dar de modo a atender

suficientemente às necessidades de saúde, de forma contínua e longitudinal, e de forma coordenada com os demais serviços que compõem o sistema de saúde. A partir destas concepções, a autora formulou os seguintes atributos para as práticas de cuidado na APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

No Brasil, a APS tem uma história própria, baseada nos movimentos internacionais de conformação da APS e a partir de experiências nacionais que foram se desenvolvendo ao longo do tempo. Mendes (2012) sistematiza esta história por meio de ciclos de desenvolvimento:

- Primeiro ciclo: Os Centros de Saúde criados na USP, em 1924, que provavelmente sofreram influência do modelo dawsoniano do Reino Unido;
- Segundo ciclo: O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), no início dos anos 40, hoje reestruturada como Fundação Nacional de Saúde (FUNASA);
- Terceiro ciclo: Originou-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, a partir da metade dos anos 60, conservando o núcleo tecnológico original sespiano, com foco em ações de prevenção das doenças, mas com a atenção médica em um modelo dirigido para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas (tuberculose e hanseníase), os chamados programas de saúde pública, apropriados com um certo grau de verticalidade;
- Quarto ciclo: Nos anos 70, o desenvolvimento da APS como programa de atenção primária seletiva com objetivos de extensão de cobertura. Iniciados como experiências-piloto em universi-

dades, direcionaram-se para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que começou pelo Nordeste em 1976 e, paralelamente, em cenário internacional, da proposta de APS que seria firmada pela Conferência de Alma Ata em 1978, alcançando abrangência nacional em 1979;

- Quinto ciclo: Nos anos 80, juntamente a uma grave crise da Previdência Social, direcionou a instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS);
- Sexto ciclo: Se concretizou através da municipalização das unidades de APS dos Estados que passaram à gestão dos municípios, expandindo os cuidados primários;
- Sétimo ciclo: A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) marcou o desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira, denominada ciclo da atenção básica à saúde. Esse ciclo é o que desfrutamos atualmente.

Esse ciclo recebeu influências de modelos de medicina de família e comunidade praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba, mas sua raiz mais significativa veio da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde desenvolvida no Estado Ceará e expandida com a incorporação de médicos e enfermeiros. Pela primeira vez, somava-se à proporção quantitativa da expansão da APS, uma proporção qualitativa. Não se tratava, somente, de fazer mais do mesmo, mas de fazer mais e com qualidade, diferente do modelo de atenção

primária seletiva vigente ou dos modelos de medicina familiar (MENDES, 2015).

Nesta linha do tempo, cabe destacar que na década de 80, durante a 7ª Conferência Nacional de Saúde, o tema central, "Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos", foi amplamente discutido e provocou debates sobre a necessidade de instituição de um programa nacional de serviços básicos de saúde, com elevado grau de cobertura e capaz de permitir uma vida social e economicamente produtiva à população (ALMEIDA & PRADO, 2020).

Também merece destaque a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, considerada o grande marco na história das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da Conferência, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, e aprovaram como proposta importantes elementos que iriam, mais tarde, compor o texto da Constituição Federal de 1988 e as leis orgânicas da saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) (ALMEIDA & PRADO, 2020).

Tais movimentos foram decisivos para que experiências que vinham se desenvolvendo em várias localidades brasileiras ganhassem destaque no cenário nacional e inspirassem a conformação das primeiras ações institucionais de organização e consolidação da APS: o PACS, em 1992, e o PSE, em 1994 (ALMEIDA & PRADO, 2020).

O PACS e o PSF são considerados o marco da construção de uma proposta nacional de APS, e integraram uma estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS (PAIM *et al.*, 2011).

Em 1998, a partir dos resultados positivos observados no cenário epidemiológico e sanitário

brasileiro com a implantação de ambos os programas, o PSF passou a se configurar como a principal estratégia de estruturação da APS (PAIM *et al.*, 2011).

Em quase três décadas de implantação do Saúde da Família, diversos são os avanços observados na APS brasileira, dentre os quais destacamos:

- Ampliação da cobertura e do acesso às ações e serviços de saúde;
- Instituição de políticas transversais à APS, como a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde;
- Criação de equipes de APS para populações específicas e de maior vulnerabilidade, como as equipes de Consultório na Rua e equipes para populações ribeirinhas;
- Implantação de programas de provisão de profissionais de saúde, como o Programa Mais Médicos e o PROVAB, além de programas de articulação ensino-serviço, como as Residências Médicas e Multiprofissionais em Saúde;
- Ampliação do escopo de práticas da APS e, conseqüentemente, de sua resolubilidade, especialmente a partir da atuação de equipes multiprofissionais, a exemplo dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família;
- Instituição de programas voltados à melhoria da qualidade e do acesso na APS, como o PROESE, o AMQ e o PMAQ; e
- Instituição da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, atualizada em 2011 e

2017, que conferiu maior institucionalidade às ações de APS no Brasil, a partir de diretrizes nacionais para a organização e gestão dos serviços.

Histórico da Segurança do Paciente na APS

Para tratar do histórico da Segurança do Paciente, usualmente cita-se o relatório *To err is Human*, de 1999, que representou um marco histórico na temática, na medida em que apresentou dados de mortalidade de erros em saúde superiores a outras causas, como por exemplo acidentes de trânsito, câncer de mama e AIDS. As taxas de incidentes chegaram a valores estimados de 44 mil a 98 mil óbitos anuais devido a eventos adversos, à frente, por exemplo, da segunda maior causa de mortes, os acidentes rodoviários, com cerca de 43 mil óbitos anuais (IOM, 1999). A partir daí, muito se fez para se prover um cuidado mais seguro, adotando-se medidas de melhoria no atendimento ao paciente e aumento da qualidade dos serviços de saúde. Nos anos seguintes, o foco das ações foi a atenção hospitalar. Gradualmente a APS começou a ganhar destaque.

Em 2008, o Relatório Mundial da Saúde publicado pela OMS com a temática “Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca”, além de apontar para a importância da APS nos sistemas de saúde, já sinalizava a falta de Segurança do Paciente neste nível de atenção como uma limitação para a prestação de cuidados:

“Cuidados pouco seguros. Um sistema mal pensado que é incapaz de garantir níveis de segurança e higiene, leva a elevadas taxas de infecções contraídas nos hospitais, juntamente com erros de medicação e outros efeitos adversos que são evitáveis e que constituem

causas de morte e de falta de saúde, muitas vezes subestimadas” (OMS, 2008, p. 36).

A Segurança do Paciente amplia seu escopo para a APS mais fortemente no ano de 2012, com a formação do grupo de trabalho de especialistas pela OMS e posterior publicação das séries técnicas em 2016. Os temas das séries técnicas englobam: envolvimento do paciente, educação e treinamento, fatores humanos, erros administrativos, erros de medicação, multimorbidade, transição do cuidado e ferramentas eletrônicas (OMS, 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 2013 com o objetivo de contribuir para qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde (Portaria MS/GM nº 529/2013). Um dos fundamentos do PNSP é o fomento à formação de recursos humanos. Nos anos subsequentes, foram lançadas diversas normas objetivando a educação permanente de profissionais de saúde ou a formação destes profissionais no âmbito da graduação. Cita-se, ainda, a regulamentação dos programas de residência multiprofissional e as diretrizes curriculares em vários cursos de graduação da área da saúde.

Segurança do Paciente na APS

As ações de Segurança do Paciente no Brasil iniciaram na atenção hospitalar. Entretanto, desde o princípio, o PNSP se propõe a trabalhar Segurança do Paciente em “todos estabelecimentos de saúde no território nacional”, conforme a portaria GM/MS nº 529/2013. Considerando o papel-chave da APS no país e no SUS, trabalhar Segurança do Paciente na APS é essencial e estratégico.

A APS possui quatro atributos essenciais e três atributos derivados. Os atributos essenciais são primeiro contato, longitudinalidade, integra-

lidade e coordenação do cuidado e os atributos derivados são orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (CONASS, 2015; STARFIELD, 2002).

Sob a ótica das RAS, é fundamental que a APS tenha a segurança do paciente consolidada para desempenhar seus atributos de forma qualificada.

O primeiro contato já é uma questão de segurança, pois o acesso deve estar sempre acompanhado da qualidade do cuidado. Sendo a Segurança do Paciente uma dimensão crítica e essencial da qualidade, é fundamental garantir um acesso com cuidado seguro. Por exemplo, quando uma pessoa acessa o serviço de saúde deve ser realizada a correta identificação do paciente. A coordenação do cuidado exercita temáticas intrinsecamente relacionadas à segurança como trabalho em equipe e comunicação, bem como transição do cuidado. A integralidade, por sua vez, quando aborda aspectos da promoção e da prevenção, tem relação direta com a Segurança do Paciente. Cita-se a prevenção quaternária, onde o objetivo é prevenir danos associados a procedimentos desnecessários. Além disso, a APS possui três papéis essenciais: resolutividade, coordenação e responsabilização. Todos estão de alguma forma conectados com a Segurança do Paciente. A proposição de atender em torno de 85-90% da demanda da população, levando em consideração o pensamento sistêmico explicitado nas RAS, aumenta ainda mais o desafio da APS. Soma-se a isso, a transição demográfica em curso e o aumento das condições crônicas de saúde, que elevam os riscos na prática em saúde em questões como Segurança na Medicação e Segurança no Diagnóstico.

Um grande argumento para trabalhar Segurança do Paciente na APS é a abrangência da oferta de serviços. Existem diferentes demandas de cuidado na APS, que podem ser agrupadas em: demanda por condições agudas, demanda por

condições crônicas agudizadas, demanda por condições gerais e inespecíficas, demandas por condições crônicas não agudizadas, demanda por enfermidades, demanda por pessoas hiperutilizadoras, demandas administrativas, demanda por atenção preventiva, demanda por atenção domiciliar, demanda por autocuidado apoiado e demanda por cuidados paliativos. Como se nota, a estrutura da demanda na APS é ampla e diversificada. O agrupamento das demandas faz-se em função da similaridade das respostas sociais (MENDES, 2015).

A atenção primária acessível e segura é essencial para alcançar a cobertura universal de saúde. A prestação de cuidados primários seguros é uma prioridade na medida em que cuidados básicos inseguros podem causar danos e lesões evitáveis, levando a internações desnecessárias e, em alguns casos, incapacidade e até a morte.

Por essas razões, a Segurança do Paciente na APS se justifica como uma estratégia capaz de “gerir os riscos de forma a maximizar benefícios e minimizar danos ao longo do tempo” (VINCENT & AMALBERTI, 2016).

Desafios na APS

Como visto no histórico da Segurança do Paciente e da APS, o debate das temáticas de forma aglutinada é ainda muito incipiente, tanto no cenário nacional como mundial. Apenas no ano de 2012 que a segurança do paciente na APS ganha destaque na OMS, a partir da criação do grupo de trabalho de especialistas, que resultaram em séries técnicas divulgadas em 2016 sobre diversos temas (fatores humanos, erros de medicação, erros de diagnósticos, erros administrativos, entre outros) que necessitam ser trabalhados nesse nível de atenção, a fim de garantir maior segurança e, consequentemente, maior qualidade.

Tendo em vista os atributos da APS, é desafiador trabalhar a segurança do paciente nesse nível de atenção, mesmo que inicialmente os cuidados realizados sejam menos complexos no que se refere ao uso de tecnologias duras. Comparando estudos brasileiros de taxas de incidência de eventos adversos em hospitais e unidades de saúde, têm números aparentemente mais expressivos no âmbito hospitalar (7,6% de eventos adversos em hospitais brasileiros versus 0,9% de eventos adversos em unidades de saúde) (MARCHON & MENDES, 2015; MENDES *et al*, 2009). Entretanto, se fizer um exercício utilizando a taxa de incidência de eventos adversos de 0,9% em unidades de saúde e multiplicando pela taxa mensal de consultas médicas realizadas na APS de 6,9 milhões (dados de dezembro de 2015 disponíveis no DATASUS), haveria um total de mais de 60 mil pessoas afetadas por um evento adverso em um único mês. Considerando dados de pesquisa latino-americana sobre eventos adversos ambulatoriais (Estudo AMBEAS), que verificou cerca de 50% dos eventos como evitáveis (MONTSERRAT-CAPELLA *et al.*, 2015), existiria potencialmente cerca de 30 mil pacientes preservados de um dano associado ao cuidado em saúde, caso medidas de segurança do paciente fossem adotadas de forma sistemática na APS.

Além do número de pessoas afetadas, é importante considerar o impacto que um incidente na APS pode provocar na RAS como um todo, justamente por suas características de longitudinalidade. Um paciente que sofre um atraso no diagnóstico, por exemplo, pode ter sua condição de saúde agudizada e procurar serviços de emergência ou hospitalar, sobrecarregando o sistema de saúde, sem considerar toda a experiência negativa do paciente em relação à sua saúde. O desencadeamento de um evento na APS normalmente se reflete em outros níveis de assistência, tanto que um dos indicadores indiretos da qualidade da APS é o número de internações por condições sensíveis,

que representa cerca de 20% das internações no SUS (MARCHON & MENDES, 2015). Diante disso, presume-se que os índices de eventos adversos e incidentes na APS podem ser ainda maiores do que se estima atualmente.

Infelizmente, a magnitude dos eventos adversos na APS, bem como suas características, carece de maiores estudos a fim de estimar os dados nacionais. Todavia, a partir dos poucos dados existentes, tanto no contexto nacional quanto no contexto mundial, fica claro que existem grandes oportunidades de melhoria.

Um dos aspectos bastante discutidos quando se trata de uma APS forte é a garantia de acesso a serviços em consonância com as necessidades de saúde durante a vida. Neste sentido, em 2019 a OMS apresentou a “atenção primária frágil” - incluindo o acesso aos serviços básicos de saúde - como uma das dez ameaças para a saúde humana global, bem como a poluição do ar, resistência bacteriana, dengue, HIV e falta de adesão à vacinação (OPAS, 2019). A garantia do acesso universal é um dos grandes desafios para o SUS, em virtude do aumento da demanda por ações e serviços, que se reflete em toda a RAS, na medida em que a organização da rede de forma regionalizada e hierarquizada exige formulação e gestão de fluxos de cuidado (CALDAS, 2019).

O acesso está diretamente relacionado à disponibilidade de consultas de cuidado continuado e de demanda espontânea, atividades coletivas, ampliação do horário de funcionamento, atendimentos em grupo, procedimentos de enfermagem, exames e medicamentos (BRASIL, 2014). Outro desafio é o adequado financiamento que, apesar de diversos mecanismos de regulação e planejamento existentes, ainda não garante os recursos suficientes nem estabilidade (CALDAS, 2019). Acesso, organização dos serviços e financiamento são questões do sistema de saúde como um todo, que interagem com a

segurança do paciente a partir do entendimento que segurança é uma das bases da qualidade em saúde. Falar de acesso à saúde pressupõe acesso a serviços de qualidade e de segurança, que necessitam estar organizados e munidos de recursos apropriados para seu pleno desempenho.

A partir da garantia do acesso, pode-se exercer o primeiro contato e desenvolver os demais atributos. Alguns deles, como orientação para comunidade, centralidade da família e competência cultural, exigem conhecimento do território e da população adscrita para, assim, serem ofertados serviços oportunos e resolutivos. A tarefa nada simples da APS é auxiliar na saúde do indivíduo, família e comunidade - o que significa trabalhar com diversos níveis de determinantes de saúde e modelos de cuidado, que muitas vezes perpassa para além do processo saúde-doença do indivíduo e sua família, além de envolver condições sociais, culturais, ambientais e econômicas (BRASIL, 2014).

Quando se compreende os determinantes da saúde, as intervenções sobre diferentes camadas destes refletem em níveis distintos de complexidade das ações. Pensando no cuidado integral e na compreensão de saúde como bem-estar físico, emocional e social, a atenção em saúde intersecciona com demais setores da sociedade, o que torna trabalhar com saúde tão desafiador e instigante.

As intervenções sobre os determinantes distais e intermediários¹ apresentam impacto maior sobre a saúde da população. Entretanto, apresentam diversas influências (visto a dimensão continental e a desigualdade social do país), exigindo ações de macropolíticas com articulação, conhecimento e

interesse governamental. Tais ações intersetoriais, como estratégias de combate ao tabagismo, por exemplo, envolvem diversos atores da sociedade. Neste exemplo, medidas como política de preços de cigarros, limites à propaganda, adequação de embalagem e restrição de consumo em locais públicos tiveram que ser adotadas para diminuir o tabagismo - um dos principais fatores de risco para complicações de doenças cardiovasculares.

Fica evidente o desafio que a APS enfrenta neste sentido, pois muitas das soluções para a melhoria da saúde, como prevenção e promoção de saúde, esbarram em medidas políticas com outros setores. Esse desafio se transpõe à segurança do paciente, ao pensar no simples e fundamental ato de higiene de mãos em ambientes sem saneamento básico ou condições mínimas de higiene. A somar ao fato destacado, o estudo de Marchon e colaboradores (2015) destaca o tópico de vulnerabilidade social. Nele, metade dos pacientes que sofreram incidentes eram vulneráveis, apresentando baixa adesão ao tratamento e pouca autonomia em questões de saúde. Tal vulnerabilidade é reflexo de iniquidades de moradia, renda e educação, que refletem nas condições de saúde e medidas para sua promoção.

Outro aspecto que se pode pensar como um desafio para a qualidade do cuidado está relacionado aos determinantes proximais (características dos indivíduos, idade, sexo, herança genética, rede de apoio, comportamentos e estilos de vida). Tais determinantes representam o campo de trabalho na APS a partir do uso de modelos de cuidado distintos para cada situação de saúde (casos agudos, crônicos, de emergência, etc.). O desafio maior nesse tópico está voltado ao envolvimento do paciente no

¹ Entende-se como determinantes distais: condições socioeconômicas, culturais e ambientais. E determinantes intermediários às condições de vida e de trabalho, o acesso à alimentação, à educação, à produção cultural, ao emprego, à habitação, ao saneamento e aos serviços de Saúde

cuidado, compartilhando corresponsabilidade do seu tratamento, de sua saúde, e também desempenhando um papel de aliado para segurança do paciente. Para que a autonomia do paciente seja alcançada, faz-se necessária a formulação de estratégias em saúde para a população, além da educação permanente para profissionais da saúde de nível técnico e superior, objetivando, desse modo, aguçar competências que promovam a segurança do paciente.

A educação permanente na área da saúde é um aspecto que merece atenção quando se trata de segurança do paciente na APS. Esse processo é muito complexo em virtude de muitos fatores como: rapidez da disseminação de conhecimentos tecnológicos renovados, distribuição de profissionais e serviços, alta rotatividade dos profissionais entre os serviços de saúde, entre outros. Por isso, torna-se necessário o desenvolvimento de tecnologias de operação de trabalho que estejam alinhadas com a aprendizagem contínua, de trabalho em equipe, com aprendizagem individual, coletiva e institucional (CECCIM, 2005).

Ainda, cabe mencionar sobre a transformação da formação dos trabalhadores da saúde, que predominantemente é voltada para a formação hospitalar, centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência, concentração destes profissionais em grandes centros urbanos, crescente especialização destes profissionais e a dependência de tecnologias sofisticadas. Portanto, introduzir a educação permanente em segurança do paciente é uma forma fundamental para a reestruturação das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo conectividade com o setor da educação, ampliando a educação técnica e as ações dos serviços de saúde (CECCIM, 2005).

Para que uma mudança aconteça é necessário que o profissional ou instituição inicie iden-

tificando os problemas/desconfortos da sua prática de trabalho e refletindo a forma de como as coisas estão sendo feitas para resolver os desafios do trabalho (CECCIM, 2005). O papel da educação permanente é fazer uma reflexão da prática atual de trabalho em conjunto com os conceitos dos estudiosos, pois nada adianta aplicar conceitos sem levar em conta a realidade local daqueles profissionais. A educação permanente deve ser crítica, gerando auto análise e auto gestão destes profissionais que são atores dessa mudança de realidade das práticas educativas. Em outras palavras, resumindo “*A Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde*”.

Além do entendimento dos determinantes sociais que influenciam diretamente na saúde da população e na percepção da necessidade de aprimoramento de ofertas de acordo com demandas, além da necessidade de adequada qualificação das equipes, faz-se necessária a compreensão da situação epidemiológica e demográfica de cada região. O Sistema de Saúde brasileiro necessita responder pela “tripla carga de doenças”, caracterizada por:

1. Presença das doenças infecciosas e parasitárias: dengue, H1N1, malária, hanseníase, tuberculose, COVID-19;
2. Aumento das doenças crônicas pelo envelhecimento das pessoas e aumento dos fatores de risco (fumo, sedentarismo, inatividade física, sobrepeso e má alimentação);
3. Aumento da violência e morbimortalidade por causas externas (BRASIL, 2014).

Esta peculiaridade faz com que seja necessária a adoção de diferentes modelos de cuidado. Estes modelos devem ser diferenciados para con-

dições agudas (doenças transmissíveis de curso curto, doenças inflamatórias, infecciosas agudas e traumas) e crônicas (doenças transmissíveis de curso longo, manutenção da saúde por ciclos de vida, doenças crônicas e fatores de risco individuais biopsicológicos). Um grande problema dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos está em responder às condições crônicas não agudizadas por meio do modelo de atendimento aos eventos agudos, o que gera maus resultados sanitários e econômicos (BENGOA, 2008; MENDES, 2015).

Para colocar a proposição dos modelos em prática existe uma longa jornada de implantação, adaptação, teste e reorganização dos processos de trabalho na APS, exigindo boa comunicação, articulação e trabalho em equipe na RAS. Neste sentido, o desenvolvimento da forma de se trabalhar em equipes multi, inter ou transdisciplinares alcança melhores resultados. A organização da APS ainda precisa estar atenta às ações de estratificação de risco e vulnerabilidade para guiar práticas assistenciais, desenho de intervenções individuais e coletivas, programação da assistência (agenda, livre demanda, acolhimento, etc.), cuidado compartilhado, apoio ao autocuidado, cuidados preventivos (incluindo a prevenção de uso desnecessário de tecnologia - prevenção quaternária), reformulação de práticas assistenciais vinculadas à educação permanente e na graduação, e uso de diretrizes clínicas baseadas nas melhores evidências, considerando o cuidado centrado na pessoa (BRASIL, 2014). Todas as atividades a serem desempenhadas na APS vêm no sentido de aumentar a qualidade e segurança do paciente, na medida em que se tem como pano de fundo competências como trabalho em equipe, comunicação e envolvimento do paciente no cuidado.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma reorientação do modelo assistencial e está atuante em mais de 90% dos municípios brasileiros

(GIOVANELLA, 2006). Coordenar os cuidados na APS é desenvolver a capacidade de identificar os problemas de saúde presentes em outros serviços de saúde e unificar as ações já realizadas nesses serviços ao cuidado global dos pacientes. Por isso, a equipe de Saúde da Família tem o papel fundamental, nesse processo, de unir todo o cuidado que o paciente recebe, independentemente do nível de atenção em que foi iniciado (STARFIELD, 2002).

A organização do processo de trabalho e dos serviços ofertados é fundamental para o desempenho de estratégias de segurança do paciente, alinhadas com todas as ações praticadas em saúde. Para as ações de segurança do paciente tomarem um escopo maior e apresentar medidas efetivas, macroações e pactuação com diversas instâncias são importantes. As ações devem constar no plano estadual ou municipal de saúde e demais instrumentos de gestão do SUS e a partir da priorização formalizada ser levada ao plano tático e finalístico da organização de serviços de saúde. Assim todos os elos da cadeia da saúde poderão desenvolver ações que tornem a segurança do paciente tangível aos seus olhos e percebidos pela população. Logo, o papel do controle social na gestão do sistema é essencial, pois traz consigo a voz dos pacientes e usuários do sistema de saúde, conseqüentemente é quem mais compreende as suas necessidades e pode apoiar profissionais e gestores a desenvolver propostas adequadas e centradas nas necessidades dos pacientes, o que caminha ao encontro do envolvimento do paciente na sua saúde, sendo sujeito ativo deste processo e ao codesenho do cuidado. Fica, portanto, a reflexão de quanto o sistema de saúde e a APS estão instigando este debate na sociedade e o quanto ela percebe essa necessidade. Ao compreender que para que haja uma percepção de necessidade de se incorporar práticas de segurança a todo tempo para mitigar os riscos, é necessário enxergar qual o valor e utilidade existe para si próprio, para seu

trabalho e para o usuário. Isso é o início de uma mudança de cultura.

Outras formas de promover e modificar a cultura de segurança de um local é a formação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), instância responsável por orientar e apoiar a promoção, a implantação, o monitoramento e a melhoria permanente de práticas, por todos os profissionais de saúde. Isso deve guiar a forma como as questões são tratadas por aqui ou a forma como são feitas nesse serviço de saúde. Afinal, é a forma como as práticas acontecem e o ambiente observado pela população, que o leva a avaliar o serviço como seguro ou não. A partir da Portaria nº 529/2013, se motiva a implantação dos NSP em todas as instituições de saúde, podendo a APS ter NSP regionalizados, ou individuais. Para que haja o desenvolvimento desses núcleos será necessário tanto o estímulo aos gerentes das unidades como aos profissionais, que, ao entenderem a sua funcionalidade e importância, certamente o farão de forma mais simples ou elaborada, de acordo com as condições locais e de suas possibilidades, mas certamente não deixará de realizar se compreende a sua essência. Para além do âmbito regulatório, gerencial e prático (ações diárias durante os processos de trabalho assistenciais), estabelecer uma cultura de segurança é primordial para todo esse processo. Cultura de segurança do paciente em uma organização/instituição é guiar as atitudes e alinhar os colaboradores com os objetivos, promover valores comuns e proporcionar experiências marcantes e enriquecedoras para todos. Para o autor Robert Wachter (2013), em uma instituição de saúde onde se cultiva a Cultura de Segurança “os colaboradores sentem-se confortáveis em chamar a atenção para riscos potenciais ou falhas reais sem medo de censura por parte do gestor”. Como foi mencionado previamente, para se promover uma cultura de segurança do paciente é essencial implantar estratégias de educação per-

manente com toda a equipe de profissionais com foco na Segurança do Paciente.

É preciso aproveitar algumas características peculiares da APS para incorporar as práticas de segurança como os espaços de diálogos existentes entre a equipe de saúde e os espaços com os usuários, além do espaço de educação permanente e da proximidade que os profissionais têm da população local. Essas características facilitam certamente uma conexão e uma identificação entre pares.

Para sua consolidação no SUS, a APS vem desenvolvendo, ao longo do tempo, diversas estratégias. As atividades destinam-se à adaptação da formação profissional, da regulação e integralidade do sistema de saúde, da incorporação e do fortalecimento dos profissionais da Saúde da Família, da reorganização dos processos de trabalho e da sua relação com a intersetorialidade das demandas populacionais e territoriais, além da necessidade de adequado financiamento setorial. Essa busca, atrelada a incorporação da melhoria da qualidade e segurança, levará a uma APS mais forte.

Considerações Finais

Fica evidente a importância da Qualidade e Segurança do Paciente na APS, bem como os desafios para sua implementação. Nota-se que o caminho será longo e intenso, mas é possível e factível para todos aqueles se proponham a depositar seu tempo e investir suas energias. Sejamos inovadores para fazer o conhecimento de novas maneiras e a aprender o que é novo.

Neste capítulo, foram descritos alguns desafios que necessitam ser superados para a obtenção de uma assistência de qualidade, segura, oportuna e resolutiva. Justamente pelo papel fundamental da APS no SUS, bem como suas caracte-

rísticas (abrangência, diversidade) no nosso país, é necessário o desenvolvimento de medidas para a organização dos serviços de saúde e, consequentemente, maior qualificação do sistema.

É importante identificar quais são os obstáculos regionais e locais, a fim de elencar as melhores estratégias que se adaptem a cada realidade. Tais estratégias devem estar direcionadas para o reforço do vínculo entre gestão, profissional e paciente. A partir disso, podem-se delinear medidas e ações para implementar a Segurança do Paciente na APS.

A Segurança do Paciente na APS ainda está no início de sua jornada. O caminho precisa ser percorrido por aqueles que participam da APS diariamente, superando as barreiras, desviando quando necessário for e, mesmo com os desafios, encontrar soluções possíveis. As iniciativas neste âmbito devem servir de inspiração e incentivo para promover um SUS com maior qualidade e segurança.

Referências Bibliográficas

ALMA-ATA. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978 Set 6-12; Alma Ata, Cazaquistão.

ALMEIDA, Erika Rodrigues; PRADO, Nília Maria de Brito Lima. Política Nacional de Atenção Básica: principais eventos críticos internacionais e nacionais que conformaram a trajetória da política no Brasil. In: SANTOS, Adriano Maia dos; BISPO JUNIOR, José Patrício; PRADO, Nília Maria de Brito Lima (Org.). Caminhos da pesquisa em saúde coletiva no interior do Brasil. 1.ed. Salvador: EdUFBA, 2020. p. 179-197.

BRASIL. Fiocruz. Ministério da Saúde. Pense mais SUS: Reforma Sanitária. 2020. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>. Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS Nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Princípios Gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>

CALDAS, Bárbara do Nascimento. et al. Segurança do paciente e a vigilância sanitária. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, fev, 2005. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 de ago. 2020.

CRESSWELL, Kathrin M. et al. Global research priorities to better understand the burden of iatrogenic harm in primary care: an international Delphi exercise. PLoS medicine, San Francisco, v. 10, n.11, p. 1-6, nov. 2013.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C; CORBO, Anamaria D Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). p. 43-67.

GIOVANELLA, Lígia . A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-964, 2006.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: The National Academies Press, 1999.

MARCHON, Simone Grativol; MENDES JUNIOR, Walter Vieira. 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, Simone Grativol; MENDES JUNIOR, Walter Vieira; PAVAO, Ana Luiza Braz. 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, Eugênio Vilaça. 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.

MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.
MENDES, Walter. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Journal of the International Society for Quality in Health Care, Oxford, v. 21, n.4, p. 279-284, jun. 2009.

MONTSERRAT-CAPELLA, Dolors et al. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care, v. 27, p. 52-59, jan. 2015

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Dez ameaças à saúde que a OMS combaterá em 2019. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-oms-combatera-em-2019&Itemid=875 Acesso em: 28 de ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados de Saúde Primários. 2008. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1. Acesso em 28 de ago de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Séries técnicas de segurança na atenção primária. 2016. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/ Acesso em: 11 de dez. 2020.

PAIM, Jairnilson. et al. Saúde no Brasil: o sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet, Reino Unido, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011.

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2004.

WACHTER, Robert. Compreendendo a segurança do paciente. 2. ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.

As Necessidades e Possibilidades em Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

Vera Lucia Borrasca
Priscila Martins Delgado

Pontos de Destaque:

- A segurança do paciente é prioridade mundial e precisa ser melhor desenvolvida no nível da Atenção Primária à Saúde (APS);
- Processos de atendimento como uso de medicamentos, diagnóstico, comunicação e aspectos organizacionais são mais frequentemente relacionados a eventos e danos na APS;
- A utilização de práticas seguras, protocolos clínicos e ferramentas de melhoria da qualidade devem ser contextualizadas e incorporadas às práticas na APS, considerando as necessidades das populações assistidas;
- O envolvimento e engajamento dos pacientes, familiares e comunidade promove melhoria da qualidade e segurança;
- A cultura de segurança deve ser promovida e inserida na estratégia da gestão dos serviços de APS, com envolvimento genuíno das lideranças.

Introdução

Um número significativo de estratégias voltadas para melhorar a qualidade e consequentemente atenuar os riscos dos cuidados à saúde vêm sendo propostas (SOUSA, 2006). O relatório do Institute of Medicine (IOM), intitulado “*To err is human-building a safer health system*” (KOHN, 1999), foi um marco na segurança do paciente porque alertou para a alta frequência de eventos adversos (EA), de-

finido como qualquer evento ou circunstância que cause dano ou sofrimento acidental, resultantes do cuidado à saúde.

O tema segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) vem crescendo de importância nas principais organizações internacionais de saúde. No Brasil, o tema ganhou maior visibi-

lidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente, lançado pelo Ministério da Saúde em 2013, onde a APS é um dos seus focos (BRASIL, 2013).

A APS é fundamental para cumprir o objetivo de acesso universal à saúde. No entanto, a qualidade não ocorre espontaneamente. É necessário que estratégias sejam planejadas para garantir a qualidade dos serviços prestados e, consequentemente, impulsionar sua eficácia. Há um reconhecimento internacional de que serviços de alta qualidade são eficazes, seguros e centrados na pessoa, além de oportunos, equitativos, integrados e eficientes. O desenvolvimento de uma cultura de qualidade na APS é fundamental para a melhoria sustentável do atendimento prestado. Alcançar a mudança na qualidade do atendimento é um processo complexo, que exige uma abordagem multimodal, com reconhecimento dos desafios locais, valorizando as evidências, a inovação e a experiência (WHO, 2018).

A complexidade do cuidado prestado na APS tem aumentado na medida em 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, conferindo a prioridade na busca pela qualidade e resolubilidade neste nível de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

A APS é o primeiro ponto de contato dos pacientes com o sistema de saúde, com o atendimento realizado por equipe de saúde generalista, embora existam variações nos tipos de cuidados prestados dependendo da organização do sistema de saúde de cada país (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da

APS e compreende o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. É no contexto destes processos de trabalho que a segurança deve ser avaliada.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2018), os desafios para melhorar a qualidade da APS são substanciais e devem considerar os seguintes fatos:

1. É frequente o mal entendimento sobre o significado de qualidade e como as ferramentas de qualidade podem ser aplicadas na APS para melhorar o desempenho do sistema e os resultados de saúde;
2. Abordagens estratégicas nacionais são frequentemente desconectadas dos esforços e necessidades locais;
3. A mensuração de indicadores no nível da APS é desconectada dos esforços sistêmicos de melhoria;
4. Esforços locais de melhoria da qualidade geralmente não estão integrados ao sistema de saúde geral;
5. Iniciativas de melhoria são pontuais e de curto prazo, não sustentadas;
6. Intervenções sistêmicas baseadas em evidências não são contextualizadas, gerando desafios no nível local.

Em uma revisão sistemática da literatura publicada pela OMS (MAKEHAM *et al.*, 2008), a ocorrência de incidentes na APS variou amplamente, de 0,004 a 240,0 incidentes por 1.000 consultas, sendo 45% a 76% relacionados a erros evitáveis. A

variação nos resultados encontrados nos diferentes estudos foi dependente das metodologias utilizadas, evidenciando a necessidade de definições de padrões para mensuração da segurança na APS.

Segundo Wilson (2002), a segurança do paciente é uma preocupação crescente no atendimento à saúde, mas tem sido focada majoritariamente na atenção secundária. Estudos capazes de identificar as principais causas de danos na APS devem ser estimulados pelos gestores, de modo a promover melhorias no processo de trabalho das equipes e, conseqüentemente, tornar este nível de atenção mais seguro.

O autor destaca, ainda, 4 focos prioritários para a segurança na APS: diagnóstico, prescrição, comunicação e mudança organizacional. Do total de eventos relatados na APS, 28% são relacionados a diagnóstico. A prescrição é o processo mais estudado, apresentando falhas em 3 a 5% delas, com grande potencial para dano grave em um terço delas.

Entendendo a segurança

Considerações sobre segurança devem ser parte integrante de uma gestão focada na melhoria da qualidade. O *Institute of Medicine* (KOHN, 1999) descreve 3 grandes problemas que devem ser abordados na busca pela melhoria da segurança e qualidade:

1. Subutilização: deixar de usar tratamentos e recursos comprovados quando deveriam ser utilizados;
2. Uso excessivo: uso de tratamentos desnecessários;
3. Uso indevido: erro ou engano na tomada de decisão.

A subutilização e o uso excessivo de tratamentos são frequentes causas de danos nos sistemas de saúde e têm sido tratados com soluções baseadas em evidências científicas, incluindo aqui os protocolos clínicos. No entanto, o uso indevido ainda é pouco abordado na APS e implica em mudanças complexas, voltada para uma cultura de segurança onde as falhas são identificadas e transformadas em oportunidade de melhoria.

Em 2008, o relatório da OMS “Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais Que Nunca” apontou várias limitações na prestação de cuidados na APS e classificou o cuidado ao paciente como pouco seguro: “Um sistema mal pensado é incapaz de garantir níveis de segurança e higiene, levando a elevadas taxas de infecções, juntamente com erros de medicação e outros eventos adversos que são evitáveis e que constituem causas de morte e de danos à saúde, muitas vezes subestimadas.”

As unidades de atendimento ambulatorial e APS devem incluir na sua estratégia processos capazes de identificar, reagir e aprender com os incidentes de segurança. Para isso, devem promover uma cultura de segurança, relatar erros e quase erros, aprender com estes os erros, transformar os processos e acompanhar o progresso em direção às metas relacionadas à segurança. As instituições serão mais seguras se forem capazes de aprender e reagir rapidamente com os erros. Isso geralmente é chamado de “organização que aprende” (PHCPI, 2019).

Um estudo realizado nos Estados Unidos identificou que equipes de atendimento com liderança forte frequentemente são capazes de reconhecer e relatar erros que acontecem na prática, proporcionando um ambiente de aprendizado e conseqüente melhoria na segurança dos processos de trabalho. Isso levou os autores a identificar as qualidades das equipes e líderes que facilitam o aprendizado da organização (EDMONDSON, 2004):

1. Todas as vozes são valorizadas em um ambiente de aprendizagem seguro e os líderes devem comunicar que todas as opiniões e contribuições são bem-vindas e valorizadas, e todos os profissionais são convidados e incentivados a compartilhar suas preocupações;

2. Visão clara do que precisa ser melhorado - incluindo processos claros e simples para registro e compartilhamento das visões e preocupações de todos os participantes do processo de cuidado (direta ou indiretamente), incluindo fornecedores e membros da comunidade;

3. Infraestrutura de aprendizagem baseada em equipe, onde pequenos grupos podem contribuir com suas experiências - por exemplo, reuniões para análise de implicações, lições e estratégias de melhoria frente a evento adverso.

O modelo conceitual para construção de organizações focadas no aprendizado contínuo inclui 3 aspectos interdependentes (GARVIN, EDMONDSON, GINO, 2018):

1. Um ambiente favorável e que suporte o aprendizado: prioriza a segurança psicológica, a valorização das diferenças, a abertura a novas ideias e o tempo para reflexão;

2. Processos e práticas de aprendizagem concretos: experimentação; coleta e análise de informações; educação e treinamento e compartilhamento interno e externo do aprendizado;

3. Comportamento de liderança que fornece reforço: líderes que priorizam o diálogo e a busca de adaptações frente a um problema identificado.

Para o melhor entendimento da segurança na APS é importante que os riscos e incidentes relacionados ao cuidado nesse nível de atenção sejam sistematicamente analisados, conforme discussão abaixo.

Levantamento de Problemas de Segurança Locais

Conhecer as fraquezas e os pontos fortes da cultura de segurança da organização é o ponto de partida para promover a construção de uma cultura positiva, com planejamento de intervenções capazes de melhorar os resultados (MENDES *et al.*, 2014).

A identificação de fragilidades nos processos de cuidado pode ser realizada de forma reativa ou proativa.

A) Reativa - Identificação, análise, tratamento de resultados não desejados e danos relacionados ao cuidado prestado. Nesta metodologia, é necessário um processo capaz de identificar possíveis falhas e de implementar medidas de correção.

Com intuito de conhecer e entender como as falhas ou erros levam ao incidente, a identificação de ocorrências indesejadas precisa ser encorajada, com processos definidos para análise e intervenção nos pontos de fragilidade dos processos, resultando em um aprendizado contínuo capaz de evitar recorrências. A criação de sistemas de notificação de incidentes é uma forma de reunir dados que contribuem para a melhoria significativa na segurança e na qualidade do cuidado. Para que seja útil, é desejável que o sistema de notificação seja voluntário, de fácil uso, não punitivo e que sejam gerenciados por pessoas habilitadas (WACHTER, 2013).

As notificações voluntárias são importantes fontes de informações, porém não devem ser a única forma para se obter dados sobre incidentes. Outras formas devem ser planejadas e utilizadas para aumentar a sensibilidade do processo de identificação de incidentes: mensuração de indicadores de segurança, relatórios de comissões e comitês assistenciais, ouvidorias, mídias sociais e estratégias de busca ativa. Além disso, é imprescindível que todas as informações tenham um fluxo de tratativa específico, com metodologias de análise bem definidas e que gerem ações capazes de mudanças significativas nos processos de trabalho. O envolvimento dos profissionais em todos os níveis, neste processo, é fundamental para o aprendizado organizacional.

A análise de evento é uma técnica retrospectiva executada por equipe estruturada, onde os participantes refletem e analisam eventos significativos. São explorados os fatores contribuintes e suas relações com o contexto em que o evento ocorreu. A análise deve priorizar o aprendizado, o planejamento de ações de melhoria para os processos envolvidos e o compartilhamento do resultado e conhecimento adquirido. A análise inclui a coleta do máximo de informações factuais sobre o evento, reunião da equipe para discussão dos achados com definição

do impacto real e potencial do evento, identificação dos fatores contribuintes e suas interações, definição das lições aprendidas e das ações de melhoria. As mudanças acordadas e implementadas devem ser monitoradas para mensuração de efetividade. Todo o processo deve ser registrado em forma de relatório (WACHTER, 2013).

B) Proativa (ISO 31010) - Identificação de fragilidades nos processos e riscos relacionados ao cuidado. Nesta metodologia, os riscos e fragilidades são classificados e tratados pelo grau de impacto ao sistema de atendimento e ao paciente. É um método que antecipa e trata as possíveis falhas e riscos, melhorando a segurança dos processos.

A matriz de risco é uma ferramenta de avaliação que classifica o risco pela combinação qualitativa e/ou quantitativa da probabilidade e da consequência de um evento não desejável ocorrer. Esta combinação define o grau de prioridade do risco (nível do risco) e, conseqüentemente, a necessidade de intervenção para controle (Quadro 1).

A avaliação de riscos pode ser aplicada com foco no paciente ou nos processos de trabalho. Em

Quadro 1 – Exemplo de Matriz de Probabilidade x Consequência (ISO31010)

Matriz de Risco						
Probabilidade		Rara (1)	Improvável (2)	Provável (3)	Provável (4)	Quase Certo (5)
Gravidade / Consequência	Catastrófica (16)	16	32	18	64	80
	Grave (8)	8	16	24	32	40
	Moderada (4)	4	8	12	16	20
	Leve (2)	2	4	6	8	10
	Insignificante (1)	1	2	3	4	5

Fonte: International Standard. Norme Internationale - Risk management - Risk assessment techniques IEC 31010:2019

qualquer das duas abordagens, o objetivo é evitar dano ao paciente.

Mudanças no contexto em que os riscos estão sendo avaliados alteram o resultado. Pesquisas e inovações geram alterações no processo do cuidado introduzindo ou alterando perigos e riscos. Portanto, a avaliação de riscos deve ser atualizada nas seguintes situações:

- De forma rotineira, pelo menos anualmente;
- Quando uma mudança é planejada (física, tecnológica ou de processos);
- Quando mudanças significativas foram implantadas.

A informação da matriz de risco não pretende ser prescritiva, mas deve ser considerada uma ferramenta para tomada de decisão, em todos os níveis da organização: gestão da unidade e gestão do cuidado.

Quadro 2 – Exemplo de Matriz de Probabilidade x Consequência (ISO31010)

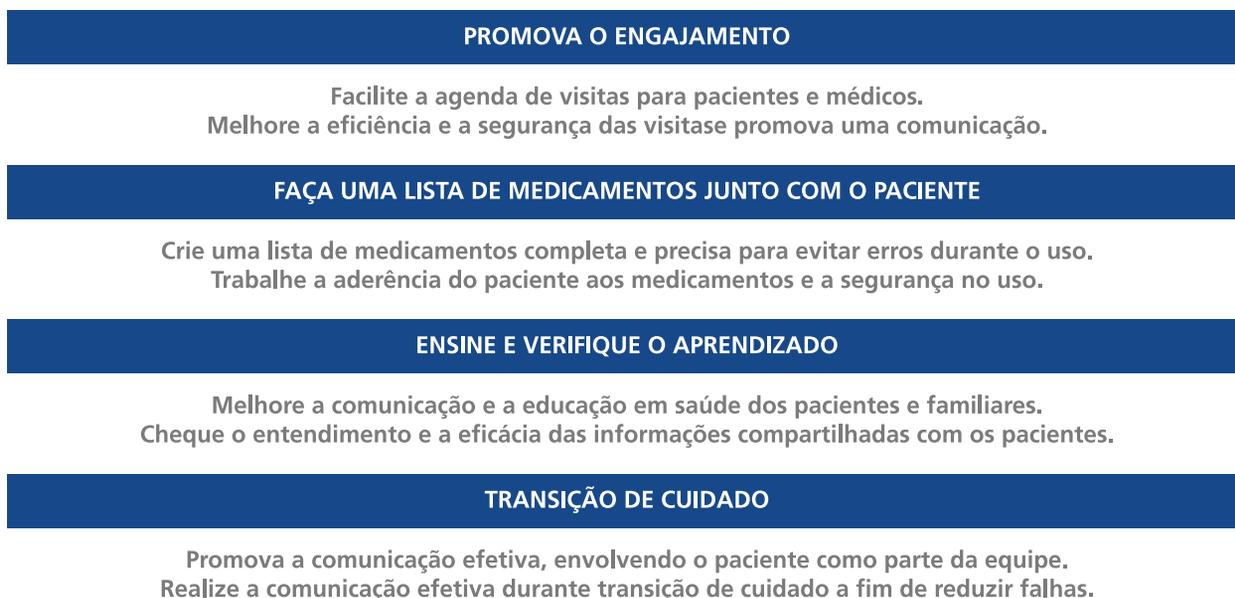
PROCESSOS	CAUSAS	SOLUÇÕES PROPOSTAS
Uso de Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Troca de medicamento; • Interação medicamentosa grave; • Duplicação de princípios ativos; • Atraso no início de tratamento; • Troca de identificação de pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Padronizar a informação sobre o medicamento; • Evidenciar medicamentos de aspecto e nome parecidos, criando mecanismos para diferenciação e alerta: guarda em locais distanciados, etiquetagem com letras em caixa alta, uso de cores; • Promover medidas de segurança na aplicação de injetáveis; • Conciliar os tratamentos entre níveis de cuidados; • Introduzir alertas de segurança nas prescrições eletrônicas.
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Atraso ou ausência de diagnóstico; • Atraso ou ausência na avaliação de resultados de exames; • Interpretação incorreta de resultados; • Vieses de decisão; • Troca de identificação de pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzir alertas e monitoramento de resultados anormais; • Normalizar a nomenclatura e interpretação dos exames; • Disponibilizar sistemas de apoio à decisão.
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • Troca de identificação de paciente; • Atraso ou falha na comunicação com o paciente; • Comunicação ineficaz entre profissional - paciente quanto ao diagnóstico ou medicamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar o uso de instruções verbais ou telefônicas; • Treinar periodicamente os profissionais em entrevista clínica; • Verificar sistematicamente a identidade dos pacientes, cruzando mais do que um dado de identificação, encorajando o paciente a participar ativamente no processo; • Compartilhar experiências de quase-erro, eventos adversos (EA) e eventos-sentinela;

Quadro 2 – Exemplo de Matriz de Probabilidade x Consequência (ISO31010)

PROCESSOS	CAUSAS	SOLUÇÕES PROPOSTAS
		<ul style="list-style-type: none"> • Sempre que possível, fornecer informação clara e escrita com letra legível; • Implementar registro clínico único (prontuário único).
Organização do Serviço de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Jornada do paciente dentro do sistema; • Falta de procedimentos padronizados para todas as intervenções (da entrada até a saída do paciente). 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer procedimentos de avaliação e prevenção de erro em toda a jornada do paciente dentro do sistema de saúde; • Testar os procedimentos com simulação de casos; • Atualizar os procedimentos periodicamente – melhor prática baseada na melhor evidência científica disponível.
Registros Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de registros (dados do paciente); • Troca de identificação de paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzir sistemas de apoio à decisão, alertas ou restrições no sistema de registro clínico.
Capacitação do Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Não valorização do risco de erro por parte de profissionais e pacientes; • Desconhecimento de medidas de prevenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver redes de comunicação entre profissionais e entre pacientes; • Capacitar pacientes e público em geral como parceiros no processo de cuidados de saúde – envolvimento dos pacientes nas ações de segurança.
Notificação de Incidentes	<ul style="list-style-type: none"> • Desconhecimento da existência de incidentes em circunstâncias semelhantes e respectivas soluções. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instituir ferramentas para identificação de eventos adversos e circunstâncias de risco; • Adotar cultura de não culpabilização (cultura justa) e de incentivo à notificação; • Implementar um sistema nacional de notificação de EA (evento adverso), não culpabilizante; • Implementar rotinas de discussão de EA (evento adverso) entre as equipes de trabalho; • Implementar sistemas de registro de incidentes; • Premiar as organizações que incluem na sua prática a identificação, notificação, avaliação e implementação de medidas de correção de EA.

Fonte: RIBAS, 2010.

Figura 1 — Estratégias para envolver pacientes e familiares e melhorar a segurança do paciente.



Fonte: AHRQ, 2018

Identificação de Lacunas de Conhecimento e Práticas Seguras

Ribas (2010) recomenda adotar medidas individuais e organizacionais de forma a reduzir e mesmo prevenir incidentes nos cuidados primários, especificando as causas que levaram ao incidente e apontando soluções (Quadro 2).

O Guia para Melhorar a Segurança do Paciente na Atenção Primária (AHRQ, 2018), desenvolvido com o objetivo de aperfeiçoar a segurança na APS, considera essencial o envolvimento e engajamento de pacientes e familiares, e descreve, para isso, quatro estratégias (Figura 1).

Identificando Soluções Inovadoras

O pensamento crítico sobre o sistema vigente é essencial na busca por soluções inovadoras e eficientes. A reflexão sobre os problemas pode gerar boas ideias para mudanças e melhoria nos pro-

cessos de trabalho. A elaboração de fluxograma dos principais processos do cuidado pode ser uma ferramenta importante na identificação de fragilidades e riscos que necessitam de algum tipo de controle e de etapas que não agregam valor ou que sejam desnecessariamente complexas. A coleta e a análise de informações sobre a prática rotineira e os resultados do cuidado prestado são fundamentais na elaboração de soluções para mudanças capazes de levar à melhoria sustentada (LANGLEY *et al.*, 2011).

O conceito de mudança tem sido reforçado no desenvolvimento de ideias específicas que, quando implementadas, conduzem à melhoria (LANGLEY *et al.*, 2011).

O uso de *benchmarking* (avaliação comparativa) permite a comparação da prática com a “melhor prática disponível” e estimula a busca pelo melhor resultado, a partir da identificação e tratamento de falhas no processo de trabalho. A análise comparativa pode levar ao desenvolvimento de ideias capazes de melhorar o desempenho (LANGLEY *et al.*, 2011).

Além disso, é urgente o envolvimento dos usuários da APS, com a inclusão da perspectiva do paciente tanto na identificação de oportunidades de melhoria como nas soluções planejadas. Neste sentido, criar fóruns de discussão, como um conselho consultivo, ou acompanhar os pacientes durante o processo assistencial são técnicas úteis para a geração de ideias de mudanças (LANGLEY *et al.*, 2009).

Para que os cuidados de saúde sejam verdadeiramente centrados nas pessoas, os usuários dos serviços e as comunidades precisam desempenhar um papel ativo na concepção e prestação de serviços de saúde, de modo a garantir que as necessidades locais sejam atendidas (WHO, 2018).

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ, 2018) sugere 3 aspectos que facilitam o processo de melhoria de qualidade e segurança e que devem ser abordados continuamente:

1. Priorizar e incentivar a comunicação, com o envolvimento e participação de todas as partes afetadas pelo processo de melhoria da qualidade. Identifique o que é mais importante para os indivíduos na prática de cuidados primários e identifique maneiras de ajudar nas mudanças necessárias;
2. Iniciar a implementação de melhorias em pequena escala. Testes em pequena escala facilitam ajustes e mensuração dos impactos nas práticas, nos resultados e na adesão das partes interessadas;
3. Reconhecer que o processo de melhoria da qualidade e segurança é dinâmico. Haverá necessidade de frequentes correções na estratégia planejada, em função do aprendizado adquirido nas experiências vivenciadas em cada etapa do processo.

Wilson (2002) aborda a complexidade dos processos na APS focados no aprimoramento da segurança e define 7 etapas evolutivas:

Etapa 1: Entender os Sistemas

A chave para melhorar a segurança é entender como os sistemas funcionam e como as falhas ou erros podem acontecer, considerando a interação das pessoas dentro destes sistemas. Considerando que as pessoas cometem erros por causas multifatoriais, é possível desenhar processos de trabalho capazes de superar os problemas de segurança. Processos dependentes de memória ou observação falham com frequência, principalmente em situações estressantes. O uso de estratégias como alertas, sinalizações claras, simplificação e ações forçadas (por exemplo: conexões diferenciadas para necessidades diferentes) podem ser utilizadas para aumentar a segurança dos processos de cuidado.

Etapa 2: Liderança e Cultura

A questão de segurança deve ser uma preocupação inserida na estratégia de gestão das unidades de APS. As lideranças da APS devem encorajar o relato de problemas, isentar as pessoas de ações disciplinares praticando a cultura justa e tomar medidas imediatas para prevenir a recorrência do problema.

Etapa 3: Pesquisar

A pesquisa na APS, é necessária e urgente e deve ser capaz de identificar, quantificar e descrever incidência, grau de dano e custos em decorrência de eventos adversos, além de propor soluções para promoção da segurança do paciente. Estes estudos ainda são escassos na APS, embora bastante desenvolvidos em outras áreas da atenção à saúde.

Etapa 4: Analisar

Ferramentas de análise devem ser utilizadas para a identificação das causas de eventos adversos que acontecem na APS, transformando as falhas em oportunidades de melhoria.

Etapa 5: Implementar as Melhores Práticas

Alguns procedimentos são comprovadamente mais seguros que outros e não necessariamente de maior custo. Conhecer as melhores práticas e sua aplicabilidade na APS é parte do processo de melhoria da qualidade e segurança. Protocolos clínicos e metas internacionais de segurança do paciente são exemplos de melhores práticas que podem ser aplicadas na APS.

Etapa 6: Usar Metodologia de Melhoria

A melhoria na segurança dos processos de trabalho pode ser alcançada com o uso de ferramentas de qualidade como, por exemplo, o ciclo PDSA: planejar, fazer, estudar e agir. A ferramenta facilita a implantação e controle de mudanças em processos capazes de levar à melhoria sustentada. O conhecimento destas ferramentas de qualidade é fundamental no processo de promoção da qualidade e segurança na APS.

Etapa 7: Monitorar a Segurança

Uma vez que a mudança foi implantada e a melhoria atingida é importante a sua sustentação, mantendo os ganhos. O monitoramento contínuo e análise dos resultados inclui um processo de identificação e relato de eventos adversos e incidentes com tomada de ação para correção de falhas.

Considerações Finais

Em todos os níveis do sistema de saúde, os danos evitáveis causados aos pacientes como resultado do cuidado à saúde são inaceitáveis. O dano ao paciente, nesse contexto, é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo (WHO, 2018). Além de ser uma preocupação clínica e de saúde pública global prioritária, o gerenciamento de eventos adversos e o tratamento das suas consequências têm implicações financeiras substanciais para o sistema de saúde como um todo. Os da-

nos podem levar à perda de confiança dos pacientes no sistema de saúde, bem como à insatisfação profissional dos prestadores de cuidados de saúde.

Protocolos de segurança padronizados e listas de verificação são ferramentas simplificadas para promoção de melhores práticas que podem ser utilizadas para abordar riscos que ameaçam o bem-estar dos pacientes e contribuem para sofrimento e danos evitáveis.

Os eventos adversos incluem casos que indicam ou podem indicar que um paciente recebeu atendimento de baixa qualidade. O relato de eventos adversos é a documentação de um evento indesejado que ocorre como resultado de um atendimento em serviços de saúde. O processo de reflexão sobre as causas dos eventos oferece uma oportunidade de aprender com erros e evitar recorrências futuras. Em ambientes de atenção primária, o sucesso da notificação de eventos adversos depende do desenvolvimento de uma cultura de segurança justa e baseada em aprendizagem sistêmica.

A melhoria da qualidade e segurança na APS tem como estratégia:

Melhorar o atendimento clínico prestado – a prestação de cuidados primários de alta qualidade requer atendimento baseado nos melhores conhecimentos disponíveis. Sistemas de apoio à decisão clínica; protocolos clínicos; auditoria clínica e feedback; revisões de morbidade e mortalidade e ciclos de melhoria são ferramentas utilizadas na promoção da melhoria do cuidado prestado.

Envolver e capacitar o paciente, a família e a comunidade - pessoas engajadas e capacitadas são um dos pilares da APS. A tomada de decisão compartilhada é uma abordagem de cuidado que responde às necessidades e preferências do paciente, mudando noções tradicionais da

relação entre profissional de saúde e paciente. A comunicação aprimorada por meio dessa abordagem pode facilitar decisões mais adequadas sobre o cuidado. A experiência do paciente é de importância inerente para a qualidade do atendimento, considerando que experiências positivas contribuem para melhores resultados.

Medir a melhoria na qualidade de cuidados primários de saúde - a melhoria da qualidade depende sempre de dados de medição de desempenho claros e precisos. Qualquer esforço para fornecer cuidados de saúde primários de alta qualidade dependerá fortemente de garantir a medição usando ferramentas adequadas para o propósito.

Aprendizagem para cuidados primários de saúde - a atenção primária à saúde depende da produção, análise e interpretação de dados para tomada de decisão baseada em evidências e que atenda às necessidades do indivíduo e das populações. Melhorar a qualidade da atenção primária requer aprendizado voltado para a compreensão de mudanças que levam à melhoria nos resultados. Essa aprendizagem deve ocorrer tanto no contexto da prestação de cuidados de saúde como através do compartilhamento das melhores práticas dentro e entre as comunidades.

Os sistemas de saúde precisam implementar intervenções de atenção primária à saúde baseadas em evidências que demonstrem melhorias; medir e comparar seu desempenho com sistemas semelhantes e que representam a melhor prática; promover uma cultura direcionada à redução de danos aos pacientes; construir resiliência com foco na prevenção, detecção e resposta às ameaças à segurança da saúde; implantar infraestrutura voltada à aprendizagem; e facilitar a gestão do conhecimento.

Leituras Sugeridas

Ministério da Saúde GM. PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 512. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atecao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

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

Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research. World Health Organization, Switzerland, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_full.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT NBR ISO/IEC 31010: Gestão de riscos - Técnicas para o processo de avaliação de riscos. Rio de Janeiro: ABNT, 2012.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). The Guide to Improving Patient Safety in Primary Care Settings by Engaging Patients and Families. Abril 2018. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patient-family-engagement/pfepprimarycare/pfepc-fullguide-final508.pdf>> Acesso em: 01 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 15 ago. 2020.

EDMONDSON, Amy C. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality & safety in health care*, London, v.13, n.2, p. 3-9, dez. 2004.

GARVIN, David A.; EDMONDSON Amy C.; GINO Francesca. Is yours a learning organization? *Harvard Business Review*, Brighton, v.86, n.3, p. 109-116, mar. 2008.

KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALDSON, Molla S. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC (US): National Academy Press, 1999.

LANGLEY, Gerald J. et al. *Modelo de Melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho organizacional*. São Paulo: Mercado de Letras, 2011.

LANGLEY, Gerald J. et al. *The Improvement Guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. 2. ed. San Francisco: Josey-Bass, 2009.

MAKEHAM, Meredith. et al. *Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research*. Switzerland: World Health Organization, 2008. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_full.pdf. Acesso em: 31 ago. 2020.

MENDES, Walter; REIS, Cláudia Tartaglia; MARCHON, Simone Grativol. Segurança do paciente na APS. In: Programa de atualização da enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 3; Org. CROZETA K, GODOY SF. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2014.

PRIMARY HEALTH CARE PERFORMANCE INITIATIVE (PHCPI). *Improvement Strategies Model: Availability of effective primary health care services: safety*. 2019. Disponível em: <https://improvingphc.org/sites/default/files/Safety%20last%20updated%20January%2014%202020>. Acesso em: 31 jul. 2020.

RIBAS, Maria José. Eventos Adversos em Cuidados de Saúde Primários: promover uma cultura de segurança. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Lisboa, v.26, n.1, p. 585-589, 2010.

SOUSA, Paulo. Patient Safety - A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v. 19. p. 309-318, 2006.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura Ministério da Saúde, 2002.

WACHTER, Robert. *Compreendendo a segurança do paciente*. 2.ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.

WILSON, Tim. Enhancing public safety in primary care. *BMJ*, London, v. 324, p. 584-587, 2002.

Planejamento e Organização: É Possível Virar o Jogo!

Scheila Mai
Rosane Mortari Ciconet
Vania Celina Dezoti Micheletti

Pontos de Destaque:

- **Necessidade de fortalecer a Segurança do Paciente na APS;**
- **A importância do planejamento como ferramenta de gestão da segurança do paciente na APS;**
- **Envolvimento do usuário na coprodução do cuidado;**
- **Ações estratégicas para a segurança do paciente na APS.**

Introdução

A Segurança do paciente passa a ocupar espaço nas instituições de saúde no Brasil, principalmente a partir de 2013, quando o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). A segurança do paciente tem por objetivo geral “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional” (BRASIL, 2013). A segurança do paciente envolve ações promovidas para reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2014a). Embora os serviços de saúde se dediquem a fornecer cuidados seguros e de qualidade, por vezes

pessoas são inadvertidamente prejudicadas (WHO, 2016). Por isso, a importância de ações de segurança do paciente no cotidiano do trabalho.

Estudos revelam que incidentes acontecem em todos os componentes da atenção à saúde e mesmo antes da internação hospitalar, o que caracteriza que na APS eles também estão presentes (MESQUITA *et al.*, 2016). Apesar de milhões de pessoas, em todo o mundo, acessarem diariamente os serviços da APS, a segurança do paciente neste nível de atenção, continua sendo um desafio (VERBAKEL *et al.*, 2016; ZWART *et al.*, 2011).

A real e efetiva segurança do paciente não se resume à existência de protocolos, normativas ou portarias, que por si só não garantem o cuidado seguro. É necessário o envolvimento dos profissionais, gestores e usuários por meio da educação em saúde e educação permanente, o monitoramento contínuo e avaliação de processos, cujas ações podem e devem resultar na efetiva institucionalização dessas práticas (SOUZA, 2018).

A OMS reconhece como um desafio global trabalhar no enfrentamento de cuidados de saúde inseguros para entender as causas, consequências e possíveis soluções para os problemas. (WHO, 2016). Nesse contexto, é fundamental produzir reflexões e ações para que, voltadas para a segurança dos pacientes na APS, se possa compreender os fatores e produzir mudanças. Para isso, é fundamental que as propostas de intervenção atendam algum método de planejamento.

O Planejamento como Instrumento de Gestão da Segurança do Paciente da Atenção Primária à Saúde

A qualificação da atenção acontece mediante o planejamento das ações e da gestão do trabalho e do cuidado em saúde focada no usuário, em determinado território. O planejamento em saúde deve ser realizado em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS, balizado pelas características e atributos da APS, quais sejam: cuidado centrado e ordenação da rede e participação da comunidade, discutido e produzido de forma interdisciplinar além de acesso, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária, e competência cultural.

Existem diferentes formas e métodos de planejamento reconhecidos e adotados como ins-

trumento de gestão da Atenção Primária à Saúde. Geralmente a escolha do método recai naquelas que valorizam o potencial inovador e criativo da equipe e que levam em conta suas singularidades. O método de planejamento deve ser sistematizado, flexível, participativo e capaz de se adequar às necessidades locais e de identificar problemas, suas causas e consequências. Não existe uma única maneira de planejar, nem um método que seja o melhor entre todos; sua escolha vai depender das características locais e do conjunto de habilidades de cada equipe (CARVALHO; QUEIRÓZ; BARROSO, 2017).

Sua elaboração deve levar em conta as necessidades dos usuários de determinado território, as peculiaridades regionais, a organização do trabalho nos respectivos serviços de saúde, os recursos de pessoal, bem como os recursos materiais e tecnológicos disponíveis, conforme a realidade local. Assim, é importante ressaltar que seja qual for o método escolhido deve-se observar que o processo de planejamento não seja desenvolvido de forma prescritiva ou burocrática.

As recomendações da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB preconizam que o profissional de saúde deve assumir o protagonismo na implicação da produção de saúde de forma responsável e participativa. A participação efetiva no planejamento, fluxos, ações de cuidado e monitoramento permite à equipe de saúde realizar readequações das ações, objetivando a segurança e qualidade do cuidado, fluxos e estratégias na implantação e organização das ações de saúde na APS (BRASIL, 2017a). Desse modo, torna-se possível criar as bases para o desenvolvimento de um plano estratégico, adaptado a cada realidade. Assim, após levantados os problemas, é necessário escolher quais são considerados prioritários para serem objetos da elaboração do plano de intervenção. A definição das prioridades deve ser negociada e pactuada entre os participantes do pla-

nejoamento. Para fins de exercício do planejamento, elencamos como prioritários aqueles problemas mais frequentes evidenciados na literatura, sendo eles: falha da identificação do usuário; falhas na comunicação; falhas relacionadas à medicação; falhas de higiene das mãos na prevenção da infecção; ocorrências de eventos adversos no risco de quedas, lesões por pressão e procedimentos clínicos e cirúrgicos e ausência de notificação dos incidentes relacionados a segurança do paciente, que serão abordados no próximo tópico.

Adiante iremos exemplificar esse processo para facilitar tudo o que foi descrito até aqui.

Reconhecendo os Principais Problemas na Segurança do Paciente no Contexto da Atenção Primária à Saúde

Esta seção tem por objetivo identificar e discorrer sobre os principais problemas relativos à segurança do paciente na atenção primária à saúde, trazidos pela literatura.

A segurança do paciente é uma condição necessária para a promoção do cuidado na APS. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a necessidade de trabalhar esse tema, destacando que os profissionais de saúde, usuários e gestores são considerados protagonistas no processo de minimização e prevenção dos danos. Para isso, precisam se envolver em ações como educação permanente, capacitação para prevenção de acidentes e promoção de saúde (OPAS, 2019).

Todos os anos, milhões de pessoas sofrem algum dano ou morrem por consequência de cuidados de saúde inseguros (WHO, 2019a). Esses produzem eventos adversos (EA), caracterizados como incidentes que resultam em dano ao pacien-

te. (BRASIL, 2014). Os EA são provavelmente uma das dez principais causas de morte e incapacidade no mundo. (WHO, 2019b). No que refere aos cuidados de saúde primários e ambulatoriais, 4 em cada 10 usuários têm algum prejuízo, sendo que até 80% dos danos são evitados (OCDE, 2018). Na APS, o cuidado inseguro, além de aumentar a morbidade e mortalidade evitável, também pode resultar em acesso desnecessário à atenção especializada e/ou hospitalar (WHO, 2016). O desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde por meio da estruturação dos processos é um componente chave para evitar as falhas. A cultura de segurança é definida como conjunto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões comportamentais compartilhados (LAWATI, 2018). Mudar a percepção sobre o tema passa por criar ambientes em que os profissionais e pacientes possam falar de segurança e de falhas, verbalizar os riscos e relatar incidentes para aprender com eles e reduzir sua ocorrência, sem medo de culpa e atribuição do erro ao indivíduo, unicamente (WHO, 2016).

Os incidentes mais frequentes na APS são aqueles relacionados aos erros de diagnóstico, prescrição e uso de medicamentos e falhas na comunicação entre a equipe de saúde e entre profissional-paciente (MARCHON & MENDES, 2014; MARCHON et al., 2015; MICHEL, 2017; SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2018). A comunicação tem sido apontada como uma das fragilidades mais presentes na prestação do cuidado, o que resulta em má qualidade assistencial e compromete a segurança do paciente (BLUMEN-THAL et al., 2017; MARCHON, MENDES, 2014).

Equívocos acontecem nos registros de prontuários e na recepção dos pacientes, como falhas na identificação são comuns. A identificação correta do usuário garante a prática segura, evitando prejuízos para o próprio usuário e para

o sistema de saúde. A OMS recomenda que as instituições estabeleçam protocolos no intuito dos trabalhadores aderirem, de forma responsável, à cultura da identificação de forma correta, que precisa ser observada em todos os momentos onde o cuidado é prestado (TASE *et al.*, 2013).

São frequentes também os erros de tratamento, atribuídos a falhas no raciocínio clínico por falta de acesso a informações sobre o paciente ou conhecimento insuficiente e alta carga de trabalho. (PAESE, 2013). Em relação aos profissionais, fatores como subdimensionamento de pessoal, pressão por maior produtividade em menos tempo, fadiga, estresse e síndrome de Burnout contribuem para afetar na segurança do paciente (BALL, 2011; WET *et al.*, 2012; WHO, 2016).

Um dos aspectos primordiais sobre os incidentes consiste em sua notificação, por isso detectar as falhas é o primeiro passo para poder avaliar e corrigi-las. A literatura revela que notificá-los ajuda a avaliar a segurança do paciente (MARCHON, 2014; ZART, 2011), pois permite ao profissional de saúde monitorar e incidir sobre os mais recorrentes, possibilitando a implementação de melhorias (LAWARTI, 2018). Embora cada incidente seja único, é provável que haja semelhanças e padrões nas fontes de risco que podem passar despercebidos se não forem relatados ou analisados. Informar aos envolvidos quanto aos incidentes é visto como uma atitude valiosa pelos pacientes e familiares devido à transparência e integridade da ação de revelação de incidentes (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2014; WHO, 2016).

Iniciativas desse tipo geram melhoria da qualidade do cuidado e ajudam a sensibilizar os profissionais de saúde que estão na linha de frente, demonstrando a prioridade que a instituição dá a atitudes como essa para aperfeiçoar os processos de

segurança e o respeito pelo paciente (VERBAKEL *et al.*, 2016). A mudança da cultura sobre a segurança na APS corrobora para melhorar as práticas e reduzir os problemas relacionados aos incidentes como a falha de comunicação, eventos adversos e uma resposta não punitiva aos erros.

Outro incidente muito comum diz respeito aos medicamentos. Esse problema tem grande relevância e ganha destaque no terceiro desafio global de Segurança do Paciente da OMS que tem como tema “Medicação sem danos”. Os erros relacionados a medicamentos podem ocorrer em qualquer fase do processo de utilização (prescrição, administração, uso, armazenamento e distribuição) por diversos motivos, como a dificuldade de compreensão sobre o que foi prescrito, letra ilegível, pouca ou nenhuma orientação referente à administração e uso do medicamento, dispensação errada, entre outros. Essas falhas podem levar a sequelas graves ou mesmo a morte do usuário. Para evitá-las, é necessário o envolvimento e atenção dos profissionais de saúde, usuários e da gestão (WHO, 2017). Medidas podem ser usadas para redução desse tipo de incidentes, tais como uso de recursos tecnológicos para correta identificação do paciente e softwares de prescrição eletrônica, detecção de interação medicamentosa e sinalização de alerta de medicamentos potencialmente perigosos são muito úteis. Essas alternativas, associadas ao envolvimento dos usuários no monitoramento, atualização dos medicamentos e/ou planos de tratamento tendem a aumentar a adesão do tratamento e a reduzir as chances de eventos adversos (SOUSA & MENDES, 2014; WHO, 2016).

A WHO (2015) ressalta que a resistência antimicrobiana também é identificada como incidente frequente pelo uso inadequado de antibióticos, cujo consumo cresceu em cerca de 65% na última década, associado ao aumento da resistência (KLEIN, 2018). Estudo revela que apesar de

apenas 15% das diarreias serem de origem bacteriana, aproximadamente 40 a 80% dos casos recebem antibióticos para tratamento, o que confirma a inadequação de uso (WHO, 2018a). Ainda, considerando o tempo que leva a cultura de amostras microbiana, quando o início do tratamento, muitas vezes, é oportuno ao momento do diagnóstico, associado a isso há também falta de infraestrutura, na qual testes diagnósticos muitas vezes não são acessíveis, ou confiáveis (PEARSON, 2018; WHO, 2018a). Assim, para minimizar problemas de resistência microbiana, além de garantir uma prescrição racional, deve haver monitoramento, identificando quais são os antibióticos mais resistentes na população do seu território de abrangência, para que a prescrição seja embasada com diagnósticos precisos e padrões de resistência local (WHO, 2018a).

A prescrição e uso incorreto de medicamentos, além de implicarem no surgimento e disseminação de resistência microbiana, repercutem significativamente no custeio dos sistemas de saúde. Globalmente, o custo associado anualmente aos erros de medicação é estimado em US\$ 42 bilhões (WHO, 2018a; WHO, 2017).

As quedas também estão entre os incidentes frequentes. Representam a segunda principal causa de mortes acidentais ou não intencionais em todo mundo. Consideradas eventos adversos (EA) evitáveis, podem provocar traumas teciduais, fraturas e até mesmo a morte. Além dos danos físicos e emocionais, os eventos adversos acarretam custos desnecessários aos serviços de saúde (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2017c).

De acordo com os dados da OMS, a cada ano, cerca de 646.000 indivíduos vão a óbito devido à queda, sendo os adultos acima de 65 anos que sofrem o maior número de quedas fatais. Possivelmente devido às alterações físicas, sensoriais e cognitivas dos idosos, assim como os ambientes físicos

que não estão adaptados para o envelhecimento da população (WHO, 2018b). Crianças também são grupos de risco a quedas na infância, que ocorrem em grande parte pelo estágio de desenvolvimento da curiosidade, da independência, que coincidem com os comportamentos mais desafiadores, de assumir riscos (WHO, 2018b).

As lesões por pressão e os procedimentos cirúrgicos também estão associados com a segurança do paciente e podem parecer distantes do escopo da APS. No entanto, são situações que merecem ser acompanhadas com extremo zelo, tanto no cuidado no serviço de saúde quanto na atenção domiciliar, pois ainda que diferenciados, pequenos procedimentos cirúrgicos acontecem na APS, seja na odontologia ou em outros procedimentos como punção de abscessos. As lesões por pressão são de natureza multicausal relacionadas às condições clínicas, nutricionais, sociodemográficas e causam danos diversos como dores, isolamento, infecção, internação prolongada e até a morte. A cada ano, quase 60.000 pessoas morrem por causa de complicações associadas às lesões por pressão de pessoas acamadas ou restritas ao leito por longo período, além de usuários desnutridos (ABOUD e MANNA, 2020).

Ainda, os procedimentos realizados na APS, como extração de nevos, desbridamento de lesões, cirurgia dentária, cantoplastia, lavagem auricular, lavagem gástrica, retirada de moluscos, exérese de corpo estranho, entre outros, embora de menor densidade tecnológica, necessitam ter estabelecidos os protocolos para atendimento, utilização de ferramentas de qualidade e segurança (ex: check-lists) com a devida capacitação dos profissionais e disponibilidade de insumos e materiais para serem realizados com os recursos necessários e de forma segura (BRASIL, 2011). Somado aos procedimentos de pequeno porte, também são atendidas na APS situações de urgências de menor complexidade, para as quais devem

estar disponíveis profissionais capacitados para avaliar o risco do usuário e atender de forma imediata ou realizar o deslocamento para a rede de maior densidade tecnológica como por exemplo uma parada cardiorrespiratória e a necessidade de utilização de equipamentos e materiais específicos. Contar com estrutura física adequada, disponibilidade de insumos para realizar esses procedimentos, manutenção preventiva e corretiva, higienização adequada e profissionais capacitados são pré-requisitos para promover a segurança do paciente (BRONDANI *et al.*, 2016).

Existem falhas nas medidas de higiene sanitária que devem ser superadas para reduzir a transmissão e infecções por agentes patógenos, que comprometem a saúde individual e coletiva (BRASIL, 2016). Uma padronização do processo de higiene de superfícies é essencial para a prevenção de infecções e sua disseminação. Apesar de sua importância, estudos apontam que a adesão dos trabalhadores às medidas de precaução para evitar a transmissão de microorganismos ainda é baixa. Cuidados como uso de máscara e etiqueta da tosse, descarte de perfurocortante necessitam ser rigorosamente executados, assim como higienização das mãos, que é uma medida simples e é considerada uma das principais ações no controle de infecção. Esses cuidados devem ser intensificados pelos profissionais de saúde e igualmente adotados pelos usuários. (POVEDEZE *et al.*, 2014).

Um ponto chave para cuidado seguro é o envolvimento ativo dos usuários. O envolvimento possibilita que aconteçam mudanças comportamentais e contribui na prevenção de doenças. (WHO, 2018a; WHO, 2016). O engajamento do usuário o ajuda a tomar decisões, colocando a segurança e seu bem-estar como prioridade diante dos cuidados de saúde que recebe. Pessoas engajadas e capacitadas a cuidarem de si têm maior chance de usar de maneira apropriada os medicamentos

e melhores condições para agirem na redução de infecções como lavagem das mãos, preparação higiênica de alimentos, consumo de água potável e infraestrutura de saneamento, como por exemplo pias e locais higienizados, que são decisivas para a segurança do cuidado. (WHO, 2018). Os usuários precisam ter informações suficientes sobre sua condição de saúde, para que possam ser parceiros na tomada de decisão (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2014; WHO, 2016).

Um fator que pode dificultar o envolvimento do usuário é a percepção de seu “status” de subordinado ao “saber do profissional de saúde” ou do receio de rotulação de “paciente difícil” (DOHERTY *et al.*, 2012). Tal situação pode ser superada, melhorando a comunicação entre profissionais e usuários. Deve-se considerar que o uso demasiado de termos técnicos dificulta o entendimento prejudica a comunicação e o vínculo. Além disso, as diferenças culturais e de idioma também se configuram como motivos de barreiras na comunicação (WITISKI *et al.*, 2019).

Portanto, o envolvimento do paciente pode promover a responsabilização mútua entre ele e os profissionais. Pelo fato da APS ser o primeiro contato com o sistema de saúde, a comunicação e continuidade de cuidado são tão importantes. Assim, a APS é essencial ponto de partida para engajar os usuários, pois pessoas informadas têm maior chance de se sentirem confiantes em relatar experiências positivas ou negativas em relação ao seu cuidado, acordando planos terapêuticos que promovam aprendizado, melhoria e redução de eventos adversos.

Nesse sentido, envolver o paciente e a família é uma estratégia para o cuidado centrado nas pessoas, em todos os níveis de atenção à saúde. Reconhecer que os pacientes fazem parte de grupos sociais, famílias e comunidades e que essas redes mais amplas podem ser uma força positiva para a

mudanças, impacta favoravelmente na segurança do paciente (WHO, 2016).

Essas estratégias favorecem cumprir as recomendações da PNAB, que preconiza que o profissional de saúde deve assumir o protagonismo na implicação da produção de saúde de forma responsável e participativa. A participação efetiva no planejamento, fluxos, ações de cuidado e monitoramento, permite à equipe de saúde realizar readequações das ações, objetivando a segurança e qualidade do cuidado, fluxos e estratégias na implantação e organização das ações de saúde na APS (BRASIL, 2017a). Desse modo, torna-se possível criar as bases para o desenvolvimento de um plano estratégico, adaptado a cada realidade. Assim, após levantados os problemas, é necessário escolher quais são considerados prioritários para serem objetos da elaboração do plano de intervenção. A definição das prioridades deve ser negociada e pactuada entre os participantes na elaboração do planejamento.

Elaborando o Plano de Ação para Segurança do Paciente

Nesse tópico são propostas algumas ações relacionadas aos problemas identificados no processo de planejamento quando da descrição e priorização dos problemas. Considera-se que a implementação das ações estratégicas para segurança do paciente, para ser efetiva, necessita ser planejada coletivamente, com o envolvimento das equipes de saúde, seus gestores e usuários de determinado território, o que envolve também articulações e pactuações interinstitucionais.

Para tanto apresenta-se uma situação hipotética como exemplo para ser usado no planejamento. Um estabelecimento de saúde recebeu a missão da secretaria municipal de saúde para elaborar um planejamento tendo por base as normativas vigentes

(PNAB + PNSP + Resolução de Diretoria Colegiada (RDC)) e implantar as práticas de segurança do paciente, no prazo de 6 meses. A gerente da unidade de saúde, agenda uma oficina multiprofissional com a pauta de “segurança do Paciente”. Inicialmente foi preciso levantar os problemas mais graves ou frequentes (utilizar ferramentas de levantamento de problemas e soluções, criação e colaboração). Ela utilizou as ferramentas de brainstorming e o diagrama de afinidades.

A reunião começou com um esclarecimento da demanda e o escopo de trabalho da segurança do paciente, seguida de duas questões disparadoras: Quais são os problemas mais frequentes e graves de segurança do paciente que acontecem no serviço e quais são os processos que precisam ser melhorados para reduzir os eventos adversos?

O momento possibilitou que os profissionais verbalizassem que o processo de identificação e checagem não era padronizado no serviço, falhas na dispensação de medicamentos, ocorrência de eventos adversos ocorridos na vacinação e na odontologia no último mês, além da percepção dos profissionais de que a higienização das mãos tinha baixa adesão no dia a dia. O grupo acordou que esses cinco pontos seriam os processos escolhidos a serem trabalhados (Quadro 1).

A fim de subsidiar a elaboração dos protocolos, seguem alguns exemplos de como estruturar as ações para os procedimentos de segurança. (Quadros 2, 3, 4, 5 e 6)

Quadro 1 – Organização dos processos para redução dos eventos adversos

Profissional	Processo / Protocolo	Tempo para elaboração do fluxo	Tempo para ajustes	Tempo para validação	Tempo para Capacitação
Enfermeira 1	Identificação do Paciente	30 Dias	30 Dias	15 Dias	30 Dias
Farmacêutico	Uso Seguro de Medicamentos	30 Dias	30 Dias	15 Dias	30 Dias
Enfermeira 2	Vacinação Segura	30 Dias	30 Dias	15 Dias	30 Dias
Odontologo	Procedimentos Odontologicos Seguros	30 Dias	30 Dias	15 Dias	30 Dias
Fisioterapeuta	Higienização das Mãos	30 Dias	30 Dias	15 Dias	30 Dias

Fonte: Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

Quadro 2 – Ações estratégicas para o problema falhas de identificação do usuário

Problema(s): Falhas de identificação do usuário.			
Erros: Identificação incorreta, incompleta e ou troca de identificação nos registros, prontuários, agendamentos de consultas e/ou exames.			
Meta: Identificar corretamente o usuário.			
AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	RESPONSÁVEL QUEM?
Padronizar no estabelecimento os dois identificadores padrão para identificação do paciente. Registrar os dados do usuário nos receituários, solicitações de exames e encaminhamentos, notificações e nos sistemas de informação, sem o uso de abreviaturas.	Unidade de saúde e domicílio.	Em todos os momentos de identificação do usuário.	Profissionais da equipe de saúde
Conferir dados de identificação com um documento pessoal do usuário, sempre que possível.	Unidade de saúde e domicílio.	Em todos os momentos que o usuário portar documentos pessoais.	Profissionais da unidade de saúde.
Confirmar se os dados de identificação estão corretos, preferencialmente mais que um dado (ex: nome e data de nascimento) Perguntar: Qual seu nome completo e data de nascimento?	Unidade de saúde e domicílio.	No momento de identificação do usuário.	Profissionais da unidade de saúde, usuários e/ou familiares.
Promover Educação Permanente para qualificar o processo de identificação do usuário.	Unidade de saúde.	No momento de reuniões de equipe e momentos reservados para esta finalidade.	Profissionais da unidade de saúde.
Instituir a cultura de notificação dos erros de identificação do usuário após a definição e implantação do protocolo.	Unidade de saúde.	Sempre que houver o erro.	Profissionais da unidade de saúde e gestores.

Fonte: Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

Quadro 3 – Ações estratégicas para o problema falha na comunicação

Problema(s): Falha na comunicação.			
Erros: Comunicação interprofissionais e/ou usuário ausentes e/ou insuficientes; Comunicação ineficaz sobre o diagnóstico (inconclusivo, ausente e tardio) por informação incorreta e pouco precisa na cogestão do cuidado; interpretação incorreta, atraso ou ausência de avaliação de exames; terapêutica incorreta e/ou ausente; falta de acompanhamento do usuário pela equipe; falta de referência e contrarreferência; falta de um plano de cuidado integrado; dificuldade de acesso aos diferentes pontos da rede de atenção à saúde.			
Meta: Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde, com efetiva participação dos usuários.			
AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	RESPONSÁVEL QUEM?
Comunicar-se com o usuário e/ou família em uma linguagem compreensível considerando a diversidade social, cultural, religiosa, étnica e de gênero.	Unidade de saúde, domicílio e território.	Em todas as oportunidades de encontro com esse usuário e/ou família.	Profissionais da unidade de saúde.
Identificar e adequar a comunicação conforme o grau de instrução do usuário e ou familiar.	Unidade de saúde e domicílio.	Em todas as oportunidades de encontro com esse usuário e ou familiar.	Profissionais da unidade de saúde.
Fornecer informação clara e escrita, sempre que possível.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Em todas as oportunidades de encontro com esse usuário.	Profissionais da equipe de saúde.
Certificar-se da compreensão do usuário referente às orientações fornecidas. Sugestão: usar o método ensinar de volta* 1	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Em todas as oportunidades de encontro com esse usuário.	Profissionais da equipe de saúde.
Comunicar e orientar o usuário com clareza os fluxos de acesso aos demais pontos de atenção à saúde.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Nos momentos de referenciar o usuário para demais pontos de atenção.	Profissionais da equipe de saúde.
Desenvolver e/ou melhorar redes de comunicação entre profissionais da rede intra e intersetorial (referência e contrarreferência; plano de cuidado integrado) e entre usuários.	Rede de atenção à saúde e demais pontos de apoio intersetorial.	Nos momentos de comunicação intra e intersetorial.	Profissionais da saúde e da rede intersetorial e usuários.
Acordar quais informações devem ser incluídas nos documentos de referência e contra referência entre os diferentes serviços de saúde garantindo uma comunicação efetiva.	Atenção primária à saúde e demais níveis de atenção.	Nos momentos de organização dos fluxos de referência e contra referência.	Gestor e profissionais de saúde dos diferentes níveis de atenção.

1. ENSINAR DE VOLTA: Ferramenta utilizada para melhorar a comunicação. Pergunte ao usuário: Pode me dizer quais são as orientações você deve seguir quando chegar em casa?: [https://www.ismp-brasil.org/site/wpcontent/uploads/2019/05/Estrategias para envolver_o_paciente_Boletim_ISMP_Brasil.pdf](https://www.ismp-brasil.org/site/wpcontent/uploads/2019/05/Estrategias_para_envolver_o_paciente_Boletim_ISMP_Brasil.pdf)

Quadro 3 – Ações estratégicas para o problema falha na comunicação

AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	RESPONSÁVEL QUEM?
Adotar e atualizar os protocolos, procedimento operacional padrão (POP), bem como rever os processos de trabalho de forma a incorporar as técnicas mais seguras, com o conhecimento científico mais atual.	Unidade de saúde.	Permanentemente.	Responsáveis técnicos e profissionais das equipes de saúde.
Valorizar informações prévias registradas no prontuário do usuário e no plano de cuidado.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Em todas as oportunidades de encontro com esse usuário.	Profissionais da equipe de saúde.
Envolver o usuário na comunicação, para falar sobre suas dúvidas e/ou preocupação sobre diagnósticos e/ou cuidados.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Em todas as oportunidades de encontro com esse usuário.	Profissionais da equipe de saúde e usuário.
Investir e disponibilizar sistemas tecnológicos que alertam sobre alguns diagnósticos e/ou resultados de exames anormais para apoiar a comunicação e a tomada de decisão compartilhada.	Unidade de saúde.	Em todas as oportunidades de encontro com esse usuário.	Gestão.
Promover educação em saúde e ofertar material educativo sobre segurança do paciente.	Unidade de saúde e/ou domicílio e nos diferentes dispositivos do território.	Permanentemente.	Profissionais da equipe de saúde e usuário.
Realizar educação permanente sobre anamnese e entrevista clínica para qualificar a comunicação na coleta de informações.	Unidades de saúde.	Conforme necessidade identificada.	Núcleo Municipal de Educação em Saúde e profissionais da equipe de saúde.
*Método: O método Ensinar de volta consiste em explicar as instruções ao paciente e, em seguida, solicitar que ele as explique de volta, com o objetivo de avaliar seu nível de entendimento e esclarecer possíveis dúvidas. Este processo pode ser repetido até que haja um entendimento completo da informação.			

Fonte: Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

Quadro 4 — Ações estratégicas para o problema falhas em relação ao uso dos medicamentos

Problema(s): Falhas em relação ao uso dos medicamentos.			
<p>Erros: Não identificação de predisposição alérgica e/ou efeitos colaterais (anamnese ineficaz); troca de medicação, de dosagem e de via de administração; preparo incorreto da medicação; ausência de orientações sobre a utilização adequada do fármaco; falta de medicamento na rede de distribuição; dispensação com atraso e/ou do medicamento errado; prescrição ilegível; padrão de horário de uso de medicamentos não respeitado; interação medicamentosa grave; duplicação de medicamento com princípios ativos iguais, especialmente na transição do cuidado; excesso de medicação por conduta clínica equivocada.</p>			
<p>Meta: Garantir a prescrição, administração e dispensação de medicamentos de forma segura.</p>			
AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	RESPONSÁVEL QUEM?
<p>Orientar o uso da medicação com clareza e certificar-se do entendimento do usuário e/ou família.</p> <p>Sugestão: Usar a técnica ensinar de volta.</p>	<p>Unidade de saúde e/ou domicílio.</p>	<p>Em todos os momentos que houver prescrição e /ou dispensação de medicamentos.</p>	<p>Profissionais da equipe de saúde e rede farmacêutica.</p>
<p>Prescrever de forma legível e conforme os padrões definidos incluindo a denominação genérica, dose, concentração, orientações para administração e a indicação para utilização do medicamento</p> <p>Sugestão: optar pela prescrição digital, sempre que possível.</p>	<p>Unidade de saúde e/ou domicílio.</p>	<p>Em todos os momentos de prescrição do medicamento.</p>	<p>Profissionais de equipe de saúde.</p>
<p>Não utilizar, na prescrição o uso de abreviaturas, códigos ou símbolos, utilizar a "via oral" ou "via intravenosa", "1 cx." em substituição a "01 (uma) caixa", "8/8 h", em substituição a "cada 8 horas".</p> <p>Ainda, orienta-se somente utilizar o zero antes do ponto decimal seguido de vírgula (ex: 0,5 ml).</p>	<p>Unidade de saúde e/ou domicílio.</p>	<p>Em todos os momentos de prescrição do medicamento</p>	<p>Profissionais da equipe de saúde.</p>
<p>Registrar no prontuário do usuário informações completas sobre a prescrição como nome, forma farmacêutica e concentração, dosagem, via de administração, o intervalo entre as doses e duração do tratamento.</p>	<p>Unidade de saúde.</p>	<p>Em todos os momentos de prescrição do medicamento.</p>	<p>Profissionais da equipe de saúde.</p>
<p>Envolver o usuário, familiar e/ou cuidador como responsáveis para o uso correto da medicação (dosagem, via, frequência e periodicidade).</p> <p>Sugestão: construir com usuário, familiar e/ou cuidador uma matriz de checagem de uso correto da medicação.</p>	<p>Unidade de saúde e/ou domicílio.</p>	<p>Em todos os momentos de prescrição do medicamento e sempre que necessário.</p>	<p>Profissionais da equipe de saúde em especial os Agentes Comunitários de Saúde com os usuário/familiar e/ou cuidador.</p>
<p>Envolver o usuário como co-participante nos cuidados com a medicação como: monitorar a data de validade, armazenar em local correto, atualizar a lista dos medicamentos, sempre que houver remoção e/ou acréscimo de algum medicamento.</p>	<p>Unidade de saúde e/ou domicílio.</p> <p>Espaços de educação em saúde e participação social.</p>	<p>Periodicamente.</p>	<p>Profissionais da equipe de saúde em especial os agentes comunitários de saúde com os usuários/familiares e/ou cuidadores.</p>

Quadro 4 – Ações estratégicas para o problema falhas em relação ao uso dos medicamentos

AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	RESPONSÁVEL QUEM?
Solicitar ao usuário e/ou familiar para confirmar dados de identificação em receituários e antes da administração medicamentosa como dupla checagem.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Em todos os momentos antes da administração do medicamento.	Profissionais de equipe de saúde, e usuários e/ou familiares.
Orientar o usuário e/ou familiar sobre a interação medicamentosa e quanto ao uso de medicamentos de aspecto e nomes parecidos.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Em todos os momentos de prescrição e dispensação de medicamentos (farmácia).	Profissionais da equipe de saúde e rede farmacêutica.
Conciliar os tratamentos medicamentoso entre níveis de cuidados, especialmente na transição de cuidados.	Unidade de saúde e os demais níveis de atenção à saúde.	Na admissão, transição, e cuidado compartilhado.	Profissionais de Saúde.
Utilizar técnicas de destaque do nome do medicamento com tamanhos diferentes que reduzam a possibilidade de trocas.	Unidades de saúde e pontos de dispensação de medicamentos.	Na dispensação dos medicamentos.	Profissional de saúde que fará a dispensação do medicamento.
Introduzir a estratégia dos 9 certos na Administração dos medicamentos: “paciente certo”, o “medicamento certo”, na “dose certa”, pela “via certa” à “hora certa”, “documentação certa (registro certo)” e a “razão certa” “forma farmacêutica certa” e “monitoramento certo”.	Unidades de saúde.	Em todos os momentos de administração do medicamento.	Profissional que fará a aplicação do medicamento.
Introduzir a dupla checagem, especialmente nos medicamentos potencialmente perigosos. Sugestão: realizar a dupla checagem antes da dispensação dos medicamentos e da administração (o profissional responsável conta com a ajuda de outro para conferir) No caso da dispensação, tanto o profissional que vai receber da farmácia, como o usuário, pode conferir se o medicamento entregue é o mesmo prescrito pelo profissional de saúde.	Unidade de saúde.	Em todos os momentos de administração de medicamentos potencialmente perigosos.	Profissionais da equipe de saúde.
Investir em sistemas de informação que possam contribuir com a segurança durante a prescrição, por exemplo: alertas na predisposição alérgica na prescrição de medicamentos que interagem e/ou com mesmo princípio ativo, medicamentos potencialmente perigosos.	Unidade de saúde.	Unidade de saúde.	Gestor.
Orientar o descarte correto de medicamentos vencidos ou em desuso.	Unidade de saúde, domicílio e no território.	Em espaço de educação permanente e educação em saúde.	Gestor, profissionais da unidade de saúde, saúde e usuários.

Fonte: Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

Quadro 5 – Ações estratégicas para o problema falhas de higiene das mãos na prevenção da infecção

Problema(s): Falhas de higiene das mãos na prevenção da infecção.			
Erros: Ausência e/ou forma inadequada de higiene das mãos; usuários sem orientações referente a higiene das mãos; equipe e usuários expostos à contaminação; falta de promoção de educação em saúde.			
Meta: Higienização das mãos para evitar infecções.			
AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	RESPONSÁVEL QUEM?
Realizar a higiene das mãos considerando os 5 momentos preconizados pela Anvisa: antes de tocar o usuário; antes da realização de procedimento; após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções; após tocar o usuário; após tocar superfícies próximas ao usuário. Sugestão: a higienização simples das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.	Unidade de saúde e domicílio.	Permanentemente.	Profissionais da unidade de saúde.
Assegurar infraestrutura necessária para a higienização das mãos como lavatórios/ pias, dispensadores de sabonete e antisséptico, porta-papel toalha, álcool em gel e sabão líquido e lixeira com pedal para descarte do papel toalha próximo aos pontos de cuidado.	Unidade de saúde.	Periodicamente.	Avaliação de pontos: Equipe. Provisão de materiais: Gestor.
Registrar no prontuário do usuário informações completas sobre a prescrição como nome, forma farmacêutica e concentração, dosagem, via de administração, o intervalo entre as doses e duração do tratamento.	Unidade de saúde.	Em todos os momentos de prescrição do medicamento.	Profissionais da equipe de saúde.
Promover educação em saúde com os usuários referente a higiene das mãos.	Unidade de saúde e comunidade.	Nas visitas domiciliares e nos atendimentos na unidade de saúde.	Profissionais de saúde.
Promover educação permanente referente a higiene das mãos.	Unidade de saúde.	Nos espaços de educação permanente e no cotidiano do trabalho.	Profissionais de saúde.

Fonte: Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

Quadro 6 – Ações estratégicas para quedas, lesão por pressão e procedimentos clínicos e cirúrgicos realizado de forma inadequado

Problema(s): ocorrências de eventos adversos no risco de quedas, ocorrência de lesão por pressão e procedimentos clínicos e cirúrgicos realizado de forma inadequado.			
Erros: Orientação sobre prevenção de quedas e lesão por pressão ineficaz; não adesão às medidas preventivas; ausência do uso de ferramentas de prevenção; escolha de intervenções com pouco conhecimento científico; não cumprimento da prática padrão (protocolos); falta de de materiais e insumos; procedimentos clínicos e cirúrgicos em usuário e/ou local incorreto; falta de capacitação e comunicação dos profissionais para realização de técnica correta; falta de habilidade e experiência para realização dos procedimentos clínicos e cirúrgicos.			
Meta: Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto; Reduzir o risco de quedas e lesão por pressão.			
QUEDAS			
AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	RESPONSÁVEL QUEM?
Avaliar o risco de queda Sugestão: para os profissionais de saúde aplicar instrumento de avaliação exemplo a Escala de Morse ² .	Unidades de saúde, domicílio, instituições de longa permanência de idosos (pertencentes ao território da UBS).	Usuário que apresenta um ou mais fatores risco de queda.	Profissionais da equipe saúde familiares e/ou cuidadores.
Sinalizar em prontuário os usuários com risco alto e moderado de queda, facilitando a abordagem preventiva multiprofissional e definir as ações para cada grau de risco.	Unidade de saúde.	No momento que observa/identifica o risco de quedas.	Profissionais da equipe de saúde.
Envolver os usuários, familiares e/ou cuidadores no processo de prevenção de quedas, pela identificação de possíveis facilitadores de quedas na unidade de saúde, domicílio e no território.	Unidade de saúde, domicílio e território.	Periodicamente.	Usuários, familiares e/ou cuidadores e controle social (população em geral).
Adotar pisos antiderrapantes e nivelados, bem como barras de apoio nas rampas e banheiros de uso dos usuários.	Unidade de saúde.	Construção e/ou reformas da estrutura física.	Gestor.
Evitar superfícies escorregadias e molhadas quando presentes colocar sinalização visual para identificação do risco de queda, a fim de alertar os pacientes e toda a equipe.	Unidade de saúde.	Todos momentos que o piso estiver úmido e/ou com fluídos corporais (sangue, urina, vômito etc...).	Equipe de higienização e profissionais da equipe de saúde.
Estimular o uso de dispositivos auxiliares de marcha, sempre que necessários; incentivar o uso calçados fixos aos pés e com solados antiderrapantes.	Unidade de saúde.	Em todos os momentos que usuário apresentar fator de risco para quedas.	Profissionais da equipe de saúde familiares e/ou cuidadores.

2. Escala de Morse: Pode ser encontrada em: <https://www.scielo.br/pdf/reesp/v47n3/0080-6234reesp-47-3-00569.pdf>

Quadro 6 – Ações estratégicas para quedas, lesão por pressão e procedimentos clínicos e cirúrgicos realizado de forma inadequado

AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	RESPONSÁVEL QUEM?
Orientar sobre instalação de barras de apoio no banheiro e no chuveiro; uso de protetor de cama e janelas; mobiliário e iluminação adequados; corredores livres de obstáculos, evitar o uso de tapetes.	Domicílio.	Em visitas/atendimentos domiciliares e/ou em todas as oportunidades de encontro com usuário/familiares e/ou cuidadores	Profissionais da equipe de saúde, usuários/ familiares e/ou cuidadores
Orientar sobre a altura adequada da cadeira de rodas, altura adequada da cama que permita que o usuário consiga apoiar os pés no chão. Para crianças a presença de grades de proteção nos berços.	Unidade de saúde e domicílio.	Em todos os momentos que julgar necessário, nos atendimentos nas unidades e nas visitas domiciliares.	Profissionais da equipe de saúde.
Atentar-se e orientar sobre o uso de múltiplos fármacos e dos efeitos colaterais que podem resultar em perda do equilíbrio.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Nos atendimentos na unidade de saúde e no domicílio.	Profissionais da equipe de saúde.
Avaliação de risco periódica + Sinalizar em prontuário os usuários com risco alto e moderado de queda, facilitando a abordagem preventiva multiprofissional e definir as ações para cada grau de risco.	Unidade de saúde.	No momento que observa/identifica o risco de quedas.	Profissionais da equipe de saúde.

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	RESPONSÁVEL QUEM?
Envolver o familiar/cuidador como participante nas medidas de prevenção de lesão por pressão como: mudança de decúbito; alimentação adequada; ingesta hídrica; higiene e hidratação corporal.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Nos atendimentos na unidade e domicílio.	Profissionais da equipe de saúde. Usuários/ familiares e/ou cuidadores.
Em caso de lesões, orientar a técnica adequada da realização de curativo na presença de lesão por pressão, para evitar progressão e prevenção de infecções.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Nos atendimentos na unidade e domicílio.	Profissionais da equipe de saúde.
Investir na cultura de comunicação do usuário, familiar e/ou cuidador no uso de produtos e/ou terapias diferentes daquelas prescritas pelo profissional.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Sempre que houver presença de lesão por pressão.	Profissionais da equipe de saúde. Usuários/ familiares e/ou cuidadores.
Elaborar e distribuir material educativo sobre prevenção de risco de quedas e lesão por pressão para usuários/ familiares e cuidadores.	Unidade de saúde.	Sala de espera; Ações de educação em saúde. Visitas/atendimentos domiciliares.	Profissionais da equipe de saúde.

Quadro 6 – Ações estratégicas para quedas, lesão por pressão e procedimentos clínicos e cirúrgicos realizado de forma inadequado

PROCEDIMENTOS CLÍNICO E CIRÚRGICOS			
AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	RESPONSÁVEL QUEM?
Instituir rotina para monitorar a validade dos materiais e insumos usados para os procedimentos.	Unidade de saúde.	Seguir rotina instituída, mensal, quinzenal ou semanal.	Profissionais da equipe de saúde.
Promover uma comunicação efetiva entre os profissionais da equipe e usuários para tomada de decisão conjunta para gestão de riscos preexistentes (alergias, uso de anticoagulantes e doenças prévias).	Unidade de saúde e domicílio.	Permanentemente.	Profissionais da equipe de saúde. Usuários/ familiares e/ou cuidadores.
Comunicar o erro para o usuário e/ou familiar, bem como para equipe e adotar ações para prevenção de recorrências.	Unidade de saúde.	Sempre em que ocorrer erro.	Profissionais da equipe de saúde.
Fazer uso adequado de Equipamento de Proteção Individual (EPI) entre os profissionais de saúde e usuário quando necessário.	Unidade de saúde e/ou domicílio, se necessário.	Conforme os protocolos institucionais.	Profissionais da unidade de saúde e usuários.
Investir em aperfeiçoamento dos profissionais de saúde para realizar técnica de procedimentos clínicos e cirúrgicos, possibilitando maior segurança na realização da técnica.	Unidade de saúde.	Instituir rotinas de treinamentos, capacitações e educação permanente.	Núcleo municipal de educação em saúde.

Fonte: Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

Quadro 7 – Ações estratégicas para o problema ausência de notificação dos incidentes relacionados a segurança do paciente

<p>Erros: Não preencher ficha de notificação, não comunicar a equipe do erro cometido, culpabilizar o profissional pelo erro cometido; desconhecimento da existência de incidentes em circunstâncias semelhantes e respectivas soluções; não valorização do risco de erro por parte de profissionais e pacientes.</p> <p>Meta: Instituir uma cultura de gerenciamento dos incidentes (notificação, avaliação e melhoria).</p>			
AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	RESPONSÁVEL QUEM?
Instituir o Núcleo de Segurança do Paciente* na rede municipal de APS, com encontros periódicos.	Município.	Permanentemente.	Conforme normativa da Anvisa.
Propor instrumentos, para identificação dos eventos adversos, evitando a cultura de culpabilização e punição.	Serviços da saúde da APS.	Permanentemente.	Gestão.
Notificar eventos adversos e propor instrumentos para detectar os eventos adversos (Evitar a cultura de culpabilização e punição).	Unidade de saúde.	Permanentemente.	Todos os profissionais da equipe de saúde.
Implementar sistemas de registro de incidentes na unidade de saúde, garantindo a coparticipação dos usuários.	Unidade de saúde.	Todas as vezes em que quase e/ou ocorrer incidentes.	Profissionais da unidade de saúde e usuários.
Utilizar-se do sistema nacional de notificação de eventos adversos nacionais (NOTIVISA) e internos, para gerenciamento interno.	Internet.	Todas as vezes em que quase e/ou ocorrer incidentes.	Profissionais da equipe de saúde e usuários.
Implementar rotinas de discussão de erros e eventos adversos, institui uma cultura de apoio entre os profissionais de saúde, contribui à aceitação e prevenção de eventos recorrentes.	Unidades de saúde.	Reuniões de equipe.	Profissionais da unidade de saúde.
Estabelecer procedimentos de avaliação e prevenção de erro em todo o circuito do usuário dentro da UBS.	Unidade de saúde.	Em todos os contatos do usuário com a UBS.	Profissionais da unidade de saúde e usuários.
Melhorar a segurança do paciente, identificando, e propondo plano de ação de acordo com os riscos assistenciais e físicos presentes na unidade de saúde e no território.	Unidade de saúde. Território Conselho local de saúde.	Conforme necessidade. Reuniões do conselho local de saúde.	Profissionais da unidade de saúde e usuários.
Promover educação permanente sobre o processo de trabalho; revisão dos protocolos assistenciais; práticas incentivadoras do cuidado seguro; gestão de riscos e prevenção de incidentes e registros dos erros para implementação da cultura de segurança do paciente.	Unidade de saúde.	Nos espaços de educação permanente e no cotidiano do trabalho. Reuniões de equipe.	Profissionais da equipe de Saúde.

Quadro 7 – Ações estratégicas para o problema ausência de notificação dos incidentes relacionados a segurança do paciente

AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	RESPONSÁVEL QUEM?
Corresponsabilizar profissionais e população sobre as medidas que contribuem para segurança do paciente na APS, bem como a importância do reconhecimento do erro, instituindo uma cultura de não culpabilização.	Dispositivos comunitários; Espaços do território; Conselho local de saúde.	Reuniões do conselho local de saúde. Conforme necessidade.	Profissionais da unidade de saúde e população em geral.
Implementar medidas de valorização dos serviços que incluem na sua prática a identificação, notificação, avaliação e implementação de medidas de correção de incidentes.	Serviços de saúde da APS.	Anualmente.	Gestor.
* Núcleo de Segurança do paciente: devem promover a prevenção, controle e mitigação de incidentes, além da integração dos setores, promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactam nos riscos ao paciente. O NSP tem papel fundamental no incremento de qualidade e segurança nos serviços de saúde			

Fonte: Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

A Viabilidade e Possibilidades de Execução do Plano de Ação

Algumas ações, dependendo do contexto, são consideradas mais simples e de maior viabilidade, pois dependem exclusivamente das pessoas que planejaram. Outras, podem depender de contextos específicos, como sociais, políticos, econômicos, culturais, e isso pode dificultar a execução de todas as ações. Por isso, é importante considerar quais são as ações viáveis nesse momento. Normalmente serão aquelas de consenso da equipe, nas quais os envolvidos assumem uma postura de apoio (CALEMAN *et al.*, 2016). Embora também possam ser consideradas ações viáveis aquelas que são conflitivas, desde que as oposições a elas possam ser facilmente superadas.

Assim, analisar a posição/motivação dos participantes, a exemplo do método Planejamento Estratégico Situacional – PES diante das diferentes ações elaboradas é um movimento estratégico, no sentido de buscar apoio e viabilidade (MATTUS, 1997). Existem alguns exemplos de matriz de aná-

lise de motivação dos participantes, segundo a ação do plano. Iremos exemplificar um modelo em que o interesse deve ser marcado com os sinais a favor (+), contra (-) e indiferente (0) ou pode ser por valores: alto (A), médio (M) ou baixo (B). (Quadro 8).

É importante trabalhar de forma colaborativa perguntar a quem faz, o que ele pode aperfeiçoar no seu trabalho para evitar incidentes aos pacientes e construir um plano com a participação de quem executa o cuidado.

O valor refere-se ao grau de intensidade do impacto que uma ação tem para uma pessoa e/ou uma equipe. Reconhecer o posicionamento que cada pessoa tem sobre as ações e investir naquelas com maior apoiadores, os resultados podem ser mais efetivos. Importante lembrar que o posicionamento não é estanque; pode mudar conforme a realidade vivenciada em determinado momento, conforme a rotatividade de profissionais, a dinâmica do território, entre outros fatores.

Quadro 8 – Matriz de análise da viabilização do plano de ação

Viabilizando o Plano de Ação. 1º Problema: falha na identificação do usuário.			
PARTICIPANTES	AÇÃO 01	AÇÃO 02	AÇÃO 03
Participante 1	A	A	A
Participante 2	M	A	A
Participante 3	A	M	A
Participante 4	B	A	A

Fonte: Adaptado de Caleman *et al.*, 2016

A Gestão e Monitoramento do Plano Estratégico

Após a análise estratégica e da definição das ações com maior viabilidade, é o momento da gestão do plano estratégico, ou seja, o momento tático-operacional, que vai executar as ações intervindo para alcançar a mudança. Nessa etapa ocorre a condução do plano, o monitoramento, a identificação das dificuldades na implementação e possíveis adequações necessárias na operação proposta (CALEMAN *et al.*, 2016; MATUS, 1997).

Para além de ter um plano de ação bem elaborado é fundamental, construir um sistema de gestão que vai coordenar e acompanhar a execução das ações, promover a comunicação e integração dos envolvidos, fazer as adequações necessárias, garantir que o plano seja efetivamente implementado.

Ainda nessa etapa é possível usar ferramentas de gestão, ter um cronograma definido, acompanhar os resultados das metas elencadas na etapa normativa, portanto sugere-se para o acompanhamento de alguns resultados a incorporação de alguns indicadores de monitoramento já existentes nos serviços de saúde e/ou instituídos pelos participantes na elaboração do planejamento (CALEMAN *et al.*, 2016; MATUS, 1997).

É importante criar mecanismos para que os responsáveis pelas ações informem periodicamente todos os envolvidos na implementação do plano de ação, para avaliação no andamento das ações, resultados alcançados, e necessidade de ajustes. Esse processo deve promover responsabilidade de todos envolvidos. Sugere-se a seguinte matriz de monitoramento do plano (Quadro 9) (CALEMAN *et al.*, 2016; MATUS, 1997).

Quadro 9 – Matriz de monitoramento do plano de ação

Ação em ordem de priorização	Situação (concluída; não concluída; em andamento; permanente)	Resultados	Dificuldades	Novas ações e/ou ajustes
Ação 1				
Ação 2				
Ação 3				

Fonte: Adaptado CALEMAN *et al.*, 2016; MATUS, 1997

Considerações Finais

A segurança do paciente vem sendo amplamente estudada nos diferentes níveis de atenção à saúde. Embora na Atenção Primária em Saúde os estudos ainda sejam incipientes, há sinalização de uma mudança gradativa no meio acadêmico/científico, que também é motivada por algumas organizações.

O Ministério da Saúde, baseado nas publicações da Organização Mundial de Saúde, definiu metas prioritárias para serem alcançadas, cujos desafios para sua execução passam pela adoção de protocolos, normas e portarias e pelo envolvimento dos profissionais de saúde, gestores e usuários. Refletir sobre comportamentos e práticas seguras, com todos esses grupos, possibilita o repensar de atitudes frente aos principais incidentes que são frequentes nos serviços.

Este capítulo não tem a pretensão de esgotar todas as prioridades referentes à Segurança do Paciente na APS, mas sim optou-se por apresentar exemplos de maior destaque na literatura. Essas prioridades têm por objetivo despertar nos profissionais e usuários a necessidade de colocar o tema no centro das práticas no cotidiano do trabalho.

Enfatizou-se a importância do processo de planejamento como instrumento para a gestão das ações de Segurança do Paciente, identificação e priorização dos problemas no âmbito da APS e definição de ações para a operacionalização do plano de ação, conforme as necessidades locais.

Outro destaque deste capítulo é a proposta de trabalhar, em todas as prioridades, com educação permanente em saúde e educação em saúde. Entende-se que o aprender e o fazer “com” pode mudar a cultura dos usuários e dos profissionais da unidade de saúde, gerando mudanças positivas nos indicadores da segurança do paciente.

Para institucionalização da cultura de segurança do paciente na APS, recomenda-se a criação de um Núcleo de Segurança do Paciente que atue, entre outras ações, para incentivar a prática de notificação de incidentes e instituir a cultura da não culpabilização do indivíduo.

Acredita-se na corresponsabilização do usuário, dos profissionais de saúde e gestores para que essa prática seja adotada de forma institucional, trazendo resultados desejáveis para o usuário e equipe, reduzindo custos para o sistema de saúde, proporcio-

nando uma melhor qualidade de vida e garantindo condições plenas de segurança dos usuários.

As proposições contidas neste capítulo poderão subsidiar futuros planos de ações, adaptados à realidade de diferentes territórios e sua população adscrita, cujas equipes consigam responder às necessidades de seus usuários e comunidades.

Leituras Sugeridas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf

BELELA-ANACLETO, Aline Santa Cruz; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. Higienização das mãos como prática do cuidar: reflexão acerca da responsabilidade profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 70, n. 2, p. 442-445, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200442=&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0189>.

SIMAN, Andréia Guerra et al. Practice challenges in patient safety. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 72, n. 6, p. 1504-1511, dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000601504&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 dez. 2020. Epub Oct 21, 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0441>.

VINCENT, Charles; AMALBERTI, Rene. Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: Proqualis, 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro-ro%20%20PDF.pdf>

Referências Bibliográficas

ABOUD, Ahmad M. Al; MANNA, Biagio. Wound Pressure Injury Management. *Statpearls, Treasure Island*, v. 1, jun. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532897/>. Acesso em: 29 jul. 2020.

BRASIL. A importância da gestão estadual na segurança do paciente. Consensus. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, v. 26, 2018. Trimestral. Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/importancia-da-gestao-estadual-na-seguranca-paciente/>. Acesso em: 04 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos. Cadernos de Atenção Primária n. 30. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd30.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. 2017b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em 15 ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2004.

BRONDANI, Juliana. et al. Desafios da referência e contra referência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 1, n. 21, p. 1-8, jan. 2016.

BLUMENTHAL, Karen J. et al. Using a Self-Reported Global Health Measure to Identify Patients at High Risk for Future Healthcare Utilization. *Jour-*

nal of General Internal Medicine. New York City, v. 8, n. 32, p. 877-882, ago. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28341894/>. Acesso em: 23 jul. 2020

CALEMAN, Gilson. et al. Projeto aplicativo: termos de referência. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e pesquisa, Ministério da Saúde, 2016.

CARVALHO, E. C.; QUEIRÓZ, E. S.; BARROSO, V. G. Planejamento e gerenciamento das Ações de Saúde pelo Enfermeiro. In: SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. *Enfermagem em Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 71-83.

DOHERTY, Carole. et al. Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: a systematic literature review. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 75, n. 2, p. 257-263, jul. 2012.

KLEIN, Eili Y. et al. Global increase and geographic convergence in antibiotic consumption between 2000 and 2015. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences*, New York, v. 115, n. 15, p. 3463-3470, 26 mar. 2018. Disponível em: <https://www.pnas.org/content/115/15/E3463>. Acesso em: 23 jul. 2020.

LAWATI, Muna Habib Al. et al. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *Bmc Family Practice*, Australia, v. 9, n. 104, p. 1-12, jun. 2018. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-018-0793-7>. Acesso em: 16 jul. 2020.

MARCHON, Simone Grativol; MENDES, Walter Vieira; PAVAO, Ana Luiza Braz. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2313-2330, nov. 2015. Disponível em: <http://>

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311-2015001102313X&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00194214>.

MARCHON, Simone Grativol; MENDES JUNIOR, Walter Vieira. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p.1815-1835, Set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311-2014000901815X&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 July 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114113>.

MATUS, Carlos. Método PES: Roteiro de análise teórica. São Paulo: Fundação Altadir, Fundap, 1997.

MESQUITA, Karina Oliveira de. et al. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, v. 2, n. 21, p. 1-8, abr. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45665/28526>. Acesso em: 04 jul. 2020.

MICHEL, Philippe. et al. Patient safety incidents are common in primary care: a national prospective active incident reporting survey. *Plos One*, San Francisco, v. 12, n. 2, p. 1-14, fev. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28196076/>. Acesso em: 19 jul. 2020

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute Issues Report Calling for Action on Patient and Family Engagement in Health Care. Boston: Prweb Ebooks, 2014. Disponível em: <https://www.prweb.com/pdfdownload/11672540.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração de Alma-Ata. *Revista Saúde em Foco*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 24-26, jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OMS). OMS pede ação urgente para reduzir danos aos pacientes na área da saúde. 2019. OPAS. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6020:oms-pede-acao-urgente-para-reduzir-danos-aos-pacientes-na-area-da-saude&Itemid=838. Acesso em: 13 jul. 2020.

PAESE, Fernanda; SASSO, Grace Teresinha Marcon Dal. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto contexto enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul 2020.

PADOVEZE, Maria Clara; FIGUEIREDO, Rosely Moralez de. O papel da Atenção Primária na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem, USP*, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1137-1144, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601137&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2020.

PEARSON, Maddy. et al. Antibiotic prescribing and resistance: views from low and middle-income prescribing and dispensing professionals. Geneva: World Health Organization, 2018.

SLAWOMIRSKI, Luke; AURAAEN, Ane; KLAZINGA, Niek. *The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care*. Tokyo: Ministry Of Health Of Germany, 2018. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Econo->

mics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf. Acesso em: 14 jul. 2020.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SOUZA, L.M. et al. Percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre segurança do paciente. *Journal of Nursing and Health*, Pelotas, v. 8, n.2, 2018;8(2):e188205. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/12721>

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

TASE, Terezinha Hideco. et al. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 196-200, set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300025=-&lng=en&nrm-iso. Acesso em: 16 jul. 2020.

VERBAKEL, Natasha J. et al. Improving Patient Safety Culture in Primary Care. *Journal Of Patient Safety*, Philadelphia, v. 12, n. 3, p. 152-158, set. 2016.

VINCENT, Charles; Amalberti, RENE. Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: Proqualis, 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro%20PDF.pdf>

WET, Carl de. et al. Measuring perceptions of safety climate in primary care: a cross-sectional study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v. 1, n. 18, p. 42-135, fev. 2012.

WITISKI, Mateus. et al. Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde/communication barriers. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringa, v. 18, n. 2, p. 1-10, 15 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Patient Safety: key facts. Geneva: World Health Organization, 2019a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. Acesso em: 10 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Report by the director general. Patient safety: Global action on patient safety. Geneva: World Health Organization, 2019b. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). FALLS: Key facts. 2018b. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls#:~:text=Older%20people%20have%20the%20highest,hip%20fractures%2C%20or%20head%20trauma>. Acesso em: 14 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medication without harm: WHO global patient safety challenge. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 21 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Education and Training: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Antimicrobial Resistance. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/193736/9789241509763_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 27 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Antimicrobial resistance and primary health care. Geneva: World Health Organization; 2018.

ZWART, Dorien L. et al. Central or local incident reporting? A comparative study in Dutch GP out-of-hours services. *British Journal Of General Practice*, London v. 584, n. 61, p. 183-187, jan. 2011. Disponível em: <https://bjgp.org/content/61/584/183>. Acesso em: 07 jul. 2020.

Ferramentas de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

Ana Paula Tussi Leite
Deysi Heck Fernandes
Michelli Milleto Lorenzi

Pontos de Destaque:

- O uso de ferramentas que auxiliam no processo de cuidar e que aumentam a eficiência e a segurança do paciente;
- Uma breve reflexão sobre a cultura de segurança, do trabalho em equipe e da comunicação;
- O desenvolvimento de uma cultura de segurança na APS cria um ambiente favorável à utilização de ferramentas de segurança do paciente.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada, o primeiro contato da pessoa, da família e da comunidade com o sistema de saúde nacional.

“A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que a orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população,

restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível” (MENDES, 2015, p. 32).

“A demanda na APS é muito complexa, por suas dimensões quantitativa e qualitativa e por sua diversidade. A diversidade da demanda na APS representa um desafio para os profissionais de saúde” (MENDES, 2015, p.31).

Ela tem como definição ser um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de

danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (PNAB, 2017). Também pode ser entendida como um cuidado acessível, coordenado, integral e contínuo durante o tempo, atendendo as mais diversas necessidades de saúde da população (MENDES, 2015).

Para o aumento da eficiência e segurança do paciente pode-se utilizar uma série de ferramentas que auxiliam no cuidado em saúde. Estas ferramentas são estratégias que facilitam o processo de trabalho, visto que a APS possui uma complexidade de informações e muitos profissionais envolvidos.

fissionais de saúde, que aumentam entrosamento na equipe diminuindo erros, e pacientes que acessam serviços de maior qualidade (KENNEDY, 2018).

A proposta deste capítulo é sensibilizar, auxiliar, qualificar e instrumentalizar profissionais da APS quanto ao uso de ferramentas de segurança do paciente que possam auxiliar no processo de trabalho e qualificar os serviços de saúde.

Sendo assim, sugerimos começar a introdução das ferramentas de segurança do paciente com a caixa de ferramentas produzida pelo Projeto PROADI-SUS Formação sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. A mesma foi aplicada e testada durante as 27 oficinas de multiplicadores realizadas em 22 Estados do Brasil e no Distrito Federal.

Quadro 1 – Caixa de ferramentas de segurança do paciente: cultura de segurança, trabalho em equipe e comunicação

CAIXA DE FERRAMENTAS	
<ul style="list-style-type: none"> • 5 Momentos para Higiene de Mãos • 5 Momentos de Uso Seguro de Medicamentos da OMS • 9 Certos da Administração de Medicamentos • Dupla Conferência / Dupla Checagem • Ensinar de Voila (Teach Back) 	<ul style="list-style-type: none"> • E Se? • Ler de Volta (Read Back) • IDRAW • Palavra PIS • Reunião Rápida de Segurança • SBAR • Tutor de Segurança

Fonte: Formação sobre segurança do paciente na atenção primária a saúde - Oficina de multiplicadores/material de apoio, 2019 - 39 páginas - Porto Alegre/RS

As ferramentas para a segurança do paciente na área da saúde são utilizadas para aprimorar os seus produtos, processos, sistemas e projetos, para melhorar a qualidade e prevenir eventuais erros. Permitem, ainda, que se faça análise crítica da ineficácia e dos aspectos negativos de um processo em questão, possibilitando que os serviços de saúde inovem na forma de atuação, beneficiando os pro-

- Como abordar a cultura de segurança, o trabalho em equipe e a comunicação usando a caixa de ferramentas de SP adaptadas para APS
- Cultura de segurança, trabalho em equipe e comunicação

Para priorizar as ações a serem realizadas, bem como escolher as ferramentas utilizadas é fundamental um bom planejamento. É importante refletir previamente sobre como está o seu ambiente de trabalho e, para isso, sugerimos alguns passos a seguir, a partir da análise da Cultura de Segurança, trabalho em equipe e comunicação, antes de falarmos diretamente sobre as ferramentas de segurança do paciente na APS.

Podemos citar uma ferramenta disponível para a língua portuguesa: *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC).

Atualmente, a constante mudança global que envolve os segmentos econômicos, sociais, tecnológicos e científicos, impulsiona os serviços de saúde a buscar constantes melhorias na qualidade assistencial, e conseqüentemente nos processos de trabalho (BOHRER *et al.*, 2016).

Para alcançar a qualidade dos serviços, um dos marcos indispensáveis é a gestão e a redução de riscos de forma sistêmica associada a assistência em saúde. A qualidade dos serviços vai além das pesquisas de satisfação e do sistema organizacional das instituições (missão, visão e valores) (BOHRER *et al.*, 2016).

Tanto quanto a gestão e redução de riscos, a segurança do paciente é um dos pilares diretamente associados à qualidade assistencial, assim como, os riscos, que são notórios e presentes diariamente nos atendimentos em saúde (BOHRER *et al.*, 2016).

A segurança do paciente é capaz de gerar a mudança das práticas assistenciais e nos processos de trabalho na busca da qualidade, sob influência da cultura organizacional. Neste contexto, configura-se a cultura de segurança como:

“cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança” (BRASIL, 2014, p.15).

A cultura de segurança interfere na maneira como a instituição estabelece seus processos, trata seus colaboradores e seus usuários.

Para gerir e reduzir riscos, introduzir a segurança do paciente no processo de cuidado e buscar a qualidade da assistência é necessário que haja além de uma postura organizacional proativa, o desenvolvimento de uma cultura de segurança na organização por meio da estruturação de processos de trabalho que apoiem atitudes seguras. Dentre esses fatores, o trabalho em equipe e a comunicação efetiva são alicerces fundamentais para a construção desse novo cenário em saúde (KAWATA *et al.*, 2009).

Em um sistema de saúde seguro, considera-se que a mudança cultural é um grande desafio. Por isso, para realizar a promoção da cultura de segurança do paciente envolve o engajamento de toda a instituição. A organização deve proporcionar um ambiente onde os profissionais colaborem com sugestões em prol de uma assistência segura, gerando o sentimento de empoderamento. Instituições de alta confiabilidade possuem uma forte cultura de segurança.

Os componentes fundamentais de uma cultura forte são semelhantes às engrenagens de uma máquina, todos se conectam e são essenciais para uma equipe de sucesso com uma base forte de cultura. Os componentes são: liderança, cultura justa, segurança psicológica, confiança, condições de trabalho, clima de segurança, justiça organizacional, transparência e trabalho em equipe e comunicação.

Não é possível construir uma cultura de segurança sem o desenvolvimento de equipes. Trabalho em equipe na atenção primária à saúde vai além de níveis hierárquicos técnicos e de tarefas organizacionais dentro dos processos de assistência, para tanto, deve-se estimular o trabalho social entre os atores envolvidos, promovendo um trabalho em equipe horizontalizado e flexível, para que todos possam atuar na tomada de decisões e desenvolver maior autonomia e criatividade de expressão, e assim, maior integração da equipe de saúde (KAWATA *et al.*, 2009).

Aliás, este é um dos grandes e atuais desafios das equipes de saúde de atenção primária, pois se essa completa integração não ocorrer, há grandes chances de se reproduzir o modelo de atenção fragmentado, com divisões de trabalho de forma hierárquica e centrado na recuperação biológica individual. É muito importante que a equipe trace objetivos, partilhe e construa projetos em comum.

Para desenvolver uma equipe multidisciplinar de atenção primária em atuação integrada é importante a construção de novas articulações e ações em comum a esta equipe, assim como o envolvimento dos sujeitos que estão atuantes nos processos de trabalho do cotidiano de forma ética e respeitosa entre equipe e usuários (ALMEIDA & MISHIMA, 2001).

Outro pilar importante para a construção da integração entre os atores é a comunicação efetiva, considerada o denominador comum do trabalho

em equipe, decorrente de uma relação mútua entre trabalho e integração.

Para desenvolver esta habilidade é necessário que esteja claro as três diferentes formas de se comunicar. A primeira delas é externa ao trabalho, ou seja, não é exercida, ou quando exercida, é realizada apenas de forma técnica, ocorrendo restrição de interação entre os profissionais. A segunda é a comunicação de caráter pessoal, dando destaque às relações pessoais e não as de trabalho. E a última forma, que deve ser almejada, é aquela em que a comunicação é elaborada e praticada como dimensão essencial para a fluidez do trabalho em equipe, destacando-se a elaboração conjunta de diversos aspectos: linguagens, objetivos, propostas e cultura comum, ou seja, construção e desenvolvimento de projetos assistenciais comuns por meio das complexas relações entre a execução das atividades técnicas e comunicação efetiva entre os profissionais (PEDUZZI *et al.*, 2011). As atividades técnicas e a comunicação entre a equipe de trabalho agem como sinalizadores em termos de integração e formam um eixo norteador durante a dinâmica assistencial cotidiana e o processo de interação.

É importante considerar também que uma boa coordenação e gestão auxilia como um instrumento que define claramente as responsabilidades das pessoas envolvidas no processo, visando facilitar o alcance das finalidades propostas, de modo que possibilite redução dos atritos e a condução do processo de trabalho mais colaborativo.

A construção do trabalho em equipe e da comunicação efetiva na rotina assistencial da atenção primária em saúde serve como alicerce para o desenvolvimento e a manutenção da cultura de segurança, que é elaborada nas instituições com a estratégia de estimular o comportamento seguro dos profissionais, proporcionando a promoção da segurança do paciente.

Em um sistema de saúde seguro, considere-se que a mudança cultural é um grande desafio. Por isso para realizar a promoção da cultura de segurança do paciente envolve o engajamento de toda a instituição. A organização deve proporcionar um ambiente onde os profissionais colaborem com sugestões em prol de uma assistência segura, gerando o sentimento de empoderamento e pertencimento. Instituições de alta confiabilidade possuem uma forte cultura de segurança.

Os componentes fundamentais de uma cultura forte são semelhantes a engrenagens de uma máquina, todos se conectam e são essenciais para uma equipe de sucesso com uma base forte de cultura. Os componentes são: liderança, cultura justa, segurança psicológica, confiança, condições de trabalho, clima de segurança, justiça organizacional, transparência e trabalho em equipe e comunicação (KENNEDY, 2018).

“A cultura organizacional é outro fator que influi na governança das RASs. De um lado, porque a implantação de objetivos e estratégias das RASs requer que seus membros aceitem e compartilhem visão, missão e objetivos comuns; de outro, porque a cultura de cada organização componente dessas redes deve estar alinhada com a missão e com os objetivos. Valores presentes nas organizações como atitudes de cooperação, interdependência, trabalho em equipe e orientação para resultados são fundamentais. Além disso, é importante que haja, na governança das RASs, uma liderança orientada para a ação cooperativa e para a comunicação de objetivos e de estratégias e seu aprendizado.” (MENDES, 2011, p. 159).

Trabalho em equipe de alta qualidade, comunicação, colaboração e resolução de conflitos também levam a uma cultura de segurança fortalecida. Sabe-se que um bom trabalho em equipe e comunicação são construídos com o tempo. Por isso para começar, opte por trabalhar inicialmente por algum ponto de tensão, processo/problema que esteja afetando no trabalho em equipe. Iniciar por um ponto de insatisfação pode ajudar a equipe a ver o valor de uma mudança (SOUSA, 2014).

Uso de Ferramentas para Implantação de uma Cultura de Segurança

Para estabelecer e desenvolver a cultura de segurança na APS e criar um ambiente favorável à utilização de ferramentas de segurança do paciente, segue aqui uma sugestão de alguns passos a seguir (adaptado de Conjunto de ferramentas para mudança de cultura):

1. Engajar as pessoas: Como?

- Desde o início do processo;
- Definir o tutor de segurança (pessoa referência que ajudará nas questões de segurança), esta ferramenta será abordada mais adiante no capítulo;
- Optar sempre por conversas rápidas e simples.

Sugestão de ferramenta:

Conversa de corredor: explicação objetiva com duração de aproximadamente 30 segundos clarificando o que pretendemos atingir e porque a equipe deve aderir a essa ideia. Por exemplo: o tutor de segurança encontra um colega da equipe no intervalo de uma consulta e tem a seguinte conversa de corredor: “Sabemos que para uma cultura forte de segurança

do paciente, o envolvimento do paciente no cuidado é fundamental. Uma das propostas que pretendemos implementar na nossa unidade é o Ensinar de Volta, uma ferramenta de segurança do paciente que contribui com a comunicação efetiva e segura. Vamos falar mais sobre ela na reunião de equipe.”

2. Estabelecer as bases: Como?

- Estabelecendo uma base sólida: revisando/reforçando visão e valores institucionais (se não os tiver, construa junto com sua equipe).

- Confirmando que todos da equipe compreendem suas funções/responsabilidades.

DICA: cada profissional pode compartilhar em equipe a descrição de sua função e responsabilidades.

- Realizando treinamentos de todos os membros da equipe (atuais e novos).

DICA: pergunte a equipe o que eles gostariam de aprender e defina em conjunto como acontecerá.

- Limitando interrupções: diminuir a quantidade de interrupções durante a jornada de trabalho, otimizando o tempo.

- Realizando reuniões de equipe interdisciplinar: Em formato que todos da equipe tenham uma visão compartilhada do trabalho, compartilhem informações e expectativas.

DICA: através de fóruns impressos, virtuais, bate-papos, troca de ideias, murais informativos.

- Revisando e testando documentações: revisar e testar os documentos em uso da equipe, principalmente os novos antes de torná-los padrão.

- Transferindo responsabilidade/atendimento de paciente ou de um profissional para outro é importante estar atento a comunicação.

DICA: utilizar o SBAR e/ou o IDRAW para estruturar esta comunicação (estas ferramentas serão abordadas mais adiante no capítulo).

- Administrando conflitos: devem ser conduzidos de modo eficaz e solucionados o quanto antes.

DICA: intensifique medidas para melhorar a comunicação, como a escuta ativa, pois ela estabelece uma conexão entre quem está falando e o ouvinte, mostrando atenção e interesse.

- Engajando pacientes: fortalecer a cultura de segurança de forma positiva envolvendo os pacientes, tornando-os parceiros no cuidado e não somente como receptores passivos de atendimento.

3. Avaliar o cenário atual: Como?

- Avaliando os processos de forma concreta: através de pesquisa, entrevistas, observações, treinamentos.

Além das contribuições para o SUS, o objetivo da utilização de ferramentas é ampliar o debate sobre segurança do paciente para o âmbito da APS, proporcionando ações reflexivas aos gestores e trabalhadores e propondo o desenvolvimento de estratégias que fortaleçam a APS forte e resolutiva, coordenadora do cuidado do usuário com resultados melhores na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde.

Dica: Considerar sempre a participação de todos durante esse processo, deixando claro o que está bom, o que pode melhorar e compartilhar os resultados.

Dicas de Ferramenta para Avaliação do Cenário:

Mapeamento de Processos: ajuda a entender como sua equipe está trabalhando e desenvolver o trabalho em equipe. É importante incluir todos os profissionais envolvidos no processo em discussão.

Como fazer? Criar mapas a partir de discussões em grande grupo. Escolher o processo a ser discutido, pensar em todo caminho a ser percorrido, com o auxílio da equipe, listar as etapas do processo, utilizar post-its, fazer desenhos, gráficos, setas e símbolos. O mapeamento do acolhimento da Unidade de Saúde pode ser um exemplo de como organizar o fluxo de trabalho através dessa ferramenta.

Brainstorming/chuva de ideias: utilizada para melhoria de processos, por meio de uma reunião de equipe com o objetivo de criar soluções para um problema específico, promovendo a inovação através do estímulo da criatividade coletiva.

Como fazer? Os participantes podem ser anônimos e irão colocar suas ideias em papéis escritos ou de forma estruturada, onde cada integrante expõe sua ideia em um tempo determinado, ambas

as formas garantem a participação de todos membros da equipe. Após a exposição de todas as ideias para a solução do problema, se realiza o julgamento final de qual a melhor solução para o problema definido.

Os 5 porquês: auxilia no processo para entender melhor um determinado problema. Antes de chegar às soluções, considera-se uma boa prática entender totalmente o problema primeiro.

Como fazer? você vai fazendo a pergunta “por quê” e esgotando possibilidades de respostas e potenciais ideias para uma mudança. Fique atento, pois as perguntas não são um interrogatório, mas sim uma conversa para entender os aspectos e causas sequenciais do problema. A equipe conversar sobre os “porquês” de um medicamento ter sido dispensado da forma equivocada é um caso em que pode ser utilizada a ferramenta, a fim de que esta situação não se repita.

4. Identificar e analisar oportunidades: Como?

- Através da análise de resultados das etapas anteriores e debate sobre o que pode ser melhorado, garantindo tempo para manifestação de todos os envolvidos;
- Mantendo os profissionais engajados, através da valorização das contribuições da equipe;
- Elegendo as prioridades de melhoria através das ferramentas citadas - pode iniciar pelo pior

resultado. Criando um plano de ação em conjunto com a equipe utilizando o pensamento crítico.

5. Escolher as ferramentas: Como?

As ferramentas devem ser escolhidas de acordo com o propósito.

Independente da ferramenta que for escolhida, lembre-se:

- São apenas sugestões, você e sua equipe também podem ter outras ideias que possam ser utilizadas;
- Escolhendo algumas ferramentas e começando a aplicar/testar no seu ambiente de trabalho;
- Iniciando em um turno e depois que a equipe estiver habituada ir expandindo;
- Realizando simulações com debrief (troca de ideias) estruturado a fim de otimizar as ações e aumentar a satisfação da equipe.

6. Testar as mudanças: Como?

- Valorizando e estimulando a equipe a criar um espaço para testar e aperfeiçoar;
- Buscar uma forma mais simples de executar o processo de forma mais segura;
- Questionando: o que podemos fazer melhor? Importante realizar feedbacks (pareceres) e debriefings (troca de ideias).

Fonte: Adaptado de Conjunto de ferramentas para mudança de cultura.

Como sabemos, realizar mudanças nem sempre é uma tarefa fácil. Durante o percurso exis-

tirão pessoas resistentes, pessimistas, mas também aquelas que irão alavancar e garantir que as mudanças sejam implementadas. Mudanças positivas ajudam a criar um ambiente de trabalho feliz, com melhor comunicação, resultando em um melhor atendimento aos pacientes e melhor satisfação profissional (KENNEDY, 2018). Lembre-se sempre de comemorar as vitórias, elogiar a equipe e valorizar as mudanças que foram realizadas!

Para tornar a APS mais segura existem ferramentas de segurança que podem ser utilizadas entre as equipes de saúde, após ser realizada essa etapa de análise de prioridades e identificados os pontos de maior fragilidade nos processos de trabalho, para tanto apresentamos a seguir a caixa de ferramentas de segurança do paciente na APS.

Prática das Ferramentas de Segurança do Paciente: Cardápio e Exemplos

Ferramenta E se?

Objetivo: Incentivar percepção de risco para questões de segurança.

O que é: Ferramenta estruturada para levantar possíveis falhas de processo, com o consequente desenvolvimento de barreiras de prevenção. Identificação, análise e tratamento dos riscos.

Pode ser utilizada quando a intenção for aproveitar o conhecimento dos profissionais para identificar qualitativamente os principais riscos para os pacientes, estimular a criatividade na proposição de intervenções potencialmente úteis para reduzir os riscos dos serviços de saúde.

Como fazer:

1. Definição do objetivo e do contexto:

A reunião deve começar com a definição clara do objetivo. É interessante anotar para que todos tenham em mente o objetivo durante toda a reunião. Também é recomendável descrever o contexto em que surgiu a necessidade da aplicação da técnica.

2. Relembrar as regras da técnica:

3. Exemplo inicial de ideia pelo moderador:

Com a finalidade de descontrair o grupo e estimular a criatividade, o condutor pode apresentar um exemplo de ideia para a solução do problema em questão.

4. Geração de ideias pelo grupo:

Neste momento, começa a sessão de perguntas sobre as ideias de cada pessoa para mitigar os riscos. Os participantes devem apresentar uma ideia por vez, para que a discussão não fique polarizada em direção das pessoas mais participativas.

Importante: incentivar as novas ideias (o que mais?) e jamais criticar as ideias que forem expostas.

Exemplo: Durante uma reunião rápida de segurança a equipe de saúde se propôs a testar a ferramenta “E se?”, para estimular suas percepções de risco e saber como funcionava na prática a ferramenta. Na reunião, todos os membros da equipe estavam presentes (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes comunitários de Saúde (ACS), equipe de saúde bucal, recepcionista, porteiro e higienização). A enfermeira então, pediu que cada um fizesse uma reflexão sobre os possíveis problemas da Unidade de saúde, cada um então, teve sua vez de falar e perguntar em voz

alta, e se? E se a caixa de perfuro cortante que hoje está armazenada fora da haste metálica caísse no chão? Poderia facilmente causar um acidente com perfuros? E se fizéssemos a dupla conferência com dois identificadores durante todo o atendimento ao paciente? Evitaria uma troca de prontuários? E se segregássemos os medicamentos de alta vigilância? Poderia ser evitado uma dispensação ou uso de forma incorreta? Assim, a equipe pode elencar os principais riscos dos processos e trabalhar com planos de ação para melhorá-los.

Referência: : adaptado de CARD, Alan J.; WARD, James R.; CLARKSON, P. John. Beyond FMEA: the structured what-if technique (swift). *Journal Of Healthcare Risk Management*, [S.L.], v. 31, n. 4, p. 23-29, 2012. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/jhrm.20101>.

Ferramenta Reunião Rápida de Segurança

Objetivo: Incentivar cultura de segurança na organização dos processos de trabalho.

O que é: As reuniões rápidas são encontros breves (em torno de cinco minutos, não mais do que quinze minutos) agendados regularmente para falar sobre segurança do paciente. Funcionam para pautar tópicos importantes de segurança a serem realizados ao longo do dia ou da semana. Esta ação pode melhorar o clima de segurança, trabalho em equipe, comunicação e liderança.

Como fazer: Para implantar as reuniões rápidas, deve-se começar com quem é engajado e quer participar, explicando o objetivo da reunião e como vai funcionar. No processo de implantação, podem ser abordados problemas passados ou da literatura, como forma de incentivar a cultura não punitiva e tornar o assunto natural. Após o senso de

cultura justa criado, nas próximas reuniões rápidas podem ser abordados problemas de segurança atuais ou preocupações futuras relativas à instituição e população adscrita.

A reunião deve ser estruturada, com a participação de todos os membros da equipe, transparente quanto aos tópicos abordados e encaminhamentos pertinentes. É importante se estabelecer a periodicidade das reuniões rápidas (agendamento das reuniões), podendo ser realizadas diariamente no início ou término da jornada de trabalho, por exemplo. Ainda, recomenda-se que se tenha um condutor para agilizar o processo, espaço de fala para cada membro da equipe para preocupações de segurança do paciente no processo de trabalho, pactuação das ações priorizadas (com nomeação do responsável e período de tempo de execução de cada tarefa) e retomada do assunto nas próximas reuniões.

É importante ajustar a estrutura da reunião usando um primeiro grupo de experimentação para depois expandir para realizá-la com mais frequência ou com mais colaboradores. Ser transparente quanto ao acompanhamento e compartilhamento dos resultados é essencial para engajamento da equipe e desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva. Outro aspecto que merece atenção é o treinamento de outros membros da equipe para coordenar as reuniões rápidas.

Exemplo: A reunião rápida de segurança da Unidade de Saúde (US) será coordenada pelo dentista e ocorrerá uma vez por semana. A equipe identificou falha no armazenamento da soroterapia na farmácia, pois as caixas estavam no chão e também baixa adesão ao protocolo de higienização de mãos (consumo de álcool gel da Unidade estava abaixo do previsto). Então, durante a discussão dos problemas levantados, a equipe decidiu rever o local de armazenamento da soroterapia na farmácia e de realizar o dia D de higienização das mãos, onde farão a

revisão da técnica correta e também sensibilizar sobre os riscos e o motivo pelo qual a higienização é necessária. Ficou definido que a farmácia irá rever o processo de soroterapia e a enfermeira organizará o dia D juntamente com a equipe multiprofissional. A pessoa responsável pela próxima reunião rápida será a técnica de enfermagem.

Referência: Conjunto de ferramentas para a mudança de cultura: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/08/Conjunto-de-ferramentas-para-a-mudan--a-de-cultura.pdf>

Ferramenta Dupla Checagem/Dupla Conferência

Objetivo: Conferir informações importantes a fim de evitar erros.

O que é: Técnica de conferir duas vezes algum processo de trabalho, informação ou material. A dupla conferência é importante em processos mais críticos que possuem potencial de erro e refere-se especificamente à checagem de itens de uma prescrição a fim de garantir o seu cumprimento.

Como fazer: A técnica consiste em verificar as informações duas vezes por pessoas diferentes ou instrumentos diferentes (eletrônico e manual por exemplo), registrando as conferências. A maneira de fazer e registrar a dupla conferência pode ser variável. O importante é aumentar a atenção para etapas críticas do processo incluindo duas conferências de origem distinta, no sentido de minimizar os erros por lapsos de memória. Esta ferramenta pode ser utilizada em associação com demais ferramentas, como o uso de uma lista de verificação (checklist) ou dos 9 certos da administração de medicamentos ou ainda incorporada a um formulário já existente ou registrado em prontuário. A mudança de hábito é gradual e para implementar a ferramenta será necessário vontade, conhecimento, teste, adequação, e

ajustes necessários para incorporar de forma simples ao trabalho diário.

Existem diferentes formas e momentos para a realização da dupla conferência. Seguem alguns exemplos em determinados processos:

a. Processos de controle de estoque (verificação de recebimento, conferência do estoque físico com estoque no sistema eletrônico, solicitação de abastecimento);

b. Dispensação de medicamentos (separação e entrega de medicamentos por pessoas distintas, conferência junto ao paciente dos medicamentos dispensados, dispensação com código de barras conferindo item a item da prescrição);

c. Identificação do paciente antes de realizar algum procedimento (conferência utilizando dois identificadores, conferência da identidade feita pelo profissional e pelo paciente);

A dupla checagem está mais voltada ao cumprimento da prescrição, sendo realizado no preparo da medicação e administração dos medicamentos.

Exemplo Situacional: Dona Márcia da Silva, usuária da UBS Mendes precisava marcar uma consulta médica de rotina para acompanhamento de HAS e DM, foi então até a Unidade de Saúde para realizar o agendamento, chegando lá, dirigiu-se à recepção e solicitou a marcação. A recepcionista solicitou sua carteira de identificação e no momento que foi agendar a consulta conferiu todos os identificadores que são padronizados na Unidade (nome completo e data de nascimento) e perguntou a Dona Márcia seu nome completo e data de nascimento além de conferir as informações no sistema informatizado, para segurança no processo que estava sendo solicitado, evitando uma possível troca de usuários para a mesma consulta.

Este caso ilustra a primeira oportunidade de utilizar a dupla checagem para prevenir troca do paciente atendido. Mas existe outra oportunidade preciosa de utilizar essa ferramenta, que é a dispensação e a administração de medicamentos. Imagine as consequências de entregar uma medicação contraindicada para grávidas ou de aplicar uma vacina contraindicada para pessoas com alergia a ovo? Pois bem, as consequências podem ser desastrosas e até mortais a depender da situação.

Referência: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html.

Ferramenta Ensinar de Volta (*Teach Back*)

Objetivo: Melhorar comunicação e educação ao paciente.

O que é: Uma técnica para checar se o que o profissional de saúde explicou foi claramente compreendido pelo paciente. Esta técnica vai além de perguntas “você entendeu?” ou “está claro?”. Ao contrário, o profissional de saúde pede ao paciente explicar ou demonstrar, usando suas próprias palavras, o que acabou de ser discutido. O ensinar de volta não testa o conhecimento do paciente, mas sim checa se a comunicação foi efetiva entre o profissional e o paciente, ou mesmo entre profissionais.

Como fazer: Depois das orientações, existem algumas formas de verificar qual o entendimento do paciente utilize perguntas abertas, como:

a. “Para eu ter certeza que não esqueci de nada, você poderia me explicar como você vai tomar este medicamento?”

b. “Nós conversamos bastante hoje. O que você achou mais importante?”

c. “Para eu ter certeza que te passei as informações claras, por favor me mostre como você vai usar seu dispositivo para asma em casa?”

Depois de escutar atentamente o que o paciente relatar, reoriente somente o que ainda não foi compreendido pelo paciente. Pode utilizar desenhos, diagramas, formas de simplificar as explicações.

Dependendo da complexidade e quantidade de informações, separe em partes as orientações, verificando a compreensão do conhecimento em cada “bloco” de orientações.

Aplique novamente as perguntas do “ensinar de volta”. Se depois de duas ou três tentativas o paciente ainda não souber explicar, peça ajuda para outro colega que pode ter uma abordagem diferente da sua ou considere utilizar outro método para orientar o paciente ou mesmo solicite apoio de familiar/ rede de apoio se possível.

DICAS:

Inicialmente a equipe deve ser encorajada a aprender a técnica para aprimorar suas habilidades de comunicação. Deve-se começar com um paciente em um dia, testar a técnica e escrever a reflexão (como foi a experiência? Tem algo diferente que deveria ter feito? Há algum desconforto/preocupação do paciente em utilizar esta técnica?). Depois de iniciar o teste com um paciente, estudar o que deu certo e o que deu errado, adequar a técnica, pode expandir o teste para dois pacientes por dia e assim por diante, sempre estudando e adequando conforme a reflexão das experiências. É preciso praticar, praticar, praticar até virar um hábito e fazer parte da rotina.

Recomenda-se o uso da ferramenta sempre quando tiver contato com paciente, durante as consultas, orientações e visitas. É importante utilizar uma linguagem clara, empática, apropriada para o paciente para que as orientações sejam compreendidas. Evite utilizar perguntas fechadas como “isto está claro?” ou “você entendeu tudo direitinho?”.

Exemplo situacional: A enfermeira Clara da US Mendes estava em consulta de enfermagem com o seu Carlos Guimarães, pois ele precisava coletar exames laboratoriais após ter passado pela consulta médica. Ele era diabético e fazia uso de medicações de controle glicêmico. Um dos exames laboratoriais prescritos era a glicemia de jejum, para isso, seu Carlos precisaria fazer jejum de no mínimo 8h e no máximo 12h. Como já se passavam das 16h e a coleta de exames seria no outro dia às 8h da manhã, a enfermeira Clara orientou o usuário que ele poderia ingerir alimentos até a meia noite, e beber água sem restrições e levar seu documento de identificação. Para se certificar que seu Carlos entendeu todas as orientações, a enfermeira Clara perguntou se ele poderia repetir todas as orientações que ela havia lhe informado.

Seu Carlos disse que teria de trazer o documento de identidade, que podia beber água normalmente, mas que só poderia comer até o final do dia de hoje. Tranquila com a compreensão e resposta de Carlos a consulta terminou. No dia seguinte, o exame transcorreu em segurança.

Referência: Scottish Health Council, Making sure your voice counts. Teach Back. Disponível em: <https://www.hisengage.scot/> Acesso em: 09 set. 2020.

Ferramenta IDRAW

Objetivo: Estruturar informações para melhorar a comunicação durante uma transferência de paciente.

O que é: Ferramenta para melhorar a comunicação durante uma transferência através de um formato padronizado de comunicação. O IDRAW possui cinco componentes:

I: de identidade;

D: de diagnóstico;

R: de recentes mudanças;

A: de antecipação de mudanças;

W: do inglês “What else should I be worried about?” que significa “Com o que mais eu deveria me preocupar?”.

É aplicável em diferentes ambientes de assistência à saúde, podendo ser realizado pessoalmente, verbalmente, por telefone, em formulários ou reuniões.

Como fazer: O IDRAW é uma ferramenta para estruturar informações utilizada especificamente para transferência de cuidados entre diferentes instituições de saúde. Da mesma forma que demais ferramentas, primeiro deve-se começar o teste do uso da ferramenta em pequena escala, adequar conforme cada realidade para depois expandir sobre a ferramenta em si, abaixo estão descritos os componentes: identidade de dois identificadores de pacientes e identidade do prestador principal.

Exemplo Situacional: Sr. Antônio Fernandes da Cunha chega à US às pressas com queixa de dor no peito e é diretamente encaminhado para a triagem da equipe de enfermagem, apresentando sinais vitais e glicemia alterados e sugestivos de síndrome coronariana aguda. A médica da US decide transferir para o serviço hospitalar e assim realiza a ligação para regular o paciente e passar o caso.

I: Antônio Fernandes da Cunha, nascido em 18/04/1954, veio à Unidade de Saúde Americana referindo dor no peito.

D: Possui 65 anos, é hipertenso e diabético há 10 anos. Faz uso de captopril (25mg vo 12/12h), met-

formina (850mg vo 3x/dia), sinvastatina (20 mg vo à noite) e hidroclorotiazida (25mg vo pela manhã).

R: Encontra-se com PA 190/110 mmHg, HGT 390 mg/dL e dor torácica em pontada com início às três e meia da tarde.

A: Ele precisa de monitoramento dos sinais vitais e realização de ECG.

W: O caso sugere uma Síndrome coronariana aguda.

Referência: Conjunto de ferramentas para a mudança de cultura: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/08/Conjunto-de-ferramentas-para-a-mudan--a-de-cultura.pdf>

Ferramenta SBAR

Objetivo: Estruturar informações para melhorar a comunicação da equipe.

O que é: Ferramenta para melhorar a comunicação através de um formato padronizado de comunicação. O SBAR possui quatro componentes: S de situação, B de background, A de avaliação e R de recomendação. É aplicável em diferentes ambientes de assistência à saúde, podendo ser realizado pessoalmente, verbalmente, por telefone, em formulários ou reuniões.

Como fazer:

a. Preparação da equipe para utilizar:

Como toda a ferramenta com objetivo de melhorar a comunicação, ela deve ser utilizada e de conhecimento de todos da equipe. Para começar a utilizar a ferramenta, comece encontrando pessoas que estejam interessadas em utilizá-la. Depois pense em como aplicá-la a ferramenta, se será por meio de um formulário (onde ficará este formulário? Para quais situações será utilizado? Precisa adequar

alguma pergunta?), se será durante a passagem de informações por telefone (terá algum lembrete no lado do telefone?), se será para estruturar reuniões de equipe sobre situações clínicas do paciente, etc. Pratique seu uso com alguns membros da equipe e faça alterações necessárias a partir destas experiências. Teste novamente com as alterações até ver se a ferramenta é aplicável para somente depois expandir a experiência. É importante sanar todas as dúvidas bem como deixar claro o porquê de seu uso para todos da equipe.

b. Utilização:

Entenda o que significa cada letra da palavra SBAR. Esse formato auxilia a lembrança do quais questões devem ser abordadas.

Situação: Qual é a situação atual?

Descreva a história do paciente de forma resumida e objetiva. Comorbidades importantes e eventos prévios devem ser abordados aqui, por exemplo: cirurgias, alergias, sinais vitais anteriores, etc.

Background: Quais são as informações relevantes sobre os antecedentes do paciente, história clínica?

Descreve a história resumida e relevante do paciente. Comorbidades importantes e eventos prévios devem estar registrados aqui, por exemplo: cirurgias, alergias, sinais vitais anteriores, etc.

Avaliação: Qual é a sua avaliação da situação?

Trata-se de sua avaliação. Aqui você pode destacar os dados que embasaram a sua avaliação (dados de exame físico, exames complementares, por exemplo).

Recomendação: O que você avalia que deve ser feito ou do que você precisa nesse momento? Qual é a solução/ encaminhamento específico para o problema?

Trata-se da sua recomendação a partir da sua avaliação. Defina a sugestão do plano terapêutico, qual encaminhamento, quais exames ou procedimentos devem ser feitos, mudanças nas prescrições, etc.

IMPORTANTE: Lembre-se de fazer os registros de comunicação e atendimento utilizando o SOAP usualmente utilizado.

Exemplo: Sr. Antônio Chagas chegou à US pois tinha consulta médica de rotina agendada. Ao ser verificado seus sinais vitais e glicemia antes da consulta, foram observados importantes alterações nos mesmos e assim encaminhados ao médico que iria atendê-lo. A técnica de enfermagem que verificou os sinais vitais e glicemia e foi comunicar ao médico a situação do paciente:

Situação: Boa Tarde, Dra Bruna, o Sr Antônio Chagas veio para consulta de rotina, está com HGT 390 mg/dL, PA 190/110 mmHg com dor no peito tipo pontada, sem piora ao respirar.

Background/Histórico: Ele tem 65 anos, apresenta HAS e DM, faz uso de captopril, metformina, hidroclorotiazida e sinvastatina. Nos últimos dois dias diz que não está tomando captopril e metformina.

Avaliação: Agora o paciente está hipertenso, hiperglicêmico e com dor no peito.

Recomendação: Preciso que a senhora avalie o paciente urgentemente pois provavelmente ele terá que ser transferido.

Referência: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/08/Conjunto-de-ferramentas-para-a-mudan--a-de-cultura.pdf>

Ferramenta Palavra PIS

Objetivo: Comunicar e aumentar priorização de questões de segurança.

O que é: PIS é um acrônimo que significa o seguinte:

“Estou preocupado...”, “Estou incomodado...”, “Isso é inseguro...”, “Estou assustado...”, “Essa é uma questão de segurança...”, “PARE”. A palavra PIS trata de uma palavra, uma frase ou até mesmo um gesto para ser utilizado durante o processo de trabalho entre os membros da equipe a fim de chamar atenção para alguma questão de segurança. A ideia de utilizar a palavra PIS é parar ou tomar alguma atitude de “contingência” diante de um risco durante o processo de trabalho. Esta ferramenta serve para aumentar o nível de preocupação com questões de segurança, sem gerar confronto direto. Sua utilização na equipe de saúde facilita o diálogo em relação à segurança de maneira fácil e automática.

Como fazer: Acordar com a equipe o uso da Palavra PIS. Escolher quais serão as palavras PIS da equipe, que faz sentido para todos. Alguns exemplos são: “Incomodado”, “Inseguro”, etc. Divulgar a palavra PIS acordado de forma a ser de conhecimento geral da equipe quais essas palavras serão utilizadas com o objetivo de sinalizar situações preocupantes de segurança. Recomenda-se testar, e ajustar o uso da Palavra PIS para ver sua adequação para cada realidade da equipe, além de realizar o treinamento da ferramenta.

Exemplo: A equipe de saúde está implementando a ferramenta “palavra PIS” na US. Eles sabem que precisam escolher uma palavra que irá

representar um sinal de alerta para a equipe e todos devem saber, pois quando ela for dita, tudo que se está fazendo no momento deve ser parado e reavaliado. A palavra PIS escolhida pela equipe da US Mendes é: “Cheguei” e já foi utilizada em algumas situações.

Um exemplo aconteceu quando o ACS e a enfermeira foram visitar dona Carmem de Arruda. A visita tinha por objetivo saber como andava a saúde dela e como estava a cicatrização de uma ferida na perna. As profissionais foram recebidas com um bom dia e chamadas a entrar pela filha. A enfermeira pediu então para ver dona Carmem e já ia verificar o curativo, quando o ACS diz “Cheguei” com um toque no ombro da enfermeira. Ela então se tocou que tinha esquecido de higienizar as mãos antes de tocar a paciente. Foi por pouco, mas a técnica deu certo e a enfermeira conseguiu higienizar as mãos graças à intervenção da colega.

Em outros momentos a técnica é usada de outra forma como uma forma de abordar chefias ou outras classes profissionais. Como no caso a seguir: Dr João, estou preocupada com a situação de dona Antonia amorim que acabou de sair, pois ela me relatou que tem sentido muito enjoo com a medicação que está usando. Será que o senhor pode conversar com ela pra saber se precisa trocar o medicamento?

Referência: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/08/Conjunto-de-ferramentas-para-a-mudan--a-de-cultura.pdf>

Ferramenta Tutor de Segurança

Objetivo: Incentivar cultura de segurança do paciente e desenvolver ações de segurança do paciente.

O que é: Escolher um “tutor de segurança”. Este é alguém que tem o conhecimento e as habilidades para ser um recurso para todos acessarem sempre que precisarem de orientação. serve para orientar e incen-

ativar o restante da equipe para aprimorar processos de trabalho voltadas à temática. Lembre-se que a segurança é responsabilidade de todos.

Ter um tutor simboliza a importância que a instituição dá para segurança do paciente, sendo uma ferramenta para incentivar uma cultura de segurança positiva.

Como fazer:

a. A escolha do tutor deve ter um caráter voluntário preferencialmente. Qualquer membro da sua unidade pode ser um tutor de segurança. É mais importante escolher um voluntário do que alguém que tenha um cargo específico;

b. Capacite essa pessoa em segurança do paciente e melhoria da qualidade;

c. Esclarece primeiramente a todos o intuito de se ter um tutor: O objetivo é atuar como um mediador para todos os colegas, promovendo uma abordagem não punitiva à segurança;

d. Dê ao tutor da segurança mais capacidade de agir em questões de segurança, como a autoridade para fazer certos tipos de melhorias nos processos ou ter um tempo alocado durante as reuniões para trabalhar a segurança do paciente na unidade;

e. O tutor da segurança deve ser apresentado pelo responsável técnico aos outros membros da equipe como seu aliado. Garanta que essa função seja realmente não punitiva para permitir que o tutor atue como um recurso para os outros.

Outros critérios importantes são: conhecimento e habilidades relativas à segurança do paciente (como trabalhar de maneira colaborativa, justa,

comunicativa, pró-ativa e motivadora) e liberdade para propor e executar ações (mudança de processos e reuniões, por exemplo).

Garantir o treinamento sobre tópicos e ferramentas de segurança do paciente para que este tutor seja essencial, uma vez que será a pessoa referência sobre o assunto para os demais membros da equipe. A disponibilidade, comprometimento e bom relacionamento são atributos interessantes para o desempenho da figura do tutor.

Exemplo: As manhãs da UBS Mendes eram bastante movimentadas, mas principalmente naquele dia, a enfermeira Maria que era a tutora de segurança da US estava recebendo muitas informações dos seus colegas de equipe a respeito de várias questões preocupantes referente à segurança do paciente nos processos de trabalho. Ela mesma tinha se disponibilizado a ser tutora naquele mês pois ela gosta muito de estudar sobre a temática e tem uma ótima relação de trabalho com seus colegas. A enfermeira Maria ficou preocupada com as seguintes sinalizações: O Dr. Antero, médico da Unidade de Saúde, alertou sobre a troca de prontuários que ocorreu pela segunda vez naquela semana com ele antes de suas consultas e que por ter realizado a dupla conferência do nome completo e data de nascimento com os pacientes antes de iniciar as consultas conseguiu barrar o provável erro. A tutora de segurança, escolhida para aquele semestre, recebeu a sugestão de um colega para disponibilizar uma lista de verificação com quatro itens em cada mesa para evitar troca de prontuários. Os colegas testaram e após 2 ajustes, começaram a utilizar esse dispositivo para evitar confusão na unidade de saúde.

Referência: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/08/Conjunto-de-ferramentas-para-a-mudan--a-de-cultura.pdf>

Ferramenta 9 Certos de Administração de Medicamentos

Objetivo: Conferir itens importantes durante a administração de medicamentos.

O que é: Trata-se de um conjunto de medidas a ser verificadas antes da administração de medicamentos para assegurar seu uso de forma segura. São nove itens que necessitam estar adequados (ou seja, certos) para uma medicação segura, que são: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa. Servem para alertar os profissionais sobre fatores que podem ocasionar os erros de medicação. Cada um dos “certos” funciona como uma barreira efetiva para evitar as ocorrências de eventos indesejados ao paciente.

Como fazer: O uso da ferramenta deve ser realizada antes da administração de um medicamento, seguindo a conferência dos itens. Cada item serve como barreira de segurança, não devendo seguir o processo caso esteja inadequado. A fim de facilitar o processo, um exemplo é utilizar uma lista de verificação (checklist) com os 9 certos de administração de medicamentos, com o registro de cada certo verificado. Como verificar os certos?

Paciente certo: Perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar dupla conferência (no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto);

Medicamento certo: Checar se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito. O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado;

Via certa: Identificar a via de administração prescrita e a ser realizada;

Hora certa: Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica;

Dose certa: Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento. Atentar para o rótulo do medicamento, bem como a dose preparada;

Registro certo: Registrar na prescrição/prontuário o horário da administração do medicamento. Checar o horário da administração do medicamento a cada dose;

Ação certa: Garantir que o medicamento é prescrito pela razão certa;

Forma certa: Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica adequada ao paciente.

Resposta certa: Observar o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado.

Exemplo: A sala de medicação é sempre bastante movimentada e na US Mendes não é diferente. Todos os dias algumas verificações de segurança são realizadas para que os profissionais de saúde que lá atendem possam ofertar um cuidado mais seguro aos seus usuários. Recentemente incorporando a rotina de cuidados e verificações da sala de medicação, a equipe está testando um novo check list com o objetivo de deixar o processo medicamentoso mais seguro, nesse check list está disposto os 9 certos da medicação, assim, toda a vez que o profissional for administrar qualquer medicação, ele precisa realizar os 9 certos para se certificar que o processo está correto, e após deverá anexar o documento no prontuário do usuário, mantendo também as informações atualizadas. Faz 10 dias que a equipe de saúde incorporou esse novo

processo a rotina e não apresentou mais nenhuma quase falha ou erro de medicação. Ficou combinado que no 15º dia de teste será realizada uma reavaliação para possíveis ajustes.

Referência: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (ed). Anexo 03: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Distrito Federal. 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo-Medicamentos.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020

Ferramenta 5 Momentos para Higiene de Mãos

Objetivo: Identificar os momentos para higienização de mãos e realizar a prática nesses momentos a fim de reduzir o risco de transmissão de infecções via contato.

O que é: São momentos para lembrar de higienizar as mãos antes, durante e após o atendimento ao paciente. São eles: 1) Antes de tocar o paciente; 2) Antes de realizar procedimento limpo ou asséptico; 3) Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções; 4) Após tocar o paciente; 5) Após tocar superfícies próximas ao paciente.

Como Fazer: Para utilização da ferramenta, sugere-se treinamento e engajamentos de todos da equipe de saúde, incluindo o próprio paciente. Ampla divulgação dos momentos por meio de recursos visuais é uma estratégia. Acesso aos dispensadores de álcool 70%, pias, água e sabão é de extrema importância para a adesão aos momentos de higienização, bem como a técnica correta da higienização.

Exemplo: Hoje é um dia muito especial para a US Mendes, pois está sendo realizado “o dia D de higiene de mãos”, onde os profissionais de saúde estão autoavaliando uns aos outros e realizando

atividades lúdicas para saberem se realmente estão utilizando a técnica correta deste processo. Eles tiveram essa idéia pois durante uma reunião de equipe foram levantadas algumas questões de necessidade dos próprios profissionais em resgatar o processo de higiene em todos os 5 momentos que se aplicam, para assim, poderem orientar de forma mais segura os usuários que frequentam a US. A ação do dia D foi um sucesso propagando a técnica correta de higiene de mãos e também os 5 momentos em que deve ser realizada para equipes e usuários e acompanhantes. O momento foi utilizado também para sinalizar as necessidades de mais dispositivos de sabão e álcool gel que precisam ser dispostas na US principalmente na recepção.

Referência: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (ed). Anexo 01: Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. Distrito Federal, 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/PROTOCOLO-HIGIENE-DAS-M--OS.pdf>. Acesso: 09 set. 2020.

Ferramenta 5 Momentos de Uso Seguro de Medicamentos da OMS

Objetivo: Incentivar envolvimento do paciente quanto ao uso de seus medicamentos.

O que é: Ferramenta desenvolvida pela OMS para o terceiro desafio global de segurança do paciente “Medicação sem danos”. Trata-se de perguntas que o paciente deve fazer ao profissional de saúde sobre seus medicamentos nos cinco momentos críticos a seguir: início, durante o uso, quando adiciona algum medicamento ao seu tratamento, quando revisa os medicamentos em uso e quando para o uso de um medicamento.

Como fazer: A utilização da ferramenta útil para estimular a participação do paciente no seu cuidado por meio de educação. Para isso, as perguntas

dos 5 momentos podem ser divulgadas em diferentes meios de comunicação, como: cartazes, folders, panfletos, livretos e ilustrações. As perguntas são aplicáveis em diferentes níveis de atendimento e em diferentes configurações e contextos. Paciente, cuidador e família devem ser estimulados a questionar sobre seus medicamentos aos profissionais de saúde durante todo o seu itinerário terapêutico, como por exemplo, em unidades de saúde, consultas a profissionais de saúde, visitas domiciliares, na farmácia, em ambulatórios. Dessa maneira o usuário tira suas dúvidas durante a consulta, aprende como utilizar corretamente a medicação, sabe o efeito esperado como também fica alerta aos efeitos adversos que a medicação pode causar e em que situações deveria retornar e procurar ajuda.

Exemplo: Após ter implantado a ferramenta dos 9 certos de medicação e ter apresentando ótimos resultados a equipe de saúde da Unidade de Saúde Mendes resolveu dar continuidade a tornar os processos de medicação mais seguros. Desta vez,

optaram por testar a ferramenta 5 momentos do uso seguro dos medicamentos, durante as consultas de enfermagem. A Enfermeira Carla tinha uma consulta de enfermagem agendada para a usuária Alice que estava gestante de 9 semanas e iria iniciar com uma medicação antiemética para náuseas e enjoos. Carla aproveitou então para utilizar a cartilha dos 5 momentos do uso seguro de medicação e chamou a farmacêutica Joana para orientar a paciente na introdução dessa medicação prescrita pelo médico da Unidade de Saúde.

Iniciou as orientações apresentando o nome do medicamento e para o que ele servirá (Dramin B6, 50mg, 8/8h, se necessário), falou sobre os possíveis efeitos adversos, orientou sobre quando e quanto ela deveria utilizar esse medicamento, explicou porque ela precisaria tomar essa medicação e se poderia interagir com algum outro medicamento de uso eventual, por quanto tempo deverá utilizá-lo, quando deve para de tomar e a quem ela deveria procurar em caso de algum efeito indesejável.

Figura 1 – 5 momentos para uso seguro de medicamentos

5 MOMENTOS DE USO SEGURO DE MEDICAMENTOS



Iniciando um medicamento

- Qual é o nome deste medicamento é para o que ele serve?
- Quais são os riscos e os efeitos adversos?



Usando meu medicamento

- Quando eu devo tomar este medicamento e quanto eu tenho que tomar cada vez?
- O que eu devo fazer se apresentar reações adversas?



Adicionando outro medicamento

- Eu realmente preciso de outro medicamento?
- Este medicamento pode interagir com os meus outros medicamentos?



Revisando meus medicamentos

- Por quanto tempo eu toma cada medicamento?
- Eu estou usando medicamentos que eu não preciso mais?



Parando meus medicamentos

- Quando eu devo parar de tomar cada medicamento?
- Se eu parar o meu medicamento devido a um efeito indesejável onde eu devo reportar?

Fonte: WHO, 2020

Ao final da consulta, Alice tirou as dúvidas com a equipe. Joana e Carla notaram que a consulta foi ágil e objetiva pelo simples fato de terem utilizado a técnica estruturada dos 5 MOMENTOS PARA MEDICAÇÃO”

Referência: WHO. 5 Moments for medication safety. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/5moments/en/>. Acesso em: 09 set. 2020.

Ferramenta Leia de Volta (Read Back)

Objetivo: Apoiar comunicação efetiva por meio de conferência e anotação de informações

O que é: Técnica de conferência de passagem de informação a fim de tornar comunicação efetiva. Trata-se de anotar a informação passada, ler de volta o que foi anotado e validar informação com o emissor, fazendo o circuito fechado de comunicação. É uma ferramenta útil para comunicação de forma geral, sendo usada principalmente para passagem de informações por telefone.

Como fazer: Da mesma forma que demais ferramentas de comunicação, primeiro deve começar o teste do uso da ferramenta em pequena escala, adequar conforme cada realidade para depois expandir. Praticar, praticar, praticar até virar um hábito e fazer parte do processo de trabalho.

Os passos para execução da ferramenta são:

1 - Escutar a informação emitida (por exemplo, resultado de exame, orientação de cuidado, etc);

2 - Anotar a informação na íntegra, contemplando os dados necessários (por exemplo, identidade do paciente, resultado de exame, etc);

3 - Ler em voz alta a informação anotada na íntegra ao emissor;

4 - Confirmar a informação com o emissor.

Exemplo: Durante uma visita domiciliar a técnica de enfermagem Ângela estava avaliando o usuário José Carlos, ele lhe falou que estava a alguns dias sem as medicações de uso contínuo para hipertensão, Ângela então aferiu seus sinais vitais e verificou que seu José estava hipertenso. Logo ligou para US e solicitou falar com a Enfermeira Daniela, que prontamente se dirigiu à recepção e agendou uma consulta de urgência com médico de família da US. Falou para a técnica que a consulta seria naquele dia mesmo dia 16/07, às 15h com o Dr. Paulo. Ângela então anotou essas informações, repetiu a informação para Daniela, que confirmou os dados. Assim foram repassados com segurança ao Sr. José Carlos.

Referência: WHO. Communication during patient hand-overs. Patient Safety Solutions, vol 1, 2007. Disponível em: https://www.okhealthcareworkforce.com/Conferences/documents/JCO_CommunicationDuringPatientHandovers.pdf. Acesso em: 09 set. 2020

Aprendendo com os Erros

Os “sete níveis de segurança” estabelece as questões que interferem na segurança do paciente de acordo com as seguintes categorias: fatores ligados ao paciente, à tarefa, aos profissionais individuais, à equipe, às condições de trabalho, à organização e ao contexto institucional mais amplo (Tabela 1).

O protocolo ALARM/LONDRES estabeleceu uma metodologia estruturada para avaliar e conduzir um incidente.

Aprenda mais no manual “Aprendendo com os erros” produzido pela OMS e traduzido no Brasil que ensina os profissionais a fazer uma oficina disponível no link: <https://proqualis.net/livro/oficina-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-aprendendo-com-os-erros>

Considerações Finais

Agora que você já conhece algumas ferramentas de segurança do paciente, inicie a implementação das mesmas na sua Unidade de saúde e

Tabela 1 – O referencial ALARM/LONDRES de fatores contribuintes

Tipos de fatores:	Exemplos de fatores contribuintes:
Fatores ligados ao paciente	Complexidade e gravidade da doença
	Idioma e comunicação
	Personalidade e fatores sociais
Fatores ligados à tarefa e à tecnologia	Desenho e clareza da tarefa
	Disponibilidade e uso de protocolos
	Disponibilidade e precisão dos resultados de exames
	Métodos de apoio à tomada de decisões
Fatores individuais (ligados aos profissionais)	Atitudes, conhecimentos e habilidades
	Competência
	Saúde mental e física
Fatores ligados à equipe	Comunicação verbal
	Comunicação escrita
	Supervisão e pedidos de ajuda
	Estrutura de equipe (congruência, consistência, liderança)
Fatores ligados ao ambiente de trabalho	Contingente de pessoal e conjunto de habilidades
	Carga de trabalho e turnos de trabalho
	Desenho, disponibilidade e manutenção dos equipamentos
	Suporte administrativo
	Ambiente físico
Fatores organizacionais e administrativos	Recursos financeiros e restrições
	Estrutura organizacional
	Políticas, normas e metas
	Cultura de segurança e prioridades
Fatores ligados ao contexto institucional	Contexto econômico e regulamentar
	Ambiente mais amplo dos serviços de saúde
	Relações com organizações externas

Fonte: VINCENT & ALMABERTI, 2016

desenvolva uma cultura de segurança. Lembre-se: converse com sua equipe antes e defina qual ou quais ferramentas serão implementadas e testadas, veja o que precisa ser ajustado e só então use de forma ampla no serviço. Não desista, você consegue.

A utilização de ferramentas auxilia na estruturação da comunicação, do trabalho em equipe e da organização do trabalho. Cada um fazendo a sua parte, todos ficam mais seguros!

Leituras Sugeridas

Conjunto de ferramentas para a mudança de cultura:

pg 98 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html.

pg 107:: WHO. 5 Moments for medication safety. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/5moments/en/>. Acesso em: 09 set. 2020.

WHO. Communication during patient hand-overs. Patient Safety Solutions, vol 1, 2007. Disponível em: https://www.okheal-thcareworkforce.com/Conferences/documents/JCO_CommunicationDuringPatientHandovers.pdf. Acesso em: 09 set. 2020.

Boletim Ismp Brasil. Desafio Global De Segurança Do Paciente Medicação Sem Danos. | Volume 7 | Número 1 | Fevereiro 2018

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; MISHIMA, Silvana Martins. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 5, n. 9, p.150-3, 2001.

BOHRER, Cristina Daiana. et al. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. Revista de Enfermagem da UFSM, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 50-60, jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso em: 09 set. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 03: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo-Medicamentos.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 01: Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002347fQHsQg.pdf>. Acesso: 24 jun. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2014.

CARD, Alan J.; WARD, James R.; CLARKSON, P. John. Beyond FMEA: the structured what-if technique (swift). Journal Of Healthcare Risk Management, Nova Jersey, v. 31, n. 4, p. 23-29, 2012.

KAWATA, Lauren Suemi. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 313-320, jun. 2009.

KENNEDY, Colleen. *Culture Change Toolbox*. Patient Safety & Quality Council, Vancouver, 2018. Disponível em: <https://bcpsqc.ca/resource/culture-change-toolbox/>. Acesso em: 09 set. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Desafios do SUS*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019.

PEDUZZI, Marina. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

SOUSA, Paulo. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. In: SOUZA, Paulo; MENDES WALTER (ORG). *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014, capítulo 7.

WHO. *Communication during patient hand-overs*. Patient Safety Solutions, vol 1, 2007. Disponível em: https://www.okhealthcareworkforce.com/Conferences/documents/JCO_CommunicationDuringPatientHandovers.pdf. Acesso em: 09 set. 2020.

WHO. *5 Moments for medication safety*. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/5moments/en/>. Acesso em: 09 set. 2020.

Educação de Profissionais de Saúde em Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

Ana Paula Tussi Leite

Pontos de Destaque:

- **É importante que as equipes de Atenção Primária à Saúde saibam adaptar suas práticas para um cuidado mais efetivo e seguro;**
- **A Educação Permanente em Saúde se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam nas tarefas do cotidiano;**
- **Para a aplicação das práticas em Educação Permanente em Saúde sugere-se a elaboração de um plano de ação sistematizado contendo 6 itens: identificação das necessidades, objetivos das ações, público alvo, metodologia, duração e avaliação;**
- **Cada equipe tem autonomia para decidir a forma de trabalho que melhor se encaixa nas suas necessidades.**

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os anos, milhões de pessoas sofrem danos desnecessários causados por serviços de saúde inseguros (WHO, 2008). Muitos deles são evitáveis, portanto particularmente preocupantes e passíveis de intervenções preventivas. A segurança do paciente hoje é tratada como tema de muita importância a nível mundial, e a OMS tem liderado várias iniciativas em prol de cuidados mais efetivos, seguros e eficientes das pessoas que utilizam os serviços de saúde.

A partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela OMS em 1978, foi criado um documento conhecido como Declaração de Alma-Ata, no qual estava explicitada, na primeira definição de Atenção Primária à Saúde (APS), que os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade (BRASIL, 2002).

Entende-se por Segurança do Paciente a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. No Brasil, em alinhamento às diretrizes da OMS, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 529, de 01/4/2013, instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

A Atenção Primária à Saúde (APS) constituiu-se como a porta de entrada, o primeiro contato da pessoa, da família e da comunidade com o sistema de saúde. É definida como um cuidado acessível, coordenado, integral e contínuo durante o tempo, atendendo às mais diversas necessidades de saúde da população. Sendo assim, cuidados primários ineficazes ou inseguros podem aumentar os danos evitáveis aos usuários do sistema.

Diante da complexidade e das exigências da APS, se faz necessária a elaboração de novas estratégias para garantir o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes das equipes de saúde. O artigo 200 da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988). Portanto, as questões da educação na saúde passam a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema.

Ao considerar que a “prática colaborativa acontece quando vários profissionais de saúde com diferentes experiências profissionais trabalham com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades para prestar assistência da mais alta qualidade. Ela permite que os profissionais de saúde integrem

qualquer indivíduo cujas habilidades possam auxiliar na conquista dos objetivos de saúde locais” (OMS, 2010).¹

A proposta deste capítulo é descrever como elaborar um plano de educação permanente em saúde para os profissionais na temática da segurança do paciente na APS, apresentando métodos de ensino diversos.

Segurança do Paciente - Metas

A APS se caracteriza por um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção da saúde e a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2020), devendo ser orientada pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade. É a porta de entrada do SUS e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, ou seja, funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços na RAS, dos mais simples aos mais complexos, e apresenta uma magnitude muito maior que a atenção hospitalar.

Utilizando a definição de que Segurança do Paciente (SP) é reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria GM/MS 529/2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que se propõe a trabalhar a Segurança do Paciente em todos os estabelecimentos de saúde no território nacional, e que tem como ações para a promoção da SP a implementação das 6 metas de Segurança do Paciente já citadas nos capítulos anteriores.

¹ Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (WHO/HRH/HPN/10.3)

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, são atribuições de todos os profissionais da APS instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos. Acredita-se que os problemas relacionados à Segurança do Paciente na APS não estão relacionados à falta de conhecimento propriamente dita, mas sim à ausência de algo que faça a equipe de saúde despertar para a importância de sistematização do processo de cuidado. Sendo assim, torna-se essencial e estratégico que as equipes de saúde aprendam como adaptar para o contexto da APS e como colocar em prática as 6 metas de Segurança do Paciente, por meio da instituição dos protocolos básicos de segurança do paciente e além de que se motivem para as mudanças de outras práticas em prol de um cuidado mais seguro e efetivo.

Educação Permanente em Saúde

Segundo o glossário eletrônico temático da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Educação na saúde "*consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular*" (BRASIL, 2012, p. 20). Ela apresenta duas modalidades: Educação continuada e Educação permanente em saúde.

A Educação continuada compreende espaços formais e práticas escolarizadas de educação que utilizam pressupostos da metodologia de ensino tradicional, como, por exemplo, cursos de pós-graduação. Está relacionada ao *processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio da escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele* (BRASIL, 2012, p. 19).

Em relação à Educação permanente em saúde (EPS), a BVS traz como definição:

"ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde" (BRASIL, 2012, p. 20).

É importante destacar que a EPS se configura como aprendizagem no trabalho, na qual o aprender e o ensinar se incorporam nas tarefas do cotidiano. Se caracteriza pela grande potencialidade de gerar reflexões sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, através da proposta do aprender a aprender, trabalhar em equipe, construir cotidianos e eles próprios constituírem-se como objetos de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2018).

Levando em conta esse contexto, a EPS pode ser desenvolvida e adaptada para a realidade de cada nível local do sistema de saúde e de acordo com as necessidades identificadas localmente. Além disso, desperta na equipe de saúde a reflexão sobre a sua realidade e a buscar soluções criativas para a superação dos problemas de saúde, a fim de qualificar as ações contribuindo para que os processos de trabalho sejam resolutivos e eficientes.

Saiba mais:

No Brasil, em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, e teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007. A PNEPS tem como finalidade transformar as práticas do trabalho, com base em reflexões críticas, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços.

No contexto da APS, em que os acontecimentos do dia a dia são muito dinâmicos e exigem da equipe de saúde constante atualização, é fundamental incorporar e aplicar a inovação em saúde. Por inovação entende-se a introdução e adoção de novos processos, produtos, práticas, programas ou políticas criadas para atender a um problema real e que se destina a trazer benefícios significativos para indivíduos, grupos, sociedade ou organizações (BRASIL, 2016).

As práticas de EPS em Segurança do Paciente na APS podem ser consideradas inovações em saúde e, para sua aplicação, sugere-se a elaboração de um plano de ação sistematizado contendo 6 itens, os quais serão detalhados na sequência:

- 1- identificação das necessidades;
- 2- objetivos das ações;
- 3- público alvo;
- 4- metodologia;
- 5- duração;
- 6- avaliação.

1. Identificação das necessidades:

Essa primeira etapa consiste na análise e na identificação, pela equipe de saúde, dos problemas existentes no âmbito da segurança dos pacientes e que demandam ações educativas. Nesse momento, sugere-se caracterizar as necessidades, a fim de elaborar estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde.

Outra porção importante para avaliar as necessidades de desenvolvimento dos profissionais é identificar quais as competências de Segurança precisam ser trabalhadas junto aos trabalhadores para que eles consigam atuar, decidir e trabalhar com foco na segurança.

2. Objetivo das ações:

Consiste em descrever com clareza o que a equipe será capaz de realizar depois que passar pela atividade de EPS. O objetivo de aprendizagem é a descrição de um desempenho esperado após a conclusão da atividade e é um passo fundamental para a organização e estruturação de um processo educacional.

Há muitos instrumentos que apoiam o planejamento de atividades didáticas, sendo um deles a Taxonomia de Bloom, que tem como objetivo ajudar no planejamento, organização e controle dos objetivos de aprendizagem (FERRAZ & BELHOT, 2010).

A Taxonomia de Bloom caracteriza os objetivos de aprendizagem em 3 domínios:

- Cognitivo: refere-se ao aprender, dominar um conhecimento;
- Afetivo: refere-se aos sentimentos, atitudes e emoções;
- Psicomotor: refere-se a habilidades físicas específicas.

O domínio cognitivo é, dentre os três, o mais frequentemente utilizado, e é o que será melhor explanado a seguir. Nele, os objetivos foram agrupados em categorias que respeitam uma ordem hierárquica de complexidade e dependência (do mais simples ao mais complexo). Para ascender a uma nova categoria, é necessário ter adquirido o conhecimento anterior, uma vez que cada categoria utiliza o que foi adquirido no nível anterior. As seis categorias desse domínio são: Conhecimento, Compreensão, Aplicação, Análise, Síntese e Avaliação (Figura 1).

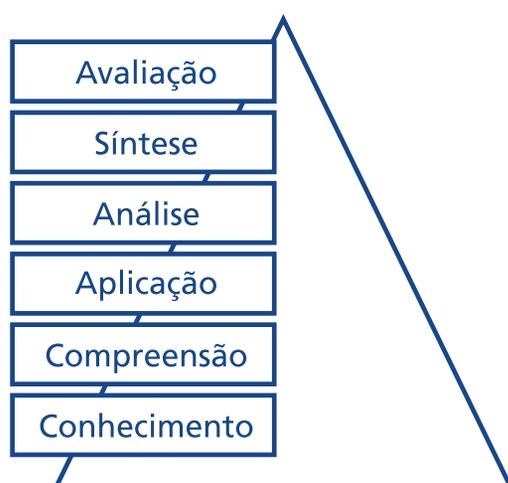


Figura 1 – Pirâmide das categorias do domínio cognitivo da Taxonomia de Bloom.

Fonte: Adaptado de FERRAZ & BELHOT, 2010.

Cada categoria tem sua definição específica e a ela estão relacionados verbos que dão suporte ao planejamento educacional, conforme descrito no Quadro 1.

Essa ferramenta é útil no momento do planejamento e descrição de quais competências, habilidades e atitudes desejam ser trabalhadas com os alunos. Também auxilia na definição de quais atividades devem ser realizadas para atingir o que foi proposto.

3. Público alvo:

Consiste em definir qual será o público ao qual a EPS será destinada. Sugere-se que as atividades sejam realizadas a nível de campo através da Educação Interprofissional em Saúde (EIP), abordagem prioritária nas políticas de educação em saúde (BRASIL, 2016). A EIP consiste em ocasiões onde membros ou estudantes de duas ou mais profissões aprendem com os outros, entre si e sobre os outros para aprimorar a colaboração e qualidade dos cuidados e serviços (CAIPE, 2017). É conhecida, também, como uma atividade em que dois ou mais profissionais aprendem juntos, de modo interativo, a fim de valorizar a qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2016).

4 - Metodologia:

Consiste em descrever através de quais métodos de ensino as atividades serão realizadas. Deve-se atentar para que as atividades contemplem os objetivos elencados na fase anterior, além de estarem em conformidade com a realidade da equipe de saúde ou com o público ao qual a atividade se destina (público-alvo).

A seguir estão explanados alguns métodos de ensino que podem ser utilizados na elaboração da EPS:

- **Aula teórica:**

É um método bastante conhecido, no qual se pretende passar definições, conceitos, informações, novas teorias, através de uma exposição. Quem assiste a aula teórica costuma adotar uma postura passiva diante desta atividade.

- **Oficina:**

Proposta a ser realizada em grupo com atividades elaboradas para que os participantes resolvam algum problema ou apresentem algum

Quadro 1 – Estrutura da Taxonomia de Bloom no domínio cognitivo

CATEGORIA:	DESCRIÇÃO:
Conhecimento:	<p>Definição: Habilidade de lembrar informações e conteúdos previamente abordados como fatos, datas, palavras, teorias, métodos, classificações, lugares, regras, critérios, procedimentos, etc. A habilidade pode envolver a lembrança de uma significativa quantidade de informação ou fatos específicos. O objetivo principal desta categoria é trazer à consciência esses conhecimentos.</p> <p>Verbos: apontar, registrar, enumerar, citar, exemplificar, reconhecer, marcar, ordenar, definir, relatar, descrever, identificar, denominar, listar, nomear, realçar, , relembra, recordar, relacionar, reproduzir, solucionar, declarar, distinguir, rotular, memorizar e reconhecer.</p>
Compreensão:	<p>Definição: Habilidade de compreender e dar significado ao conteúdo. Essa habilidade pode ser demonstrada por meio da tradução do conteúdo compreendido para uma nova forma (oral, escrita, diagramas, etc.) ou contexto. Nessa categoria, encontra-se a capacidade de entender a informação ou fato, de captar seu significado e de utilizá-la em contextos diferentes.</p> <p>Verbos: concluir, determinar, estimar, ilustrar, interpretar, prever, relatar, traduzir, deduzir, descrever, explicar, induzir, localizar, preparar, reorganizar, transcrever, demonstrar, diferenciar, exprimir, inferir, modificar, prever, representar, transformar, derivar, discutir, extrapolar, interpolar, narrar, reafirmar, revisar e transmitir.</p>
Aplicação:	<p>Definição: Habilidade de usar informações, métodos e conteúdos aprendidos em novas situações concretas. Isso pode incluir aplicações de regras, métodos, modelos, conceitos, princípios, leis e teorias.</p> <p>Verbos: aplicar, alterar, programar, demonstrar, desenvolver, descobrir, dramatizar, empregar, ilustrar, interpretar, manipular, modificar, operacionalizar, organizar, prever, preparar, produzir, relatar, resolver, transferir, usar, construir, esboçar, escolher, escrever, operar e praticar.</p>
Análise:	<p>Definição: Habilidade de subdividir o conteúdo em partes menores, com a finalidade de entender a estrutura final. Essa habilidade pode incluir a identificação das partes, análise de relacionamento entre as partes e reconhecimento dos princípios organizacionais envolvidos. Identificar partes e suas interrelações. Nesse ponto é necessário não apenas ter compreendido o conteúdo, mas também a estrutura do objeto de estudo.</p> <p>Verbos: analisar, reduzir, classificar, comparar, contrastar, determinar, deduzir, diagramar, distinguir, diferenciar, identificar, ilustrar, apontar, inferir, relacionar, selecionar, separar, subdividir, calcular, discriminar, examinar, experimentar, testar, esquematizar e questionar.</p>
Síntese:	<p>Definição: Habilidade de agregar e juntar partes com a finalidade de criar um novo todo. Essa habilidade envolve a produção de uma comunicação única (tema ou discurso), um plano de operações (propostas de pesquisas) ou um conjunto de relações abstratas (esquema para classificar informações). Combinar partes não organizadas para formar um "todo".</p> <p>Verbos: categorizar, combinar, compilar, compor, conceber, construir, criar, desenhar, elaborar, estabelecer, explicar, formular, generalizar, inventar, modificar, organizar, originar, planejar, propor, reorganizar, relacionar, revisar, reescrever, resumir, sistematizar, escrever, desenvolver, estruturar, montar e projetar.</p>
Avaliação:	<p>Definição: Habilidade de julgar o valor do material (proposta, pesquisa, projeto) para um propósito específico. O julgamento é baseado em critérios bem definidos que podem ser externos (relevância) ou internos (organização) e podem ser fornecidos ou conjuntamente identificados. Julgar o valor do conhecimento.</p> <p>Verbos: Avaliar, averiguar, escolher, comparar, concluir, contrastar, criticar, decidir, defender, discriminar, explicar, interpretar, justificar, relatar, resolver, resumir, apoiar, validar, detectar, estimar, julgar, selecionar, medir, estimar.</p>

Fonte: Adaptado de FERRAZ & BELHOT, 2010.

produto. Pode ser usada para praticar competências: busca de informações, habilidades de comunicação, trabalho em equipe, análise crítica de informações, entre outras, e necessita da figura do moderador para conduzir as atividades. Para saber mais sobre oficinas, vide Capítulo Oficinas como estratégias educacionais para profissionais da saúde.

• **Problematização:**

Consiste em uma metodologia ativa que se baseia na análise de problemas da realidade. É formada por cinco etapas, sendo a primeira a observação da realidade, identificando suas características para transformá-la por meio do estudo (FARIAS *et al.*, 2014).

Uma vez definido o problema, inicia-se uma reflexão sobre os possíveis fatores e determinantes relacionados a ele. Isso levará à definição dos pontos-chave do estudo.

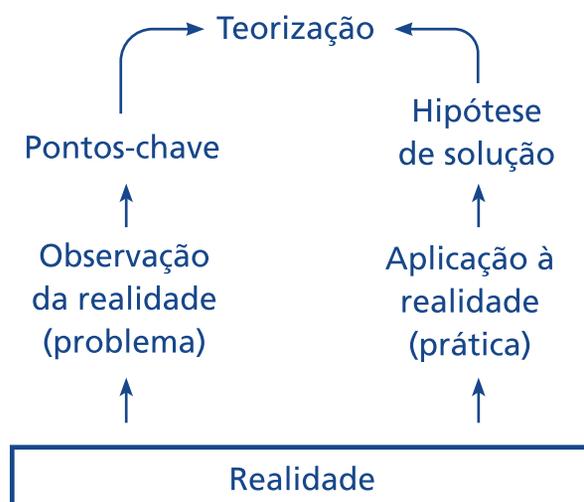
A etapa seguinte é a teorização, quando se constroem as respostas para o problema, e os dados são analisados e discutidos.

A quarta fase corresponde à elaboração de hipóteses de solução.

A quinta e última etapa trata da intervenção propriamente dita. É nesse momento que há a modificação do ambiente para solucionar o problema elencado (FARIAS *et al.*, 2014).

Todas as etapas estão representadas no Arco de Charles Maguerez, disposto na Figura 2.

Figura 2 – Arco de Maguerez



Fonte: Adaptado de Farias *et al.*, 2014.

• **Dramatização:**

É uma representação teatral a partir de um foco ou tema. Do ponto de vista educacional, pode ser definida como um método para desenvolvimento de habilidades, mediante o desempenho de atividades, em situações semelhantes àquelas que seriam desempenhadas na vida real. A dramatização é uma estratégia frequentemente usada para o aprimorar habilidades de comunicação, e pode ser realizada tanto pelo desempenho de papéis (*role play*) entre colegas quanto pela utilização de pacientes simulados ou padronizados (BONAMIGO, 2010).

• **Desempenho de papéis (*Role play*):** Situação em que um dos participantes da atividade desempenha o papel de um dos integrantes da situação clínica: médico, enfermeiro, paciente, familiar, acompanhante, membro da equipe multiprofissional etc, para fins de ensino e treinamento.

• **Paciente simulado:** pessoas treinadas para fazer o papel de pacientes.

• **Paciente padronizado:** pacientes reais preparados para protagonizar casos clínicos.

• **PBL (*problem based learning* – Aprendizagem baseada em problemas):**

É uma metodologia ativa de ensino em que não se trata de resolver um problema real, mas de aproveitar uma situação problema previamente elaborada para contemplar as competências necessárias em determinada área. Ela tem uma sequência de sete etapas bem demarcadas, mas que podem ser adaptadas dependendo da necessidade (Quadro 2).

Para sua melhor realização, o método necessita da presença de um tutor que guiará as etapas e auxiliará os participantes.

O PBL é uma das metodologias ativas de aprendizagem que contemplam várias nuances da aprendizagem significativa, principalmente quando valoriza o conhecimento prévio nas primeiras etapas até a motivação dos participantes, que po-

Quadro 2 – Etapas para aplicação do PBL

Sete etapas para a aplicação do PBL
Etapa 1 - Cenário: Apresentação do cenário seguida de uma discussão em grupo do que foi lido. Logo após, devem ser feitas a identificação e o esclarecimento de termos desconhecidos apresentados no cenário, bem como uma lista dos que permaneceram sem explicação após a discussão.
Etapa 2 – Definição dos problemas: Devem ser definidos, após discussão, quais problemas são mais relevantes para o grupo. Nesta fase, os participantes podem ter diferentes pontos de vista, mas todos devem ser considerados. Deve-se registrar a lista dos problemas acordados.
Etapa 3 – Discussão dos problemas levantados: O objetivo nessa etapa é tentar trazer respostas aos problemas levantados, valendo-se do conhecimento prévio do grupo. Para isso, realiza-se uma sessão de brainstorming (chuva de ideias) para discutir os problemas, sugerindo possíveis explicações com base no conhecimento prévio. Os participantes devem se basear no conhecimento um do outro e identificar as lacunas de conhecimento. Essa discussão também deve ser registrada.
Etapa 4 – Revisar etapas 2 e 3: Revisar as etapas anteriores com o intuito de rever possíveis explicações e soluções para os problemas levantados. Esta etapa é importante para sintetizar e organizar o trabalho feito nas duas etapas anteriores. Registrar e organizar as explicações, reestruturando-as, se necessário.
Etapa 5 – Formulação de objetivos de estudo: Consiste em formular objetivos de aprendizagem. O grupo deve chegar a um consenso sobre os objetivos de aprendizagem. O tutor deve garantir que os objetivos de aprendizagem sejam focados, realizáveis, abrangentes e apropriados ao caso.
Etapa 6 – Estudo individual: Todos os participantes devem reunir informações relacionadas a cada questão levantada pelo grupo, individualmente. Essa tarefa deve ser feita fora da sessão PBL, pois cada um deve ter tempo para estudar e preparar o material que irá apresentar ao grupo no encontro final.
Etapa 7 – Compartilhamento do resultado do estudo individual: Os membros do grupo se reencontram, após o estudo individual, para compartilhar o conhecimento adquirido. Deve acontecer análise crítica das informações trazidas pelos colegas, fazendo com que o exercício de transmissão de informações se transforme em um exercício de síntese, de compartilhamento e de análise crítica das informações.

Fonte: Adaptado de Wood, 2003.

dem se envolver na solução dos problemas apresentados (FARIAS, 2014). Com isso, é uma boa ferramenta para ser utilizada em ações de EPS para as equipes de saúde de APS.

• **TBL (*team based learning*)/ABE (aprendizagem baseada em equipe):**

O TBL ou ABE é uma estratégia educacional constituída por um conjunto de práticas sequenciadas de ensino-aprendizagem em equipe (PARMELEE *et al.*, 2012). Consiste em elencar um tema principal que deverá ser trabalhado em três etapas (preparo, garantia de preparo e aplicação dos conceitos), que incluem diversos processos (Quadro 3).

Na atividade, os participantes são divididos em pequenos grupos que devem ser mantidos ao longo do processo e é importante que haja o máximo de heterogeneidade entre os membros desses grupos.

O TBL inclui um conjunto de tarefas e atividades que torna o profissional de saúde responsável por sua própria aquisição de conhecimentos, promovendo o desenvolvimento de diversas competências, como raciocínio crítico, tomada de decisão e trabalho em equipe (KRUG, 2016).

Quadro 3 – Fases de execução do TBL

Fases de execução do TBL
<p>1 – Preparo: O método inicia por uma atividade dirigida que deve ter como objetivo a contextualização da temática e o embasamento para as questões a serem exploradas, individualmente e pelas equipes (como textos, vídeos, entrevistas, etc.). Essa atividade serve de guia para as etapas seguintes e deve ser curta, simples e de fácil execução. O preparo prévio faz com que o aluno desenvolva maior maturidade e responsabilidade em relação ao seu conhecimento, e será conferido no início da próxima fase do ciclo, que ocorre de forma presencial.</p>
<p>2 – Garantia do preparo: Inicialmente, o participante realiza individualmente um Teste de Garantia de Preparo e entrega para o facilitador. Em seguida, o participante realiza o mesmo teste, mas junto com seu grupo (Teste em equipe de Garantia de Preparo). Durante sua realização, os membros do grupo expõem e justificam suas respostas, estimulando a troca de experiências e buscando um consenso sobre a resposta correta. Após chegarem a um consenso, os grupos se reúnem e revelam, ao mesmo tempo, suas respostas. Este se torna o material para discussão, durante a qual serão revistos os principais pontos de ensino.</p>
<p>3 – Aplicação dos conceitos: Nesta fase, os participantes recebem um exercício de aplicação para ser realizado em equipe e, em seguida, todas as equipes se reúnem para apresentar e discutir suas respostas à questão problema, devendo explicar e defender sua decisão. É recomendado que o exercício inicial seja mais simples, e os seguintes aumentando a complexidade. O problema apresentado deve ser igual para todas as equipes, a fim de que haja discussão entre elas durante a apresentação e possibilite o aprofundamento do assunto.</p>

Fonte: Baseado de Krug, 2016

5 - Duração

Consiste na definição do período de execução do plano de trabalho, considerando todas as ações que serão realizadas durante o período determinado. Se esse período for, por exemplo, uma reunião de equipe, é fundamental adaptar as atividades ao tempo destinado para a reunião.

Outra questão fundamental para a definição da duração da atividade, é avaliar a disponibilidade do público-alvo e a agenda de trabalho da equipe, de modo a não prejudicar o funcionamento do serviço e, ao mesmo tempo, ofertar uma atividade com tempo suficiente para que esta seja aproveitada da melhor maneira possível. Exemplos de reflexão para a tomada de decisão são: a equipe tem condições de se ausentar da unidade durante o turno sem atrapalhar o atendimento? É possível realizar treinamentos rápidos e sequenciais? Preparamos um treinamentos que é interessante a todos? A proposta é simples e de fácil adesão?

6 - Avaliação

Por fim, esta etapa consiste em descrever como se pretende avaliar as ações de EPS a serem realizadas, considerando indicadores e metas. A avaliação deve se integrar ao processo educativo e ter papel preponderante na orientação de novas ações. Uma avaliação proposta deve abranger indicadores e metas do processo educacional, considerando a modificação individual dos participantes, e de resultados ou impacto, que deve indicar a modificação que a ação provocará na realidade dos serviços e, portanto, na atenção à saúde da população (BRASIL, 2016).

Também é importante que a avaliação contemple processos de autoavaliação, de modo que o participante expresse o grau de envolvimento dele com a oferta educacional e, sobretudo, que ele possa avaliar o quanto aquele processo foi (ou não) importante para aprimorar seus conhecimentos, habilidades e atitudes.

A proposta avaliativa deve considerar acúmulo de conhecimento, aquisição de competências, raciocínio lógico para a segurança do paciente e habilidades. Fuja de perguntas teóricas e busque questões reflexivas como caso/ cenário, decisão, ação. Para as competências de segurança do paciente, é mais importante que o aluno saiba identificar os riscos, tomar decisões seguras e trabalhe os riscos de forma a prevenir os eventos adversos de forma proativa do que memorizar os itens, componentes, diretrizes.

Propostas de EPS em Segurança do Paciente na APS

Nesta seção, serão apresentados exemplos de planos de ação para atividades de EPS baseadas nas 6 metas de segurança do paciente no contexto da APS.

É importante ressaltar que cada equipe tem autonomia para decidir a forma de trabalho que melhor se encaixa nas suas necessidades, e que o objetivo desse material é servir como uma trilha, e não como trilho para os profissionais de saúde.

Quadro 4 – Proposta de EPS – Meta 1: Identificar corretamente o paciente

Proposta de EPS – Meta 1: Identificar corretamente o paciente	
1) Identificação da necessidade	Após ocorrer uma troca de prontuários de pacientes com o mesmo nome, verificou-se a necessidade de melhorar o sistema de identificação do paciente.
2) Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir maneiras de evitar que novos problemas com identificação dos pacientes ocorram; - Desenvolver ou rever um modelo de identificação dos pacientes vinculados à unidade de saúde padronizada tanto nos formulários, prontuários e fichas. Definir qual a melhor forma de conferir as informações e quando precisam ser realizadas; - Capacitar toda a equipe para compreender o que precisam fazer.
3) Público-alvo	Todos os integrantes da equipe de saúde.
4) Metodologia	<p>Oficina – dividida em 2 etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primeira etapa: a equipe deverá realizar um momento de brainstorming (chuva de ideias) sobre os problemas enfrentados na identificação dos pacientes, e pensar em maneiras de solucioná-los; - Segunda etapa: a equipe deverá desenvolver um modelo de identificação dos pacientes, de acordo com a realidade da unidade de saúde, descrevendo o passo a passo de como ocorrerá o processo, bem como o papel de cada membro da equipe com a presença de 1 membro de cada categoria profissional.
5) Duração	2 reuniões de equipe de 1 hora cada.
6) Avaliação	<p>Composta por 2 itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicação de 5 formas de evitar erros de identificação de pacientes; - Apresentação do modelo de identificação dos pacientes desenvolvido na oficina.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 5 – Proposta de EPS – Meta 2: Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde

Proposta de EPS – Meta 2: Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde	
1) Identificação da necessidade	Alguns membros da equipe estão encontrando dificuldades para conversar com as pessoas, quando estas estão nervosas ou irritadas, não conseguindo transmitir a orientação correta.
2) Objetivos	- Escolher a melhor abordagem para conversar e transmitir informações para pessoas que estão alteradas emocionalmente.
3) Público-alvo	Todos os integrantes da equipe de saúde.
4) Metodologia	<p>Exposição teórica sobre a importância de desenvolver habilidades de comunicação. De 10 min.</p> <p>Simulação através de role play (desempenho de papéis) das seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Passar informação para o familiar que está muito nervoso, pois precisará levar o paciente para a emergência; - Informar a um paciente que, mesmo sua consulta estando atrasada em 1h, ainda faltam 3 pacientes para serem atendidos antes de ele ser chamado; <p>Fechamento para avaliar a vivência de simulação.</p>
5) Duração	3 reuniões de equipe de 1h30min com 10 participantes em cada.
6) Avaliação	Questionário ou entrevista pré e pós de tomada de decisão ou ação. avaliar se no período de 30 dias da EPS, qual a percepção dos usuários se ele indicaria o atendimento na unidade para outra pessoa e a cordialidade dos profissionais. Além de verificar a redução de queixas dos pacientes por problemas relacionados à explicação correta e cordialidade dos profissionais.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 06 – Proposta de EPS – Meta 3: Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos

Proposta de EPS – Meta 3: Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos	
1) Identificação da necessidade	A equipe apresentou 4 casos de erros na administração de medicamentos dentro da unidade de saúde que traziam gargalos da prescrição, na dispensação e na administração.
2) Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a ferramenta dos 9 certos; - Reconhecer os problemas no processo; - Identificar os fatores predisponentes; - Reorganizar o caso clínico.
3) Público-alvo	Todos os integrantes da equipe de saúde.
4) Metodologia	<p>TBL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparo: equipe fará leitura de um texto que apresenta a ferramenta dos 9 certos; <p>Exercitar qual ação seria realizada para cada certo. Exemplo: Paciente certo - sempre que o paciente for atendido o profissional perguntará qual o nome completo e data de nascimento PARA SUA SEGURANÇA;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantia do preparo: tanto o teste, quanto a posterior discussão abordarão como e quando utilizar a ferramenta.
5) Duração	<p>Preparo da capacitação: 5 dias para a fase de preparo</p> <p>Ação: duas reuniões de equipe, uma para cada fase restante com duração de 30 min e realizadas em 2 dias seguidos</p>
6) Avaliação	Teste dos 10 erros: identificar e modificar os pontos equivocados do caso apresentado.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 07 – Proposta de EPS – Meta 4: Assegurar procedimento em local de intervenção e paciente corretos

Proposta de EPS – Meta 4: Assegurar procedimento em local de intervenção e paciente corretos	
1) Identificação da necessidade	A equipe percebeu que não há padronização de como realizam procedimentos, o que pode ocasionar danos sérios aos pacientes que passam por pequenos procedimentos cirúrgicos.
2) Objetivos	Demonstrar e exercitar a aplicação do protocolo de cirurgia segura do Ministério da Saúde.
3) Público-alvo	Todos os integrantes da equipe de saúde.
4) Metodologia	<p>Exposição Visual do Protocolo de Cirurgia Segura do MS com adaptação para a APS;</p> <p>Dramatização com paciente simulado (trios de paciente/ acompanhante e profissional);</p> <p>Serão trabalhados dois casos, um em que há troca do paciente e outro em que o procedimento de lavagem otológica é realizado. Os membros da equipe deverão aplicar o Protocolo e treinar o uso da ferramenta de dupla-verificação.</p>
5) Duração	3 reuniões de equipe em turmas de 12 alunos.
6) Avaliação	Todos os membros da equipe deverão participar de pelo menos 1 dramatização. Cada trio será um avaliador de cena de outra turma para identificar pontos a serem melhorados.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 08 – Proposta de EPS – Meta 5: Higienizar as mãos para evitar infecções

Proposta de EPS – Meta 5: Higienizar as mãos para evitar infecções	
1) Identificação da necessidade	Diante do cenário de pandemias infecciosas ou infecto contagiosas, a equipe de saúde sentiu necessidade de organizar o processo de higiene de mãos para melhorar a adesão a essa prática tanto por trabalhadores como usuários.
2) Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Sistematizar a técnica correta de lavagem de mãos; - Identificar os 5 momentos para lavagem de mãos; - Aumentar a adesão das pessoas que passam pelo serviço.
3) Público-alvo	Todos os integrantes da equipe de saúde e usuários.
4) Metodologia	<p>Problematização: Apresentar problemas e coleta ideias para solucionar o problema.</p> <p>PBL – a equipe irá trabalhar no cenário em que cada integrante de uma equipe de saúde fictícia utiliza uma técnica de lavagem de mãos diferente, além de lavarem as mãos apenas antes de tocar no paciente. Em duplas, um profissional diz onde lavaria e outro diria quando seria necessário abordar a pessoa para que ela higienizasse as mãos antes que acontecesse uma contaminação?</p>
5) Duração	2 reuniões de equipe de 1h de max de 15 pessoas participando.
6) Avaliação	Demonstrar a técnica correta de lavagem de mãos. Elencar os 5 momentos para lavagem de mãos.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 09 – Proposta de EPS – Meta 6: Reduzir o risco de quedas

Proposta de EPS – Meta 6: Reduzir o risco de quedas	
1) Identificação da necessidade	Embora haja sinalizações e adaptações, um paciente idoso caiu dentro da unidade de saúde. A equipe sentiu necessidade de rever todas as estratégias de prevenção de quedas utilizadas.
2) Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a razão pela qual a queda do paciente ocorreu na unidade de saúde; - Identificar possíveis soluções e aplicar.
3) Público-alvo	Todos os integrantes da equipe de saúde.
4) Metodologia	Problematização em relação ao fato ocorrido.
5) Duração	1 reunião de equipe.
6) Avaliação	Verificar em 30 dias o nº de quedas no estabelecimento.

Fonte: Elaborado pela autora

Considerações Finais

A Segurança do Paciente tem ganhado cada vez mais notoriedade e importância no mundo todo e vem sendo tema protagonista de inúmeras iniciativas que visam melhorar a segurança e qualidade dos serviços de saúde. No Brasil, o PNPS tem possibilitado o desenvolvimento de ações para a promoção da Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde através das 6 Metas de Segurança do Paciente.

A Organização Mundial de Saúde, reconhecendo a necessidade de orientar o desenvolvimento de currículos de segurança do paciente no nível multiprofissional, desenvolveu o Guia Multiprofissional para a Segurança do Paciente.² Conheça mais sobre ele: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9788555268502-por.pdf?sequence=32&isAllowed=y>

Levando em conta um cenário tão complexo e diversificado quanto o da APS, bem como a magnitude desse nível de atenção à saúde, se faz necessário o constante aprimoramento dos seus profissionais através da incorporação e aplicação das inovações em saúde, a fim de garantir um serviço de qualidade aos usuários.

O presente capítulo optou por apresentar a educação permanente em saúde como meio de promover o aprimoramento e a inovação em Segurança do Paciente na APS, devido a suas características de gerar reflexões sobre o processo de trabalho, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e de organização do trabalho na equipe. Além disso, optou-se, também, por apresentar o modelo sistematizado de plano de ação por acreditar que, através dele, é possível obter uma melhor organização e efetividade nas ações de EPS.

Por fim, ao serem apresentados exemplos de ações de EPS para Segurança do Paciente na APS utilizando como temática as 6 metas adaptadas, espera-se que este material sirva para identificar possibilidades para as equipes de saúde no desenvolvimento de ações educacionais para qualificação constante dos profissionais da Atenção Primária à Saúde no país a fim de preparar e desenvolver os profissionais em aguçar sua percepção dos riscos na APS, tomada de decisão segura e atuação consciente para prevenir os eventos adversos, além de poder desenvolver a comunicação, aprimorar o trabalho em equipe, a escuta ativa de pares, e a humildade de aprender com os erros, que fazem parte dos fatores humanos presentes num contexto onde o serviço é realizado por pessoas e para pessoas.

Referências Bibliográficas

ALMA-ATA. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978 Set 6-12; Alma Ata, Cazaquistão.

BONAMIGO, Elcio Luiz; DESTEFANI, Amanda dos Santos. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. *Revista Bioética*, Brasília, v.18, n.3, p. 725-42. 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em 10 de setembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

FARIAS, Pablo Antonio Maia de; MARTIN, Ana Luiza de Aguiar Rocha; CRISTO, Cinthia Sampaio. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 39, n. 1, p. 143-150, 2015.

FERRAZ, Ana Paula do Carmo Marcheti; BELHOT, Renato Vairo. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. *Gestão & Produção*, São Carlos, v.17, n.2, p. 421-431, 2010.

KRUG, Rodrigo de Rosso. et al. O “Bê-Á-Bá” da Aprendizagem Baseada em Equipe. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 40, n. 4, p. 602-620, 2016.

PARMELEE Dean. et al. Team-Based Learning: A Practical Guide: AMEE Guide No. 65. *Medical Teacher*, Dundee, v. 34, n. 5, p. e275–e287, 2012.

WOOD, Diana F. Problem based learning. *BMJ*, London, v. 326, p. 328-330, 2003.

O Papel da Gestão para a Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

Victor Grabois
Sabrina da Costa Machado Duarte

Pontos de Destaque:

- A Segurança do Paciente é um tema prioritário para a Atenção Primária à Saúde, considerando-se a sua relevância para as redes de sistemas de saúde e de atendimento à população;
- A clientela atendida na Atenção Primária à Saúde possui uma ou mais doenças crônicas de alta complexidade e inúmeras comorbidades, necessitando de um maior apoio do sistema de saúde e de estratégias nacionais de segurança do paciente com intervenções apropriadas a esse contexto;
- A liderança pautada na busca pela segurança do paciente representa um forte impacto para os canais de comunicação, cultura organizacional, aquisição de novas habilidades e competências para a equipe envolvida;
- A liderança transformacional é a que mais se adequa a segurança do paciente. O líder transformacional preocupa-se em transmitir um sentido de propósito e visão, capacitando os membros da equipe e tratando as pessoas com singularidade;
- A pandemia pela Covid-19 reforçou de forma incontestável as iniquidades existentes na Atenção Primária à Saúde, no qual muitos casos graves e óbitos pela Covid-19 tiveram a marca da evitabilidade, constituindo um claro problema de Segurança do Paciente;
- Um eixo de atuação para a liderança para a Segurança do Paciente na APS é o impulso para que as unidades básicas de saúde e a rede de cuidados primários de saúde se transformem em organizações que aprendem a partir da prática e das evidências científicas.

Introdução

Desde os anos 90, têm sido implementadas no Brasil políticas com o objetivo de construir um sistema de saúde público e universal. O Sistema Único de Saúde (SUS), considerando as bases previstas na Constituição Federal de 1988, prevê ações e serviços de saúde descentralizados, organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, com gestão democrática e participativa, visando alcançar integralidade na atenção e equidade no acesso. Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve desempenhar papel central na organização da rede de atenção (MENDONÇA *et al.*, 2018; FLÓRIDO *et al.*, 2019).

Dentre as principais atribuições da APS, destacam-se: ser porta de entrada do sistema de serviços de saúde; oferecer serviços de qualidade, com boa infraestrutura e integrados à rede assistencial; exercer cuidado contínuo, capaz de atender as necessidades de saúde da população; definir e orientar o caminho do usuário na rede serviços, com base nas suas necessidades de saúde; realizar a coordenação do cuidado, considerando-se os fluxos estabelecidos; responsabilizar-se pela população atendida nos diferentes territórios, incentivando ações intersetoriais para a ampla abordagem dos determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2006; MENDONÇA *et al.*, 2018).

Considerando-se a relevância da APS para as redes de sistemas de saúde e de atendimento à população, é fundamental compreender a segurança do paciente como tema prioritário. Entretanto, os estudos sobre a temática ainda são realizados de forma majoritária nos hospitais, o que pode ser justificado pela complexidade dos cuidados prestados e pela estrutura.

A APS possui inúmeras particularidades e desafios, que variam de acordo com a realidade do

território e da clientela atendida. De acordo com Vincent e Amalberti (2016), as pessoas atendidas na atenção primária possuem uma ou mais doenças crônicas de alta complexidade e inúmeras comorbidades, necessitando de um maior apoio do sistema de saúde e de estratégias nacionais de segurança do paciente, com intervenções apropriadas a esse contexto.

Estudo realizado por Marchon e Mendes Júnior (2014) identificou que dentre os fatores contribuintes relacionados à ocorrência de eventos adversos na APS, destacaram-se as falhas na comunicação interprofissional e com o paciente; falhas na gestão, como falta de insumos, profissionais pressionados e sobrecarregados, falhas em prontuários, falhas na recepção de pacientes, inadequação da planta física das unidades de saúde, descarte inadequado de resíduos; e falhas no cuidado, como falhas no tratamento medicamentoso (principalmente erros de prescrição), falhas no diagnóstico (demora na realização diagnóstico, na realização e interpretação de achados laboratoriais), falha em reconhecer a urgência da doença e/ou de suas complicações e déficit de conhecimento profissional.

Todos os fatores identificados no estudo estão diretamente relacionados à gestão em saúde na APS e à liderança exercida pelos profissionais. De acordo com Vicent (2009), os líderes influenciam a segurança de várias formas e a teoria do acidente organizacional sugere que a segurança é influenciada não apenas pelas pessoas que realizam o trabalho final, mas também pelas decisões tomadas pela alta gestão. Líderes e gestores poderão influenciar a segurança do paciente diretamente por meio de atividades e iniciativas relacionadas à segurança, e indiretamente, ao discutir e valorizar a temática junto à equipe.

Também é fundamental o reconhecimento pela gestão organizacional acerca do valor e da

importância da liderança pelo exemplo, confiando na adoção bem-sucedida de novas práticas. A liderança pautada na busca pela segurança do paciente representará forte impacto frente aos canais de comunicação, cultura organizacional, aquisição de novas habilidades e competências para a equipe envolvida (CPSI, 2020).

Considerando o exposto, este capítulo possui o objetivo de discutir a importância da liderança para o desenvolvimento das ações relacionadas à segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde.

Segurança do Paciente e Princípios de Liderança em Saúde

A liderança no ambiente de saúde desempenha um papel fundamental para a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. Nesse contexto, a equipe multiprofissional atuante na APS merece destaque, uma vez que, de acordo com estudo de Nemhard (2009), cerca de 70% a 80% dos erros podem ser relacionados às interações entre os membros das equipes de saúde. Essas interações entre as equipes são essenciais para uma assistência eficiente e de qualidade, pois os pacientes são atendidos por profissionais de diferentes especialidades (ROBERTS, 2020).

Considerando a organização de uma equipe multiprofissional, é importante que a liderança seja realizada de forma compartilhada, atendendo as necessidades de todas as categorias profissionais envolvidas. O ambiente organizacional da APS é altamente complexo, o que pode acarretar frustração e conflitos entre os profissionais atuantes, permitindo um ambiente de risco para a ocorrência de incidentes e eventos adversos, exigindo características inerentes às identificadas nas Teorias Interacionais de Liderança, como a liderança transacional e a transformacional.

Segundo Marquis e Houston (2015), o líder transacional possui um perfil tradicional, preocupado com a execução das tarefas do cotidiano, enquanto o líder transformacional possui a visão de delegar poder aos demais, buscando uma liderança participativa e que estimula o envolvimento dos membros da equipe de saúde. O líder transformacional motiva “os seguidores” a agir de modo a sustentar o bem comum, atingindo os objetivos estabelecidos pela instituição, primando pela promoção da cultura de segurança organizacional.

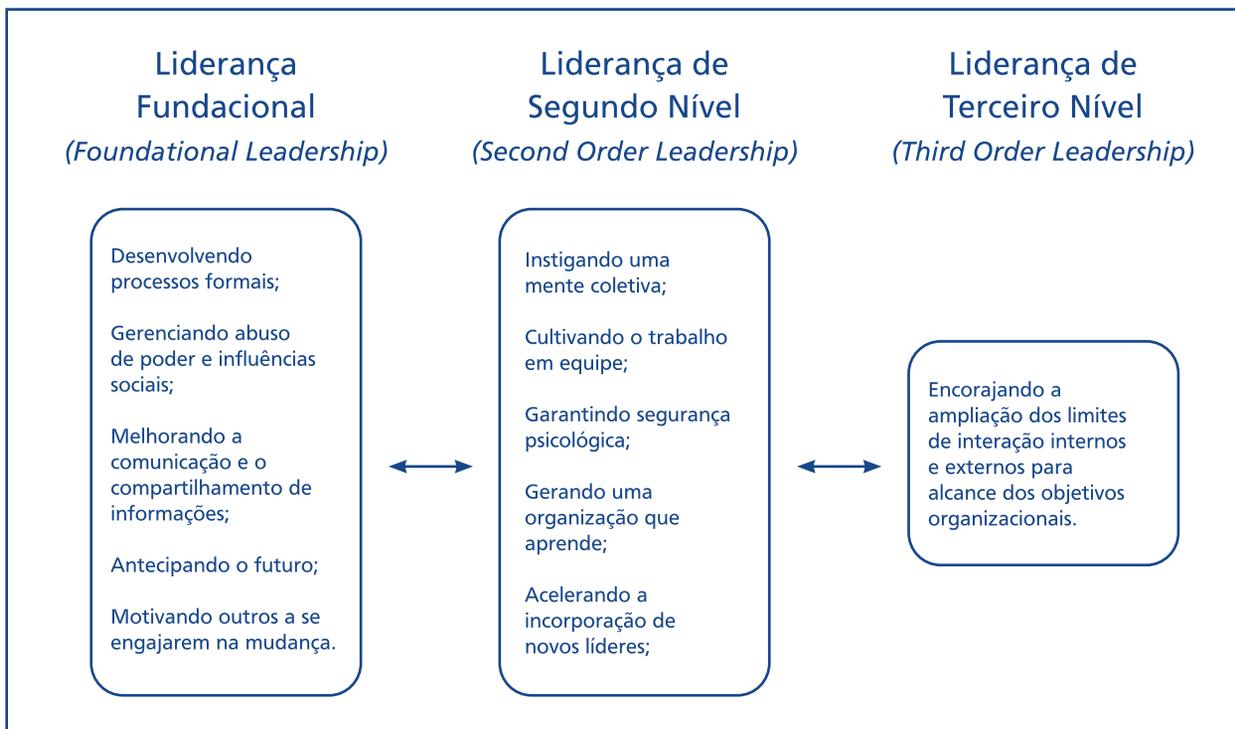
Vincent (2009) destaca que o líder transacional possui um estilo de gestão efetivo e eficiente, estabelecendo objetivos a serem cumpridos. O líder transformacional preocupa-se em transmitir um sentido de propósito e visão, capacitando os membros da equipe e tratando as pessoas com singularidade, estando diretamente relacionado às equipes de alto desempenho.

Salienta-se a importância de que os líderes das equipes multiprofissionais sejam capazes de nutrirem em conjunto um propósito e uma visão comuns que, quando compartilhados, contribuem para que as equipes sejam autossuficientes. Com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, Shonk (2020) propôs um modelo de liderança para a Atenção Primária à Saúde, vislumbrando a liderança por meio de três etapas fundamentais que se inter-relacionam, conforme demonstrado pela Figura 1.

O modelo proposto por Shonk (2020) apresenta três necessidades relacionadas à prática da liderança na APS, sendo:

(1) Necessidades Primárias: desenvolvimento de processos formais, gerenciamento do abuso de poder, investimento em comunicação e compartilhamento de informações, antecipação do futuro, motivação dos indivíduos para a mudança;

Figura 1 – Modelo de Desenvolvimento da Liderança no Cuidado Primário de Saúde.



Fonte: SHONK (2020). Traduzido e adaptado pelos autores (2020).

(2) Necessidades Secundárias: investimento no senso coletivo, cultivo do espírito de equipe, assegurar a segurança psicológica, aprendizado organizacional, investimento em novos líderes;

(3) Necessidades Terciárias: encorajamento para “superação de fronteiras”.

Cabe destacar a importância do atendimento às necessidades dos profissionais, das equipes e dos pacientes, que devem ser o centro do cuidado de saúde na Atenção Primária. Desenvolver o senso de equipe contribui para o aumento da sensação de pertencimento dos profissionais envolvidos, priorizando o respeito mútuo para o trabalho em equipe.

A liderança eficaz permitirá estabelecer a segurança psicológica, permitindo que os profissionais se expressem quando necessário, adequando conhecimento, empatia com o paciente, autoestima e consciência das suas limitações (SHONK, 2020).

Liderança para Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde – Gestão do Sistema de Saúde

A Segurança do Paciente foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2006, como a redução de riscos e danos desnecessários associados ao cuidado de saúde. Essa definição foi atualizada pela OMS, em 2020, e a Segurança do Paciente passou a ser definida como um referencial explicativo de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias, ambientes, que de forma sustentável e coerente, reduzem riscos e a ocorrência de dano evitável, tornam o erro menos provável, e reduzem seu impacto quando ele ocorre (WHO, 2020). Essa definição mais recente incorpora e traduz uma visão sistêmica e abrangente da Segurança do Paciente. Como pensar e concretizar essa visão no âmbito da APS, sistema altamente complexo pelas características dos pa-

cientes e suas trajetórias; pelas disparidades de organização e oferta de serviços de saúde primários; pelo entroncamento de questões clínicas, sociais e psicológicas, é o grande desafio da liderança para a Segurança do Paciente na APS. Propõe-se iniciar essa reflexão olhando para o que caracteriza o cuidado de saúde.

O Programa *Patient Centered Medical Home* propõe sete princípios básicos para o Cuidado na Atenção Primária à Saúde:

- (1) centrado na pessoa e na família;
- (2) contínuo;
- (3) abrangente e equânime;
- (4) baseado no trabalho em equipe e colaborativo;
- (5) coordenado e integrado;
- (6) acessível;
- (7) alto valor.

Esses elementos devem ser pensados de forma articulada se pretendemos que a Atenção Primária seja capaz de oferecer cuidado seguro, efetivo e equânime, considerando a interdependência das dimensões da Qualidade em Saúde. Os problemas mais prevalentes na Segurança do Paciente na Atenção Primária – como os erros de medicação, as infecções associadas ao cuidado, os erros diagnósticos, as transições de cuidado, entre outros prevalentes – dependem, para seu equacionamento, de uma visão onde a trajetória do paciente é o foco central para a gestão.

A trajetória do paciente deve ser entendida em seu contexto social, econômico e familiar; valorizando a relação e troca de informações sobre o paciente entre as diversas unidades de saúde; na abordagem multidisciplinar e no desenvolvimento de novas linguagens (protocolos; governança e limites) entre a Atenção Primária à Saúde e os demais níveis de atenção.

A pandemia pela Covid-19 só reforçou de forma incontestável essa abordagem quando as iniquidades existentes, seja no acesso à atenção primária ou ao cuidado hospitalar, de renda e da cor da pele, tiveram elevado poder explicativo nas diferenças de mortalidade/ letalidade entre pessoas/ populações de bairros mais ricos e mais pobres em uma mesma cidade. Muitos casos graves e óbitos pela Covid-19 tiveram a marca da evitabilidade, constituindo um claro problema de Segurança do Paciente.

A liderança para a Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde se depara, pois, com um universo muito amplo de desafios a serem enfrentados. Amalberti e Vicent (2016) apontam os seguintes desafios, entre outros: o maior grau de autonomia dos pacientes frente às decisões para seu diagnóstico e tratamento; a dimensão temporal muito mais longa do que a atenção hospitalar para evidenciar a ocorrência de erros diagnósticos, por exemplo; as diferentes formas de apresentação das condições de saúde e agravos e o elevado grau de pacientes idosos e com três ou mais comorbidades; as formas de organização do trabalho e de oferta do cuidado de saúde (unidades básicas de saúde, clínicas da família, consultórios), ainda mais se consideramos, como no caso do Brasil, a variação entre municípios de poucos milhares a muitos milhões de habitantes; a dificuldade em coletar incidentes sem dano e eventos adversos, que no caso da atenção primária se torna ainda mais complexo pela dificuldade de definir erro e evento adverso nesse contexto.

No entanto, face a emergências de saúde pública, esse grupo de pacientes tende a buscar na APS as ações necessárias ao “Ordenador da Rede”, o que em si já podemos situar como um problema de segurança do paciente quando a comunicação com os usuários não se faz clara ou quando o usuário não recebe a orientação devida quanto ao fluxo

ou não é atendido em sua necessidade. O enfrentamento dos desafios apontados deve inicialmente olhar para a criação de estruturas capazes de desenvolver a Segurança do Paciente na APS, como: a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente que, segundo a RDC da Anvisa 36/ 2013, pode ser previsto para a Atenção Primária de uma cidade ou estado como um todo; e a elaboração de um Programa de Segurança do Paciente. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deve contar com uma composição multiprofissional e deve relacionar-se com áreas fundamentais como a gestão de resíduos, logística, farmácias centrais e comunitárias, manutenção de equipamentos. O número e a abrangência dos NSP podem variar de acordo com o número de unidades básicas de saúde de um município ou em um estado. Um aspecto fundamental da constituição dos NSP é seu acesso à alta liderança em uma região de saúde ou em um município, pois o papel de mobilização e de catalização de esforços depende muito diretamente do poder constituído.

A elaboração do planos de Segurança do Paciente é absolutamente decisivo para a Atenção Primária à Saúde, pois ele deve conter a proposta da unidade para melhorar a segurança do paciente e promover um espaço seguro. A definição dos principais problemas a serem enfrentados, as prioridades no tocante aos protocolos de segurança do paciente, considerando os eventos adversos graves e evitáveis, a identificação de populações mais vulneráveis e de maior risco, a organização de atividades educacionais para trabalhadores da saúde/pacientes/ população em torno da Segurança do Paciente, e a avaliação da cultura de segurança são pontos fundamentais.

Na definição de populações mais vulneráveis, um grupo que já merece a devida atenção no tocante ao cuidado seguro são os pacientes com comorbidades e idosos. No Brasil, a parcela da população acima dos sessenta anos de idade em 2030

será maior que 25% do total. A liderança para a Segurança do Paciente na APS precisa definir novas abordagens, novos fluxos e algoritmos para captação, acolhimento e manuseio desses pacientes, considerando não apenas as questões de natureza clínica, mas também aquelas de natureza social. Isso significa um grau de integração superior entre a atenção à saúde e a assistência social, que na maioria dos estados e municípios atuam de maneira fragmentada.

A Planificação de Atenção à Saúde (PAS) proposta pelo CONASS desde 2007 é um exemplo de redefinição dessas novas abordagens, pois vislumbra-se por meio da capacitação, propiciar o desenvolvimento da APS nos territórios, com mudanças efetivas na atitude e nos processos de trabalho dos profissionais que compõem as equipes assistenciais e de gestão.

Outra direção fundamental para o trabalho da liderança para a Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde é a valorização da Segurança do Trabalhador da Saúde. Acertadamente proposto pela Organização Mundial da Saúde como tema do Dia Mundial da Segurança do Paciente em 2020, a Segurança do Trabalhador da Saúde como prioridade da Segurança do Paciente também deve ser bastante valorizada no contexto da APS, sobretudo os agentes comunitários de saúde. As questões ligadas à proteção física dos trabalhadores da saúde são primordiais, incluindo o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), a existência de fluxos adequados e de estrutura física das Unidades. As evidências de contaminação pela Covid-19 em 2020 através do contato com pacientes assintomáticos ou com poucos sintomas, somados aos dados de adoecimento de trabalhadores da saúde da APS, são definitivas para que seja incorporado ao trabalho de gestão medidas para garantir sua proteção física.

No entanto, não apenas a proteção física deve ser objeto do trabalho da liderança, mas também a proteção e o suporte psicológico aos trabalhadores da APS. O volume de pacientes graves em momentos de emergências de saúde pública pioram a situação de carência e iniquidade de grande parte dos pacientes da APS pelo aumento da pressão gerada pela demanda por acesso aos cuidados, as dificuldades para obter exames complementares e referência para outros níveis de atenção, e a complexidade dos pacientes (comorbidades combinadas a problemas sociais), são alguns dos fatores produtores de sofrimento e de adoecimento psíquico para os trabalhadores na APS. Portanto, deve merecer a atenção dos líderes a adoção de medidas destinadas a acolher, proteger, ouvir, capacitar e sempre fornecer retorno de forma a reduzir esse adoecimento e garantir maior satisfação e sentido no trabalho.

Um eixo de atuação para a liderança para a Segurança do Paciente na APS é o impulso para que as unidades básicas de saúde e a rede de cuidados primários de saúde se transformem em organizações que aprendem a partir da prática e das evidências científicas. Esse eixo ganha mais relevância para a Segurança do Paciente na APS levando em conta que é um tema de menor tradição nesse contexto, com menor percepção dos riscos existentes e, em muitas situações, em aberta competição e não colaboração com outras dimensões da qualidade.

O desenvolvimento de processos educativos em larga escala na APS voltados à Segurança do Paciente é uma prioridade clara, no sentido de aumentar a consciência situacional, melhorar a percepção de riscos e a adoção de práticas seguras. No entanto, o fortalecimento de redes de aprendizagem entre as unidades de saúde, e no seu interior, deve compreender os porquês da prestação de cuidados seguros, na maioria das vezes, e da ocorrência de eventos adversos.

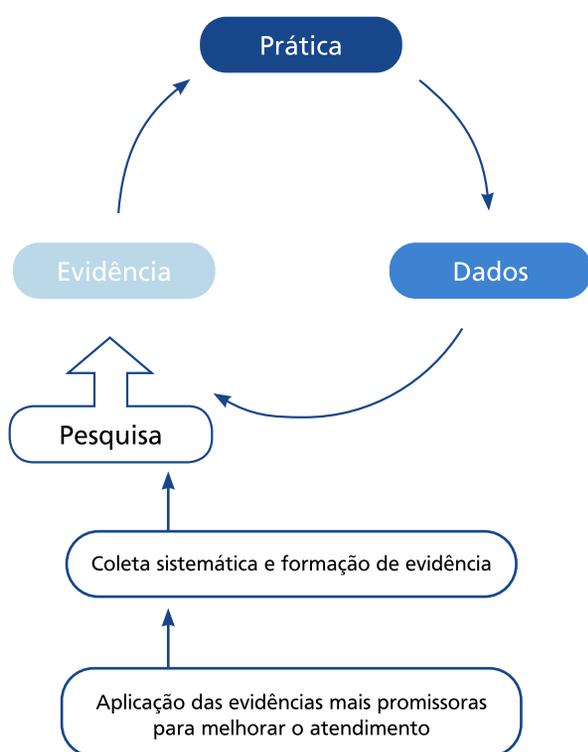
Segundo o Institute of Healthcare Improvement (IHI, 2020): “os sistemas de aprendizagem são processos organizacionais estabelecidos que integram informação externa e interna, incluindo os feedbacks de pacientes e dos trabalhadores de saúde, incrementando o emprego de tecnologias para permitir a aprendizagem abrangente e a implementação de mudanças que levem à adoção de práticas seguras”. A liderança tem papel fundamental em construir os espaços de educação formal, mas também aqueles que permitem que as equipes identifiquem riscos, e esclareçam dúvidas por meio de briefings e debriefings, ou seja, trocando experiências e aprendizagens entre a equipe, após a realização de um procedimento, de um plantão, sobre os erros e acertos.

A notificação de incidentes e de eventos adversos no cuidado de saúde na APS também é uma importante estratégia para a aprendizagem para a segurança do paciente. Existem barreiras já descritas na literatura científica quanto à Segurança do Paciente: (1) sistemas de notificação pouco amigáveis; (2) ambientes pouco propícios à notificação, pela ênfase punitiva frente à ocorrência de EAS, levando ao receio de notificar por parte dos profissionais de saúde; (3) baixo nível de retorno aos profissionais das mudanças empreendidas em função das notificações. Esses três elementos, entre outros, desestimulam os profissionais a notificarem com maior frequência. Soma-se a isso na APS, como já abordamos antes, as dificuldades existentes para definir erro e evento adverso nesse contexto.

Além disso, a revisão sobre Segurança do Paciente na APS elaborada por Makeham *et al.*, (2015) destaca que a maior parte das pesquisas sobre notificação de Eventos Adversos na APS tem se focado em como aumentar as notificações e não na compreensão de porque os eventos adversos notificados ocorrem.

De acordo com o IHI, a criação de um sistema de aprendizagem incorpora a reflexão sobre as evidências científicas articuladas ao conhecimento gerado pelas práticas dos trabalhadores da saúde, conforme demonstrado pela Figura 2:

Figura 2 – Plano de ação para a prática avançada da Segurança do Paciente.



Fonte: National Steering Committee For Patient Safety/ Ihi (2020). Traduzido E Adaptado Pelos Autores (2020).

A base para que uma organização de saúde possa aprender com seus erros e acertos e introduza inovações que realmente tragam melhorias, é a existência de um ambiente com segurança psicológica. A Segurança Psicológica para um ambiente organizacional pode ser entendido como aquele ambiente onde os profissionais falam abertamente de problemas existentes, de suas dúvidas e desconhecimentos, sugerem mudanças e inovações, revelam erros cometidos ou identificados, sem o receio de correrem riscos na relação com a liderança ou com seus colegas de trabalho. A base da segurança psicológica

é um ambiente com uma hierarquia que organize o trabalho, mas com abertura suficiente para que todos possam se colocar sem medo de correr riscos interpessoais. A cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde ainda tem cunho punitivo frente à ocorrência de eventos adversos no cuidado de saúde, incluindo a APS.

Em um contexto no qual o enfoque na Segurança do Paciente é mais recente do que nos hospitais, é absolutamente prioritário que a liderança na APS visualize a relevância de um ambiente onde o erro seja compreendido em sua natureza não intencional, na maioria das vezes, e como uma oportunidade de melhoria. Ao mesmo tempo, deve-se considerar que a trajetória de um paciente na APS pode envolver dezenas ou centenas de profissionais, em uma ou mais unidades de saúde, de uma forma mais distribuída ao longo do tempo, e com a percepção de ocorrência de um erro ou de um evento adverso muito menos nítida do que um hospital. Ousaria afirmar que no contexto da APS o papel da liderança é ainda mais significativo para que a Segurança do Paciente encontre seu lugar de prioridade como dimensão da Qualidade em Saúde.

Liderança para Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde – Gestão da Unidade Básica de Saúde

Em primeiro lugar é importante que se reconheça que o gestor de uma unidade básica de saúde tem autonomia restrita sobre a mobilização de recursos, em geral decidida e gerida no nível central da secretaria de saúde ou mesmo na gestão da prefeitura. Por isso, um aspecto primordial para a liderança da Segurança do Paciente é o desenvolvimento da capacidade de trabalhar em rede com as demais unidades básicas de saúde em seu território. Trabalhar em rede para acelerar a apren-

dizagem e para criar sinergia na resolução de problemas e questões que, como vimos, são essenciais para tornar o cuidado de saúde mais seguro.

Mais do que no âmbito da APS como um sistema de saúde, na unidade básica de saúde a capacidade de definir prioridades, objetivos e metas é uma segunda grande questão. Não é possível agir sobre muitos problemas simultaneamente em uma realidade onde, muitas vezes, os profissionais que realizam o cuidado são os mesmos que coletam dados e constroem indicadores, notificam incidentes e eventos adversos. A liderança com enfoque na Segurança do Paciente deve ter claros quais grupos de pacientes devem merecer mais atenção em função de sua faixa etária, comorbidades e vulnerabilidade. Um primeiro passo é a análise de qual o ponto de partida da unidade básica de saúde em relação à Segurança do Paciente. Qual o conhecimento das equipes sobre os conceitos básicos da Segurança do Paciente? Quem já participou da implementação de protocolos de segurança do paciente? Qual a experiência da Unidade e de seus profissionais em notificar incidentes? Existe alguma mensuração da ocorrência de eventos adversos? Esses são alguns dos pontos que podem ajudar em um diagnóstico inicial da situação da unidade.

Um segundo movimento é a definição de objetivos e metas considerando, antes de tudo, a capacidade interna de realizar mensurações das ações propostas, pois aquilo que não se consegue medir, não se consegue avaliar e, portanto, manter ou corrigir os rumos. A escolha de um ou mais protocolos de segurança do paciente para iniciar o trabalho é fundamental, mas sempre considerando os limites para a coleta e análise de dados. Em uma unidade básica de saúde, dado o grau de interdependência entre os profissionais de saúde, é bastante desejável que o planejamento de objetivos e metas se dê de forma participativa e colegiada.

O planejamento para a Segurança do Paciente deve estabelecer, a partir dos objetivos e metas, quais as ações, os recursos necessários, o tempo previsto e quem são os responsáveis por cada conjunto de ações (operação) e por cada ação em particular. Também é fundamental a realização de uma análise de viabilidade, considerando os fatores que facilitam e dificultam o alcance dos objetivos (SCARAZATTI & AMARAL, 2008). Essa análise de viabilidade é um elemento fundamental na relação com as demais unidades de saúde, pois muito provavelmente haverá muita semelhança no que facilita ou dificulta o cumprimento das metas.

O cenário que pode ser apontado como o de maior potência para o desenvolvimento de autonomia e responsabilidade da unidade básica de saúde em relação a seus resultados assistenciais, em particular com a Segurança do Paciente, é o estabelecimento de um contrato de gestão estabelecido entre a unidade básica de saúde e o nível central de gestão. Para Scarazatti e Amaral (2008), uma proposta para a estrutura do contrato de gestão deve contemplar os seguintes documentos:

- 1) Termo de compromisso da unidade com as diretrizes e normas do SUS;
- 2) Declaração das obrigações da unidade básica de saúde em relação ao sistema local de saúde;
- 3) Planejamento da unidade básica de saúde: plano operativo, objetivos e metas;
- 4) Detalhamento do objeto do contrato: ações a serem realizadas; modelo assistencial; indicadores a serem utilizados;
- 5) Orçamento do contrato;
- 6) Monitoramento do contrato;
- 7) Prestação de contas e mecanismos de incentivos.

As unidades básicas de saúde de maior porte podem e devem constituir estruturas integradas de vigilância à saúde, articulando prevenção e controle de infecções associadas ao cuidado

de saúde, gestão de resíduos, área da qualidade e segurança do paciente, educação continuada, farmácia de dispensação, gestão da agenda, marcação de exames, dentre outros. Nessa estrutura, deve-se trabalhar a identificação de pacientes de maior risco e vulnerabilidade, dos recursos críticos e necessários a cada dia e quais os processos que necessitam de melhorias. A análise de incidentes que não atingem os pacientes, de incidentes sem dano ou os eventos adversos também podem ser uma fonte importante de aprendizagem.

Também no nível de cada unidade de saúde, a articulação com recursos comunitários, como igrejas, clubes sociais, escolas de samba, centros de idosos, é atividade essencial para o estabelecimento de uma rede cuidadora que vá além dos muros da unidade básica de saúde. A articulação desses recursos e a atuação dos agentes comunitários de saúde pode ser uma estratégia potente para garantir o desenvolvimento do autocuidado, a proteção diferenciada de idosos vulneráveis que necessitem de suporte para uso seguro de medicações, alimentação e higiene, a identificação precoce de agravamentos no domicílio, e suporte emocional e psicológico a jovens e adultos, idosos ou não, com agravos de saúde mental. Aqui trabalhamos com uma concepção de segurança do paciente que vai além da execução correta de procedimentos e busca reduzir riscos de natureza social que, combinados a doenças de base, podem levar a desfechos clínicos e, até mesmo, mortes evitáveis.

Considerações finais

Este capítulo discutiu a importância e a responsabilidade da liderança para o desenvolvimento de ações relacionadas à segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde, sendo importante destacar a relevância de tal discussão frente ao cenário complexo da APS e a necessidade de uma liderança ativa, orientadora para que os traba-

lhadores compreendam e observem a prioridade dada a segurança do paciente no estabelecimento de saúde, que deverá ser um meio propício ao apoio mútuo, bem como de participação ativa do líder por meio de presença, escuta ativa, endosso das ações, remoção de possíveis barreiras e da abertura dos devidos espaços para a construção de uma clima de segurança local.

A segurança do paciente é um aspecto prioritário para a Atenção Primária à Saúde e 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. As singularidades da atenção primária, a vulnerabilidade da população atendida e todos os aspectos gerenciais que envolvem o caráter heterogêneo das equipes multiprofissionais deverão ser cuidadosamente avaliadas.

É fundamental que a liderança e a alta gestão da APS estabeleçam metas e objetivos institucionais de segurança do paciente bem definidos, reconhecendo não só os possíveis erros, incidentes e fatores contribuintes, como também ofertando a segurança psicológica, emocional e ocupacional aos trabalhadores de saúde envolvidos.

Leituras sugeridas

KINGSTON-RIECHERS J. et al. Patient Safety in Primary Care. Canadá: Canadian Patient Safety Institute, 2010.

NATIONAL STEERING COMMITTEE FOR PATIENT SAFETY. Safer Together: A National Action Plan to Advance Patient Safety. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2020.

VINCENT, Charles; AMALBERTI, Rene. Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: Proqualis, 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro%20%20PDF.pdf>

Referências Bibliográficas

FLORIDO, Helena Guimarães. et al. Gerenciamento das situações de violência no trabalho na estratégia de saúde da família pelo enfermeiro. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 29, p. 1-14, 2020.

INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT. IHI patient safety director highlights 5 safety issues in primary care settings; 2020. Available in: <https://www.beckershospitalreview.com/quality/ihi-patient-safety-director-highlights-5-safety-issues-in-primary-care-settings.html>

MAKEHAM, Meredith. et al. Patient safety in primary healthcare: an Evidence Check review brokered by the Sax Institute for the Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Sydney: Sax Institute, 2015. Available in: www.saxinstitute.org.au

MARCHON, Simone Grativol; MENDES JUNIOR, Walter Vieira. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p.1815-1835, Set. 2014

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. et al. Os desafios urgentes e atuais da atenção primária à saúde no Brasil. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. et al. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018; p.29-47.

NATIONAL STEERING COMMITTEE FOR PATIENT SAFETY. Safer Together: A National Action Plan to Advance Patient Safety. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2020.

ROBERTS, R. How Leadership Dynamics in Health Care Can Contribute to Medical Errors. Leadership in Health Care and Public Health. Ohio: The Ohio State University, 2020. Disponível em: <https://ohiostate.pressbooks.pub/pubhhmp6615/chapter/how-leadership-dynamics-in-health-care-can-contribute-to-medical-errors/>

SCARAZATTI, Gilberto Luiz; AMARAL, Márcia Aparecida do. Planejamento e Contrato de Gestão na Atenção Básica. IN: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERREIRO, André Vinicius Pires (Org). Manual de Práticas de Atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008.

Transversalidade da Segurança do Paciente na Planificação da Atenção à Saúde

Marcio Anderson Cardozo Paresque
Evelyn Lima de Souza
Aline Teles de Andrade

Pontos de Destaque:

- A Planificação da Atenção à Saúde como estratégia metodológica para organização da Rede de Atenção à Saúde;
- A Rede de Atenção à Saúde contribui para a garantia da integralidade do cuidado do paciente;
- A cultura da segurança do paciente pode ser aplicada em toda a estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde;
- A transversalidade da segurança do paciente é uma realidade na Planificação da Atenção à Saúde.

Introdução

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) é uma metodologia que permite desenvolver a competência das equipes de saúde para o planejamento, a organização e o monitoramento de processos de trabalho e, conseqüentemente, uma correta operacionalização de uma determinada Rede de Atenção

à Saúde (RAS), com foco na necessidade dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

O Conceito de RAS adotado neste material é o apresentado por Mendes *et al.*, (2019) como:

“organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica de modo a gerar valor para a população” (MENDES *et al.*, 2019, p. 175).

Esta rede é constituída por uma população, por um modelo de atenção à saúde e por uma estrutura operacional “que visa melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde” (MENDES *et al.*, 2019, p.176).

A PNAB define as RAS como arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos. Entre eles, destaca-se: a APS estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território (BRASIL, 2017a).

Segundo o Instituto de Medicina (2001) dos Estados Unidos da América, a qualidade do cuidado em saúde é composta por seis atributos: a segurança do paciente, a atenção efetiva, a atenção centrada no

paciente, o cuidado oportuno, o cuidado eficiente e a atenção equitativa. Pode-se constatar uma interface direta com os objetivos da RAS.

Serviços de saúde tentam garantir o mínimo aceitável de dano aos pacientes e profissionais. Ainda que mínimos, os erros são inevitáveis devido à própria condição humana e a natureza multifatorial do fenômeno, e muito se tem estudado para compreender as causas, consequências e soluções para o problema da segurança do paciente (WHO, 2016a).

A definição de segurança do paciente adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (WHO, 2009, p.15). O mínimo aceitável é determinado com base nas noções coletivas do conhecimento atual baseado em evidências, no contexto e recursos disponíveis onde o cuidado foi ofertado, quando ponderado aos riscos da não intervenção ou da escolha de outras intervenções.

A força de trabalho em saúde é um fator fundamental para a prestação de uma atenção à saúde segura e de qualidade. Para tanto, é necessário investir no desenvolvimento desses profissionais, de forma contínua, em tempo oportuno e com foco nos aspectos de maior impacto em termos de eventos adversos. Em alguns pontos de atenção, a aprendizagem prática ou em serviço, pode fazer a diferença e ajudar a modelar comportamentos, tanto em relação às diretrizes vigentes, quanto a comportamentos seguros (WHO, 2016a).

A existência de um Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por si só não garante a adoção de práticas mais seguras nos serviços de saúde, mas deve se sustentar em outras políticas intersetoriais vigentes, mediante a complexidade do sistema, e deve ser considerada a organização em redes (BRASIL, 2014). Por isso o PNSP tem

por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Este capítulo objetiva discutir a transversalidade da segurança do paciente na perspectiva da metodologia de Planificação da Atenção à Saúde. Desta forma, a estratégia metodológica proposta pela PAS apresenta-se como uma metodologia aplicável para colocar em prática a organização de processos de trabalho na RAS, de forma a apresentar proposições para o cumprimento das metas internacionais de segurança do paciente, ampliando inclusive esta discussão na Atenção Primária à Saúde (APS), ordenadora desta rede.

A Planificação da Atenção à Saúde

Os termos “planificar” e “planejar” possuem a mesma origem, que segundo o dicionário Michaellis, derivam do radical latim *planus* ou *planum*, e significam “achatar”, “nivelar”. Não por acaso, alguns autores tratam essas nomenclaturas como equivalentes semanticamente (URIBE RIVIERA, 1995). Para Bettelheim (1968), a planificação pode ser entendida como estratégia para colocar em prática os objetivos e prioridades estabelecidos com vistas ao desenvolvimento social e econômico. No contexto da saúde, há estudiosos que falam em Planificação Sanitária, alertando, porém, que é preciso estar atento às reduções a um paradigma objetivista e tecnocrático, já que:

“não pode descartar o uso de critérios de eficiência econômica na organização dos recursos e das atividades; subentende a aplicação de um saber médico e epidemiológico, de natureza empírica e em parte padronizável; realiza-se através de uma intervenção objetiva sobre os corpos e o meio

ambiente; e tem uma orientação finalística evidente, a saber, o impacto sobre a saúde ou a efetividade. Contudo, a racionalidade formal não é o único e mais importante componente do cálculo da planificação, considerando o caráter social dos fins sanitários, orientados por valores, e as singulares qualidades do trabalho em saúde.” (URIBE RIVIERA, 1995, p. 138).

A proposta de Planificação como é conhecida atualmente surgiu em 2003, como uma iniciativa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) para somar esforços no intuito de fortalecer a APS. Visa à reorganização dos processos de trabalho na APS, disponibilizando apoio e instrumentos às secretarias estaduais de saúde e aos profissionais, por considerar que se trata de um eixo fundamental para a mudança do modelo assistencial, para o alcance dos objetivos de um sistema de saúde equânime e universal, e para melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira (BRASIL, 2009; CONASS, 2018).

A planificação nasce dentro de um contexto efervescente de movimentos nacionais e internacionais que defendiam a necessidade de implementação de um sistema de saúde organizado em redes, baseado numa APS forte, capaz de coordenar e integrar o cuidado dentro do sistema de saúde, o qual já demonstrava ser “mais efetivo, mais eficiente, de melhor qualidade, mais equitativo e produtor de maior satisfação aos usuários” (MENDES, 2012).

Para tanto, o processo se ancora num robusto componente pedagógico, com vistas ao desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes em trabalhadores e gestores para ofertar uma atenção à saúde de qualidade e que agregue valor ao usuário. As primeiras experiências originam-se da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais com o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde e as

estratégias de qualificação das equipes municipais, por meio de oficinas teórico-práticas que abordavam temas relevantes ao fortalecimento da rede. A metodologia foi aprimorada ao longo dos anos, ganhou força e adesão de vários estados, inclusive como centros colaboradores como foi o caso de Minas Gerais, Curitiba e Ceará (CONASS, 2018).

No ano de 2018 nasceu o PlanificaSUS, através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), executado pelo Hospital Israelita Albert Einstein em parceria com o CONASS e o Ministério da Saúde. Tem como objetivo implantar a metodologia da Planificação da Atenção à Saúde visando o fortalecimento das redes de atenção à saúde, mediante o fortalecimento da APS. Até o momento são mais de 300 unidades básicas de saúde envolvidas no processo, em 26 regiões de saúde de 24 unidades federativas, envolvendo a qualificação de mais de 30.000 profissionais, da gestão estadual e municipal, dos serviços de Atenção Primária e das 26 unidades de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) em fase de implantação.

O processo em implantação objetiva a integração entre os níveis de atenção primária e especializada de forma eficiente, oportuna e horizontal, através do Modelo de Atenção à Condição Crônica (MACC), oferecendo ao usuário “a atenção contínua, integral, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade” (MENDES, 2011, p. 82). Para tanto, são abordados diferentes grandes temas: A Integração da Atenção APS e AAE em Rede; Território e Gestão de Base Populacional; O Acesso à RAS; e Gestão do Cuidado.

Cada tema é trabalhado dentro de um ciclo de atividades que conta com a realização de Workshops para alinhamento teórico-conceitual entre trabalhadores de todos os níveis educacionais e gestores, seguido por um momento de apli-

cação prática dentro dos serviços, as Oficinas Tutoriais. Estas oficinas se configuram como um “fazer junto” facilitado por um agente externo e permite a reorganização dos processos de trabalho, detecção de oportunidades de melhorias e aprimoramento das boas práticas.

Segundo a OMS (2016a), a força de trabalho em saúde é um fator fundamental para a prestação de uma atenção em saúde segura e de qualidade. Para tanto, é necessário investir no desenvolvimento desses profissionais, de forma contínua, em tempo oportuno e com foco nos aspectos de maior impacto em termos de eventos adversos. Em alguns pontos de atenção, a aprendizagem prática ou em serviço pode fazer a diferença e ajudar a modelar comportamentos, não só quanto às diretrizes vigentes, mas também em relação às práticas de comportamentos seguros.

Um exemplo concreto pode ser observado na prática supervisonal entre APS e AAE. No Modelo de Atenção às Condições Crônicas cabe à equipe da AAE apoiar as equipes de APS na organização dos seus processos de vigilância e cuidado, voltados ao manejo clínico e à organização das linhas de cuidado. A função supervisonal é realizada a partir de uma diretriz clínica comum a ambos os serviços, com vistas a promover uma integração horizontal entre as equipes e qualificar a troca de experiências de forma sistemática. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2016a), a supervisão clínica potencializa a integração entre as equipes, a revisão dos processos de trabalho, desenvolve habilidades e competências, melhora a comunicação através de discussões regulares, além de possibilitar a sustentabilidade das mudanças implementadas.

Assim, a preocupação com a segurança do paciente e com a qualidade da assistência é transversal a todo o processo da planificação, já que na configuração atual o processo contempla todos os

elementos operacionais da rede, não se limitando à atuação na APS. Vai desde a organização dos macro e microprocessos de trabalho, a partir de diretrizes clínicas baseadas em evidências, passando pelo desenvolvimento de competências dos profissionais para o planejamento e atenção em saúde, até a transferência ou compartilhamento de cuidado entre os pontos de atenção da rede.

Os Elementos Constitutivos das RAS e a Segurança do Paciente

As ações e serviços de atenção à saúde devem considerar o amplo espectro das condições de saúde da população, que são as circunstâncias de saúde em que todos os indivíduos estão sujeitos durante a vida e que se apresentam de forma mais ou menos persistente, e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas, e fragmentadas ou integradas dos sistemas de saúde (MENDES, 2011).

As transformações advindas das transições demográfica, epidemiológica e nutricional impactaram em como as condições de saúde se expressam na população, através do aumento da expectativa de vida ao nascer, o envelhecimento populacional, mudanças nos padrões de consumo alimentar e nutricional e a distribuição dos agravos em saúde, com o surgimento da tripla carga de doenças, ou seja, a persistência dos eventos agudos, o crescimento das causas externas e a predominância das condições crônicas e seus fatores de risco. O perfil de morbimortalidade da população mundial, correspondente aos anos perdidos de vida por morte prematura e a perda da qualidade de vida em virtude das incapacidades, está profundamente relacionado a essas transformações (MENDES, 2010; CONASS, 2015). No cenário atual do aumento da prevalência das condições crônicas é imperativo que os sistemas de

saúde possam dar conta do novo perfil de adoecimento da população. O termo condições crônicas engloba todos os problemas de saúde que persistem no tempo e demandam algum grau de gerenciamento do sistema de saúde (OMS, 2003).

No entanto, a resposta atual dos sistemas e serviços de saúde não corresponde à demanda populacional, caracterizada por uma resposta de um sistema fragmentado, no qual os componentes estão organizados de forma hierárquica (baixa, média e alta complexidade), ausentes de coordenação e comunicação, em territórios definidos por uma lógica política, com uma atenção reativa focada nas condições agudas, da programação com base na oferta, impulsionada pelo financiamento por produtividade (MENDES, 2011).

Para a resposta exigida atualmente aos sistemas de saúde, existe um claro descompasso entre a gestão populacional e baseada em evidências e um sistema fragmentado insustentável, mas que ainda existe decorrente de fatores internos ao sistema.

A mudança para um sistema poliárquico dá origem às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Segundo a Portaria MS/GM nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010), republicada através da Portaria de Consolidação MS/GM nº 3/2017, Anexo I (BRASIL, 2017b), as RAS “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Na RAS, o sistema deve ser poliárquico e coordenado pela APS, garantindo um contínuo de atenção, com mecanismos eficientes de comunicação e logística, em territórios definidos com o critério do acesso, atuando proativamente, orientado para a atenção das condições crônicas e agudas, e com ênfase no cuidado e estabilização clínica. O

cuidado deve ser centrado em uma população adscrita, cadastrada pelas equipes da APS, estratificada por risco, que conta com usuários corresponsáveis pela própria saúde. Além disso, o cuidado é ofertado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, com competência para o manejo clínico, elaboração e monitoramento de planos de cuidado e apoio ao autocuidado, sendo a gestão de base populacional a forma de direcionar a organização da demanda e incremento da oferta, além de se conformar como um sistema que busca estabelecer financiamento por capitação ou por um ciclo completo de atendimento a uma condição de saúde (MENDES, 2011).

Para sua adequada operacionalização, a RAS dispõe de três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde (MENDES *et al.*, 2019). A população é mais do que a estimativa de residentes em um espaço geográfico, é aquela organizada socialmente em estruturas familiares, que é cadastrada e vinculada a uma equipe de APS, estratificada segundo as vulnerabilidades, a qual as necessidades são conhecidas e dimensionadas na APS. Cabe à APS a responsabilidade de articular-se com a população cumprindo com a sua função de porta de entrada, coordenadora do cuidado e ponto de atenção e comunicação central da rede. A população é o elemento básico de transformação do modelo baseado na oferta, para o modelo baseado nas necessidades em saúde da população (MENDES *et al.*, 2019).

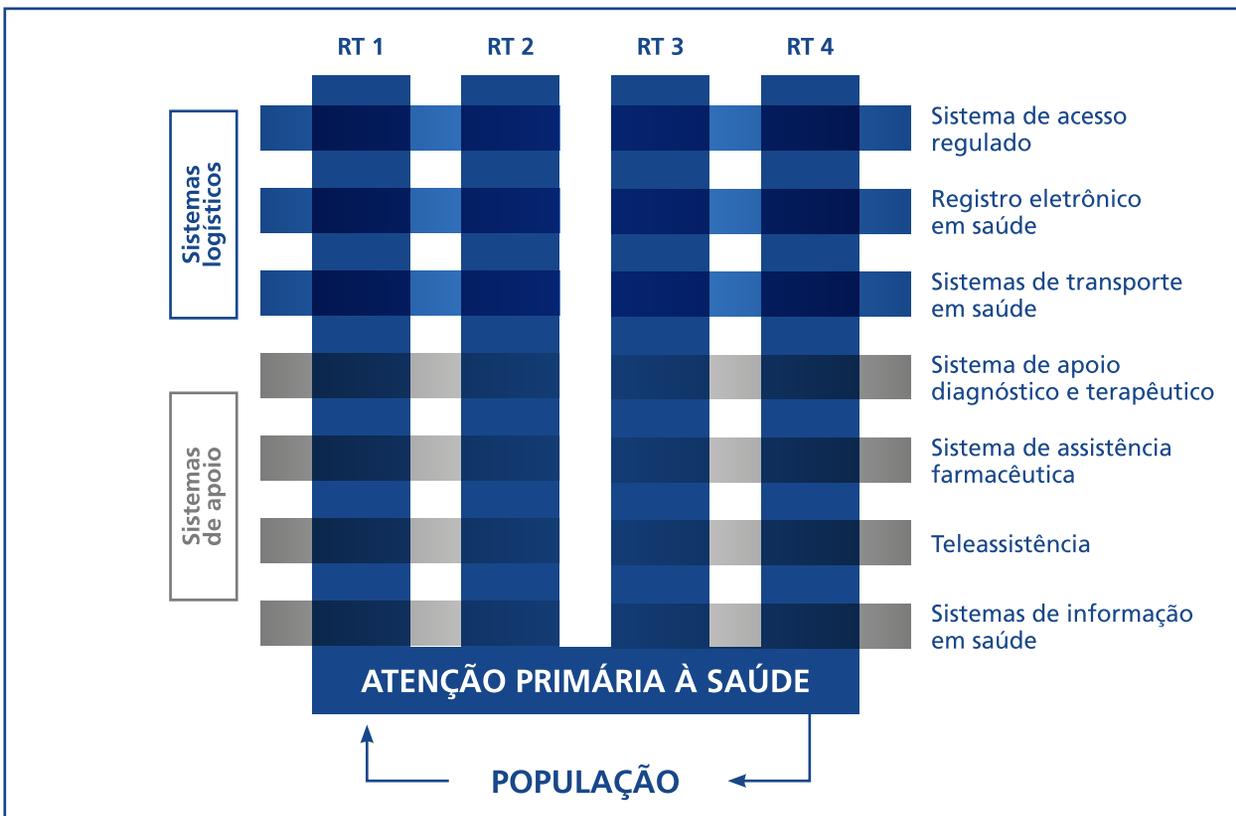
A estrutura operacional, representada através da figura 1, engloba cinco componentes: o centro comunicador, a APS, de alto poder resolutivo, com função coordenadora para orientação do fluxo de pessoas, informações e produtos entre os componentes das redes; os pontos de atenção secundários e terciários, que ofertam serviços especializados, conforme linha de cuidado, diferenciando-se pela densidade tecnológica instalada; os sistemas de apoio, diagnóstico e terapêutico, que

dão suporte a essa densidade tecnológica e incluem o sistema de atenção farmacêutica; os sistemas logísticos, responsáveis por identificar e acompanhar os usuários, incluindo as centrais de regulação, os registros eletrônicos em saúde e o sistema de transporte sanitário; e por fim, os sistemas de governança, espaços formais de articulação, pactuação e deliberação dos entes, como a comissão intergestora bipartite e a comissão intergestora regional. Nesta estrutura operacional é possível construir redes temáticas (RT) de atenção à saúde, com base em linhas de cuidado prioritárias, como a rede materno-infantil, da pessoa idosa, da saúde mental, da hipertensão e diabetes, dos eventos agudos e outras (MENDES *et al.*, 2019).

O último elemento constitutivo são os modelos de atenção à saúde, que compreendem sistemas lógicos que organizam o funcionamento da RAS, relacionando singularmente os componentes da rede, orientado pela visão da situação demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e lugar, e por isso são diferenciados em modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas. O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) é o modelo base para as diretrizes clínicas trabalhadas na Planificação da Atenção à Saúde, representado na figura 2 (CO-NASS, 2018; MENDES, 2011; MENDES, 2012).

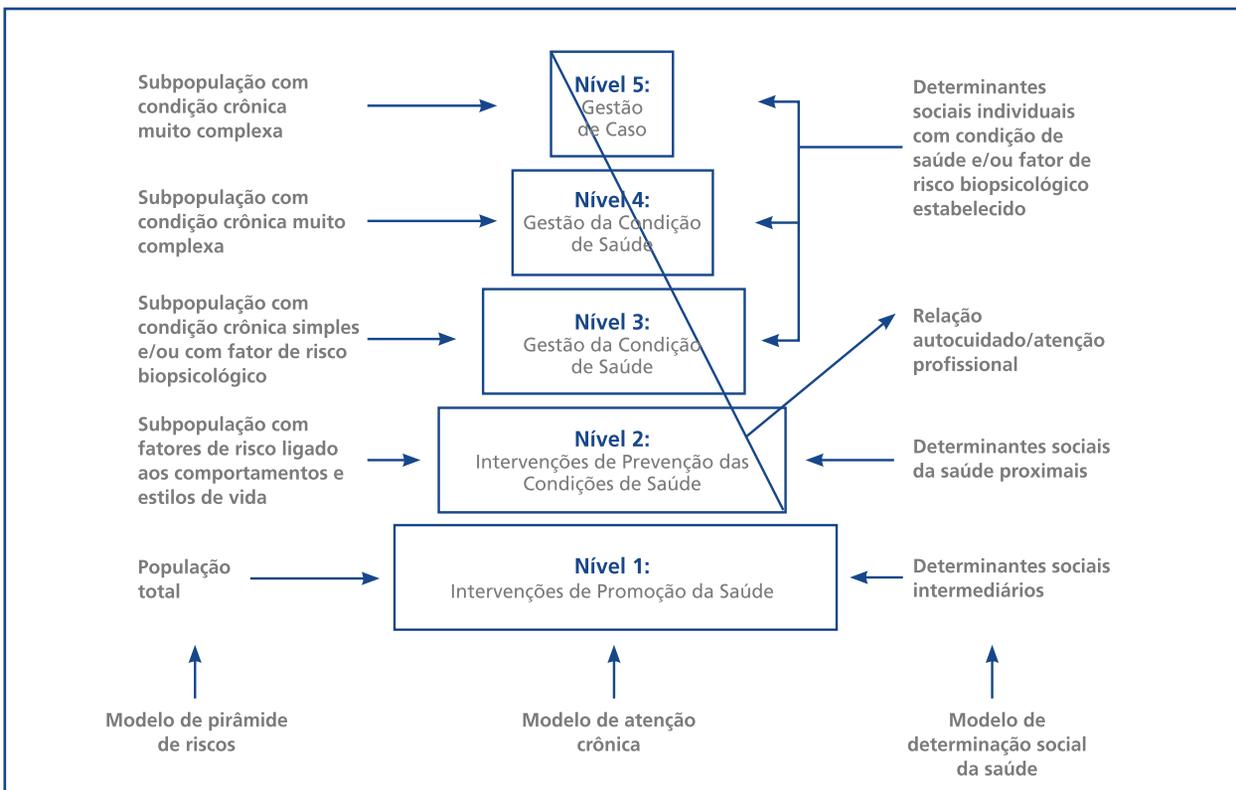
O MACC deve ser lido a partir de três perspectivas: à esquerda, a população total de um território está estratificada em subpopulações por estratos de riscos; à direita, estão os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais; e no centro, encontram-se os cinco níveis das intervenções em saúde sobre as populações, subpopulações e seus determinantes: promoção, prevenção e gestão da clínica (MENDES, 2012).

Figura 1– A estrutura operacional das redes de atenção à saúde.



Fonte: MENDES, 2011.

Figura 2 – O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).



Fonte: MENDES, 2012.

O propósito final da RAS é a substituição dos sistemas fragmentados, de modo a promover a atenção certa, no tempo certo, com o custo certo, qualidade certa e de forma humanizada (MENDES, 2011). Esse propósito pode ser traduzido pelos atributos da qualidade da assistência em saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Sendo a segurança do paciente um desses atributos, a operacionalização da RAS deve considerar a efetiva implantação da cultura da segurança nos diversos pontos de atenção, tratando-se de um tema transversal na rede. Sobretudo, espera-se dos serviços e da prática profissional uma relação transparente e próxima aos usuários para o fortalecimento da cultura da segurança do paciente (WHO, 2016b).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem forte potencial de engajamento dos pacientes na atenção primária sobre as preocupações da segurança do paciente, uma vez que as equipes rotineiramente coordenam o cuidado das famílias. De maneira complementar, a atenção especializada, através das suas funções de assistência, educação, supervisão e pesquisa, e a atenção hospitalar contribuem para a geração de conhecimento específico e baseado em evidências, de forma a colaborar com a segurança do paciente na RAS.

A Transversalidade da Segurança do Paciente na Planificação da Atenção à Saúde.

A temática segurança do paciente está diretamente ligada a uma RAS organizada, e quando falamos dessa organização, falamos da Planificação da Atenção à Saúde, podendo considerá-la como um macro e microprocesso básico, já que são vistos como processos que precisam ser organizados com foco na qualidade assistencial (MENDES *et al.*, 2019).

Os quatro eixos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP): estímulo à prática assistencial segura; envolvimento do cidadão na sua segurança; inclusão do tema da segurança do paciente no ensino e incremento de pesquisas sobre o tema; profissionais e gestores dos serviços de saúde, com o apoio de áreas intersetoriais, podem contribuir para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente em todos os níveis da RAS (BRASIL, 2014).

Ao perceber este diálogo direto com o PNSP se reconhece que a segurança do paciente é um tema transversal na PAS. Como vem sendo apontado neste capítulo, através da PAS reconhecemos as oportunidades de melhorias e através de ciclos de melhorias mudamos a prática organizacional e assistencial, com foco na qualidade.

Alguns protocolos básicos foram priorizados pela OMS e compõem o quadro das metas internacionais no que tange à segurança do paciente, e que dialogam diretamente com a organização dos macroprocessos proposta pela PAS, considerando o pequeno investimento necessário e a magnitude que provocam na prevenção de erros e eventos adversos:

Figura 3 – Metas Internacionais de Segurança do Paciente



Fonte: BRASIL, 2014.

Esses protocolos também estão previstos na Resolução RDC nº 36/2013, que acrescentam:

- a) Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- b) Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- c) Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- d) Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- e) Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- f) Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- g) Promoção do ambiente seguro, entre outros.

Estes instituem ações para promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade em serviços de saúde, incluindo aqueles que exercem função de ensino e pesquisa, e foram priorizados considerando a experiência relatada em pesquisas internacionais de países desenvolvidos, o que reforça a necessidade de maior incentivo de pesquisas em países em desenvolvimento, como o Brasil (BRASIL, 2013b).

Para a efetiva adoção da cultura de segurança, mudanças importantes no ambiente organizacional são necessárias em toda a estrutura operacional da RAS para tornar o sistema seguro: transformar a visão de que os erros são individuais para compreender que são causados por falhas do sistema de saúde; a mudança transformar o ambiente punitivo em um ambiente em que qualquer

um pode verbalizar suas falhas com objetivo de aprender com os erros; do sigilo para a transparência; o cuidado centrado no profissional para ser centrado no paciente; do ambiente fragmentado e de profissionais independentes para uma equipe multiprofissional e interdisciplinar interdependente, colaborativa e integral; e a percepção de que a prestação de contas é universal e recíproca, não hierárquica (BRASIL, 2014). Essas recomendações devem ser adotadas com a finalidade de promover a integração entre gestores e as equipes e a promoção de um ambiente de trabalho saudável, reduzindo a probabilidade de erros e eventos adversos.

Relacionando os obstáculos da segurança do paciente com os elementos constitutivos da RAS, é possível identificá-los essencialmente no que tange à estrutura operacional. Dentre os fatores contribuintes para a insegurança na APS, os erros humanos e administrativos são reportados como os mais frequentes, mas ao mesmo tempo mais difíceis de mensurar, pois geralmente se relacionam a diversos outros tipos de erros, como a falta de comunicação, qualificação do trabalhador e ferramentas adequadas para o cumprimento de tarefas, especialmente de registros eletrônicos em saúde (WHO, 2016c; WHO, 2016d).

São exemplos de erros administrativos: dados incorretos ou incompletos do paciente; problemas com a legibilidade ou perda de documentos em papel; má administração do volume de informações produzidas na unidade; gestão incorreta das solicitações de exames diagnósticos e resultados; problemas de comunicação nos momentos de transição do cuidado pela falta da informação do paciente, dentre outros (WHO, 2016c).

Já os erros humanos focam na força de trabalho em saúde, pois como todas as pessoas, os profissionais também cometem erros, percepção contrária ao discurso proferido tradicionalmen-

te nas instituições de ensino de que “bons profissionais não erram”. Por vezes erros humanos são cometidos pelas próprias condições de trabalho, como por exemplo, ausência de infraestrutura e insumos adequados, assédio moral, carga horária excessiva, pressão por produtividade, superlotação de serviços, falta de capacitação e atribuição de funções a profissionais que não estão designados a realizá-las (WHO, 2016d).

A importância dos erros humanos e administrativos está no potencial impacto em outros processos do serviço e do cuidado em saúde, como o esgotamento profissional (*burnout*), ausência de diagnóstico oportuno, solicitação e realização desnecessária de consultas e exames, demora na finalização do atendimento e perda do histórico do paciente (WHO, 2016c; WHO, 2016d). A esses erros são atribuídos todos os componentes da estrutura operacional, por se tratarem de erros mais comuns e transversais, profundamente relacionados ao bem-estar profissional, qualificação e disponibilidade de ferramentas adequadas, quando avaliada a qualidade com que a informação é tratada nos diversos pontos de comunicação da rede de atenção.

Outros fatores não tão frequentes, mas que produzem impacto semelhante ou superior na segurança do paciente são os erros diagnósticos e de medicação, que podem potencialmente colocar a vida do paciente em risco e são considerados globalmente como prioridade no tema (WHO, 2016e; WHO, 2016f). Esses erros geralmente são atribuídos aos pontos de atenção secundários e terciários e aos sistemas de apoio, locais onde a discussão da segurança do paciente foi originada e ganhou destaque mundial. No entanto, a contribuição para os erros diagnósticos e de medicação acontecem na APS, onde são relativamente comuns, especialmente durante os momentos de transição do cuidado e na presença de multimorbidades (WHO, 2016g; WHO, 2016h) e também nos sistemas logísticos.

Os componentes da segurança na RAS são alimentados através do cuidado contínuo do usuário e sua família, podendo ou não se orientar pela linha de cuidado à determinada condição de saúde ou fase do ciclo de vida, a depender das características populacionais; integralidade, garantindo todos os recursos disponíveis para o cuidado e que consideram o indivíduo como um todo, com um histórico e características singulares, graus diferentes de resposta ao cuidado, pertencente a um contexto; e de organização dos serviços, ao considerar as necessidades da população local para conduzir a sua oferta e *modus operandi*. Concomitantemente, a segurança é monitorada e avaliada constantemente, com foco nos melhores resultados em saúde e análise crítica da estrutura-processo dos serviços. Com isso, ações corretivas e melhoria contínua dos processos são aplicados e, como produto, a gestão da clínica e dos recursos contribui para a segurança do paciente e profissional na RAS. Ressalta-se que o principal elemento da melhoria da segurança do paciente é a capacidade identificar os riscos, mitigar os perigos e de compreender os fatores predisponentes dos erros e eventos adversos para que sejam úteis como fontes de aprendizado para ações preventivas e mitigadoras futuras (WHO, 2004).

A importância dos programas e políticas do Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, utilizando metodologias que busquem a organização, como é o caso da Planificação da Atenção à Saúde, apenas têm a acrescentar à discussão e prática da transversalidade da segurança do paciente na RAS, sendo uma das alternativas para reorientação das práticas e/ou reorganização dos serviços de APS, com vistas à melhoria da qualidade.

Considerações Finais

A Planificação da Atenção à Saúde vem se mostrando ao longo do tempo como uma metodologia potente para organização das Redes de Atenção à Saúde, fortalecendo a APS como ordenadora e no exercício de integrar a sua estrutura operacional. A adoção clara de um modelo de atenção à saúde – o Modelo de Atenção às Condições Crônicas – que fortalece a Estratégia Saúde da Família como modelo ampliado de atenção primária e que provoca a adoção de diretrizes clínicas, garante a esta rede uma melhor gestão da clínica e, consequentemente, uma prática assistencial mais segura. Isso reforça que a segurança do paciente sempre esteve transversal à Planificação, porém sem o reconhecimento necessário ou a introdução do tema de forma pragmática, ao introduzir maneiras de estruturar as ações de segurança do paciente. Reconhecer a segurança do paciente como um microp processo básico colocará esta temática em uma nova posição, incluindo-a efetivamente na pauta da saúde pública.

Referências Bibliográficas

BETTELHEIM, Charles. Planificação e crescimento acelerado. Rio de Janeiro, Zahar, 1968.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Caderno de apresentação: oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução MS/ ANVISA RDC no36, de 25 de julho de 2013. 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em 16 ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação no 3, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 20 ago 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). A atenção primária e as redes de atenção à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). CONASS Documenta n. 31. Planificação da Atenção à Saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Planificação da atenção primária à saúde: um resgate histórico. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde;2018.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington: National Academies Press; 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. 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.

MENDES, Eugênio Vilaça. et al. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, 2003.

URIBE RIVIERA, Francisco Javier. Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. Disponível em: [http:// books.scielo.org](http://books.scielo.org). Acesso em 18 ago 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety: forward programme. Geneva: World Health Organization; 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Geneva; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Education and Training: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Administrative Errors: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diagnostic Errors: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016e.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medication Errors: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016f.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016g.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016h.

Integração das Práticas de Segurança do Paciente nos Macro e Microprocessos na Atenção Primária à Saúde

Luciana Morais Borges
Vanessa Maria da Silva de Poli Correa

Pontos de Destaque:

- **Fortalecimento da Cultura de Segurança do Paciente na APS;**
- **Atenção centrada na pessoa;**
- **Empoderamento do paciente como parte essencial do processo assistencial;**
- **Transição do cuidado considerando o autocuidado apoiado.**

Introdução

A segurança relacionada à assistência à saúde é abrangente em qualquer ambiente assistencial, inclusive na transição dos cuidados nos diferentes serviços, e a segurança deve permear todos os pontos de assistência. Os atendimentos na Atenção Primária à Saúde (APS), por exemplo, são responsáveis pela maior parte da assistência prestada no Sistema de Saúde e começaram a ser reconhecidos como cenário importante para a segurança do paciente. Uma das recomendações para obter segurança total de sistemas é a abordagem em todos os níveis assistenciais (NPSF, 2015).

A APS fornece o primeiro contato dos pacientes com os sistemas de saúde e desempenha um papel fundamental na coordenação de cuidados nos diversos equipamentos disponíveis na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ela deve ser a porta de entrada e principal contato do usuário com a RAS (BRASIL, 2012).

Apesar da complexidade do atendimento poder implicar menores riscos para o paciente (por serem menos invasivos do que no ambiente hospitalar), a APS possui o maior volume de contatos e

procedimentos entre todos os níveis de atenção, apresentando, portanto, maior número de “oportunidades” de ocorrência de incidentes relacionados à segurança do paciente. Além disso, há também estudos que demonstram que atendimentos realizados em serviços hospitalares ou de urgência podem ter sua origem em incidentes, eventos ou falhas relacionadas à assistência na APS (HARMSSEN *et al.*, 2010).

Contudo, dados sobre a segurança do paciente na APS no Brasil ainda são incipientes (MARCHON, 2015). Ela foi responsável por 0,4% dos eventos notificados no ano de 2016, enquanto os hospitais responderam por 94% (ANVISA, 2017).

Para Mendes (2019a), a complexidade da APS está relacionada tanto às suas dimensões quantitativa e qualitativa quanto por sua diversidade, o que representa um desafio para os profissionais da saúde.

Com o objetivo de disseminar a segurança do paciente, as Metas Internacionais de Segurança foram criadas pela Joint Commission International (JCI) e adotadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por serem de baixo custo para sua implantação, aplicáveis em todos os tipos de serviços e contribuir para a redução de ocorrência de eventos adversos. Para muitas organizações, a implantação delas foi o primeiro passo para estabelecer uma cultura de segurança do paciente (PANATTIERI, 2019).

Temos o desafio de contextualizar as metas no âmbito da APS, em todos os seus macro e microprocessos. Discorreremos sobre elas ao longo dos tópicos, enfatizando os principais aspectos correspondentes a cada macro e microprocesso.

O tema é amplo e não conseguiremos esgotá-lo neste capítulo, mas abordaremos os principais aspectos e, ao final, elencaremos as principais recomendações.

Macro e Microprocessos Básicos

Conforme abordado no capítulo Transversalidade da segurança do paciente na Planificação da Atenção à Saúde, para Mendes (2019a), a construção social da APS implica em sua capacidade de responder efetiva e socialmente aos diferentes tipos de demandas, sendo necessárias mudanças de processos e organização da oferta por meio de macro e microprocessos básicos e de cuidados específicos da APS.

Considerando que os macroprocessos básicos são aqueles que dão suporte e embasamento ao atendimento à população pela APS, destacam-se os principais: processo de territorialização; cadastramento individual e familiar; estratificação de risco familiar, populacional e por condição de saúde; diagnóstico local; organização do atendimento e da carteira de serviços; monitoramento, entre outros.

Já os microprocessos básicos permitem a prestação de serviços de qualidade e com segurança para as pessoas usuárias e se destacam em recepção; atendimento à demanda espontânea; vacinação; farmácia; medicação; curativo; coleta de exames; procedimentos terapêuticos e cirúrgicos (pequenos procedimentos); higienização das mãos; higienização e desinfecção de ambientes e equipamentos; gerenciamento de resíduos, entre outros. Os macro e microprocessos básicos envolvem a definição, registro, implantação e monitoramento de procedimentos operacionais padrão que garantam sua execução com qualidade e segurança.

A descrição dos processos e procedimentos operacionais padrão (POP) deve ser baseada em melhores práticas e evidências científicas, contendo todas as informações necessárias para a padronização de sua execução e a versão atualizada disponível para que o profissional possa consultar sempre que estiver com dúvidas. Os profissionais

envolvidos no processo devem ser treinados para realizar o procedimento conforme padronizado.

A estrutura da unidade deve ser considerada como um aspecto importante na segurança do paciente, como recursos físicos, humanos, financeiros, materiais e equipamentos disponíveis. A estrutura física deve possibilitar fluxo interno adequado e atendimento às necessidades da população de forma segura, considerando a demanda pelos macro e microprocessos da APS. Há de se garantir acessibilidade e segurança do ambiente, assim como salas de atendimento em número e tamanho adequados.

Alterações estruturais são mais difíceis de serem realizadas, por isso muitas vezes precisamos adequar os processos e fluxos da unidade para garantir o atendimento de usuários, como, por exemplo, a necessidade de atendimento de cadeirantes em pavimento acessível.

A gestão de materiais, medicamentos e equipamentos deve garantir a disponibilidade em qualidade e quantidade suficiente para atender à demanda. A padronização e a avaliação de qualidade de produtos são necessárias para garantir que os profissionais sejam treinados quanto ao uso correto e aumentar a segurança diante da necessidade de movimentações dos profissionais entre setores ou serviços, além de reduzir a variação de processos.

Neste item, daremos ênfase a três metas internacionais de segurança do paciente que podem ser traduzidas como protocolos básicos de segurança do paciente:

- 1 - Identificar o paciente corretamente;
- 2 - Assegurar cirurgias em local de intervenção, procedimento e paciente corretos;
- 3 - Higienizar as mãos para prevenir infecção.

Iniciaremos também a discussão da meta segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.

A correta identificação do paciente é fundamental para garantir que o cuidado a ser prestado seja para o paciente correto.

Para reduzir a possibilidade de eventos adversos relacionados à falha na identificação, é recomendado o uso de dois identificadores que não sofram interferência do local em que o paciente se encontra ou tempo entre os atendimentos, como, por exemplo, nome completo e data de nascimento (PANATTIERI, 2019).

No escopo da APS, comumente não é utilizada pulseira de identificação nos usuários, diferentemente dos demais níveis de atenção à saúde. Assim, o serviço precisa adequar o processo visando garantir a segurança, de acordo com a disponibilidade deste insumo. Uma possibilidade é utilizar o documento de identificação do próprio usuário sempre que for conferir sua identificação.

Como um dos atributos da APS é a longitudinalidade, muitas vezes a equipe e o paciente já se conhecem, por isso é importante reforçar que o objetivo da identificação não é reconhecer o paciente, e sim garantir que o cuidado a ser prestado é, de fato, para a pessoa correta. Para isto, a conferência deve ser realizada com um documento assistencial referente ao processo que será executado.

A meta assegurar cirurgias em local de intervenção, procedimento e paciente corretos visa implantar ações para aumentar a segurança durante a realização de procedimentos cirúrgicos, em todos os estabelecimentos de saúde que realizem incisão no corpo humano, mesmo fora do centro cirúrgico (BRASIL, 2013).

O tema foi publicado em 2009, pela OMS, na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente através do segundo desafio Global para a Segurança do Paciente: “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”.

O papel da APS para os procedimentos de maior complexidade, que são realizados em outros níveis de serviços, está na participação quanto à indicação de procedimento eletivo, envolvendo o paciente na decisão quanto à realização, esclarecendo os riscos e benefícios, bem como a importância de sua participação ativa na prevenção de eventos relacionados aos procedimentos cirúrgicos realizados em outros equipamentos de saúde.

Além disso, a APS desempenha um papel muito importante no acompanhamento do paciente no pós-operatório, reduzindo a taxa de readmissão hospitalar (Brooke, 2014).

A carteira de serviços da APS contempla procedimentos de baixa complexidade, realizados com anestesia local e sem necessidade do acompanhamento de anestesiológico, como cantoplastias, exérese de cistos, lipomas e nevos, além de procedimentos da saúde bucal (BRASIL, 2020). Para garantirmos a realização destes procedimentos de forma segura, deve ser considerado o treinamento da equipe em relação à prevenção de infecção relacionada à assistência ao paciente e aos microprocessos básicos da APS, como os procedimentos terapêuticos, Central de Material e Esterilização (CME) e uso racional de antimicrobianos.

A aplicação de lista de verificação, mais comumente conhecida como check list, deve ser aplicada para todos os procedimentos invasivos, independentemente do tipo de anestesia. Saksena (2014) recomenda a implantação de check list para procedimento de extração dentária, com o objetivo de evitar a extração de dente errado, além de prevenção de eventos hemorrágicos ou infecciosos. O conteúdo do

check list pode ser adaptado de acordo com a realidade do serviço e procedimento a ser realizado.

A APS desempenha papel importante na transmissão de patógenos epidemiológicos relevantes, podendo afetar toda a RAS. A adesão dos profissionais da APS às medidas preventivas de transmissão de micro-organismos é impactada pela baixa percepção quanto aos riscos, treinamentos insuficientes, baixo conhecimento no assunto e limitações estruturais (MAROLDI, 2017). A meta relacionada à higiene de mãos tem o objetivo de evitar infecções e a OMS (2009) recomenda os 5 momentos para higiene de mãos, detalhados no tópico de recomendações.

Práticas inseguras e erros relacionados à medicação são a principal causa de danos evitáveis nos sistemas de saúde em todo o mundo e devem, portanto, ser reduzidos ou evitados, através de melhorias nos processos que envolvem a sua prática: solicitação, prescrição, preparação, dispensação, administração e monitoramento (WHO, 2017).

Os erros de medicação podem ser compreendidos como quaisquer eventos evitáveis que possam causar ou levar ao uso inadequado de medicamentos ou dano ao paciente, quando estes estão sob o controle dos profissionais de saúde, pacientes ou cuidadores (NCCMERP, 2015).

Estimar a prevalência de erros de medicação é difícil devido à variação de definições e sistemas de classificação empregados. Há estudos que relatam que 12% de todos os pacientes de cuidados primários podem ser afetados por um erro relacionado à prescrição ou monitoramento ao longo de um ano, aumentando para 38% nas pessoas com 75 anos ou mais e 30% em pacientes que receberam cinco ou mais medicamentos durante um período de 12 meses. No geral, 5% das prescrições apresentam erros (AVERY *et al.*, 2012).

Embora a proporção de erros graves relacionados à medicação na APS possa ser razoavelmente baixa, pelo grande volume de prescrições emitidas, há potencial para causar danos consideráveis em termos absolutos. Os resultados indesejáveis incluem reações adversas a medicamentos, interações medicamentosas, falta de eficácia, baixa adesão de pacientes, baixa qualidade de vida e experiência do paciente (WHO, 2016a).

Erros relacionados ao processo de vacinação também precisam ser monitorados, identificados e mitigados (EVANS, 2016).

As causas dos erros de medicação decorrem de inúmeros fatores associados aos profissionais de saúde (falta de treinamento/experiência, percepção inadequada do risco, cansaço, problemas físicos e emocionais, problemas de comunicação entre os profissionais ou entre estes e os pacientes), aos pacientes (perfil psicossocial, alfabetização, barreiras de linguagem, complexidade do caso), ao ambiente de trabalho (sobrecarga de trabalho, interrupções, falta de protocolos e padronização de procedimentos, recursos insuficientes, problemas com ambiência) e aos medicamentos (nomenclatura, rótulo, embalagem) (WHO, 2016a).

Algumas situações podem exigir melhorias em várias etapas do processo de uso de medicamentos com boas práticas de aquisição, armazenamento, indicação e uso que serão detalhadas no último tópico deste capítulo.

A prática segura do processo de administração de medicamentos na APS envolve tanto a orientação correta e adequada ao paciente, familiar ou cuidador que manejarão sua proposta terapêutica em seu domicílio (aspectos específicos serão melhores abordados nos tópicos seguintes), quanto a administração de medicamentos e vacinas no próprio ambiente do serviço de saúde.

O processo de dispensação e administração dos medicamentos e vacinas requer muita atenção e alguns passos de checagem têm sido recomendados ao longo do tempo.

Macroprocessos de Atenção aos Eventos Agudos

Para Mendes (2019a), os eventos agudos são “o somatório das condições agudas, das agudizações das condições crônicas e das condições gerais e inespecíficas que se manifestam, em geral, de forma aguda” e demandam uma organização de fluxos e processos, sob abordagem humanizada e centrada na pessoa. O modelo de atenção a estes eventos se inicia antes dos eventos agudos se instalarem, com intervenções de promoção da saúde na população em geral e prevenção das condições de saúde em subpopulações de risco. O modelo se estende aos eventos agudos já instalados, com a identificação de gravidades ou riscos, com o objetivo de se estabelecer a atenção no lugar certo e no tempo certo e a gestão da condição de saúde.

Os profissionais da APS precisam estar aptos e capacitados para identificar e intervir em situações de urgência, assim como atuar eficazmente em situações de emergência, antes de encaminhar para um serviço de maior complexidade (MENDES, 2019a). A organização dos serviços da APS demanda estabelecer fluxos que permitam que o paciente possa procurar seus profissionais de vínculo em situações de demandas agudas, ao invés de procurar serviços de emergência onde não conhecem seu histórico e condição (KOROWNYK *et al.*, 2017). Formas de se ampliar o acesso aos serviços têm sido discutidas no âmbito da APS, com foco na gestão do fluxo de pacientes, assim como no gerenciamento de doenças, planejamento, redesenho de processos que permitam sua melhoria e otimização dos recursos (MURRAY, 2003).

No contexto dos macroprocessos de atenção aos eventos agudos a adoção de protocolos de segurança relacionadas a identificação correta do paciente, higienização das mãos e assegurar procedimentos corretos em locais e pacientes corretos tornam-se novamente essenciais para se evitar danos decorrentes da assistência em saúde. A utilização de estratégias já citadas no item anterior pode se aplicar também a este macroprocesso.

As metas relacionadas a melhorias da comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos (cuja discussão foi iniciada no tópico anterior) serão mais exploradas neste tópico e complementadas nos tópicos subsequentes.

A segunda meta do Programa Nacional de Segurança do Paciente refere-se à comunicação para a continuidade da assistência prestada, considerando aqui tanto a continuidade dentro do próprio serviço quanto entre diferentes equipamentos de saúde.

Os problemas de comunicação podem ocorrer entre profissionais de saúde e pacientes, entre diferentes profissionais de saúde do mesmo serviço ou de diferentes níveis de atenção, e estão entre os fatores que mais contribuem para incidentes de segurança do paciente na APS (DALLA NORA & BEGHETTO, 2020; MARCHON & MENDES, 2014). As falhas de comunicação podem levar a vários impactos negativos: descontinuidade do cuidado, comprometimento da segurança do paciente, uso ineficiente de recursos, insatisfação de pacientes e sobrecarga de trabalho (VERMEIR, 2015).

A principal forma de comunicação em serviços de saúde é o registro profissional do atendimento no prontuário do paciente, demandando que as informações nele contidas sejam claras e completas (VERMEIR, 2015).

Sob a ótica da atenção a eventos agudos na APS, o fortalecimento do processo de comunicação entre profissionais é essencial. Muitas vezes o profissional que atende o paciente em sua demanda aguda pode não ser o mesmo profissional a quem está vinculado no seu acompanhamento pela APS, e a importância do registro adequado de informações no prontuário é essencial para que se garanta a adequada assistência, apoiando o diagnóstico, direcionando a proposta terapêutica e contribuindo para a segurança do paciente. Vale destacar, ainda, que este processo contribui, sobremaneira, para o fortalecimento de atributos essenciais da APS, como a longitudinalidade e coordenação do cuidado.

A implantação de prontuários eletrônicos bem estruturados, com campos que facilitam o preenchimento e parametrizados para informações essenciais também é indicada como contribuinte para a qualificação do registro, porém lembrando que o preenchimento adequado ainda dependerá do profissional.

As falhas de comunicação têm sido consideradas como uma das principais causas de falhas no diagnóstico, principalmente no que se refere ao atraso diagnóstico (TUDOR CAR *et al.*, 2016). A grande maioria dos estudos sobre incidentes relacionados à segurança do paciente na APS destacam os erros relacionados ao diagnóstico entre os principais, juntamente aos erros de medicação e às falhas relacionadas à comunicação (BELL *et al.*, 2014; MARCHON; MENDES, 2014).

Estudos indicam que há entre 5 e 15% de erros entre os diagnósticos realizados na APS (ELY; KALDJIAN; D'ALESSANDRO, 2012). Estima-se que 5% dos adultos que passam anualmente em serviços de APS passam por algum erro diagnóstico, sendo mais da metade destes com potencial para dano grave e que qualquer pessoa irá so-

frer ao menos um erro durante sua vida (SINGH; MEYER; THOMAS, 2014).

Os erros diagnósticos ocorrem quando um diagnóstico deixa de ser feito (ausência diagnóstica), quando a interpretação diagnóstica é feita de maneira equivocada (diagnóstico errado) ou quando há atraso na realização do diagnóstico (atraso diagnóstico) por falta de continuidade do cuidado, acesso tardio ou inadequado, ou falhas em se identificar sinais, sintomas ou resultados alterados, sendo que estas categorias podem se sobrepor em algum momento (SINGH *et al.*, 2017).

O diagnóstico correto e oportuno depende de muitos fatores, incluindo o conhecimento, a experiência e a habilidade dos profissionais, assim como os recursos que lhe são disponíveis para suporte diagnóstico. Diversas estratégias e soluções têm sido propostas com o objetivo de mitigar os incidentes relacionados aos erros diagnósticos.

Os macroprocessos de atenção aos eventos agudos geralmente envolvem a indicação ou alteração de terapêuticas medicamentosas para manejo da condição apresentada no momento, tornando-se necessária a abordagem da meta relacionada a aprimorar a segurança nos processos de prescrição, uso e administração de medicamentos.

O termo transição de cuidado aplica-se a todas as circunstâncias em que o processo assistencial do paciente transita por diferentes cenários, diferentes profissionais ou diferentes serviços, e podem ser acompanhadas por alterações nas condições de saúde, sejam relacionadas a novo diagnóstico, tratamento ou mudanças em seu estado funcional (ISMP, 2019).

As transições de cuidado aumentam a ocorrência de discrepâncias relacionadas à terapia

medicamentosa, que podem causar danos graves aos pacientes. As discrepâncias medicamentosas referem-se a qualquer diferença entre o histórico terapêutico do paciente e a nova prescrição realizada em um cenário de transição de cuidado, podendo resultar em danos, sendo indicados no processo de conciliação medicamentosa (WHO, 2019a).

Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas não Agudizadas, Enfermidades e Pessoas Hiperutilizadoras

As condições crônicas não agudizadas, as pessoas hiperutilizadoras e as enfermidades demandam respostas e intervenções inovadoras. A demanda da atenção primária é predominantemente concentrada em condições crônicas, assim como caracteriza-se pela sua concentração num grupo de usuários frequentes, alguns destes denominados de hiperutilizadores (MENDES, 2019a).

Com o envelhecimento da população, a carga global de doenças crônicas vem crescendo drasticamente. Pacientes com condições crônicas, em especial os idosos, possuem necessidades mais complexas e, muitas vezes, buscam atendimento em diferentes setores e serviços de saúde, passando por muitas transições de cuidado e maior risco de eventos adversos (BACKMAN *et al.*, 2018).

Tem crescido também, substancialmente, o número de pessoas com multimorbidade, ou seja, que convivem com duas ou mais condições crônicas. O crescimento da multimorbidade tem impacto específico nas questões relacionadas à segurança do paciente na APS, principalmente aquelas relacionadas à polifarmácia, baixa adesão à terapêutica e maior número de interações com diferentes serviços de saúde (WHO, 2016b).

Para Mendes (2019a), a hiperutilização pode ser medida de diferentes formas. Porém, no âmbito da atenção primária, onde algumas condições de saúde podem necessitar de reavaliações mais frequentes, ela pode ser traduzida como a ida frequente a consultas que não se traduzem em proporcional melhoria no seu estado de saúde. Pessoas hiperutilizadoras frequentemente apresentam problemas físicos, mentais e sociais e têm maiores probabilidades de apresentarem problemas gerais e inespecíficos e enfermidades, sendo fundamental sua identificação para que se ajuste a demanda e oferta e lhe seja oferecido um cuidado que gere valor.

As enfermidades são o modo como as pessoas percebem sua doença, dando-lhe significado e expressando-a por ideias, expectativas, sentimentos, podendo apresentar formas diferenciadas de manifestação, como somatizações, sintomas inexplicáveis, hipocondria, ansiedade excessiva, entre outros (MENDES, 2019a).

Desta forma, as condições crônicas, as pessoas hiperutilizadoras e as enfermidades demandam foco de atenção, sendo essenciais estratégias de engajamento dos pacientes, familiares e cuidadores e o envolvimento destes na tomada de decisão sobre o cuidado, tanto para a melhor gestão de sua condição crônica como para se evitar danos relacionados ao processo assistencial (BA-CKMAN *et al.*, 2018).

A atenção multiprofissional interdisciplinar e o uso de estratégias alternativas às consultas clínicas presenciais têm importante impacto na gestão das condições crônicas e, principalmente, no manejo da hiperutilização e das enfermidades.

Também no contexto dos macroprocessos de atenção às condições crônicas, hiperutilização e enfermidades, as metas internacionais relacionadas

à identificação correta do paciente, higienização das mãos e assegurar procedimentos corretos em locais e pacientes corretos devem ser consideradas durante todo e qualquer processo assistencial.

Neste tópico daremos continuidade à discussão das metas relacionadas a melhorias da comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança na prescrição, uso e na administração de medicamentos, no contexto dos macroprocessos da atenção às condições crônicas.

A meta de comunicação para a continuidade da assistência prestada torna-se primordialmente relevante no contexto destes macroprocessos, tanto nos aspectos já abordados no tópico anterior (registro profissional em prontuário do paciente e erros diagnósticos) quanto nas transições de cuidado que serão um pouco mais exploradas aqui.

A APS tem um papel central a desempenhar na melhoria das transições de cuidado, pelo desempenho de seu importante atributo de coordenação do processo assistencial, promovendo a interface e comunicação entre os diferentes níveis assistenciais e equipamentos de saúde.

Como já sinalizado no tópico anterior, as falhas de comunicação podem ser consideradas como uma das principais causas de erros diagnósticos. A APS é particularmente mais suscetível aos erros diagnósticos por ser o local onde a maioria dos atendimentos em saúde ocorre, abrangendo uma ampla e diversa gama de condições nos diferentes ciclos de vida.

Alguns estudos sugerem que grupos sociais mais vulneráveis estão mais predispostos a vivenciar incidentes relacionados à segurança do paciente, a depender do tipo de doença, tratamento ou serviço de saúde (PICCARDI *et al.*, 2018) ou de possuírem maiores dificuldades no acesso ao

cuidado ou em relatar suas dificuldades ou necessidades em saúde (TUDOR CAR *et al.*, 2016).

Aqui, mais uma vez, o empoderamento de pacientes contribui para a prevenção de falhas, pois ele estará exercendo ativamente seu papel na assistência. E ouvir o paciente é muito importante para aumentar a assertividade diagnóstica (HERNAN AL, *et al.*, 2015).

Neste contexto, também podemos falar sobre os riscos associados ao sobrediagnóstico, que ocorre quando um diagnóstico é desnecessário e não trará impactos positivos no prognóstico do paciente, podendo lhe proporcionar tratamentos desnecessários e que podem, inclusive, trazer-lhe danos (COLL-BENEJAMA, 2018). Este aspecto será abordado no macroprocesso de atenção preventiva.

Algumas estratégias e soluções para mitigar erros diagnósticos foram apresentadas no tópico anterior e serão um pouco mais detalhadas no último tópico deste capítulo.

Os macroprocessos de atenção às condições crônicas, hiperutilização e enfermidades também demandam abordagem mais específica da meta relacionada a aprimorar a segurança nos processos de prescrição, uso e administração de medicamentos. Este enfoque se dá pelo fato destas condições e situações envolverem situações de maior risco ao paciente, como a própria transição do cuidado, já mencionada, a polifarmácia e condições de maior risco (como, por exemplo, idosos, medicamentos de alta vigilância, entre outros).

A polifarmácia vem aumentando severamente com a maior expectativa de vida, envelhecimento e multimorbidade (WHO, 2017). Estudos demonstraram a prevalência de polifarmácia de 17,5% entre idosos que residem em área urbana (YANG *et al.*, 2015).

Há muitas definições para o que seja polifarmácia, mas a mais comum refere-se ao uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos (MASNOON *et al.*, 2017). Convencionalmente, a polifarmácia tem sido identificada como um uso excessivo de medicamentos, embora possa ser mais útil considerá-la em termos de pertinência, pois há casos em que se pode ter uma “polifarmácia apropriada”, de acordo com a melhor evidência disponível e com o propósito de obter melhores resultados em saúde, sendo, portanto, necessária e benéfica. Porém, em linhas gerais, a polifarmácia não apropriada aumenta a probabilidade de reações adversas, bem como o risco de interações entre medicamentos, e pode dificultar a adesão do paciente à terapêutica (WHO, 2019b).

Estratégias importantes para se lidar com a polifarmácia envolvem prescrição adequada e avaliação de risco-benefício para o paciente, abordagem multiprofissional, revisão de medicamentos, desprescrição, cuidados na dispensação e orientação sobre posologia e uso adequado, comunicação e envolvimento do paciente na terapêutica medicamentosa, e conciliação medicamentosa nas transições de cuidado.

Condições de risco para eventos associados ao uso de medicamentos envolvem diversos fatores relacionados aos profissionais e pacientes, ao ambiente de trabalho e aos próprios medicamentos. Portanto, é de extrema relevância que sejam identificadas estas situações, como o próprio envelhecimento, multimorbidade, alfabetização, vulnerabilidade social, entre outros, e se estabeleçam estratégias de manejo e mitigação destes riscos.

Uma situação de alto risco que está bem presente no macroprocesso em discussão é o uso de medicamentos de alta vigilância ou medicamentos de alto risco, mais comumente chamados de medicamentos potencialmente perigosos. São medica-

mentos com risco aumentado de causar danos aos pacientes e, geralmente, são medicamentos com baixo limiar terapêutico entre a dose máxima tolerada e a dose mínima terapêutica (WHO, 2019a).

Alguns dos medicamentos mais comumente utilizados na APS listados como medicamentos potencialmente perigosos são os hipoglicemiantes orais, insulinas e carbamazepina, entre outros, a depender da padronização da região. Além disto, há pacientes acompanhados pela APS que podem fazer uso de outros medicamentos de alto risco prescritos por outros equipamentos de saúde e que também precisam ser monitorados.

A implantação de protocolo para prescrição, uso e administração segura de medicamentos responde de forma prática para estruturar o processo de cuidado e, principalmente, evitar eventos adversos em cada etapa do cuidado. O foco deve ser primeiramente nos medicamentos mais frequentemente usados ou naqueles potencialmente perigosos, que colocam a vida dos usuários em risco se utilizados de forma incorreta ou se não tiverem uma boa adesão. Isso pode levar os pacientes às chamadas internações por causas sensíveis a APS, ou seja, internações que poderiam ser prevenidas pela boa adesão ao tratamento e uso de medicamentos corretamente prescritos.

Macroprocessos de Atenção Preventiva

Para Mendes (2019a), o papel da APS na atenção preventiva envolve o rastreamento de doenças, imunização e vacinação, prevenção de fatores de riscos proximais, individuais biopsicológicos e intervenções para modificar de estilos e hábitos de vida, com o objetivo de prevenir doenças.

Mais uma vez, o cuidado centrado na pessoa é fundamental para estabelecer a melhor estratégia que gerará mudança comportamental do usuário.

Um aspecto a ser considerado na atenção preventiva é a prevenção quaternária, que aborda o sobrediagnóstico, reforçando o conceito de não causar danos e implica na compreensão de que a assistência está alicerçada no relacionamento, e que essa relação deve ser terapêutica e respeitar a autonomia dos pacientes. Propõe-se a identificar pacientes ou população em risco de sobremedicação, evitando e protegendo-os de intervenções desnecessárias e oferecendo alternativas terapêuticas úteis e aceitáveis (JAMOULLE, 2015).

Macroprocessos de Atenção Domiciliar

O Brasil dispõe de uma Política Nacional de Atenção Domiciliar, instituída pela Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, e alterada por portarias subsequentes, sendo atualmente regida pela Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Esta normativa define atenção domiciliar (AD) como uma modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Também define o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), como o serviço complementar aos cuidados realizados na APS e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e define o cuidador como a(s) pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

Segundo Mendes (2019a), na APS, a atenção domiciliar é o conjunto de atividades realiza-

das no domicílio da pessoa. A atenção domiciliar pode ser realizada em diferentes modalidades: visita domiciliar, acompanhamento domiciliar, vigilância domiciliar e internação domiciliar, assim como ter diferentes objetivos como prevenção, proteção e recuperação da saúde. A atenção domiciliar envolve a pessoa, sua família e, quando aplicável, cuidadores.

Segundo Furlanetto (2020), as visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde da família podem favorecer o vínculo do usuário e adesão ao serviço, bem como aumentar sua satisfação.

Neste tópico, abordaremos a meta relacionada à prevenção de quedas e lesão por pressão.

A maior incidência de quedas em idosos é no domicílio e está relacionada às questões ambientais como tapetes soltos, uso de chinelo e desorganização ambiental. Desta forma, avaliação domiciliar pode ser necessária. A avaliação de risco para queda deve levar em consideração tanto os fatores extrínsecos quanto os intrínsecos (NAKAMURA, 2019).

A abordagem em relação a este tema deve fazer parte da avaliação dos idosos e deve incluir histórico, exame físico e avaliação funcional e ambiental (AGS, 2011).

Os fatores intrínsecos são relacionados ao uso de medicamentos, tratamento para hipotensão postural, indicação de vitamina D e tratamento para arritmias cardíacas. O déficit cognitivo é considerado como fator de risco independente (AGS, 2011).

A implementação de programa de prevenção de quedas baseado em atividades interdisciplinares, com exercícios em grupo e individuais, pode reduzir a prevalência de quedas e os danos decorrentes delas (LIDDLE, 2018; SIEGRIST, 2016).

A educação da pessoa e família também é um aspecto importante. Uma boa comunicação entre a equipe e os usuários, cuidadores e/ou familiares contribui para melhorar a qualidade do cuidado (HÄIKIÖ, 2019).

Em relação à prevenção de lesão por pressão, a avaliação quanto ao risco deve fazer parte da rotina dos serviços. A equipe deve avaliar qual escala de risco melhor se adequa à realidade local. Em seguida, devem ser definidas quais são as medidas preventivas mais adequadas para cada pessoa, de acordo com os riscos identificados.

O exame físico deve ser direcionado ao tipo de limitação de mobilidade do paciente. Na atenção primária, há de se considerar, além da lesão por pressão em pacientes acamados e usuários de cadeira de rodas, lesões nos calcanhares causadas por sapatos, calosidades, lesões por fricção, bolhas e abrasões causados por atrito repetitivo (PHILLIPS, 2015), algumas das quais podem estar relacionadas às atividades laborais.

A gestão e monitoramento destes pacientes é fundamental para o planejamento das ações de cuidado de acordo com as suas necessidades.

Macroprocessos de Autocuidado Apoiado

O fortalecimento do autocuidado apoiado permite que as pessoas estejam mais comprometidas com a sua saúde e seu cuidado, além de serem mais capazes de gerenciar condições complexas como as multimorbidades, a polifarmácia e as situações de transição do cuidado.

Melhorar a comunicação entre profissionais e pacientes é uma das prioridades no foco de se mitigar incidentes de segurança do paciente e demanda que se exercite a abordagem centrada na

pessoa. Como abordado anteriormente, a jornada do paciente através do sistema de saúde pode envolver uma série de interfaces entre a atenção primária e os demais níveis de assistência e o elemento constante nestas transições é o paciente, assim como seus familiares ou cuidadores.

Pacientes devem ser encorajados a participar ativamente do cuidado e a se comunicar abertamente sobre lacunas de conhecimento ou entendimento, assim como a sinalizar possíveis desconfortos ou dúvidas sobre a terapia que lhes está sendo proposta, inclusive possíveis erros ou falhas, contribuindo para a segurança em seu cuidado (DALLA NORA & BEGHETTO, 2020). Devem ser utilizadas estratégias que apoiem e incentivem o paciente para o engajamento, empoderando-o para se preparar para seus atendimentos clínicos, fazendo anotações prévias sobre sua condição de saúde, necessidades e dúvidas, compartilhando-as e não tendo receio de abordá-las com os profissionais de saúde. Podem ser desenvolvidos formulários que apoiem o paciente a fazer estas anotações, assim como, serem disponibilizados cartazes de incentivo a sua participação ativa durante o atendimento.

Outras estratégias que podem ser utilizadas incluem a elaboração conjunta com o paciente de lista de medicamentos em uso, conforme já abordado neste capítulo, orientando-o a estar alerta sobre possíveis interações medicamentosas, reações adversas e sobre a importância de sua adesão para a melhor resposta terapêutica. A técnica de teach back também é de extrema importância para melhorar o processo de comunicação e ampliar o conhecimento do paciente sobre sua condição, solicitando que o paciente fale com suas próprias palavras o que ele compreendeu sobre seu processo de cuidado em saúde. A participação ativa do paciente (e familiares) na discussão sobre o seu plano de cuidados é fundamental

tanto para o engajamento no auto cuidado apoiado como para promover a segurança do paciente (SMITH, 2018).

Macroprocessos de Cuidados Paliativos

Connor (2014) define cuidados paliativos como melhoria da qualidade de vida da família e do paciente portador de doenças que ameaçam a vida, com foco na prevenção e tratamento de sofrimentos físicos, psicossociais e espirituais. Para Mendes (2019a), há necessidade de abordagem multiprofissional e interdisciplinar articulada na RAS e com uso de recursos comunitários, visto que a grande maioria das pessoas com necessidade de abordagem paliativa está fora do ambiente hospitalar.

No Brasil, as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estão dispostas na Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Esta resolução aponta que os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da RAS, e define que os cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Aponta, ainda, que os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da RAS, e que a APS, enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, será responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, prevalecendo o cuidado longitudinal, ofertado pelas equipes que atuam na APS, com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção.

A APS tem como papel o gerenciamento de sintomas, elaboração de plano de cuidados, em consonância com a vontade do paciente, e abordagem do sofrimento em seus diferentes aspectos (GHOSH, 2015). Além da identificação precoce da necessidade de cuidados paliativos e, como coordenadora do cuidado, garantir a articulação na RAS.

A literatura aponta a existência de diversas ferramentas para identificação dos pacientes com indicação de cuidados paliativos, cuja análise de indicadores pode auxiliar no estabelecimento de plano terapêutico centrado nas necessidades do paciente (AMBLÀS-NOVELLAS *et al.*, 2016). O serviço de saúde deve avaliar qual a ferramenta que melhor se adequa à sua rotina.

O planejamento do cuidado deve levar em consideração a autonomia do paciente. O CREMESP (2012) define “diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.”

Vale ressaltar que, na fase final de vida, pode haver necessidade de uso de medicações que visam o alívio da dor, consideradas de alta vigilância, assim como a abordagem na prevenção de quedas e lesões por pressão, havendo necessidade de estabelecer ações para minimizar estes riscos, conforme já abordado anteriormente.

Macroprocessos de Demandas Administrativas

Mendes (2019a) define as demandas administrativas como aquelas não clínicas, como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames, além dos processos relacionados à gestão da unidade, como o registro

sanitário, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a segurança do trabalho, os sistemas de informação, os relatórios de gestão e os prontuários dos pacientes.

Desta forma, os eventos adversos administrativos estão relacionados aos sistemas e processos da APS. Como estão diretamente relacionados à assistência, é difícil separar eventos administrativos isoladamente. Portanto, é importante conhecer e analisar os tipos de eventos no serviço para definir plano de ação mais efetivo (WHO, 2016c). Daremos destaque, aqui, à gestão de risco, tanto o proativo quanto o reativo.

Conhecer os riscos e estabelecer ações antes que ocorra um evento é o ideal, pois após a ocorrência do evento o que podemos fazer é estabelecer ações para reduzir o dano ao paciente e aprender com eles para que não haja reincidência.

A notificação de quase erros é uma das possibilidades para trabalhar com os processos de cuidado antes que os danos ocorram, aumentando a segurança do paciente. Ele pode ser utilizado também para não conformidades de processos de cuidado que já foram previamente padronizados e implantados, ou seja, desde que exista um padrão validado no serviço.

Visita de segurança periódica pela liderança, frequentemente denominadas Rondas de Segurança, nas áreas assistenciais também pode ser uma ferramenta para trabalhar riscos de forma proativa e fortalecer a cultura de segurança por meio da aproximação de liderança e profissionais.

Outra forma é a utilização de ferramentas que possibilitem a análise dos riscos relacionados aos processos. Existem algumas ferramentas para análise de risco de forma proativa, como, por exemplo, a “E se” (*What-if* estruturado) (CRAD, 2012) e a *Failure Mode and Effect Analysis* – FME-

A(OFEK,2016), que poderá ser consultada na seção de Leituras Sugeridas.

A melhor forma de reduzir erros é aprender com eles através de estudo de caso, análise de causa raiz e análise dos eventos notificados (WHO, 2016c).

Para isso, é importante estabelecer uma metodologia de notificação de eventos. A utilização de uma taxonomia para a classificação dos incidentes, apesar de apresentar suas limitações e necessidades de adequação para os serviços de APS, permite padronizações e importantes comparações entre os serviços, que podem contribuir na ampliação do conhecimento sobre o tema.

Apesar de sistemas eletrônicos serem considerados como ideais, a utilização de sistemas de notificação manual ainda pode ser mais acessível na maioria dos serviços de APS em nosso país, por sua facilidade de implantação e custo baixo.

É importante também ressaltar que um sistema de notificação de incidentes vai além do formulário de notificação, pois precisa resultar na análise adequada e aprofundada dos eventos, na identificação de riscos e de melhorias necessárias ao sistema, aos processos ou a produtos específicos, e na incorporação da cultura de segurança do paciente pelos profissionais e gestores. Além disso, as notificações precisam resultar em devolutivas e ações visíveis a todos, para promover um sistema e um ambiente mais seguro, que promova aprendizagem contínua e tenha credibilidade e adesão por parte dos profissionais.

Recomendações

Neste tópico, destacaremos as principais recomendações e sugestões de implementações das metas de segurança dos pacientes nos micro e

macroprocessos básicos e nos macroprocessos específicos da atenção primária.

Gestão de recursos

- **Infraestrutura**

- Garantir fluxo interno adequado para atender às demandas dos macro e microprocessos;

- Garantir espaços físicos em número suficiente para atendimento individual e em grupo;

- Garantir acessibilidade estrutural;

- Realizar manutenção preventiva da estrutura de modo a garantir o perfeito funcionamento hidráulico, elétrico e estrutural;

- Controlar o acesso aos ambientes críticos;

- Garantir manutenção corretiva em tempo hábil para não impactar no acesso do usuário ao serviço;

- Monitorar a qualidade da água utilizada no serviço (limpeza de caixas e possíveis vazamentos).

- **Equipamentos**

- Garantir a padronização de equipamentos e treinamento das equipes quanto ao uso;

- Realizar manutenção preventiva periódica para garantir o pleno funcionamento dos equipamentos;

- Definir fluxo de manutenção corretiva dos equipamentos, de modo que o equipamento com defeito seja segregado e enviado para manutenção em tempo hábil, de modo a não prejudicar o atendimento e que equipamentos críticos sejam repostos até o retorno da manutenção;

- Definir fluxo de notificação de tecnovigilância, notificando falhas que precisem ser previamente identificadas, monitoradas e mitigadas evitando sua ocorrência em outros serviços que possuem o mesmo equipamento ou material;

- Gerenciar os equipamentos que estão sem uso por mal funcionamento (ex: providenciar troca ou calibração).

• **Insumos**

- Padronizar os insumos de boa qualidade, que forneçam segurança tanto para o paciente quanto para os profissionais e despadronizar aqueles que gerem riscos;

- Garantir o armazenamento adequado dos materiais de modo organizado, preservação da integridade da embalagem, em ambiente limpo, livre de umidade e com temperatura adequada, conforme recomendação do fabricante;

- Controlar o prazo de validade dos insumos;

- Restringir e controlar o acesso ao local de armazenamento;

- Evitar a descentralização de materiais, pois dificulta o controle e aumenta as perdas de insumos;

- Definir fluxo de notificação de tecnovigilância para insumos que apresentem defeitos ou levem a falhas.

• **Formação profissional**

- Investir na formação, qualificação e especialização dos profissionais: incluir a temática da segurança do paciente e dos erros diagnósticos;

- Incluir na formação e no plano de educação permanente temas como percepção de riscos, comunicação, trabalho em equipe, gestão segura de medicamentos, raciocínio clínico, prevenção quaternária, entre outros;

- Fortalecimento de programas de formação especializada para atuação na APS, com expansão de programas de residência médica e multiprofissional, assim como políticas de incentivo para titulação de profissionais que atuam na APS.

• **Treinamento e capacitação/ habilidades e competências profissionais**

- Implementar os planos de educação permanente com a temática da segurança do paciente, tornando o tema transversal a todas as demais temáticas de capacitação;

- Capacitar os profissionais a identificar, analisar e mitigar riscos e danos potenciais que podem ocorrer na APS, utilizando, inclusive, estratégias de simulação;

- Incluir nos planos de educação permanente temáticas relacionadas à comunicação interprofissional e trabalho em equipe, cuidado centrado na pessoa e comunica-

ção com o paciente, práticas baseadas em evidências, prevenção quaternária, gestão segura de medicamentos, cuidados paliativos, riscos de queda e lesão por pressão, causas e impactos de erros diagnósticos, assim como abordagens sobre psicologia cognitiva e raciocínio clínico;

- Sensibilizar os profissionais a considerar os pacientes como membros da equipe de saúde, envolvendo-os e capacitando-os a participarem ativamente do seu cuidado, com escuta ativa das necessidades sinalizadas e oferecendo autonomia ao paciente, favorecendo a confiança e o vínculo com a equipe;
- Implantar plano de atividades admissional que inclua apresentação de protocolos, linhas guia e diretrizes clínicas utilizadas pelos serviços, assim como a utilização de ferramentas de suporte à decisão e registros.

Pacientes, Família e Comunidade

- **Engajamento e empoderamento de pacientes, familiares e/ou cuidadores**
- Encorajar e capacitar os pacientes a serem proativos em seu processo assistencial, ampliando seu conhecimento sobre sua condição de saúde, sendo responsável pelo seu projeto terapêutico e sinalizando aos profissionais sobre dúvidas, necessidades e, inclusive, erros que podem estar sendo cometidos pela equipe de saúde;
- Uso de ferramentas que podem melhorar o engajamento e conscientização do paciente e da família, incluindo aqueles com habilidades de alfabetização limita-

das ou baixas, ampliando sua capacidade de melhorar sua compreensão e engajamento. O simples uso de linguagem mais comum em detrimento da linguagem técnica e checagem do entendimento e compreensão pelo paciente, solicitando que ele repita o que entendeu sobre a proposta terapêutica, são importantes passos que podem ser utilizados pela equipe da APS. Algumas ferramentas também poderão ser consultadas no tópico de leituras sugeridas.

- Empoderar o paciente (e familiar) para participação ativa na tomada de decisão sobre seu cuidado e utilizar ferramentas como o teach back, solicitando que expresse o que compreende sobre sua proposta terapêutica e incentivando a sempre compartilhar suas dúvidas e percepções durante os processos de atendimento pela equipe de saúde.

Processos e Práticas Assistenciais

- **Gerenciamento de riscos**
- Identificar prioridades de atenção com o foco na segurança do paciente, com base nas informações de cadastro e/ou em acompanhamento, estatísticas locais sobre incidentes e indicadores de desempenho assistenciais;
- Identificar pacientes com maior risco para incidentes de segurança na atenção primária como, por exemplo, idosos, pacientes com multimorbidades, com problemas de saúde mental, em polifarmácia, em uso de medicamentos de alta vigilância, em situações de alta vulnerabilidade social ou com dificuldades cognitivas;

- Implementar ferramentas de gestão de saúde populacional, permitindo melhor acompanhamento dos pacientes sob a responsabilidade da APS, ajudando na identificação de riscos e vulnerabilidades;
- Implantar a checagem para identificação de riscos ambientais na APS;
- Implementar POP (principalmente, os relacionados aos micro e macroprocessos básicos) e monitorar se as principais tarefas estão sendo realizadas de forma adequada;
- Implantar lista de verificação na realização de procedimentos invasivos ambulatoriais (FGDP, 2017);
- Verificar, antes da chegada do paciente, qual o procedimento a ser realizado e a justificativa;
- Realizar, na presença do paciente, a confirmação da sua identificação, procedimento a ser realizado e local do procedimento;
- Consentimento verbal e escrito: confirmar o procedimento com o paciente e equipe, verificar anotações, exames e outros materiais clínicos relevantes;
- Conferir, imediatamente antes do procedimento (*Time out*), em voz alta, mediante plano de tratamento e radiografia, qual arcada ou dente ou lado com a equipe. Além de presença de diagnóstico, plano de procedimento, risco de infecção, necessidade de antibiótico, profilaxia, presença de alergia, comorbidades, equipamentos necessários para o procedimento;
- Checar, quando aplicável, se espécime/peças anatômicas s a serem enviadas para análise estão identificadas e armazenadas corretamente, além de realizar a contagem de materiais e instrumentos;
- Ao término do procedimento realizar uma reunião de fechamento (*debrief*), ou seja, avaliação de como o processo e procedimento transcorreram e o que pode ser melhorado;
- Assegurar a higienização e o reprocessamento de materiais e equipamentos de forma adequada, conforme recomendado pelos manuais e legislações específicas;
- Implantar avaliação de risco para quedas e lesão por pressão;
- Estabelecer processo para avaliação e prevenção de lesão por pressão em membros inferiores de pacientes diabéticos ou com problemas vasculares;
- Disponibilizar cadeira de rodas em local de fácil acesso nos serviços e oferecer sempre que os profissionais identificarem alguma pessoa com dificuldade de marcha;
- Estabelecer processo para identificação e sinalização de risco de quedas no serviço, como por exemplo, piso molhado.
- **Comunicação interprofissional**
 - Estabelecer espaços que permitam o estreitamento de relacionamentos entre os profissionais de saúde, com reuniões de equipe, atividades de matriciamento ou telematricamento entre serviços, construção conjunta de fluxos e processos de trabalho

que considerem diferentes pontos da rede de atenção à saúde, que promovam o aprendizado e a prática colaborativa, e permitam reflexões sobre a prática clínica;

- Criar Comissão do Prontuário para padronização de uso, preenchimento e auditoria de formulários e boas práticas de registro, como por exemplo:

- Registro imediato ao atendimento, em tempo real, com letra legível, ausência de rasuras ou espaços em branco, com data, hora, assinatura, registro profissional e carimbo (prontuário físico);

- Identificação do paciente em todos os impressos/folhas utilizados (prontuário físico);

- Preenchimento completo e adequado, com informações suficientes para continuidade do cuidado, apoio diagnóstico e terapêutico e que evite erros relacionados à transição de cuidado decorrentes da falta de informações; e

- Padronização de siglas a serem usadas e definição de responsabilidades profissionais relacionadas a cada formulário.

- Implantar prontuários eletrônicos de saúde que sejam mais precisos e contenham informações mais completas do paciente e permitam o compartilhamento oportuno e confiável de dados de saúde, que contenham ferramentas de apoio à decisão, gestão da clínica e gestão de saúde populacional e que permitam a integração entre os diferentes pontos de atenção da RAS;

- Implantar procedimentos de segurança da informação, com políticas que direcionem quem pode acessar o prontuário, seu armazenamento, rastreabilidade de retirada do arquivo e reforços sobre a necessidade de sigilo acerca de informações de pacientes por todos os membros da equipe.

- **Transições de cuidado**

- Padronizar transferências de informação entre serviços e níveis de atenção: relatórios estruturados entre especialistas e APS, entre serviços de emergência e APS, e planos de alta hospitalar compartilhados com a APS, preferencialmente por meio eletrônico (e seguro) e, quando não for possível, entregues ao paciente, que deve ser orientado sobre a importância de apresentá-lo na APS;

- Estreitar e formalizar as interações entre APS e demais níveis de atenção, através do estabelecimento de protocolos baseados em evidências, terminologias padronizadas, de espaços conjuntos de discussão sobre fluxos e protocolos, discussão de casos, canais de comunicação entre os serviços, matriciamentos ou telematriciamentos;

- Implantar ou implementar registros eletrônicos de saúde com interoperabilidade entre diferentes serviços e níveis de atenção e com ferramentas que permitam consultar informações resumidas sobre o quadro do paciente a partir das informações registradas no prontuário;

- Estabelecer profissionais como gestores de casos complexos para interface entre os serviços;
- Usar ferramentas para identificar transições com alto risco de incidentes de segurança.
- **Identificação correta do paciente**
- Solicitar ao paciente que apresente documento com foto para abertura do cadastro e/ou passagem;
- Solicitar documento de identificação durante as visitas domiciliares, para que haja conferência com a ficha a ser preenchida;
- Solicitar, durante todos os atendimentos, quando o serviço não utilizar pulseira de identificação, que o paciente verbalize os dois identificadores padronizados, como, por exemplo, nome completo e data de nascimento:
- Nunca perguntar “O senhor é o Fulano de Tal?”, pois o paciente pode estar distraído, não entender o que foi dito ou, por algum outro motivo, confirmar uma identificação errada (PANATTIERI, 2019);
- Estabelecer segundo identificador alternativo quando o usuário não souber verbalizar seus dados, como, por exemplo, o nome completo da mãe.
- Conferir os dois identificadores padronizados na pulseira de identificação, quando o serviço utilizar este recurso;
- Definir processo para atendimento de usuários que não apresentarem documento de identificação;
- Conferir a identificação com o documento assistencial (prontuário, prescrição, carteira de vacina, entre outros) que está em mãos;
- Identificar todos os impressos assistenciais e do prontuário do paciente com os dois identificadores padronizados;
- Acompanhar, periodicamente, o desempenho do processo de identificação, como a taxa de adesão à identificação correta do paciente e eventos adversos ou condições inseguras relacionados ao tema. A equipe deve conhecer os resultados e ser envolvida no estabelecimento de plano de ação, quando a taxa de adesão não estiver adequada.
- **Higiene das mãos**
- Realizar treinamentos e campanhas que orientem os 5 momentos para higiene de mãos, conforme preconizados pela OMS (WHO, 2009):
- Antes do contato com o paciente;
- Antes de procedimento asséptico – deve ser realizada a higiene de mãos imediatamente antes da realização de procedimentos assépticos, pois é comum o profissional tocar em roupas do usuário ou superfícies próximas a ele para posicioná-lo. Para realizar procedimentos que requerem o uso de luvas, a higiene das mãos deve ser realizada imediatamente antes de calçá-las;

- Após risco de contato com fluídos corporais – deve ser realizada imediatamente após a realização de procedimentos com risco à exposição de contato com fluídos corporais, antes de tocar em outro sítio do paciente ou superfície próxima a ela. O uso de luvas de procedimento não exclui a necessidade da higiene de mãos, que deve ser realizada imediatamente após sua retirada;
 - Após tocar no paciente;
 - Após tocar em superfícies próximas ao paciente.
 - Orientar quanto à técnica adequada a ser realizada, uso de solução alcoólica quando não houver sujidade visível nas mãos, assim como o impacto para o usuário e para o sistema de saúde quando há uma infecção relacionada à assistência à saúde;
 - Disponibilizar produto alcoólico de higienização próximo aos pontos de assistência;
 - Disponibilizar produto alcoólico de higienização para o profissional levar em atendimentos domiciliares;
 - Disponibilizar pia com sabão e papel toalha abastecidos nos consultórios e salas de procedimentos;
 - Monitorar a adesão dos profissionais quanto à higiene das mãos, com auditorias periódicas;
 - Divulgar os dados para a equipe e elaborar plano de ação para melhorar os resultados.
- **Acesso, gestão da clínica, gestão de caso e prática baseada em evidências**
 - Rever fluxos e processos que permitam melhor acesso dos usuários aos serviços de APS, eliminando barreiras para o atendimento de suas necessidades em saúde, como por exemplo, a utilização de modelos de agenda inspirados no “faça hoje o trabalho de hoje” (MENDES, 2019b);
 - Implementar o uso de tecnologias de saúde, como teleatendimentos, telemonitoramentos, comunicação por mensagens (em ferramentas como Whatsapp), com disponibilização aos pacientes de números para contato, para dúvidas, agendamentos, solicitações e orientações, ampliando as oportunidades de contato, avaliação e acompanhamento dos usuários;
 - Implementar o uso de matriciamentos e telematriciamentos que ampliem a resolução da APS;
 - Implementar atividades de educação em saúde e grupos operativos que gerem valor ao paciente;
 - Implementar o uso de técnicas mnemônicas como, por exemplo, o SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), que apoiem a coleta de dados, o raciocínio clínico e o direcionamento do cuidado, oportunizando a análise, comparação e realização de diagnósticos de alterações clínicas, emocionais e comportamentais (GUSSO; LOPES, 2012);

- Disponibilizar protocolos, diretrizes clínicas e manuais de fácil acesso e consulta aos profissionais (por meio físico ou digital);
- Implementar o uso de ferramentas de suporte à decisão clínica, nos moldes dos guias do *Practical Approach to Care Kit (PACK)* (CORNICK *et al.*, 2018) e do *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)* (MICHAEL *et al.*, 2020);
- Implantar ou implementar registros eletrônicos do paciente que incluam diretrizes de práticas clínicas baseadas em evidências publicadas por fontes confiáveis, que incorporem ferramentas de suporte à decisão clínica, acionamento de linhas-guia (ou protocolos) com árvores de decisão, alertas de parâmetros clínicos alterados, necessidade de intervenções clínicas, rastreamento ou busca ativa de pacientes (GUSSO; LOPES, 2012).
- **Gestão de medicamentos**
 - Implementar práticas multiprofissionais e interdisciplinares na gestão de medicamentos, com envolvimento sistemático, engajamento e empoderamento dos pacientes, que inclua discussões sobre mudanças de estilo de vida como possíveis alternativas para algumas medicações;
 - Implementar e monitorar boas práticas prescritivas: identificação correta do paciente, identificação clara do prescritor (nome completo, registro profissional e assinatura), identificação do estabelecimento de saúde (impressos padronizados), data da prescrição, legibilidade, uso da denominação comum dos medicamentos, destaque na parte escrita de medicamentos com nomes semelhantes, não utilização de abreviaturas não padronizadas, clareza da identificação de dosagem e via de aplicação;
 - Disponibilizar tabelas ou software (programas) com informações sobre interações medicamentosas, especialmente em situações de polifarmácia;
 - Implementar e monitorar as etapas de boas práticas para a dispensação e administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa e dose certa; que podem ser acrescidas: registro certo, orientação correta (ao paciente), apresentação farmacêutica certa, resposta terapêutica certa (monitoramento da resposta esperada) e validade;
 - Implantar o uso de jalecos ou identificações que indiquem que o profissional não pode ser interrompido ou distraído durante o processo de prescrição, preparação, dispensação ou administração de medicamentos;
 - Implementar boas práticas de aquisição, armazenamento e rastreio de medicamentos e vacinas, evitando armazenamento próximo de medicamentos com embalagens, rótulos ou nomes similares, controle de validade de medicações e controle de lote de medicamentos ou vacinas entregues ou dispensados, preferencialmente, com uso de ferramenta de leitura de código de barras;
 - Implementar o uso de listas de medicamentos atualizadas, sempre registradas em prontuário, de fácil acesso (para consulta física ou eletrônica – neste caso, pre-

ferencialmente visualizada em diferentes serviços), assim como fornecida ao paciente, em formulário específico ou uma espécie de passaporte do paciente, com informações importantes sobre sua terapêutica, entre elas a lista atual de medicamentos, podendo, inclusive, ser uma foto em seu dispositivo móvel;

- Fortalecer o papel dos farmacêuticos na gestão de medicamentos, na conciliação e revisão medicamentosa, principalmente nos casos de multimorbidade, polifarmácia e uso de medicamentos de alta vigilância;
- Considerar e potencializar a participação ativa dos pacientes na gestão de sua terapêutica medicamentosa, lembrando que o paciente é o único elemento constante em sua trajetória de cuidado;
- Disponibilizar materiais de apoio ao paciente, como cartilhas e folhetos, que permitam melhor compreensão de sua condição de saúde e de seus medicamentos, incluindo uso de lembretes, inclusive por aplicativos móveis;
- Utilizar recursos disponíveis para apoiar o engajamento de pacientes no uso seguro de medicamentos, como fichas informativas sobre educação em saúde, ferramentas e recursos para autogestão, capacitação e sistemas de apoio para melhor compreensão de medicamentos. Alguns destes estão na sessão de leituras sugeridas;
- Implementar processos estruturados formais para conciliação medicamentosa em todos os níveis de atenção: construir a melhor história possível relacionada ao uso de medicação (*BPMH – best pos-*

sible medication history) - prescritos, não prescritos, tradicionais, fitoterápicos ou substâncias de uso recreativo - através da entrevista do paciente e verificar com pelo menos uma fonte de informação confiável; reconciliar e atualizar a lista de medicamentos; discutir com o paciente sobre mudanças na terapêutica (WHO, 2019a; ISMP, 2019);

- Implementar processos de revisão medicamentosa, com abordagem multidisciplinar, avaliando os riscos e benefícios de cada tratamento e discutindo com o paciente o processo de desprescrição e as decisões a serem tomadas sobre a terapia futura, com o objetivo de otimizar seu uso e melhorar os resultados de saúde (WHO, 2019b);
- Divulgar listagem atualizada de medicamentos de alta vigilância, com ações potenciais e estratégias para reduzir ou eliminar danos;
- Utilizar ferramentas de apoio às práticas de conciliação e revisão medicamentosa, como o uso de mnemônicos, como o SBAR e o I-PASS (ISMP, 2019). Mais detalhes podem ser encontrados nas leituras sugeridas;
- Implantar e implementar sistemas eletrônicos de prescrição e alerta, com sinalizações de alergias, interações medicamentosas, entre outros;
- Planejar e estruturar visitas e telemonitoramentos para acompanhamento do processo terapêutico e identificação precoce de intercorrência, principalmente para pacientes em uso de medicamentos de alta vigilância;

- Disponibilizar número de telefone da unidade/equipe para o qual os pacientes possam ligar para dúvidas ou problemas relacionados a medicamentos de alta vigilância.
- **Fortalecimento da cultura de segurança**
- Criar ambiente onde profissionais e pacientes sintam-se capazes de falar sobre as questões de segurança, sem culpa ou medo de retaliação, onde sintam-se à vontade para relatar riscos e incidentes de segurança;
- Implantar cultura justa;
- Implantar sistemas de notificação de eventos relacionados à APS, que garantam o anonimato e o aprimoramento da cultura de aprendizagem por erros - identificação, notificação e metodologia de análise e investigação dos eventos, com compartilhamento dos achados e implementação de planos de ação, contribuindo para melhorias nos processos e aprendizagem dos profissionais;
- Identificar possíveis incidentes relacionados à segurança do paciente a partir de ouvidorias e manifestações de usuários e comunidade;
- Estabelecer estratégias de devolutiva e divulgação das ações implementadas após a investigação e análise dos incidentes relacionados à segurança do paciente;
- Implantar e fortalecer os núcleos de segurança do paciente, com reuniões sistematizadas que investiguem e analisem os riscos e eventos locais e proponham melhorias para o próprio serviço;
- Estabelecer espaços de compartilhamento e aprendizagem, como comitês de segurança abertos a lideranças e profissionais, onde podem ser apresentados e discutidos os principais eventos e os aprendizados adquiridos com eles;
- Implantar visitas de segurança, com a participação da alta liderança, que escutem e falem com profissionais e pacientes sobre os problemas e soluções do dia a dia;
- Implantar auditorias que permitam uma prática reflexiva e devolutiva aos líderes e profissionais sobre a adesão do serviço às práticas de segurança;
- Incluir a abordagem de segurança nas reuniões locais de equipe;
- Implantar formas de medir e monitorar a segurança do paciente, com definições claras de indicadores e incidentes;
- Desenvolver pesquisas e publicar evidências científicas que permitam o compartilhamento e disseminação de boas práticas e resultados relacionados à APS mais segura.

Considerações Finais

A cultura de segurança do paciente é multifatorial e o serviço que deseja fortalecê-la deve abordar o tema desde o nível estratégico, estabelecendo objetivos que estimulem a melhoria contínua até a operacionalização dos micro e macroprocessos básicos e de abordagem específicas da APS. A abordagem da segurança do paciente é muito ampla e contém muitos desafios, e o serviço de APS pode priorizar ações iniciais conforme o perfil e necessidade locais.

A liderança precisa estar presente e envolvida nas mudanças para abrir espaços e remover certas barreiras e resistências, de forma transparente e aberta para que haja engajamento dos profissionais tanto nos processos de identificação de riscos e incidentes quanto na implementação de práticas e melhorias de processos que contribuam para uma APS cada vez mais segura.

Leituras Sugeridas

Protocolos Básicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/diversos>

Boletins do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos – Brasil. <https://www.ismp-brasil.org/site/boletins/>

Cartaz sobre as cinco perguntas que devem ser feitas pelos pacientes sobre os seus medicamentos. <https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/5questions/MedSafetyPoster-Portuguese.pdf>

Manuais Atenção primária Segura da Organização Mundial de Saúde. https://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/

Ferramentas para conciliação medicamentosa. <http://www.ihl.org/Topics/ADEsMedicationReconciliation/Pages/default.aspx>

Ferramenta para conciliação medicamentosa em transições de cuidado. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/match.pdf>

Guia para melhorar a segurança do paciente na APS através do engajamento de pacientes e familiares. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/reports/engage.html> Artigo - Apresentando uma mudança na política do hospital usando a metodologia FMEA como uma ferramenta para reduzir os riscos do paciente <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5088650/>

Referências Bibliográficas

AMBLÀS-NOVELLAS, J. et al. Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study of prognostic indicators related to end-of-life trajectories. *BMJ Open*, London, v. 6, n. 9, p. 1-10, set. 2016.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (AGS). Panel on prevention of falls in older persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 59, n. 1, p. 148-157, jan 2011.

AVERY, A. et al. Investigating the prevalence and causes of prescribing errors in general practice: the PRACtICE study. London: General Medical Council; 2012.

BACKMAN, Chantal. et al. Use of participatory visual narrative methods to explore older adults' experiences of managing multiple chronic conditions. *BMC Health Services Research*, London, v.18, n. 1, jun. 2018.

BELL, B. G. et al. Tools for measuring patient safety in primary care settings using the RAND/UCLA appropriateness method. *BMC Family Practice*, London, v. 15, n. 110, jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 03: protocolo para cirurgia segura. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Departamento de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

COLL-BENEJAMA, Txema. et al., Impacto del sobrediagnóstico y sobretratamiento em el paciente, el sistema sanitario y la sociedade. *Atención Primaria*, v. 50, n. S2, p. 86-95, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CREMESP). Resolução CFM no 1.995, de 9 de agosto de 2012.

CORNICK, Ruth. et al. The Practical Approach to Care Kit (PACK) guide: developing a clinical decision support tool to simplify, standardise and strengthen primary healthcare delivery. *BMJ global health*, London, v. 3, n. 5, p, 2018.

ELY, John W.; KALDJIAN, Lauris. C.; D'ALESSANDRO, Donna M. Diagnostic errors in primary care: lessons learned. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, Massachusetts, v. 25, n. 1, p. 87-97, jan. 201

EVANS, Huw P. et al. Improving the safety of vaccine delivery. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 12, n. 5, p. 1280-1281, mai. 2016.

FURLANETTO, Denise de Lima Costa. et al. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1851-1863, mai. 2020.

GHOSH, Amrita .et al. Interaction of palliative care and primary care. *Clinics in geriatric medicine*, v. 31, n. 2, p. 207-218, mai. 2015.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. *Traçado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre, Artmed, 2012.

HARMSSEN, Mirjam. et al. Patient safety in Dutch primary care: a study protocol. *Implementation Science*, v. 5, p. 50, jun. 2010a.

HÄIKIÖ, Kristin; SAGBAKKEN, Mette; RUGKÅSA, Jorun. Dementia and patient safety in the community: a qualitative study of family carers' protective practices and implications for services. *BMC Health Services Research*, London, v. 19, n. 1, p. 635, set. 2019a.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (ISMP). Prevenção de erros de medicação na transição do cuidado. *Boletim ISMP Brasil*. Belo Horizonte, v. 8, n.2. p. 1-11, 2019. Disponível em: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/04/boletim_ism-p_30a_edicao.pdf

JAMOULLE, Marc. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-3, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1064](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1064)

KOROWNYK, Christina. et al. Competing demands and opportunities in primary care. *Canadian Family Physician*, Mississauga, v. 63, n. 9, p. 664-668, set. 2017.

LIDDLE, Jeannine. et al. Making fall prevention routine in primary care practice: perspectives of allied health professionals. *BMC Health Services Research*, London, v. 18, n. 1, p. 598, ago. 2018.

- MARCHON, Simone Grativo; MENDES, Walter Vieira; PAVAO, Ana Luiza Braz. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2313-2330, nov. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-3111-2015001102313X&lng=en&nrmiso>. Acesso em: 16 jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00194214>.
- MARCHON, Simone Grativo; MENDES, Walter Vieira. Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1815-1835, set. 2014.
- MAROLDI, Michely Aparecida Cardoso. et al., Adherence to precautions for preventing the transmission of microorganisms in primary health care: a qualitative study. *BMC nursing*, v.16, p. 49, set. 2017.
- MASNOON, Nashwa. et al. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*, v.17, n. 1, p. 230, out. 2017.
- MENDES, Eugênio Vilaça. et al. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019a.
- MENDES, Eugênio Vilaça. Desafios do SUS. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019.
- MICHAEL, Sarah. et al. Developing competencies for the WHO mhGAP Intervention Guide Version 2.0 training package. *World Psychiatry*, v. 19, n. 2, p. 248-249, jun. 2020.
- MURRAY, Murray; BERWICK, Donald.M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*, v. 289, n. 8, p. 1035-1040, fev. 2003.
- NAKAMURA-THOMAS, Hiromi; KYOUGOKU, Makoto; BONSAKSEN, Tore. Japanese community-living older adults' perceptions and solutions regarding their physical home environments. *Home Health Care Management & Practice*, v. 31, p. 16-22, set. 2019.
- NORA, Carlise Rigon Dalla; BEGHETTO, Mariur Gomes. Patient safety challenges in primary health care: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 73, n. 5, e20190209, jul. 2020
- OFEK, F. et al., Introducing a change in hospital policy using FMEA methodology as a tool to reduce patient hazards. *Isr J Health Policy Res*, 5, p. 30, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.
- PANATTIERI, Néstor D. et al. Patient safety and the international goals: Consensus document. *Archivos argentinos de pediatría*, Buenos Aires, v. 117, n. 6, p. S277-S309, dez. 2019.
- PHILLIPS, Shawn. et al. Pressure and Friction Injuries in Primary Care. *Primary Care*, v. 42, n. 4, p. 631-644, dez. 2015.
- PICCARDI, Carlotta. et al. Social disparities in patient safety in primary care: a systematic review. *International journal for equity in health*, v. 17, n. 1, p. 114, ago. 2018.
- SAKSENA, A. et al. Preventing wrong tooth extraction: experience in development and implementation of an outpatient safety checklist. *British dental journal*, v. 217, n. 7, p. 357-362, out. 2014.

- SIEGRIST, Monika. et al. Fall Prevention in a Primary Care Setting. *Deutsches Arzteblatt international*, v. 113, n. 21, p. 365-372, mai. 2016.
- SINGH, Hardeep; MEYER, Ashley N.; THOMAS, Eric J. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Quality & Safety*, v. 23, n. 9, p. 727-731, set. 2014.
- SINGH, Hardeep. et al. The global burden of diagnostic errors in primary care. *BMJ Quality & Safety*, v. 26, n. 6, p. 484-494, jun. 2017.
- SMITH K. et al. *The Guide to Improving Patient Safety in Primary Care Settings by Engaging Patients and Families*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. 2018. Disponível no link: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patient-family-engagement/pfepprimarycare/pfepc-fullguide-final508.pdf>
- TUDOR CAR, Lorainne. et al., Clinician-identified problems and solutions for delayed diagnosis in primary care: a PRIORITIZE study. *BMC Family Practice*, v. 17, p. 131, 09 2016.
- VERMEIR, P. et al., Communication in health-care: a narrative review of the literature and practical recommendations. *International journal of clinical practice*, v. 69, n. 11, p. 1257-1267, nov. 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva: World Health Organization, 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care*. Geneva: World Health Organization; 2016a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care*. Geneva: World Health Organization; 2016d.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Administrative Errors: Technical Series on Safer Primary Care*. Geneva: World Health Organization; 2016c.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Human Factors: Technical Series on Safer Primary Care*. Geneva: World Health Organization; 2016b.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*. Geneva: World Health Organization, 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Medication Safety in Transitions of Care*. Geneva: World Health Organization; 2019a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Medication Safety in Polypharmacy*. Geneva: World Health Organization; 2019b.
- YANG, Ming. et al. Does residing in urban or rural areas affect the incidence of polypharmacy among older adults in western China?. *Archives of gerontology and geriatrics*, v. 60, n. 2, p. 328-333, mar. 2015.

Oficinas como Estratégias Educacionais para Profissionais de Saúde

Alessandra Tavares Francisco Fernandes
Francielle Bendersky Gomes
Juliana Ellwanger

Pontos de Destaque:

- **A Pedagogia relacional e o uso de metodologias ativas nos processos de ensino e aprendizagem;**
- **O Planejamento pedagógico de oficinas e de atividades mediadas pelo Ambiente Virtual de Aprendizagem;**
- **A Experiência educacional das oficinas pedagógicas junto aos profissionais de saúde para a Segurança do Paciente.**

Introdução

O Projeto Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) — demandado pela Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente (CTCSP), do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) — está alinhado à área de atuação capacitação de recursos humanos (Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009),

em função do seu caráter educacional. Possui como objetivo ofertar diferentes formas de educação em segurança do paciente com foco na APS para todos profissionais que participam do Projeto de Planificação da Assistência à Saúde, abarcando os facilitadores, os tutores e os profissionais de saúde que realizam assistência direta ao paciente.

Este capítulo, organizado em seis partes, tem o intuito de apresentar a forma como se deu o planejamento pedagógico e a realização de ações educacionais nas modalidades presencial e a distância. Na continuidade desta introdução, a segunda parte aborda a concepção de aprendizagem e o modelo da pedagogia relacional que embasam este Projeto; a terceira apresenta o planejamento pedagógico de ações educacionais e os elementos que o constitui, entendendo-se então que a oficina pedagógica e as atividades mediadas pelo Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) consistem em estratégias que compõem estas ações; a quarta traz alguns aspectos fundamentais da oficina pedagógica e do uso do AVA; a quinta relata a experiência das oficinas presenciais; e a última descreve as considerações quanto ao planejamento pedagógico e o desenvolvimento do Projeto.

Pedagogia Relacional: Aprendizagem e a Construção do Conhecimento

A aprendizagem é um processo contínuo e permanente que ocorre durante toda a existência humana. A criança aprende a engatinhar, a andar, a falar, a se socializar e a interagir com as outras pessoas e com o mundo que a cerca; quando atinge a vida adulta, somam-se as aprendizagens relacionadas ao exercício da cidadania e ao desenvolvimento de competências vinculadas ao desempenho profissional. De acordo com Becker (2011), a aprendizagem é uma construção e pressupõe um sujeito ativo:

“A capacidade cognitiva humana é construída pela interação entre organismo e meio, indivíduo e sociedade, sujeito e objeto. A capacidade de assimilar é também a de suportar os impactos que a diversidade do meio produz no sujeito; a ela corresponde outra capacidade, a acomodação, que

equivale a enfrentar e responder aos desafios do meio produzindo transformações no sujeito - transformações que transbordam, na medida que os esquemas se generalizam, os problemas para cuja solução foram criados. Mediante o jogo de assimilações (ações que transformam os objetos) e acomodações (ações que transformam a si mesmo), o sujeito vai constituindo, mediante coordenações de ações, um instrumental lógico de progressiva complexidade” (BECKER, 2011, p. 267-268).

Neste excerto, vemos uma concepção de aprendizagem, ou seja, o entendimento do autor quanto aos processos que estão envolvidos na ação de aprender e que portanto implicam diretamente nas ações de ensinar.

Aprender é fundamentalmente uma questão de fazer e manter ligações. Conhecimentos, habilidades e experiências anteriores são integrados a novas ideias e conceitos (HONSBERGER; GEORGE, 2002). A aprendizagem é compreendida como o processo pelo qual o indivíduo adquire informações, habilidades, atitudes, valores, etc. a partir de seu contato com a realidade, o meio ambiente e as outras pessoas (OLIVEIRA, 1995).

Nesta concepção epistemológica e neste modelo de pedagogia, que compreende que novas aprendizagens vão sendo possíveis ao longo do desenvolvimento, há a necessidade de pensar-se em estratégias de ensino que não apenas envolvem a assimilação de conteúdos, mas a construção de novas estruturas cognitivas que possibilitem a dinâmica da construção de conhecimentos que contemplem o avanço nos níveis de complexidade de pensamento (operações mentais) e o desenvolvimento de competências.

Planejamento da Ação Pedagógica

O processo de ensino e aprendizagem, além da fundamentação em concepções de aprendizagem e em modelos pedagógicos, envolve o planejamento prévio das ações pedagógicas.

O planejamento da ação pedagógica compreende a definição de competências a serem desenvolvidas pelos alunos e dos objetivos de aprendizagem a serem atingidos pelos mesmos. Além disto, inclui a escolha dos conteúdos, das metodologias de ensino, de recursos didáticos e dos métodos de avaliação da aprendizagem, tendo como ponto de partida a definição do público-alvo.

O termo competência tem diversas definições nas áreas profissional e educacional, sendo possível observar-se algumas versões parecidas e inclusive complementares. Uma concepção mais geral é entendida como aquilo que qualquer pessoa necessita para responder aos problemas aos quais se deparará ao longo da vida. Portanto, competência consistirá na intervenção eficaz nos diferentes âmbitos da vida mediante ações nos quais se mobilizam, ao mesmo tempo e de maneira inter-relacionada, componentes atitudinais, procedimentais e conceituais (ZABALA, 2010).

No campo educacional o conceito de competência passou a ser adotado em diversos âmbitos, como por exemplo nas políticas públicas, nas reformas curriculares e, de forma mais focalizada, no planejamento das ações de ensino. Em relação ao planejamento da ação pedagógica é sempre importante lembrar que não consiste em uma ação somente técnica, uma vez que envolve para além da concepção de sujeito que constrói o conhecimento, a concepção de um sujeito que vive e atua na sociedade. Essas duas dimensões: técnica e política são de igual importância nos processos de ensino e

aprendizagem. O planejamento é um ato político-social, científico e técnico: quando está comprometido com as finalidades sociais; na medida em que não pode planejar sem um conhecimento da realidade; e na medida em que exige uma definição de meios eficientes para se obter resultados (LUCKESI, 2001).

A partir destas definições prévias, voltamos nossos olhares para os elementos constitutivos do Plano de Ação Pedagógica (PAP).

Elementos constitutivos do Plano de Ação Pedagógica (PAP)

O PAP é o instrumento que irá sistematizar o trabalho pedagógico. A elaboração do PAP é primordial para uma boa execução e avaliação da atividade educacional, seja uma aula, curso, oficina, etc. Há diversos modelos de PAP, uma vez que devem ser adaptados conforme os processos de ensino e aprendizagem ao qual se destinam, porém em todos pode-se perceber a presença de elementos que são básicos e comuns e que, portanto, se repetem. Estes elementos estão sistematizados no quadro a seguir:

Quadro 1 – Modelo de Plano de Ação Pedagógica

Autoria	Nome(s) do(s) profissional(is) responsável(is) pela elaboração da Ação Pedagógica.
Público-alvo	Público ao qual a ação pedagógica será dirigida. A definição do público-alvo envolve a compreensão, por parte do professor, dos aspectos educacionais, sociais, econômicos, e culturais, bem como os conhecimentos previamente construídos e as necessidades de aprendizagens dos alunos.
Carga-horária	Total de horas-aula e a organização do tempo em relação aos conteúdos e atividades a serem desenvolvidas.
Ementa	Texto dissertativo que apresenta a disciplina/módulo. Deve ser sucinto, contextualizado e informar os conteúdos que serão abordados.
Objetivos gerais	Descrições objetivas explicitando o que se pretende com a ação educativa. Os objetivos gerais devem ser alcançados a longo prazo (no final do estudo: curso/disciplina/ação pedagógica, por exemplo).
Competências	Descrições das competências que serão abordadas e que deverão ser desenvolvidas pelos alunos ao longo do estudo.
Objetivos de aprendizagem	Descrições objetivas e claras da intenção ou dos resultados que são esperados ao final da ação educativa. Estes objetivos são atingidos a curto prazo (por exemplo uma unidade, que pode ser uma aula, um encontro, etc.) e sua elaboração envolve as capacidades e habilidades de pensamento (grau de complexidade das operações mentais), os domínios da aprendizagem (âmbitos cognitivo, afetivo e psicomotor) e os tipos de conteúdos (conceituais, procedimentais e atitudinais).
Conteúdos	Conjunto selecionado de conhecimentos, construídos historicamente por autores, que poderão contribuir na construção do conhecimento. Ao escolher os conteúdos o professor deverá considerar critérios como relevância e atualização. Pode-se entender que o autor do planejamento, a partir de sua experiência, válida ou corrobora o conteúdo/autor selecionado.
Recursos	Objetos que serão elaborados e/ou selecionados para o desenvolvimento do estudo ou das atividades. Deverão ser mediados pelo professor a fim de oportunizar aos alunos o estabelecimento de relações e a promoção da construção do conhecimento. Sugere-se dispor uma diversidade de recursos, e prever o modo como os recursos serão apresentados e usados, contribuindo assim para ampliar as experiências de aprendizagens.
Metodologia de ensino	São o conjunto de métodos selecionados para a intervenção pedagógica visando ao aluno atingir os objetivos de aprendizagem. A definição do método depende do objetivo da oficina, como por exemplo, uma oficina de problematização, de sensibilização temática ou de desenvolvimento de habilidades.
Metodologia de avaliação	Consiste na sistematização dos métodos que serão utilizados para o acompanhamento e a avaliação das aprendizagens. Os métodos avaliativos devem corresponder aos objetivos de aprendizagem. Em linhas gerais as avaliações permitem o diagnóstico e a correção de possíveis dificuldades que possam ocorrer ao longo deste processo.
Referências bibliográficas	Informações completas do referencial teórico utilizado na elaboração de todos os materiais que serão utilizados na ação educacional. O referencial deve ser o mais atualizado possível, pois assim como outros temas, existe uma evolução constante.

Fonte: Elaborado pelas autoras

Dentre os elementos do PAP damos destaque às metodologias, chamando a atenção para o uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem, por tratar-se da concepção metodológica utilizada no planejamento e realizações das ações pedagógicas neste Projeto. De acordo com a conceituação de BERBEL (2011) *apud* BASTOS (2006) as metodologias ativas são processos interativos de conhecimento, análise, estudos, pesquisas e decisões individuais ou coletivas, com a finalidade de encontrar soluções para um problema.

Na aprendizagem ativa, o aluno é compreendido como protagonista do seu próprio processo de formação, o professor atua como um facilitador da aprendizagem, os conteúdos devem estar contextualizados com base na realidade e as metodologias devem estimular uma postura ativa e crítica a fim de oportunizar aprendizagens significativas. Como exemplos de estratégias de ensino podemos citar: mapas mentais, estudo de caso, dramatização, aprendizagem por projetos, aprendizagem baseada em problemas, aprendizagem baseada em jogos, entre outras.

Em relação à escolha das metodologias, saber que uma metodologia ativa não deve estar disposta apenas por parecer interessante, mas sim por apresentar melhor forma de se trabalhar o desenvolvimento de determinada competência. O educador, ao mediar, desempenha o papel de auxiliar o processo de aprendizagem, ou seja, atua a partir dos conhecimentos previamente construídos pelos educandos no sentido de possibilitar que realizem a análise crítica e a reorganização de seus conhecimentos.

Estratégias Educacionais Utilizadas

Oficina Pedagógica

Se alguém nos perguntar: “o que é uma oficina?”, possivelmente nossas respostas irão envolver algo como: o lugar onde se faz criações, individualmente ou coletivamente. Se aplicarmos esse entendimento no âmbito educacional, identificaremos particularidades comuns, pois a oficina pedagógica consiste em uma metodologia de ensino voltada para o trabalho em grupo, em que há a construção colaborativa de conhecimentos na análise das situações pedagógicas propostas.

A oficina pedagógica tem formato interativo, criativo e pressupõe que a construção do conhecimento não se constitui apenas no resultado final, mas permeia todo o processo colaborativo vivenciado no espaço e no tempo. O processo de aprendizagem em uma oficina tem como base o conhecimento e a experiência de todos os participantes, que são parceiros. A mediação dialógica, realizada pelo facilitador, envolve, portanto, reconhecer e valorizar esses conhecimentos, problematizar as pressuposições e perspectivas e instigar a troca de experiências no sentido da promoção da construção da aprendizagem coletiva. A palavra viva é diálogo existencial. Expressa e elabora o mundo, em comunicação e colaboração. O diálogo autêntico - reconhecimento do outro e reconhecimento de si, no outro - é decisão e compromisso de colaborar na construção do mundo comum (FREIRE, 2002).

Nesta perspectiva a oficina pedagógica pode ser caracterizada como uma estratégia colaborativa do fazer pedagógico, onde as principais ênfases são construção e reconstrução do conhecimento. Pensar, descobrir, reinventar, criar e recriar são favorecidos pela forma horizontal na qual a relação humana se dá. Músicas, textos, observações

diretas, vídeos, pesquisas de campo, experiências práticas são formas de vivenciar ideias, sentimentos, experiências, num movimento de reconstrução individual e coletiva (ANASTASIOU & ALVES, 2015). Trata-se de uma oportunidade de vivenciar situações concretas e significativas, baseada no tripé: sentir-pensar-agir. Nesse sentido, muda-se o foco tradicional da aprendizagem (cognição), passando a incorporar a ação e a reflexão (PAVIANI & FONTANA, 2009).

Outro aspecto importante a ser considerado diz respeito às características de aprendizagem do adulto. A maior parte da aprendizagem de adultos começa com uma experiência. O adulto reflete e interpreta esta experiência à luz de experiências passadas e situações atuais. Por meio da integração e síntese de aprendizados anteriores e novos, existe a oportunidade de aplicar o novo conhecimento ou habilidade (HONSBERGER; GEORGE, 2002).

Ao escolher utilizar essa metodologia, o PAP necessita ser detalhado, pois é o documento que organiza a oficina: objetivos de aprendizagem, metodologia do trabalho colaborativo em grupos, recursos educacionais, carga horária, recursos físicos e técnicos, mediação pedagógica e avaliação; componentes estes que serão abordados de forma contextualizada na parte do relato de experiência.

Ambiente Virtual de Aprendizagem

Com o objetivo de proporcionar aos participantes das oficinas o aprofundamento da reflexão iniciada nos encontros presenciais e com o propósito de manter a lógica da construção compartilhada do conhecimento, ofereceu-se aos participantes das oficinas o acesso a um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), mais especificamente a possibilidade de participarem de fóruns permanentes

de discussão, de webinários com profissionais cuja atuação envolve ações para um cuidado mais seguro na APS e o acesso ao repositório de materiais, sendo estes avaliados como referência na temática da Segurança do Paciente.

O AVA disponibiliza um rol de ferramentas interativas diversas que devem ser selecionadas de acordo com suas funções e em relação à metodologia pedagógica que se deseja utilizar, sendo assim os ambientes e recursos da plataforma que estão sendo disponibilizados aos participantes foram previamente elencados no momento do planejamento pedagógico.

Ainda nesta perspectiva de uso de ferramentas virtuais, é importante ressaltar que toda aprendizagem mediada pela tecnologia, não difere do ensino na modalidade presencial, pressupõe alguns aspectos essenciais para o alcance dos objetivos pedagógicos, quais sejam: o planejamento pedagógico, o envolvimento e a interação efetiva dos participantes e a mediação pedagógica.

Foram disponibilizados na plataforma inúmeros artigos e materiais atualizados para atualização do conhecimento em segurança do paciente.

Relato de Experiência

A seguir utilizaremos o próprio relato do Projeto para a exemplificação e aplicação do conteúdo introdutório.

Este relato dissertará sobre a vivência do curso semipresencial de multiplicadores. O curso faz parte do Projeto Segurança do Paciente na APS - Projeto PROADI-SUS, executado pelo Hospital Moinhos de Vento (HMOV). O planejamento contou com trabalho em equipe do Projeto Segurança do Paciente na APS (formada por três enfermeiras,

uma farmacêutica, um médico pediatra e uma médica de família e comunidade), Núcleo de Tecnologia Educacional do H MV e das representantes das áreas técnicas do MS e CONASS.

Utilizou-se de metodologias ativas de aprendizagem e o próprio formato de oficinas pedagógicas, que propiciam aprendizado interativo e significativo. Tais características contribuem para a aprendizagem e a construção do saber de forma coletiva, necessária à temática inovadora da Segurança do Paciente no contexto da APS.

A mediação pedagógica esteve presente em todas as ações de ensino, seja presencial ou à distância; entendendo-se aqui que, em ambas as modalidades, a mediação tem igual importância nos processos de aprendizagem.

O PAP foi o instrumento utilizado para estruturar a proposta das oficinas juntamente com seus conteúdos e distribuição dos tempos dedicados. Para conhecer o planejamento realizado, veja a seguir um recorte do PAP elaborado no Projeto Segurança do Paciente na APS.

Quadro 2 – Resumo das oficinas de multiplicadores do Projeto Segurança do Paciente na APS

<p>Quem participou?</p>	<p>A partir dos objetivos do Projeto, o curso foi organizado em 27 oficinas, sendo uma para cada região escolhida. Cada oficina apresentaria 2 momentos distintos, totalizando 54 encontros presenciais, com carga horária de 14 horas por encontro, dividida em 2 dias, ofertada para uma média de 40 participantes.</p>
<p>O público-alvo foi composto por representantes das Câmaras Técnicas de Segurança do Paciente dos Estados, Vigilâncias Sanitárias, Coordenações da APS, tutores estaduais e regionais dos Projetos PlanificaSUS e Planificação (projetos vinculados ao CONASS, cujo objetivo é o de organizar a Atenção Ambulatorial Especializada em rede com a APS).</p>	<p>Após o primeiro encontro, os participantes do curso foram convidados a ingressar no AVA a fim de dar continuidade às aprendizagens colaborativas e aprofundar as reflexões acerca dos temas e ações desenvolvidos até o segundo encontro.</p>
<p>O que aconteceu?</p>	<p>Quando aconteceu?</p>
<p>O curso semipresencial de multiplicadores elaborou dois ciclos de oficinas pedagógicas presenciais de nível básico e intermediário e atividades no AVA.</p>	<p>O primeiro ciclo de encontros presenciais ocorreu no segundo semestre de 2019 para 22 Estados e o Distrito Federal. Já o segundo ciclo, que estava previsto para o primeiro e o segundo semestre de 2020, não foi executado até o momento (ano base 2020) em função do surgimento da pandemia do Coronavírus em março de 2020.</p>
<p>Para as oficinas foi desenvolvido um material didático prévio denominado “Manual da Oficina de Multiplicadores”.</p>	
<p>A Plataforma se mostrou um canal de comunicação permanente e diverso entre os participantes, instrutoras e demais integrantes do Projeto.</p>	

Fonte: Elaborado pelas autoras

Quadro 3 – Exemplo de Plano de Ação Pedagógica - Recorte de Plano de Ação Pedagógica da oficina de multiplicadores do Projeto Segurança do Paciente na APS

Plano de Ação Pedagógica					
Curso: Oficina de Multiplicadores da Formação em Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.		Público-Alvo: Profissionais que cumprirão o papel de multiplicadores estaduais e regionais no Projeto de Planificação da Atenção à Saúde.			
Carga Horária Total: 14 horas (28 horas)					
Ementa: A oficina aborda a formação de profissionais no tema de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde.					
Objetivo Geral: Formar profissionais de saúde estaduais e regionais no tema de Segurança do Paciente em APS para que possam atuar como multiplicadores no Projeto Segurança do Paciente na APS.					
Objetivos específicos:					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Compor as ações da implementação do Projeto de Planificação com foco na Segurança do Paciente; 2. Desenvolver conhecimento de Segurança do Paciente na APS, com foco na aplicação de ferramentas; 3. Orientar os multiplicadores para o planejamento, desenvolvimento e avaliação de ações em segurança do paciente, alinhadas aos planos de ação do Projeto Planificação. 					
Competências:					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Multiplicar aspectos básicos da segurança do paciente e quanto ao uso das ferramentas de segurança do paciente no contexto da APS; 2. Trabalhar em equipe pela segurança do paciente (consenso, argumentação, priorização); 3. Refletir sobre a segurança do paciente no contexto trabalho. 					
Momentos	Objetivo de	Conteúdo	Metodologia e Recursos	Carga Horária	Avaliação
As ferramentas na prática	Identificar a aplicabilidade das ferramentas de segurança do paciente em um caso clínico.	Envolvimento do paciente no cuidado, uso seguro de medicamentos, transição do cuidado, segurança no diagnóstico, aprendizado com os erros. Ferramentas de segurança do paciente: ler de volta, Tutor de Segurança, Palavra PIS, E se?, Dupla checagem/ dupla conferência, 9 certos de administração de medicamentos, 5 momentos de higiene de mãos, Ensinar de volta, SBAR, IDRAW, 5 momentos de uso seguro de medicamentos da OMS, Reunião Rápida de Segurança.	Estudo de caso (Caso Dona Rosa Girassol) Aprendizagem baseada em problemas (imagens selecionadas pela equipe que representam situações da APS, áudios sobre a utilização de ferramentas elaborados pela equipe do Projeto) Rodas de conversa Material de apoio elaborado pela equipe (uso em tempo integral)	1h 30 min	Participação nas atividades propostas e <i>Debriefing</i> (troca de ideias)

Quadro 3 – Exemplo de Plano de Ação Pedagógica - Recorte de Plano de Ação Pedagógica da oficina de multiplicadores do Projeto Segurança do Paciente na APS

Momentos	Objetivo de	Conteúdo	Metodologia e Recursos	Carga Horária	Avaliação
Contextualizando ferramentas e cenários	Praticar o uso de ferramentas de segurança do paciente	Ferramentas de segurança do paciente	Dramatização (cenas propostas pelos participantes a partir de situações do cotidiano da APS)	2 horas	Participação nas atividades propostas e <i>Feedback</i> (parecer)
Introdução para a prática	Demonstrar a aplicabilidade das metas do PNSP e ferramentas de segurança do paciente no contexto da APS	Metas do PNSP Microprocessos da APS Ferramentas de segurança do paciente	Aprendizagem baseada em jogos: Jogo de Dominó Aprendizagem baseada em problemas (situações representadas no jogo) Rodas de conversa	1 hora	Participação nas atividades propostas e <i>Debriefing</i> (troca de ideias)
Reflexão para a prática	Elaborar proposta de implantação de ferramentas de segurança do paciente nos processos de trabalho da APS	Ferramentas de segurança do paciente Macro e microprocessos da APS Planejamento de ação: 5W2H	Aprendizagem baseada em projetos (Exemplo de um planejamento com a utilização da ferramenta 5W2H) Rodas de conversa	2h30min	Participação nas atividades propostas e <i>Feedback</i> (parecer)

Referências (principais/base do curso):

Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. : il. Documento de Referência Programa Nacional de Segurança do Paciente

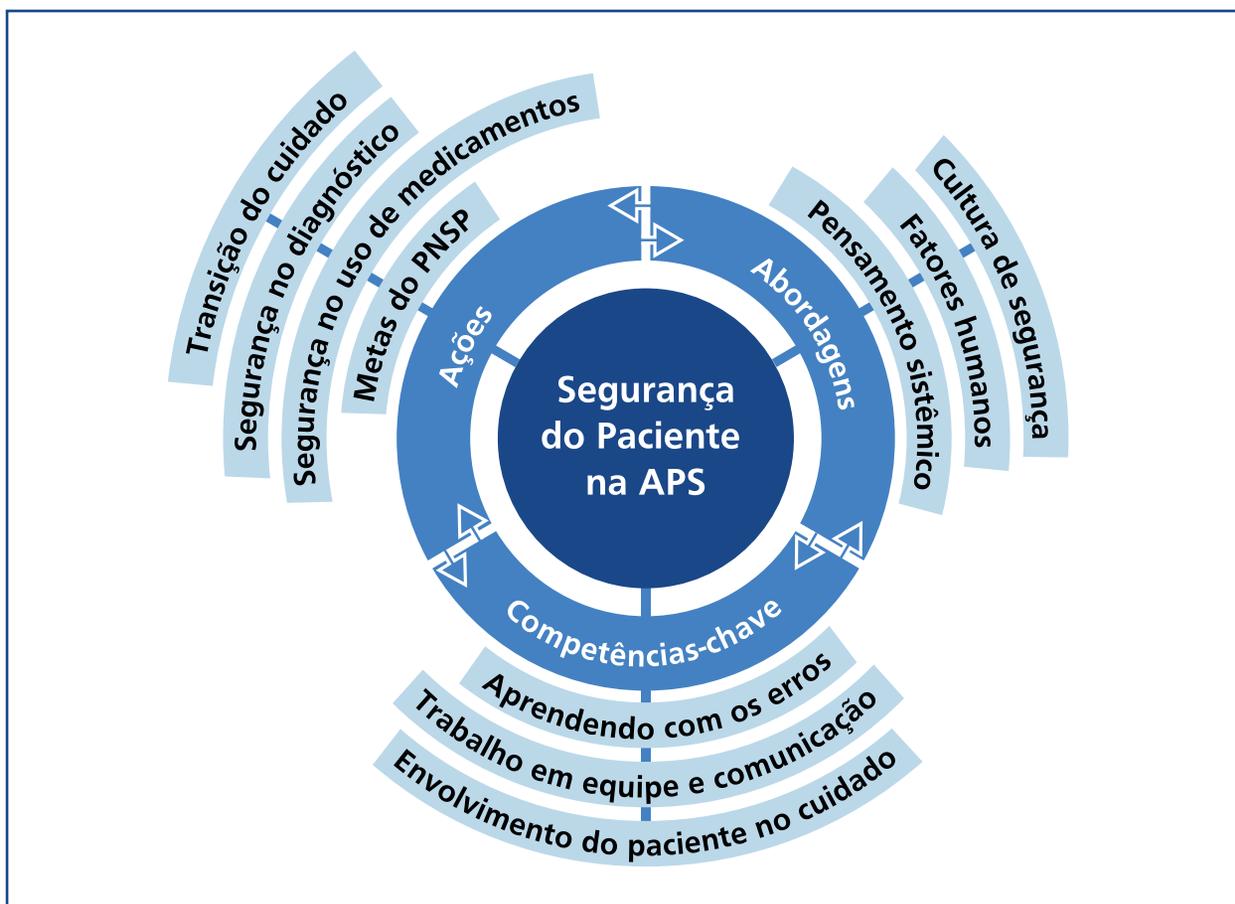
BRASIL. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Diário Oficial, Brasília, DF, 24 set. 2013. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html

Technical Series on Safer Primary, World Health Organization acessada em novembro de 2018 http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il.

Fonte: Elaborado pelas autoras

Figura 1 – Mapa mental



Fonte: Elaboração Equipe Projeto Segurança do Paciente na APS, 2019

A etapa de planejamento não se restringiu apenas à elaboração do PAP, os recursos (jogos, áudios, casos complexos, etc) foram planejados e criados como dispositivos para os processos de ensino e aprendizagem, bem como os exercícios de ensaio da atividade didática por parte da equipe mediadora.

Além do planejamento da realização da ação pedagógica, houve a necessidade da elaboração do conteúdo a ser abordado nas oficinas, disponibilizado no formato físico e digital para o aluno participante. A temática segurança do paciente na APS ainda é muito recente, tendo poucos estudos nacionais. A adaptação do conhecimento de outros países para realidade da APS brasileira ou ainda do conhecimento nacional de segurança do paciente à nível hospitalar para APS foi necessária.

Para sistematizar as reflexões quanto ao planejamento do Projeto, a equipe criou um esquema que envolve três grandes áreas: abordagem, competências-chaves e ações.

Neste esquema, a abordagem traduz a forma como se enxerga a temática segurança do paciente na APS. Já as competências-chaves, são as competências a serem desenvolvidas por todos os profissionais de saúde da APS, para praticar a segurança do paciente durante a assistência à saúde. O bloco das ações trata de medidas a serem realizadas para que se obtenha um cuidado mais seguro e de maior qualidade, apresenta, portanto, um caráter mais técnico e processual. Nas ações desenvolve-se: as metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído a partir da Portaria

nº529/2013, uso seguro de medicamentos, segurança no diagnóstico e transição do cuidado.

A divisão nos domínios foi motivada para se tornar mais didática, entretanto, os domínios se complementam. Para colocar em prática as ações de segurança do paciente são necessárias uma série de medidas que somente serão possíveis a partir do entendimento do sistema como um todo, sua complexidade e interações, do desenvolvimento de atitudes e habilidades para sua execução. Vejamos um exemplo:

- **Situação:**

A unidade de saúde deseja trabalhar o uso seguro do medicamento insulina. A insulina é um medicamento potencialmente perigoso que apresenta um risco aumentado de causar dano em decorrência do uso inadequado, como: troca de apresentações de insulinas, administração equivocada, hipo ou hiperglicemia no paciente.

- **Ações:**

Como estratégias para redução de eventos adversos, a unidade de saúde implantará identificação diferenciada desse medicamento e adequação do processo de dispensação, com dupla conferência.

- **Abordagem:**

Para que as ações sejam efetivas e diminuam o risco de dano ao paciente, é necessário que se haja um entendimento do motivo da sua implementação.

- **Fator humano:** compreender que a sinalização diferenciada de determinado medicamento foi realizada para reduzir o risco de troca acidental.

- **Pensamento sistêmico:** entendimento do motivo passa em compreender que a sinalização diferenciada daquele medica-

mento foi concebida para diminuir o risco da sua troca ocasional (fator humano), refletindo em uma barreira de segurança que impede que o paciente receba o medicamento errado (pensamento sistêmico) e que tal ação estimula a forma com que todos trabalham na unidade de saúde (cultura de segurança).

- **Cultura de Segurança:** estímulo para que todos trabalhadores da unidade de saúde fomentem a segurança do paciente. A competência para execução das ações passa por realizar o processo de maneira segura e articulada.

- **Competências-chave:**

Para a execução das ações é necessário que os envolvidos tenham competência para sua execução realizando o processo de modo seguro e articulado.

- **Aprender com os erros:** percepção de risco e conhecimento do que fazer caso aconteça uma dispensação errada;

- **Trabalho em equipe e comunicação:** consciência de todos da equipe de que se trata uma situação de risco e que, portanto, existem regras específicas a serem cumpridas;

- **Envolvimento do paciente no cuidado:** orientação adequada pertinente e específica, de acordo com nível de compreensão do paciente sobre uso do medicamento prescrito.

Etapas de Execução das Oficinas

Para a execução das oficinas de multiplicadores presenciais propriamente dita, primeiro

existiu a adesão das Secretarias de Saúde dos Estados ao Projeto, articulação com referências dos Estados para viabilizar a oferta das oficinas, pactuação de cronogramas, escolha dos participantes (que teriam o papel de multiplicadores) e organização de eventos composto por:

1. local;
2. disposição da sala;
3. alimentação;
4. recursos audiovisuais;
5. serviços de apoio.

Todo o planejamento da estratégia pedagógica se efetiva ao realizar todo o planejamento e organização necessárias para a realização.

• **Primeiro dia:**

Atividade de apresentação:

1. Recepção dos participantes;
2. Apresentações de cada parceiro (Projeto, PRO-ADI, HMV, parcerias MS e CONASS, proposta da oficina e das instrutoras);
3. Apresentação dos participantes entre si em uma atividade “quebra-gelo”, na qual um colega apresentava o outro ao grande grupo;
4. As apresentações iniciais alinharam as expectativas e a compreensão da proposta de trabalho a ser desenvolvida nos dois dias consecutivos.

A disposição espacial dos participantes durante a oficina foi planejada de forma intencional. Optou-se por trabalhar em 8 grupos, que foram divididos em mesas redondas conforme a ordem de chegada dos participantes de maneira livre.

A realização das oficinas contou com uma facilitadora e com uma co-facilitadora, que alternaram esta função ao longo dos encontros. A co-facilitação é enriquecedora e dinamiza o trabalho, pois traz diferentes pontos de vista, comportamentos, estilos e conhecimentos. São papéis assumidos alternadamente e, quanto maior a cumplicidade entre facilitador e co-facilitador, melhor será o desenvolvimento das atividades e a interação com o grupo (HONSBERGER & GEORGE, 2002).

Avaliação (aplicação de instrumento pré-teste): a fim de avaliar a construção do conhecimento, utilizou-se, entre outras estratégias, o instrumento de pré e pós-teste aplicados no início e ao final do encontro, com 10 questões de múltipla escolha. O pré-teste teve a intenção de provocar a curiosidade dos participantes para oficina, visto que desconheciam os temas abordados no questionário, mesmo aqueles com histórico de trabalho em segurança do paciente à nível hospitalar.

Atividade de reflexão: Os participantes eram convidados a refletir “O que é segurança do paciente na APS?”. Inicialmente no pequeno grupo e posteriormente no grande grupo. Esta primeira reflexão serviu para troca dos saberes prévios, e um disparador para introduzir o conceito preconizado de segurança do paciente e apresentar a linha do tempo dos principais marcos históricos da segurança do paciente no Brasil e no Mundo.

Ainda na etapa de reflexão inicial, a pergunta norteadora “Onde você identifica segurança do paciente na APS?” foi realizada a fim de estimular a discussão da temática nos macro e micro-processos da APS, na lógica da metáfora da casa da construção social da APS, esquema norteador da organização de trabalho da Planificação. Nesta etapa, cada grupo identificava a segurança do paciente dentro de um macroprocesso (total de 8 macroprocessos e 8 grupos de trabalho), discutindo

Figura 2 – Dinâmica reflexiva sobre segurança do paciente na metáfora da casa da construção social da APS



Fonte: Projeto Segurança do Paciente na APS, 2019

no pequeno grupo e anotando suas reflexões. Esta atividade retornava no segundo dia, com a mesma indagação para fazer o debriefing (troca de ideias) do que eles tinham refletido inicialmente e após os dois dias de oficina, já com a vivência da oficina, podendo fazer a autoavaliação do seu aprendizado.

Temáticas de segurança do paciente: a segunda parte da manhã foi destinada a explorar o mapa mental de maneira mais detalhada.

- **Pensamento sistêmico:** apresentação de várias imagens com indagação do que os participantes enxergavam em cada foto. Ao final, foi mostrado que todas as imagens eram parte de uma única figura, mas que, apesar de serem partes, não representavam o todo. A ideia desta atividade foi refletir que mesmo conhecendo muito bem particularidades de um processo, nem sempre se consegue ver o todo, pois o todo é um sistema complexo, com múltiplos integrantes interconectados, dinâmico e imprevisível - a exemplo do próprio sistema de saúde, na lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS), na qual a APS é ordenadora e coordenadora.

- **Fatores humanos:** atividades que conduziam os participantes a situações do dia a dia do trabalho que também induzem ou contribuem para o erro e estão relacionados à segurança do pa-

ciente, como: pacientes com mesmo nome, embalagens de medicamentos semelhantes, prescrição ilegível, etc. Para tanto, utilizou-se imagens que trabalhavam com ilusão de ótica (linhas retas que parecem tortas) ou que misturam os sentidos de fala e visão (nomes de cores com cores diferentes à escrita, necessitando que o participante fale a cor da palavra e não sua escrita).

- **Trabalho em equipe e comunicação:** apresentação de charges e de um vídeo cômico em que os personagens não podiam utilizar a linguagem verbal, apenas não-verbal para realizar uma atividade em equipe. A partir do vídeo pôde-se fazer analogia às atividades do cotidiano do trabalho, os desafios de se trabalhar de maneira interdisciplinar e como se comunicar de maneira efetiva e bidirecional.

Essas dinâmicas ocorreram ao longo da exposição das temáticas, intercaladas com questionamentos e relatos dos participantes sobre suas vivências na APS. Além disso, a partir da exposição dos conceitos de segurança do paciente, os participantes reconheciam, em suas práticas assistenciais ou de gestão, preceitos de segurança outrora desconhecidos.

Como estratégia de desenvolvimento das ações de segurança do paciente, além da abordagem das temáticas a partir do mapa mental, o

Projeto propôs a utilização de ferramentas a serem incorporadas nas práticas assistenciais diárias. Insistiu-se a multiplicação dos conhecimentos e da prática destes. Deste modo, à tarde, foram trabalhadas as ferramentas de segurança do paciente.

Etapa das ferramentas de segurança do paciente: apresentação de um caso clínico real (caso de Rosa Girassol) com discussão dos pontos críticos, reflexões sobre o que havia falhado em relação à segurança do paciente.

- Caso clínico da Senhora Rosa Girassol foi até a farmácia para adquirir um medicamento pelo nome comercial. A farmacêutica identificou duas receitas duplicadas com uma série de erros (descrever quais erros) e descobriu que a paciente

tinha tido alta hospitalar recentemente (qual motivo da internação?) e já tinha acessado à unidade de saúde, sendo seu cuidado descontinuado. O uso inadequado dos medicamentos e a falta de acompanhamento leva Rosa Girassol a sofrer um evento adverso e necessitar atendimento de urgência. De forma resumida, o caso clínico ilustra a complexidade tanto da condição de saúde como o do sistema e transcorre por todas as temáticas: transição do cuidado, segurança no diagnóstico, uso seguro de medicamentos, metas do PNSP, envolvimento do paciente, trabalho em equipe e comunicação, gerenciamento de risco, pensamento sistêmico, cultura de segurança e fatores humanos.

Figura 3 – Estudo de caso (Caso Dona Rosa Girassol)

CASO DA SRA. ROSA GIRASSOL

Sra Rosa Girassol vai à drogaria comercial para comprar o medicamento Marevan (varfarina sódica). Apresenta duas receitas médicas, uma da unidade de saúde (US) outra do hospital. A receita proveniente da alta hospitalar apresenta nomes comerciais e não está datada. A receita da US está com data vigente e apresenta os mesmos medicamentos, porém com a denominação comum brasileira (DCB). A Sra Rosa Girassol, no entanto, acreditava que as duas receitas possuíam medicamentos distintos. Conversando com a farmacêutica Tulipa Violeta da drogaria, a Sra Rosa Girassol contou que há uma semana teve alta hospitalar. O motivo de sua internação foi outro acidente vascular encefálico (AVE). Ela já havia sofrido outros dois episódios de AVE anteriormente. Antes de ir à drogaria comercial, foi à farmácia da US para retirar os medicamentos receitados na alta do hospital, porém, como a receita não estava datada, não pôde retirá-los. Desta forma, ela foi encaminhada ao médico Cravo Crisântemo da US para uma consulta, que atualizou a receita. Com a prescrição vigente, ela retirou todos os medicamentos prescritos na farmácia da US e começou a utilizá-los. A Sra Rosa Girassol perdeu nota de alta.



HOSPITAL PALMEIRA VERDE

Rosa Girassol

Aspirina 100mg.....180 comprimidos
Tomar 01 comprimido - pela tarde - via oral
Recomendações: no almoço

Zocor 40mg – uso contínuo180 comprimidos
Tomar 01 comprimido - pela noite - via oral

Selozok 100mg – uso contínuo 180 comprimidos
Tomar ½ comprimido - a cada 12 horas - via oral

Marevan 5mg – uso contínuo360 comprimidos
Tomar 02 comprimidos - 1 vez ao dia - via oral

Plavix 75mg.....90 comprimidos
Tomar 01 comprimido - pela tarde - via oral
Recomendações: no almoço


Dra Margarida Jasmim CRM –RS 4321

PREFEITURA DE IPÊ AMARELO

02 de Janeiro de 2019
Rosa Girassol

Ácido acetilsalicílico 100mg.....180 comprimidos
Tomar 01 comprimido - pela tarde - via oral | Durante 6 meses |
Recomendações: no almoço

Sinvastatina 40mg – uso contínuo180 comprimidos
Tomar 01 comprimido - pela noite - via oral | Durante 6 meses

Metoprolol tartarato 100mg – uso contínuo .. 180 comprimidos
Tomar ½ comprimido - a cada 12 horas - via oral
Durante 6 meses

Varfarina sódica 5mg – uso contínuo360 comprimidos
Tomar 02 comprimidos - 1 vez ao dia - via oral
Durante 6 meses

Clopidogrel, bissulfato 75mg.....90 comprimidos
Tomar 01 comprimido - pela tarde - via oral | Durante 3 meses
Recomendações: no almoço


Dr Cravo Crisântemo CRM –RS 1234



Sra Rosa Girassol depois de cinco dias a utilizar os medicamentos começou a ter manchinhas roxas pelo corpo e durante o dia começou a pingar sangue de seu nariz.

À noite, sentiu vertigens e ficou assustada.

Falou para sua filha sobre esses sintomas, e no dia seguinte, resolveram procurar o pronto atendimento que era mais perto da sua casa.

No pronto atendimento, foi triada pela Enfermeira Amoreira e recebeu atendimento devido seus sinais sugestivos de sangramento.

Fonte: Projeto Segurança do Paciente na APS, 2019

Após a análise deste caso clínico-problema, introduzia-se as ferramentas de segurança do paciente. A forma de apresentação de tais ferramentas ocorreu via recursos educacionais audiovisuais (vídeos, áudios, figuras) e encenação de prática. Para cada ferramenta era explicitado o que é, objetivo e como fazer. À exemplo das demais temáticas, o conteúdo também no material de apoio impresso fornecido aos participantes.

Apresentado o rol de ferramentas, os grupos voltavam ao caso para identificar quais ferramentas e em qual momento poderiam ser utilizadas a fim de evitar o trágico desfecho de Rosa Girassol. Para fechar o aprendizado das ferramentas, os grupos planejavam e realizavam uma dramatização, escolhendo no mínimo 3 ferramentas dentre as apresentadas e as inserindo em uma ou mais cenas do cotidiano da APS. Eles apresentavam suas criações ao grande grupo na forma de esquete teatral. Este momento além de lúdico serviu para avaliar a compreensão das ferramentas - quando e como usar - e perceber quais ferramentas deveriam ser melhor trabalhadas em outro momento.

Foi interessante observar que para cada oficina, as escolhas das ferramentas se alteravam, ora por especificidades da realidade de cada local, ora pelo próprio entendimento da ferramenta.

Feedback (parecer): considerando a importância da realização de *feedbacks* (pareceres) nos processos de ensino e aprendizagem, a cada apresentação as instrutoras faziam o *feedback* (parecer) sanduíche (apontar algo bom, sugerir melhorias, realçar algo positivo), sempre questionando sobre a experiência para cada grupo. O espaço para dúvidas dos colegas era oportunizado e instigava-se para que a resposta partisse dos mesmos a fim de contribuir para a promoção do aprendizado no grupo. A intervenção das instrutoras nestes momentos era apenas de mediação.

• **Segundo dia:**

1º Dinâmica da casa: o segundo dia começou com a dinâmica da casa: “Onde você enxerga segurança do paciente na APS?”. Cada grupo representava um macroprocesso da casa e respondeu à pergunta com o entendimento prévio acerca da temática. Os grupos foram convidados a revisitar o que haviam construído e readequar, caso julgassem necessário, onde enxergavam segurança do paciente nos mesmos macro e microprocessos da APS. A partir disso, os grupos faziam a reflexão e colocavam em plenária, construindo-se colaborativamente a casa da segurança do paciente pela turma.

Ao conduzir as atividades relacionadas a dinâmica da casa, ficou claro para o grupo condutor da oficina que no o primeiro momento, os grupos tinham dificuldade de enxergar segurança do paciente nos macroprocessos, no entanto, no segundo dia, verificavam que a segurança do paciente estava intimamente ligada também a estas demandas, como, por exemplo, correta identificação do paciente e comunicação efetiva de encaminhamentos. Essas reflexões demonstram a importância e aplicação da segurança do paciente, saindo do contexto mais comum das práticas assistenciais e avançando para práticas administrativas e de gestão, necessárias para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente mais positiva.

Os *insights* (intuições) verbalizados pelos participantes quanto ao seu próprio aprendizado, quando faziam a comparação do que tinham escrito antes (no primeiro dia) e acrescentado depois. Um dos exemplos que explicita esta mudança de visão é o que ocorreu várias vezes no macroprocesso 5- Demandas Administrativas.

Identificação da aplicação das metas de segurança do paciente: após a reflexão e construção da casa, utilizou-se um Jogo de Dominó para exercitar a identificação da aplicação das metas de segurança do paciente no processo de trabalho da APS.

Jogo do Dominó: O jogo consiste em números no lugar imagens que ilustram as metas de segurança do paciente na APS (recepção do paciente, cuidado à paciente acamado, curativo, etc).

Cada grupo recebeu um jogo de dominó, devendo todos iniciar com a mesma peça e de forma ordenada ligar a face do dominó que melhor correspondia à meta, à ferramenta ou à situação. Como regras, tinha-se: mesmo número de peças para cada participante, sua vez de jogar, cada jogada deveria existir a explicação do porquê e, somente após a concordância dos participantes, seguimento do jogo. A partir das regras, outro objetivo secundário estava sendo desenvolvido, o de trabalho em equipe e comunicação (uma das competências-chave para segurança do paciente).

Após finalizar o jogo, ou seja, encaixar todas as peças do dominó entre si, passava-se para a etapa da correção, em que os grupos deveriam corrigir os jogos uns dos outros. Para isso, ficavam cerca de dois representantes do grupo original para defender o resultado do jogo, enquanto os demais participantes passavam a avaliadores do grupo subsequente. A estratégia de um grupo corrigir o resultado obtido no jogo do outro tornou o aprendizado mais colaborativo, pois os participantes deveriam explicar o porquê do encaixe de cada peça das escolhas daquela ferramenta e da meta em cada situação. Pode-se perceber que o uso do Jogo de Dominó possibilitou uma aprendizagem ativa e desafiadora em que os

participantes puderam refletir e debater de maneira completa os conceitos e práticas da segurança do paciente, voltadas ao dia a dia da APS.

Elaboração de planos de ação para incorporação de ferramentas de segurança do paciente nos planos de ação da Planificação: nesta etapa, foi lembrada a ferramenta de gestão 5W2H (metodologia trabalhada na Planificação) a partir do exemplo de planejamento de uma viagem. Cada grupo, a partir da etapa em desenvolvimento na Planificação¹ deveria escolher uma ou mais ferramentas de segurança do paciente para incorporar neste processo, a fim de planejar a multiplicação da segurança do paciente. Por exemplo, nos locais em que a Planificação estava trabalhando a estrutura das unidades laboratório, a incorporação da ferramenta 5 momentos de higiene de mãos poderia ser realizada e planejada, uma vez que as ações em andamento correspondiam a adequação de pias, insumos, dispensadores de sabonete e álcool gel, etc. Outro exemplo é a incorporação da ferramenta 9 certos de administração de medicamentos no processo de vacinação em desenvolvimento na Planificação. Os exemplos se estendem para o uso das ferramentas IDRAW (Identidade, Diagnóstico, Recentes mudanças, Antecipação de mudanças nas próximas horas e tarefas que precisam de atenção e *What else should I worried about?* Com o que mais eu deveria me preocupar?) na transição do cuidado, dupla conferência no processo de territorialização, entre outros.

Na atividade desta fase da oficina os grupos necessitavam olhar para as ações do seu dia a dia e alinhá-las à visão da segurança do paciente. Neste momento, as instrutoras auxiliavam nas dúvidas que surgiam, mas principalmente estimulavam o pensa-

¹ A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde. Metodologia para organização das RAS articulando os diversos níveis de atenção no SUS

Figura 4 – Aprendizagem baseada em jogos: Jogo de Domino



Fonte: Projeto Segurança do Paciente na APS, 2019

mento crítico, uma vez que as propostas necessitavam ser factíveis e alinhadas às necessidades e possibilidades de cada realidade da APS. Após a construção dos planos de ação de incorporação de ferramentas nos processos de trabalho da APS, cada grupo apresentava em plenária sua proposta. Os demais participantes eram convidados a debater as propostas, esclarecendo suas dúvidas e dando sugestões. Da mesma forma que as demais apresentações, as instrutoras realizavam o *feedback* (parecer) sanduíche, destacando pontos importantes para a execução da proposta.

Em alguns locais este momento foi aproveitado para discutir planos de ações para segurança do paciente de forma integrada, com representações das coordenações, câmara técnica, vigilância sanitária e tutores da Planificação. Como já citado, em muitos locais, era a primeira vez que o grupo se reunia e, portanto, primeira oportunidade de unir esforços para um objetivo comum - qualificar a assistência à saúde por meio do desenvolvimento de ações de segurança do paciente na APS. Pode-se citar as experiências de alguns Estados que optaram por multiplicar as oficinas, nos moldes do Projeto, e outros optaram por

implantar ferramentas de segurança do paciente nos processos de trabalho nas unidades de saúde.

Ao final da oficina foram passadas informações sobre o acesso ao AVA, com o propósito de dar continuidade às aprendizagens e de criar um canal de comunicação entre os multiplicadores. Para tanto, utilizou-se a plataforma edX em sua versão *Open-Source* (*software* livre) que suporta acesso de milhares de usuários simultaneamente e facilita a cópia e utilização de materiais educativos postados. A sala na plataforma está dividida em cinco ambientes: Apresentação, Repositório, Fórum, Conferências e Coronavírus - Covid 19. Este último, tratando-se de um repositório de materiais educativos referentes a Covid-19, que foi acrescentado posteriormente à concepção do AVA, em função da necessidade de ofertar aos participantes informações atualizadas e relevantes sobre a pandemia do Coronavírus.

O ambiente Repositório, além dos materiais produzidos pela equipe e utilizados ao longo das oficinas, apresenta diversos referenciais teórico e prático para que o aluno possa completar seus estudos

de maneira autônoma. Os materiais abrangem as temáticas e ferramentas que foram apresentadas na primeira oficina presencial e demais estudos, sites e normas pertinentes à Segurança do Paciente. O repositório está organizado por temática e cada material apresenta uma breve descrição de seu conteúdo, a fim de tornar a busca mais didática e rápida.

O ambiente Fórum apresenta os fóruns de discussão, abertos quinzenalmente por temática. De acordo com a temática, foi elaborada uma situação (um cenário da APS) para que os participantes possam refletir e discutir acerca de seus conhecimentos e compartilhar suas dúvidas e apontamentos. Na situação postada, os participantes conseguem identificar as temáticas de Segurança do Paciente, assim como as ferramentas, podendo interagir com a equipe e com todos os alunos inseridos no Projeto, criando vínculos e trocas de experiências com outras realidades e serviços de saúde no Brasil.

No ambiente Conferências são disponibilizados o acesso às webconferências A Webconferência Realizada ao vivo, via plataforma Zoom ou Google Meet, e gravada para postagem posterior, de forma que o aluno possa assistir quando quiser.

A análise dos dados obtidos no AVA informam que até o primeiro semestre de 2020, houve 4.033 acessos, sendo estes divididos principalmente em interação em Fóruns (39,6%), acesso ao Repositório (26,1%) e participação em Webconferências (19,4%).

Dos 979 participantes concluintes das oficinas de multiplicadores, 560 se cadastraram e interagiram com o AVA. Os usuários foram majoritariamente mulheres (86,8%), enfermeiras (60,9%) e com nível superior completo (85%), o que reflete que, embora a segurança do paciente seja uma ciência interdisciplinar, ainda há o predomínio de uma classe profissional.

É importante destacar que foi preciso adaptar as temáticas das atividades previamente planejadas para serem ofertadas no AVA (fóruns, webconferências e repositório) a fim de contemplar as demandas relacionadas à realidade que passou a ser vivenciada pelos participantes do Projeto em relação à pandemia do Coronavírus.

Ao final da oficina do segundo dia, também foi aplicado o formulário de intenção de aplicação de ferramentas, pós-teste (com posterior correção), pesquisa de satisfação e orientou-se sobre o acesso ao AVA.

O objetivo da aplicação desse dispositivo foi que cada aluno sistematizasse seu aprendizado, refletisse sobre a possibilidade de aplicação de uma gama de ferramentas vivenciadas para a prática da APS. Dessa forma ele poderia avaliar a utilização, aprendizado e ensino por meio da multiplicação. Isso materializa o aprendizado, fixa o conhecimento e possibilita a aplicação do conteúdo na prática.

Para o preenchimento do formulário de intenção de aplicação de ferramentas, cada participante fazia uma reflexão individual e preenchia qual a ferramenta de segurança que estaria apto a implementar em seu ambiente de trabalho. Este momento oportunizou um exercício importante alinhado ao objetivo geral do Projeto, que é o retorno para o cotidiano de trabalho na qualidade de multiplicador das ações em prol da segurança do paciente.

A avaliação de percepção dos alunos trouxe os seguintes achados:

Os instrumentos aplicados (formulário de intenção de aplicação de ferramentas, pré e pós-teste e pesquisa de satisfação) serviram para mensurar os indicadores das oficinas, como:

Figura 5 – Exemplo de formulário de intenção de aplicação de ferramentas



Formulário de Implementação de Ferramentas de Segurança do Paciente na APS

Nome multiplicador: _____ Data: ____/____/____

Município/Estado: _____

Você está diretamente envolvido com o Projeto Planificação da Atenção À Saúde?()Sim ()Não

Se sim, por favor informe o nº de oficinas da Planificação que participou até o momento em 2019? _____
 Quantas irá participar até final de 2020? _____

Na Planificação, estime quantos planos de ação você já fez até o momento em 2019? _____ Quantos irá fazer até o final de 2020? _____

Caixa de ferramentas

Pense nos planos de ação que você está conduzindo e que irá conduzir a partir de agora, marque a(s) ferramenta(s) que você pretende implementar:

Ferramentas	Plano de ação / processo de trabalho:
<input type="checkbox"/> Ler de volta (Read Back)	
<input type="checkbox"/> Tutor de Segurança	
<input type="checkbox"/> Palavra PIS	
<input type="checkbox"/> E se?	
<input type="checkbox"/> Dupla checagem/ dupla conferência	
<input type="checkbox"/> 9 certos de administração de medicamentos	
<input type="checkbox"/> 5 momentos de higiene de mãos	
<input type="checkbox"/> Ensinar de volta (Teach Back)	
<input type="checkbox"/> SBAR	
<input type="checkbox"/> IDRAW	
<input type="checkbox"/> 5 momentos de uso seguro de medicamentos da OMS	
<input type="checkbox"/> Reunião Rápida de Segurança	
<input type="checkbox"/> Outra(s).	

Você já utiliza alguma dessas ferramentas na APS? Se sim, qual delas?













Fonte: Projeto Segurança do Paciente na APS, 2019

Figura 6 – Exemplo de pesquisa de satisfação



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Local: _____ Data: _____

SUA OPINIÃO É MUITO IMPORTANTE E SERÁ ANALISADA PARA OFERECER CADA VEZ
MAIS QUALIDADE A VOCÊ.

Para indicar sua resposta, preencha completamente a alternativa. Ex.:

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Regular	Satisfeito	Muito satisfeito
ATRIBUTOS GERAIS					
Objetivos propostos	<input type="checkbox"/>				
Conteúdo desenvolvido	<input type="checkbox"/>				
Metodologia aplicada	<input type="checkbox"/>				
Carga horária	<input type="checkbox"/>				
Aplicabilidade prática	<input type="checkbox"/>				
EQUIPE DE INSTRUTORES					
Domínio	<input type="checkbox"/>				
Clareza no repasse	<input type="checkbox"/>				
Recursos didáticos utilizados	<input type="checkbox"/>				

COMENTE SUA AVALIAÇÃO:

A sua identificação é opcional.

NOME: _____ CONTATO: _____









Fonte: Projeto Segurança do Paciente na APS, 2019

Figura 7 – Exemplo de pré/pós-teste



PÓS-TESTE OFICINA MULTIPLICADORES

Nome: _____ Data: ___/___/___

1) O pensamento sistêmico é a abordagem do movimento moderno da segurança do paciente, que considera a complexidade dos sistemas de saúde em função do alto grau de componentes relacionados entre si. Sobre o pensamento sistêmico, assinale a alternativa correta:

- As falhas ativas são referentes à organização e ambiente de trabalho, compreendendo processos, cultura da instituição, jornada de trabalho e ambiência.
- As falhas latentes são referentes aos aspectos relativos à pessoa, que normalmente está na “ponta” do cuidado.
- O modelo do queijo suíço de James Reason é uma forma de ver os sistemas a partir das camadas de defesa, falhas latentes e ativas para o incidente a partir de um risco
- Os atos inseguros apresentam a lógica da intencionalidade, sendo o erro um ato intencional e a violação um ato não-intencional.

2) Cultura e liderança são pontos de base para melhoria geral dos sistemas de saúde. Sobre cultura de segurança, pode-se afirmar que:

- A cultura justa é caracterizada pela responsabilização dos atos inseguros a partir de uma abordagem sistêmica.
- No modelo de cultura de segurança participativa, a gestão do risco é parte integral de tudo que se faz em saúde.
- Em uma cultura de segurança proativa, a segurança do paciente está no mesmo nível que as metas financeira e operacional.
- A cultura de segurança é representada pela maneira como os gestores dos serviços de saúde definem e agem a partir de percepções, crenças e hábitos.

- I e II estão corretas
- I e III estão corretas
- II e IV estão corretas
- III e IV estão corretas

3) Os fatores humanos são as relações entre a tecnologia e os seres humanos, que devem ser considerados para melhoria nos processos de trabalho a fim de garantir maior segurança do paciente. Sobre as estratégias envolvendo fatores humanos e segurança do paciente, pode se afirmar que:

- Uma das formas de evitar confiar na memória é realizar a correta conferência da identidade do paciente, mesmo que o profissional esteja familiarizado com ele.
- Os processos assistenciais dependem da interação com as tecnologias (por exemplo, prontuários eletrônicos), não importando a ambiência do local de trabalho.







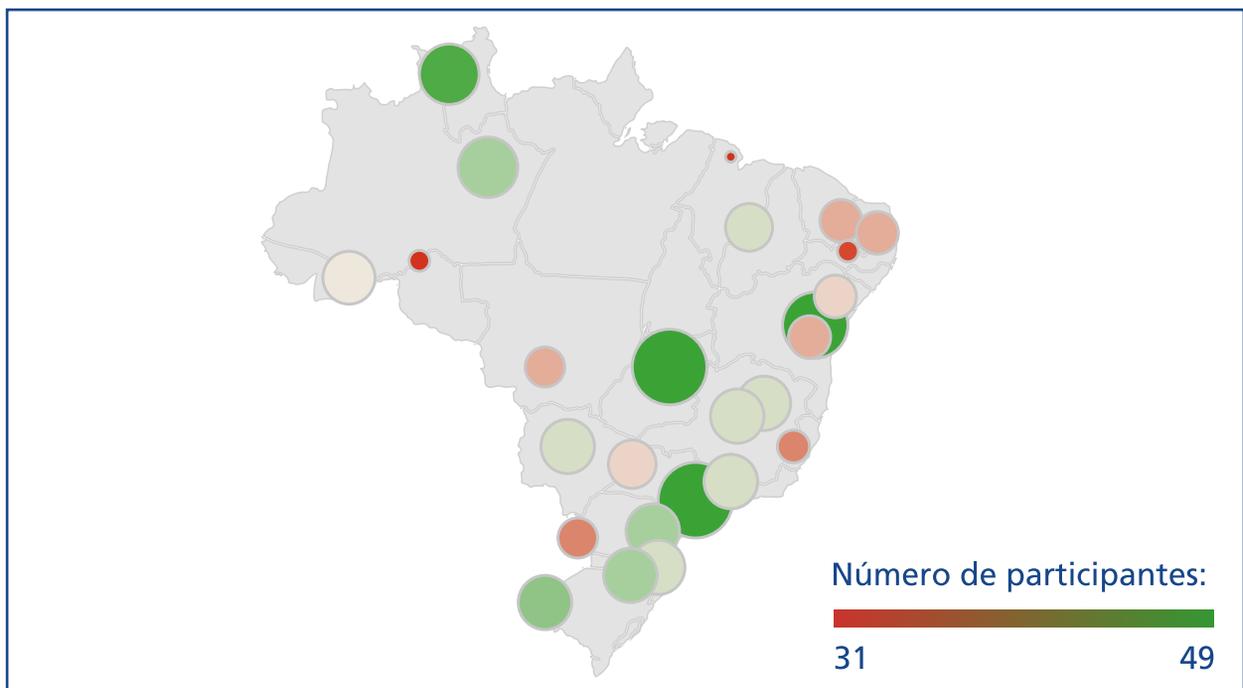


Fonte: Projeto Segurança do Paciente na APS, 2019

- Pretensão de uso de ferramentas de segurança do paciente (valor médio 95,8% e meta de 60%);
- Aquisição de conhecimento acima de 60% (valor médio 87,5% e meta de 60%);
- Grau de satisfação (valor médio 96,7% e meta de 85%).

Os valores encontrados superaram as metas estipuladas pelo Projeto. No mapa a seguir, está descrita a abrangência e os indicadores por local onde as oficinas foram realizadas:

Figura 8 - Mapa de distribuição das oficinas de multiplicadores



Fonte: Projeto Segurança do Paciente na APS, 2019

A pesquisa de satisfação continha campos para avaliação descritiva, e a equipe condutora da oficina teve *feedback* (pareceres) positivos, como exemplificado a seguir:



“O conteúdo e metodologias abordados foram capazes de demonstrar que a segurança do paciente está em todos os níveis de atendimento e a importância na Prevenção de danos/eventos com as ferramentas exemplificadas farão parte do dia a dia de trabalho na APS”
(Participante Região Norte)



“As metodologias ativas utilizadas proporcionaram um maior aprendizado do conteúdo abordado, possibilitando realizar a ligação com a prática na realidade de cada município.”
(Participante Região Sul)



“Curso excelente, motivador, conteúdo novo para ser aplicado no nosso dia a dia. Abriu uma nova possibilidade de abordagem”
(Participante Região Sul)



“A oficina foi excelente, os conteúdos foram direcionados para a APS e foi aplicada uma metodologia que proporcionou a participação e construção coletiva.”
(Participante Região Norte)



“Estou muito satisfeita em participar do curso pela interação entre metodologias tradicionais (aula expositiva) e metodologias ativas (dramatização, jogos, etc...) que possibilita junção entre teoria e prática.”
(Participante Região Nordeste)



“Achei o curso dinâmico e interativo, facilitando a aprendizagem e fazendo com que os profissionais se mantenham sempre atentos aos assuntos abordados. A aplicabilidade prática favorece a fixação do conteúdo.”
(Participante Região Sudeste)



“Adorei a metodologia utilizada, jogos, teatro e o domínio do conteúdo das instrutoras, com exemplos práticos e de fácil aplicação.”
(Região Centro-oeste)

Para além dos aspectos do alcance e da abrangência, é importante destacar que ao longo do desenvolvimento das ações do Projeto pôde-se observar a motivação e o engajamento dos participantes, conforme os relatos:

O relato dos participantes permite concluir que as metodologias ativas utilizadas foram percebidas pelos alunos como significativas, sendo estas compreendidas como aquelas que proporcionam a reflexão a partir da problematização de situações reais e que possibilitam a aplicação dos novos conhecimentos na prática profissional.

Cada oficina é única na medida em que as experiências se distinguem, diferentes realidades social, cultural além das reações por parte dos participantes em um país tão diverso como o Brasil. Entretanto, o espírito de colaboração e troca de experiências se mantinha a cada oficina e, de certo modo, os desafios macros também, como pressão assistencial, complexidade das condições de saúde e seus determinantes - característicos do próprio papel que APS possui na RAS.

Considerações Finais

A aplicação de oficinas como estratégia educativa, dentro do projeto Projeto Segurança do Paciente na APS foi uma escolha de ensino-aprendizagem com objetivo de atingir o público-alvo de profissionais que conheciam de forma profunda a APS e que precisam compreender a importância da incorporação da segurança do Paciente e suas ferramentas para a melhoria de práticas seguras.

O exercício do planejamento pedagógico e as reflexões por ele provocadas (O que é aprendizagem? Como se aprende? O que ensinar? Para que ensinar? Para quem ensinar? Como ensinar?) foram fundamentais para a escolha, a organização/produção e realização das ações de ensino, seja presencial ou a distância. Outro ponto a ser destacado é a função orientadora do planejamento pedagógico em relação ao processo de ensino e aprendizagem, pois possibilita a condução das ações de forma sistemática no sentido de atingir os objetivos previstos.

Acredita-se que a condução do projeto com a utilização de novas metodologias e recursos (vídeos, mapas, jogos, aulas práticas, atividades dinâmicas, entre outras) pode ter contribuído para que a realização das oficinas trouxesse reflexões teóricas e trabalhasse a aplicabilidade prática da

segurança do paciente de forma dinâmica e embasada na participação dos alunos.

Sabe-se que ainda há muito a ser explorado na temática segurança do paciente na APS. No entanto acredita-se que a experiência das oficinas permitiu a identificação de ações já realizadas pelos participantes em seu dia a dia de trabalho com as ações que envolvem a Segurança do Paciente e contribuiu para ampliação do seus conhecimentos no assunto. Assim, o Projeto Segurança do Paciente na APS, contribuiu para a formação dos profissionais de saúde e qualificação das suas práticas assistenciais.

O desafio era que todas as dinâmicas e oficinas fossem aplicáveis e replicáveis pelos participantes. E isso aconteceu em determinados Estados, atingindo a predição inicial do projeto.

Referências Bibliográficas

ANASTASIOU, Léa; ALVES, Leonir P. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 8. ed. Joinville: Univille, 2015.

BECKER, Fernando. O caminho da aprendizagem em Jean Piaget e Paulo Freire: da ação à operação. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

BECKER, Fernando. Educação e construção do conhecimento. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. Semina: Ciências Sociais e Humanas. Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

HONSBERGER, Janet e GEORGE, Linda. *Facilitando Oficinas: da teoria à prática*. São Paulo: GETS/UWC-CC, 2002. Disponível em: http://www.iteco.be/IMG/pdf/Facilitando_oficinas.pdf. Acesso em: 03 Nov. 2020.

LUCKESI, Cipriano Carlos. *Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e preposições*. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

Relatos de Experiências Exitosas da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde no Brasil

Deysi Heck Fernandes
Francielle Bendersky Gomes
Juliana Ellwanger
Michelli Millete Lorenzi

Pontos de Destaque:

- Relevância da segurança do paciente na APS;
- Relatos de experiências exitosas da segurança do paciente na APS;
- Papel do profissional de saúde da APS na promoção da segurança do paciente;
- Cultura de segurança nos serviços de saúde da APS.

Introdução

O cuidado em saúde é desenvolvido em um universo variado e muito dinâmico. Suas atividades assistenciais, da mesma forma que curam, recuperam ou controlam diversas condições de saúde, também expõem seus usuários a riscos de danos.

Nesse sentido, existem diversas estratégias de segurança do paciente, inclusive desafios globais, que discutem, consideram e incentivam

práticas seguras nos serviços de saúde. No Brasil, as ações se fortaleceram com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria nº 529 de 2013, visando promover a segurança do paciente em todos os estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2014). Para isso, os trabalhadores de saúde desempenham papel essencial, ao considerar a segurança do paciente na sua práxis e seus desdobramentos (organização dos serviços, interfaces com diferentes setores da sociedade, promoção em saúde, etc).

A Atenção Primária à Saúde (APS), no Sistema Único de Saúde (SUS), está em sua maioria organizada na lógica de Estratégia de Saúde da Família (ESF) - formato de reestruturação do modelo assistencial que considera princípios de integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade. Para seu desenvolvimento, são necessárias diversas mudanças que começam com os profissionais de saúde, agentes dessas mudanças. A educação permanente ou a formação dos futuros egressos na área da saúde, portanto, são essenciais.

O incentivo de um cuidado seguro exige processos mais dinâmicos, resolutivos e articulados (gestão, profissionais de saúde e usuário). Todavia, os contextos existentes apresentam múltiplas necessidades, configurações e entraves, resultando em processos contínuos de negociação. É um desafio gerir serviços de saúde que contemplem os interesses e a segurança da coletividade, dos usuários e trabalhadores imersos em ambientes diversos e complexos. O imperativo da segurança do paciente no cuidado, em especial na APS, instiga reflexões na forma de se fazer saúde. São sabidos os inúmeros desafios que a APS enfrenta no país, desde gestão, financiamento, organização de trabalho, recursos tecnológicos e humanos até condições epidemiológicas, sociais, culturais e econômicas.

Diante dos desafios e necessidades de se atender da melhor forma possível aos anseios de saúde, este capítulo propõe a apresentar experiências exitosas de segurança do paciente na APS. A partir da ótica dos trabalhadores da APS, se objetiva promover a troca de saberes. Para essa discussão, utilizou-se das experiências relatadas pelos participantes do Projeto Formação sobre Segurança do Paciente na APS (Projeto do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI-SUS, vinculado ao Ministério da Saúde e Conselho Na-

cional de Secretários de Saúde e executado pelo Hospital Moinhos de Vento).

Relatos de Experiências Exitosas do Projeto Formação Sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.

A partir da participação do Projeto Formação sobre Segurança do Paciente na APS, cuja abrangência é de 27 regiões de saúde divididas em 23 unidades federativas, foram coletados relatos de experiência por meio de questionário semi-estruturado e conversas com as referências dos Estados participantes. Os relatos foram analisados e aqui denominados como participantes A, B, C e assim por diante, a fim de manter a confidencialidade dos mesmos. Vale lembrar que dentre as estratégias do Projeto estão as oficinas pedagógicas de multiplicadores, realizadas presencialmente durante o ano de 2019, e suporte às atividades educacionais pelas equipes por meio virtual.



O participante A relata que, logo após participar da oficina do projeto, conseguiu realizar uma reunião com a equipe de uma unidade de saúde. Nesse momento, foi construído um plano de ação para a implementação das ferramentas de segurança do paciente nos processos de trabalho em sua unidade laboratório (piloto). Destaca que as ferramentas de comunicação efetiva foram as que mais chamaram a atenção na Unidade de Saúde.

Percebe-se que as ferramentas de comunicação não se destacam por acaso, pois as mesmas, juntamente com o trabalho em equipe, são as

mais necessárias na qualidade e segurança durante a oferta de cuidados. Quando ocorrem falhas de comunicação, frequentemente as mesmas podem contribuir para a ocorrência de eventos adversos (OLINO *et al.*, 2019).



O participante B conta que, ao chegar na unidade de saúde piloto após a oficina de multiplicadores, reuniu-se com a equipe, definindo uma agenda de trabalho e a instituição do plano de ação. Porém, no momento da implementação das ferramentas, iniciaram-se os trabalhos para a pandemia (COVID-19) e todo o processo foi interrompido. Ao retomarem as reuniões presenciais locais, entre julho e agosto de 2020, eles iniciaram a aplicação das ferramentas de reunião rápida de segurança e ensinar de volta. A gestão local onde a planificação era realizada e a equipe da unidade onde as ferramentas de segurança foram implementadas aderiram às ferramentas com afinco e obtiveram excelentes resultados. Uma fala se destacou: “Vamos aproveitar esse momento que estamos vivenciando e ter o retorno do paciente se ele compreendeu as orientações, medicações, isolamento social”. Ainda, o participante B reforça que está sendo notória a percepção de onde estão as falhas no processo de trabalho e, a partir disso, organizar o cuidado mais seguro que é fundamental para o paciente.

Na experiência do participante B, nota-se a preocupação com o envolvimento do paciente. O envolvimento do paciente e da família, nos di-

versos atendimentos à saúde, demonstra proveitos para todos: pacientes, profissionais e serviços de saúde (SANTOS & GRILO, 2019).



Já o participante C pauta que houve dificuldades logo após o encontro presencial (oficina de multiplicadores) devido à realidade do seu município, à falta de médicos e enfermeiros na APS. Após a contratação de pessoal (todo processo demorou cerca de dois meses) e com o retorno das atividades das equipes, os profissionais ficaram envolvidos com as atividades específicas do enfrentamento à Covid-19, não sendo possível implantar todas as ferramentas do plano de ação. Entretanto, as ferramentas ensinar de volta e a palavra PIS foram implantadas no processo de trabalho, rendendo bons frutos, principalmente durante o novo momento. Inicialmente tiveram dificuldades, mas as equipes relataram que a aplicação de tais ferramentas foi positiva. No atual momento, eles estão retornando as atividades gradativamente, sendo necessária uma capacitação mais específica para as demais equipes.

Por fim, o participante C destaca que na primeira semana do mês de agosto de 2020 foi criado um grupo de trabalho da gestão local por meio de um aplicativo de mensagens com os multiplicadores (participantes da oficina). Com isso, eles conseguiram realizar uma reunião remota para troca de experiências. Na oportunidade, pactuaram a continuidade do projeto, considerando um momento oportuno para aplicabilidade de ferramentas específicas para a promoção de segu-

rança do paciente, sendo estipulado calendário de reuniões de 20 em 20 dias com apresentação das ações de cada multiplicador.

Observa-se que assim como o participante B, o participante C também procurou envolver o paciente no cuidado. E para tornar efetiva e segura a comunicação entre profissionais, optaram pela ferramenta palavra PIS com o objetivo de aumentar a priorização de questões de segurança, já que sua utilização na equipe de saúde facilita o diálogo em relação à segurança de maneira fácil e sistemática.



Para o participante D, após a realização da oficina de multiplicadores, a proposta seria replicar a oficina de multiplicadores nas demais regiões de saúde do seu Estado. Logo, introduziram o monitoramento da implantação das ferramentas no primeiro semestre de 2020. Porém, devido à pandemia da COVID-19, houve a necessidade de mudança na forma de monitoramento no Estado, ou seja, a ser realizada de forma remota. Hoje, o participante D cita a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) na APS, de protocolos para prática de higiene das mãos em serviços de saúde, prevenção de quedas, comunicação efetiva, identificação do paciente, segurança na prescrição e administração de medicamentos e reuniões rápidas. Ainda, cita a multiplicação de temáticas e atividades relacionadas à segurança do paciente que foram realizadas após a oficina de multiplicadores. Um dos maiores desafios relatados pelo participante D é a integração da APS e Vigilância Sanitária, principalmente

na implantação dos NSP, na falta de recursos humanos, adesão de outros profissionais que não sejam da enfermagem e a incorporação de outras ferramentas de segurança nas unidades de saúde.

Conectando o desafio mencionado pelo participante D, a respeito da integração entre a APS e o modelo de trabalho da Vigilância Sanitária, soma-se a busca da operação prática de conceitos e planejamentos de situações nos contextos dos distritos sanitários, buscando constantes mudanças das práticas sanitárias, no sentido da eficiência, eficácia social, equidade e democratização. Esse processo se desenvolve no espaço local, ou seja, no mesmo em que se estabelecem as relações entre as instituições de saúde, que trabalham fortemente na promoção da saúde e com as diversidades diárias, expressando-se através da singularidade territorial. Trata-se, além de território-solo, de território político-econômico, ideológico, epidemiológico e cultural (RIVERA & ARTMANN, 1999).

Visto a perspectiva do participante D, uma das formas de promover e apoiar a implantação de iniciativas voltadas à segurança do paciente é a implantação de NSP nos estabelecimentos de saúde. Com o NSP instituído, sua função é promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactam nos riscos ao paciente, além de articular com diferentes níveis de atenção à saúde, considerando o paciente como sujeito e objetivo final do cuidado em saúde (ANVISA, 2016).

Mencionando os desafios que o participante D expõe, os serviços de saúde diferem muito entre si, não são padronizados, mesmo que atendam demandas semelhantes. Eles respondem às mais variadas necessidades em diferentes níveis

de complexidade. Dentre estas, os profissionais de saúde necessitam de autonomia para colocar em prática a tomada de decisão em relação ao modo de atuar e qual o serviço prestar frente a demandas individuais de saúde da população (PIRES; SCHE-RER; SCHWARTZ, 2009).



Na sequência, o participante E menciona que, após a oficina de multiplicadores, passaram a utilizar as seguintes metas: identificar corretamente os pacientes, melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e higienizar as mãos para evitar infecções. Todavia, enfatizam que alguns profissionais são resistentes às mudanças, mas aos poucos reconhecem que podem ser capazes de promover uma melhor assistência aos seus usuários.

Apontando a identificação correta do paciente como uma das estratégias de segurança do paciente que o participante E relata, esta parece ser uma meta simples, mas é um desafio constante para todos os profissionais de saúde, pois trata-se de fazer a intervenção (diagnóstica ou terapêutica) certa no paciente certo. Cabe lembrar que a melhor forma de garantir que o paciente seja corretamente identificado é utilizar um identificador com pelo menos dois elementos de identificação, que podem ser: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente ou número de prontuário do paciente. A equipe de saúde deve definir quais os dois identificadores que serão utilizados em seu processo de trabalho.



Continuando, o participante F conta que a multiplicação da temática "Segurança do Paciente na APS" foi realizada e organizada por qualificação de cada ação: vacinação, sala de curativo, farmácia, consultório para coleta de exames, entre outros. O objetivo do participante F foi implementar todas as ferramentas de segurança apresentadas na oficina de multiplicadores. Inicialmente a ferramenta de segurança SBAR foi selecionada para ser implementada nos processos de trabalho. Essa está contribuindo para a organização dos ambientes com demonstração de segurança e diálogos pertinentes entre profissionais.

A ferramenta SBAR tem como objetivo estruturar informações para melhorar a comunicação da equipe, através de um formato padronizado, e é uma importante ferramenta durante o momento de transição do cuidado. O SBAR possui quatro componentes: S de situação, B de background, A de avaliação e R de recomendação. É aplicável em diferentes ambientes de assistência à saúde, podendo ser realizado pessoalmente, verbalmente, por telefone, em formulários ou reuniões. Ela deve ser utilizada e de conhecimento de todos da equipe. É interessante praticar seu uso com alguns membros da equipe e fazer alterações necessárias a partir destas experiências. Testar novamente com as alterações até ajustar a ferramenta de forma aplicável para somente depois expandir ao grupo de trabalho. É importante sanar todas as dúvidas bem como deixar claro o porquê de seu uso para todos da equipe (KENNEDY, 2018).

De acordo com a OMS (2016), a transição de cuidado trata-se do deslocamento do paciente nos vários pontos do sistema de saúde, seja do ponto de vista físico ou na mudança de profissionais de saúde. Na lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS), incluem transições entre cuidados domiciliares, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar, coordenados pela APS. Momentos de transição do cuidado são cenários de alto risco para a segurança do paciente. Para a transição do cuidado ser eficaz e segura, é necessário haver uma boa comunicação. Falhas de comunicação estão entre as principais causas de eventos adversos na rotina clínica, especialmente durante a transição dos cuidados.



O participante G refere que as atividades foram focadas nas UBS, nos processos de sala de vacina para toda a equipe multiprofissional e de apoio. Conta que houve participação voluntária nas webpalestras de segurança do paciente. Primeiramente, realizou-se um diagnóstico situacional da unidade referência. Nessa unidade de saúde, foram incluídos parâmetros essenciais para a segurança do paciente, como: iluminação adequada, piso não escorregadio com adequadas técnicas de higienização, instalação de pias para higienização das mãos nas salas de vacina. Além disso, foram realizados treinamentos in loco sobre a técnica de higienização de mãos para os profissionais atuantes na sala de vacinas, reiterando a adequada vestimenta e uso de equipamentos de proteção individual (EPI).

Estudos diversos têm comprovado que a higienização das mãos é a principal medida de barreira/controla da propagação de infecções em ambientes de assistência à saúde, ressaltando a importância deste procedimento, assim como a utilização da técnica correta. Um desses estudos investigou a realização da higienização das mãos em UBS, sendo considerado como necessário, já que no Brasil a maioria dos estudos deste cunho é realizada apenas nos hospitais. Nessa pesquisa, pôde-se perceber que os profissionais, em sua grande maioria, não realizavam a higienização das mãos corretamente e, quando o faziam, grande parte não seguia a técnica certa. Observou-se a omissão do procedimento sabidamente essencial no controle das infecções cruzadas. Ressalta-se, ainda, a escolha da infecção associada à assistência à saúde pela OMS como o primeiro desafio global para segurança do paciente, tendo como ação chave a promoção da higienização das mãos (LOCKS, *et al.*, 2011).

Além destas ações, o participante G relata que houve a implementação das metas internacionais de segurança do paciente e das ferramentas ensinar de volta e dupla checagem/dupla conferência. Ressalta como positiva a inclusão da equipe de apoio (gestão) como sujeito na assistência e na prática da segurança do paciente, adequando salas de vacina e revisando fluxos e processos assistenciais. Ademais, afirma que incluir um cuidado seguro como meta de sua prática diária é o exemplo de muitas ações que não dependem do setor financeiro ou estrutural, e sim de processos de aprendizado e incorporação às atividades, como, por exemplo, a introdução de ferramentas de segurança.

Para o desenvolvimento de ações de segurança do paciente na prática, utiliza-se a educação permanente em saúde, a fim de promover capacitação em segurança do paciente que resulte em uma prática segura e, conseqüentemente, melhores resultados para os pacientes e que também seja de

importância para os profissionais. Como em qualquer processo de aprendizagem, um dos desafios é garantir a transferência dos conhecimentos adquiridos para os serviços de saúde, utilizando técnicas de aprendizagem problematizadoras dos próprios locais de trabalho e incentivando as equipes a pensar criticamente na solução dos problemas cotidianos (OMS, 2016).



O participante H expõe que a multiplicação da temática foi mediada por meio de visitas técnicas e apoio técnico institucional via webconferências. A partir daí, aplicaram a ferramenta 5W2H para instituição do NSP. As demais ferramentas não foram implementadas, pois no período de planejamento os serviços se voltaram para as ações de combate à pandemia.

Como comentou o participante H, a ferramenta 5W2H se destaca por ser uma excelente possibilidade para a equipe de saúde descrever seus planos de trabalho. É amplamente utilizada no âmbito da gestão estratégica e por meio dela é possível mapear as atividades que devem ser realizadas, estabelecer quem fará o quê, em qual período de tempo, em qual área, os motivos pelos quais as atividades devem ser feitas, como serão feitas e quanto custarão, garantindo assim, maior eficácia e sucesso na construção e no caminho a ser seguido para alcançar as metas em saúde (MEIRA, 2003).

Contudo, o participante H conta que houve a sensibilização para a temática de segurança do paciente, inclusive ocorreu a construção de planos de ação para implantação de NSP em alguns municípios de determinada região de saúde, e a possibilidade de implementação de protocolos junto aos NSP. Ao final, confessa que, mesmo que a semente da cultura de segurança do paciente seja plantada, requer que seja reforçada e trabalhada, somada ao apoio da alta gestão - fundamental para sua viabilização.

O exposto pelo participante H reforça a necessidade de se construir uma cultura de segurança com o envolvimento de todos os atores em saúde (profissional de saúde, usuário e gestão). De acordo com o PNSP, o conceito de cultura de segurança é uma:

“Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares” (BRASIL, 2014,p. 15).

Para que os serviços de saúde tenham êxito nas ações de segurança do paciente, é preciso trabalhar e estimular a cultura de segurança.



O participante I informou que alguns municípios realizaram a multiplicação da temática por meio de oficinas nas unidades laboratório do PlanificaSUS, assim como confeccionaram cartazes explicativos para algumas unidades de saúde. Em dois municípios eles aproveitaram as reuniões mensais de equipe e as atividades do PlanificaSUS para divulgações das ações de segurança do paciente. As ferramentas e ações realizadas variaram de acordo com cada município, dentre as citadas foram: 5 momentos de higiene das mãos; palavra PIS; reunião rápida de segurança; dupla checagem; identificação do usuário através de rotinas voltadas à atualização dos cadastros; segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, realizadas juntamente com oficina de sala de vacinas; melhorar a comunicação entre profissionais; reduzir o risco de quedas; leitura e seguimento do procedimento operacional padrão (POP's). Além disso, cita a implementação do ler de volta, ensinar de volta, SBAR, tutor de segurança e 9 certos da medicação efetuados através das reuniões em equipe, reuniões por setores da unidade, identificação dos locais prioritários com informes sobre algumas ferramentas, realização de feedback nas reuniões, levantamento de dificuldades e pontos a serem melhorados. No momento da pandemia, o participante I relata a realização de reuniões para o planejamento do cuidado das condições crônicas, visando à segurança de todos. Uma das estratégias apontadas nesse sentido foi o transporte de medicamentos ao domicílio de idosos, hipertensos e portadores de doenças crônicas, evitando aglomerações nas UBS.

Nesse Estado, algumas das dificuldades encontradas pelos municípios para a implementação de ferramentas de segurança foram: paralisação das ações devido à pandemia, equipe reduzida, mudança de gestores, troca de equipes, falta de recursos humanos, sobrecarregando outros profissionais.

Como experiências exitosas foram citadas diversas ações em diferentes regiões, dentre as quais a utilização da ferramenta 5 momentos de higiene das mãos. A unidade afixou em todas as pias um folder (folheto) explicativo sobre a higienização das mãos com água, sabão e com álcool em gel, assim como orientações sobre o uso correto da medicação para a população (usuários crônicos) e os cuidados para evitar contaminação do coronavírus na comunidade e na equipe, seguindo os protocolos. Diminuíram as quedas, trabalhando a meta 6 (prevenção de quedas). Além disso, o participante I conta que outra ferramenta muito utilizada foi a dupla checagem/dupla conferência dos dados do paciente.

Ainda sobre esse estado participante, os principais desafios destacados foram a falta de compreensão pelos servidores públicos do seu papel dentro da equipe, a necessidade de implementação de fluxos e rotinas que visam minimizar erros e a própria implantação das ferramentas. É enfatizado que seu grande desafio é capacitar os profissionais, assim como obter um conjunto de valores, atitudes e comportamentos que determinam o comprometimento com a segurança do paciente. Por fim, o participante refletiu que:

"O projeto deixará aqui a semente plantada da necessidade de criar fluxos, rotinas e protocolos eficientes que minimizem as vias de erros, preconizando a saúde do paciente e visando uma melhora na qualidade da assistência de saúde ofertada."

"APS também tem necessidade de reforçar as ações de Segurança ao Paciente, principalmente nesse período da pandemia, onde vimos a necessidade de fazer o uso correto dos EPIs e de garantir a segurança do paciente e também do prestador de serviço."

"A importância de realizar essas técnicas visando a segurança do usuário em todos os serviços dispensados a eles".

Tendo em vista as dificuldades relacionadas aos profissionais, ressalta-se que os atores envolvidos nos processos de mudança e que detêm conhecimento da problemática abordada através do raciocínio estratégico, com certeza enfrentam melhor os desafios dentro dos cenários apresentados do que aqueles que apenas conhecem os métodos que podem ser aplicados. Por isso, para que se atinja a solução das demandas com sucesso, é importante que sejam unificados os conhecimentos práticos/reais com os metodológicos (RIVERA, 2013).

Segundo Morato (2020), na área da saúde é importante um planejamento assistencial para garantir a segurança e a confiança do paciente e dos profissionais envolvidos, em qualquer nível de atenção. Nesse aspecto, uma das ferramentas gerenciais que os profissionais podem utilizar para qualificar a assistência prestada é a padronização das intervenções de procedimentos, de uma forma geral, através do POP, que deve ser construído juntamente com a equipe de trabalho, sempre levando em consideração a realidade atual do serviço, estimulando a qualidade assistencial. Essa construção se justifica por reforçar os cuidados que devem ser tomados pelos profissionais de saúde em seu contexto de trabalho.

Considerando o momento de pandemia, o participante J não atingiu as metas desejadas, ou seja, o objetivo era sensibilizar os profissionais para

as ações voltadas à segurança do paciente. Contudo, fala que é fundamental a aproximação dessa temática direcionada à APS. Além de trabalhar a temática segurança do paciente, pretende criar um boletim com o tema "Qualidade e Segurança do Usuário na APS" como próximos encaminhamentos, visando a um cuidado mais seguro.



O participante K informou que alguns municípios inseriram a temática nas discussões dentro das ações do PlanificaSUS logo após a oficina de multiplicadores. As ferramentas propostas foram os cinco momentos para higiene de mãos e tutor de segurança, e que para a introdução destas ferramentas, as atividades desenvolvidas nas unidades de saúde ocorreram através da colocação de cartazes informativos para higienização correta das mãos, assim como eleito o tutor de segurança para o local. Como ação futura, o participante K pretende inserir a temática nos demais planos da Secretaria Estadual de Saúde, assim como no Plano Estadual de Saúde 2020-2023.

Os serviços de saúde, principalmente na APS, são procurados por milhões de pessoas todos os dias, seja para cuidar da exacerbação de problemas crônicos, para acompanhamento e revisão de tratamentos instituídos ou mesmo para participar de ações preventivas ou de promoção da saúde. Assim, há uma expectativa de que o resultado da interação paciente/profissional seja a manutenção ou melhoria de uma condição de saúde.



Analisando mais um relato de experiência, o participante L diz que a temática está sendo trabalhada juntamente com as ações do Projeto PlanificaSUS nos municípios e que, no presente momento, está sendo construído o “Manual de Segurança das Pessoas”, o qual abordará as ferramentas de segurança do paciente. Após a publicação do manual, serão ofertadas capacitações para os profissionais quanto ao uso das ferramentas de segurança a nível estadual. Os municípios foram motivados a instituir os NSP por meio de visitas das equipes da Vigilância Sanitária e da APS. O participante expressou, ainda, que almeja instituir uma cultura de segurança nos serviços de saúde, salientando a importância da segurança do paciente na APS.



O participante M comentou que logo após os profissionais serem capacitados na oficina de multiplicadores, desenvolveram ações de segurança do paciente em seus municípios. Inicialmente, as ferramentas definidas foram a dupla checagem/dupla conferência e a palavra PIS. Salienta que mesmo durante a pandemia da COVID-19, as ações de segurança do paciente foram mais trabalhadas e implementadas nos processos de trabalho, visto que era necessária a capacitação da equipe para uma abordagem segura. Afirmou, ainda, que ajudou a ampliar o foco e considerar a temática importante em todas as capacitações ofertadas.

Para Scherer (2009), constantes mudanças nos processos de trabalho dentro das instituições de saúde e nos modelos assistenciais sinalizam novas possibilidades de práticas colaborativas de impacto positivo na ponta dos processos, ou seja, resultados melhores no âmbito assistencial.

Diante dos relatos mencionados, observa-se que é primordial os serviços de saúde estimularem a cultura de segurança em seu meio, tendo em vista que a cultura organizacional é definida como o conjunto de hábitos e crenças estabelecidos através de normas, valores, atitudes e expectativas compartilhados por todos os membros de uma organização. Ela se refere ao que se denomina de “sistema de significados” compartilhados. É a forma como a instituição estabelece seus processos, trata seus colaboradores e também seus usuários. Em outras palavras, é a “forma como fazemos as coisas por aqui” (KENNEDY, 2018).

A função da cultura de uma organização/instituição é guiar as atitudes e alinhar os colaboradores com os objetivos, promover valores comuns, e proporcionar experiências marcantes e enriquecedoras para todos. Quando se trata de instituições de saúde, a cultura organizacional deve privilegiar a dimensão da segurança, ou seja, preocupar-se antes de tudo em “não causar dano”. Para o autor Robert Wachter (2013), em uma instituição de saúde onde se cultiva a Cultura de Segurança, “os colaboradores sentem-se confortáveis em chamar a atenção para riscos potenciais ou falhas reais sem medo de censura por parte do gestor.”

Considerações Finais

Um grande argumento para trabalhar a Segurança do Paciente na APS é a abrangência da oferta de serviços. Existem diferentes serviços de demandas na APS, que podem ser agrupadas

em: demanda por condições agudas, demanda por condições crônicas agudizadas, demanda por condições gerais e inespecíficas, demandas por condições crônicas não agudizadas, demanda por enfermidades, demanda por pessoas hiperutilizadoras, demandas administrativas, demanda por atenção preventiva, demanda por atenção domiciliar, demanda por autocuidado apoiado e demanda por cuidados paliativos.

A OMS coloca a APS como essencial para prover uma assistência segura. Uma abordagem ampla para a redução de danos aos pacientes deve adotar uma perspectiva sistêmica, nos níveis nacionais e organizacionais, tendo a formação e treinamento dos profissionais, a adoção de sistemas de governança clínica, implantação de padrões de qualidade e segurança, sistemas informatizados para a disponibilização de informações, envolvimento direto dos profissionais, bem como dos pacientes e seus familiares, como ações estratégicas.

No entanto, observando os diversos relatos de experiências dos participantes envolvidos com o Projeto Formação sobre Segurança do Paciente na APS e com a temática Segurança do Paciente, nota-se o quanto é importante desenvolver uma cultura de segurança nos serviços de saúde por meio da estruturação do cuidado e das práticas, haja visto que este pode ser um processo lento e de constância, porém fundamental para estabelecer um cuidado de qualidade e seguro. Posto isto, a função da cultura de uma organização/instituição é guiar as atitudes e alinhar os colaboradores com os objetivos, promover valores comuns e proporcionar experiências marcantes e enriquecedoras para todos. Em outras palavras, o cuidado em saúde é antes de tudo preocupar-se em não causar o dano e proporcionar um cuidado seguro, perceptível aos olhos da população.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em serviços de saúde - Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016.

KENNEDY, Colleen. Culture Change Toolbox. Patient Safety & Quality Council, Vancouver, 2018. Disponível em: <https://bcpsqc.ca/resource/culture-change-toolbox/>. Acesso em: 09 set. 2020.

LOCKS, Lindsay. et al. Qualidade da higienização das mãos de profissionais atuantes em unidades básicas de saúde. Rev. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 569-575, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983=14472011000300019-&lng=en&nrmiso>. Acesso em 02 set. 2020.

MEIRA, Rogério Campos de. As ferramentas para a melhoria da qualidade. Porto Alegre: SEBRAE, 2003

MORATO, Jéssica Emanuela Mendes. et al. Procedimento Operacional Padrão para coleta de casos suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave. Brazilian Journal Of Development, São José dos Pinhais, v. 6, n. 7, p. 51762-51772, 2020.

OLINO, Luciana; GONÇALVES, Annelise de Carvalho; STRADA Juliana Karine Rodrigues. et al., Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 40,:e20180341. 2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Guia curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional. Rio de Janeiro: Autografia, 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/guideline/guia-curricular-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-da-organiza%C3%A7%C3%A3o-mundial-da-sa%C3%BA-de-edi%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 03 de set. 2020.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41513/3/rivera-9788575413036.pdf>. Acesso em: 03 set. 2020.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

SANTOS, Margarida Custódio; GRILO, Ana Monteiro. Envolvimento do paciente: desafios, estratégias e limites. In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019, p. 159-186. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416426>. Acesso em: 01 de set. 2020.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, ago. 2009.

WACHTER, Robert. *Compreendendo a segurança do paciente*. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.



Agradecimentos

Tiago C. Dalcin
Carmen G. Daudt

Gostaríamos de agradecer, em nome do Hospital Moinhos de Vento:

- À Deysi H. Fernandes, Francielle B. Gomes, Juliana Ellwanger, Michelli M. Lorenzi, juntamente conosco formam a equipe do Projeto Segurança do Paciente na APS, que desde do primeiro dia deram real significado às palavras "trabalho em equipe" e vestiram a camiseta para execução do Projeto;

- À Josiane Weber, Maria Eugênia B. Pinto e toda equipe do escritório de Responsabilidade Social do Hospital Moinhos de Vento, que contribuíram direta e indiretamente com o projeto;

- Aos autores do livro que de forma aplicada e voluntária contribuíram para a concretização desta obra;

- Aos parceiros do Projeto: em especial, à Luciana Y. Ue e todo o Programa Nacional de Segurança do Paciente, à Secretaria de Atenção Primária à Saúde, à Carla U. André e a todo o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e à equipe do Projeto PlanificaSUS do Hospital Israelita Albert Einstein;

- Aos multiplicadores do Projeto e a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde que se dedicam diariamente por uma APS com qualidade e segurança.

Nosso muito obrigado!

Tiago C. Dalcin e Carmen G. Daudt

Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria & Prática



DISQUE
SAÚDE
136

PROJETO
Segurança
do Paciente
na APS

HOSPITAL
MOINHOS DE VENTO

PROADI-SUS
Programa de Apoio ao Conselho Estadual
de Saúde do Sistema Único de Saúde

CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde



SUS+

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL