

Segurança do Paciente na Atenção Primária

CÂMARA TÉCNICA DO CONASS DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Dia 21 e 22 de novembro de 2017

Victor Grabois

**Coordenador Executivo do Centro Colaborador para a Qualidade
do Cuidado e Segurança do Paciente – Proqualis/Icict/Fiocruz**

**Representante-suplente da Fiocruz no Comitê de Implementação
do Programa Nacional de Segurança do Paciente**

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO BÁSICA

Estrutura da apresentação

- Panorama Geral da Segurança do Paciente na Atenção Básica
 - Fatores que aumentam/diminuem os riscos quanto à Segurança do Paciente na Atenção Básica
 - Principais problemas de Segurança do Paciente na Atenção Básica
 - Pesquisas em Segurança do Paciente na Atenção Básica
 - Intervenções gerais com impacto sobre a Segurança do Paciente na Atenção Básica

PANORAMA GERAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Erros, Incidentes e Eventos Adversos na Atenção Básica

Dimensión del problema:

“ Cuando despertó el gigante dormido...”

Bates et al, Ann Int Med 2000;132:763-7

- Frecuencia del error en Atención Primaria : **5- 80 veces / 100000 consultas** (Sanders et al. Fam Pract 2003;20:231-6)
- Se estima en **10.6 errores/Eventos adversos por médico y año** (Borrell et al. Aten Primaria 2006;38:25-32).
- En Estados Unidos, **75.000 hospitalizaciones anuales** son debidas a efectos adversos prevenibles que ocurren en el medio ambulatorio en USA, con daños permanentes en 4839 pacientes y causando 2.587 muertes (Woods DM et al. QSHC 2007;16:127-31)
- Errores de prescripción en más del 11% de todas las prescripciones (Sanders)
- El escenario más frecuente de error clínico reportado es **prescribir un fármaco incompatible con la enfermedad de base (22.8%)** (Borrell et al 2006)
- En el 31% de los errores se producen **daños** para los pacientes, un 9.6% graves (Roser W, Can Fam Phy 2005;51:386-7)

A Segurança do Paciente tem características próprias na Atenção Básica?

- É na Atenção Básica que ocorre a maior parte dos encontros médico-usuário no Sistema de Saúde
- Amplo espectro de sintomas e sinais, desde os auto-limitados e menores, até os crônicos ou ameaçadores para a vida
- Atenção habitual a estados iniciais das condições, com manifestações pouco definidas (não facilmente etiquetadas com um diagnóstico)
- Nem sempre é fácil chegar a um diagnóstico (Jacobson, Fam Pract, 2003)
- Carga de morbidade e co-morbidades – nos EUA somente 41% dos pacientes tem uma única morbidade (Starfield, 2001)

Traduzido livre de Minue, 2008

Eventos Adversos na Atenção Básica

Cinco causas principais para a ocorrência de incidentes de segurança do paciente na Atenção Básica e que necessitam de estudos em países com diferentes níveis de renda:

Problemas resultando de comunicação e trabalho em equipe pouco efetivos

Solicitação e interpretação de exames laboratoriais e de imagem

Questões relacionadas ao gerenciamento de informações

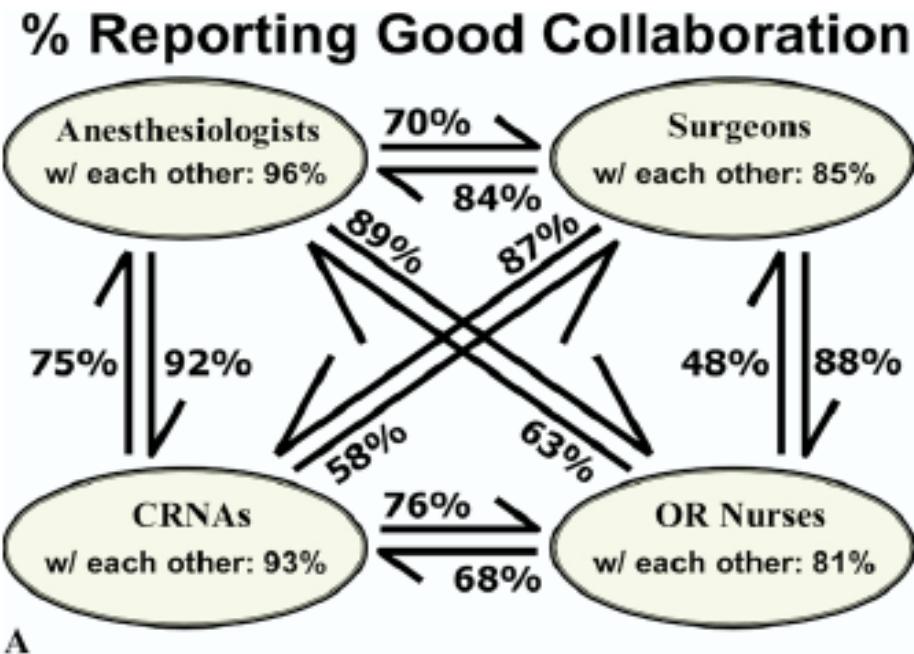
Gerenciamento de transições entre os diferentes níveis de atenção

Completude dos registros no prontuário do paciente

Eventos Adversos na Atenção Básica

- A maior parte dos eventos adversos estão associados a erros de medicação e erros de diagnóstico (Makeham, 2008; Marchon e Mendes Jr, 2014).
- O grau de evitabilidade da ocorrência dos incidentes na AB variou entre 42% e 60% (Makeham, 2008) e 45% a 76% (Marchon e Mendes Jr, 2014).
- Fatores contribuintes mais prevalentes na ocorrência de incidentes na AB: problemas na comunicação interprofissional e do profissional com o usuário. Também estão presentes problemas com a gestão (segundo mais importante) e também no ambiente físico, formação profissional, e barreiras geográficas, entre outros (Marchon e Mendes Jr, 2014).

Comunicação é no mínimo uma relação bilateral



A

Figure 4. (A) Percentage (rounded) of operating room (OR) caregivers reporting a "high" or "very high" level of collaboration with other members of the OR team. (B) The best teamwork scores were recorded by anesthesiologists when they rated their teamwork with other anesthesiologists ("high" or "very high" 96% of the time). The lowest teamwork ratings were recorded by nurses when they rated their teamwork with surgeons ("high" or "very high" 48% of the time). CRNA, certified registered nurse anesthetists.

Caregiver Position Performing Rating	Caregiver Position Being Rated			
	Surgeon	Anesthesiologist	Nurse	CRNA
Surgeon	85	84	88	87
Anesthesiologist	70	96	89	92
Nurse	48	63	81	68
CRNA	58	75	76	93

B

Fonte: Makary et al, 2006 in

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16648014>

Eventos Adversos na Atenção Básica

¿Qué tipos de errores ocurren en Atención Primaria?

Taxonomía preliminar de los errores médicos en medicina familiar
(Dovey et al. Qual Saf Health Care 2002;11:233-8.)

- **Disfunciones del sistema (82.6%):**
 - Errores administrativos (30.9%)
 - Fallos en el proceso diagnóstico (24.8%)
 - Errores en la prescripción o dispensación de fármacos (23%).
 - Problemas de comunicación (5.8%)
 - Problemas relacionados con los sistemas de pago (1.2%)
- **Errores debidos a deficiencias en conocimientos o habilidades (13.4%).**
 - Errores en la ejecución de una tarea clínica (5.8%)
 - Decisiones de tratamientos erróneas (4.2%)
 - Diagnósticos equivocados (3.9%)

Existem riscos na APS?

Sim.

Na APS são prestados o maior volume de cuidados de saúde e, em diversos países, a APS é o primeiro ponto de contato das pessoas com o sistema de saúde.

A APS desempenha um papel cada vez mais complexo no sistema. Atua na coordenação do acesso a serviços especializados⁵. Atende a uma crescente demanda de idosos, portadores de agravos crônicos, com comorbidades, em função do aumento da esperança de vida.

Quanto mais complexo o cuidado, maior o risco de incidentes.

OMS reconhece a magnitude do problema

A OMS destacou o progresso na implantação da APS em termos globais, contudo, apontou como desafio a adoção de práticas que permitam ofertar atenção contínua, humanizada, com qualidade e segura⁶.

Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

Em 2008, o relatório “Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais Que Nunca”⁶ mostra limitações na prestação de cuidados na APS, e classifica o cuidado ao paciente como pouco seguro:

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

Safer Primary Care Expert Working Group

A OMS, em fevereiro de 2012, constituiu um grupo chamado *Safer Primary Care Expert Working Group*⁸ para estudar as questões envolvidas com a segurança na APS, como os riscos a pacientes em cuidados primários, a magnitude e a natureza do dano evitável devido a práticas inseguras nesses ambientes e mecanismos de proteção e segurança do paciente na APS.

(Figura 2)



Figura 2 – Pesquisadores do Grupo de Trabalho da APS.

Safer Primary Care Expert Working Group

O grupo da OMS teve como um dos objetivos conhecer as metodologias disponíveis para realização de pesquisas sobre segurança do paciente em APS.

O estudo resultou em um artigo de revisão sistemática, denominado “*Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research*”, da autoria de Makeham e colaboradores¹⁰, publicado e disponibilizado na página da OMS.

(http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/index.html)

Esta revisão mostrou que os métodos de investigação mais apropriados precisam ser adaptados para a realidade dos países.

Séries Técnicas da OMS sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária

1) Pacientes

Engajamento dos pacientes

2) Força de trabalho em saúde

Educação e treinamento

Fatores humanos

3) Processos de cuidado

Erros administrativos

Erros de diagnóstico

Erros de medicação

Multimorbidade

Transições de cuidado

4) Ferramentas e tecnologias

Ferramentas eletrônicas



Cultura de segurança do paciente

O desenvolvimento de uma **cultura de segurança** como elemento central para a melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar



Kohn *et al.*, 1999

A cultura influencia a motivação de se engajar em comportamentos seguros e na extensão na qual essa motivação se traduz na prática diária

Weaver *et al.*, 2013

Cultura de Segurança

Produto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso e o estilo da instituição. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância de segurança e eficiência de ações preventivas.



Comitê Internacional de Segurança Nuclear - INSAG,
1988

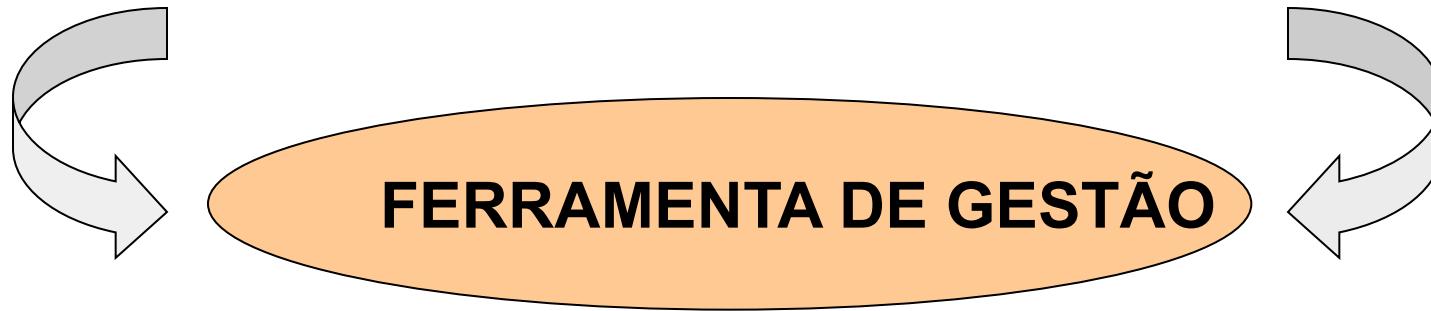
Crenças predominantes nas organizações de saúde que afetam a segurança da prática clínica (WHO, 2008)

- Tendência à responsabilização dos profissionais da linha de frente, negligenciando as deficiências presentes dos sistemas de saúde
- Incidentes quando são reconhecidos pelos médicos durante a prática clínica são considerados por eles “inevitáveis” *[normalization of deviance]*
- Crença em que os profissionais de saúde foram perfeitamente treinados (longa e árdua formação = fazer corretamente)
- O cuidado clínico tipicamente organizado de forma hierárquica, onde a comunicação sobre segurança é suprimida
- Pouca ênfase no aprendizado organizacional

Promoção da cultura de segurança nas organizações de saúde

- ✓ Promover **consciência coletiva** com o comprometimento com a segurança em todos os níveis
- ✓ Reconhecer a **natureza de alto risco** das **atividades** realizadas e a determinação em atingir consistentemente operações seguras
- ✓ Promover um **ambiente livre de culpa** e encorajar a cooperação entre cargos e profissões com **redução dos gradientes de hierarquia**
- ✓ O comprometimento pela gestão com a **utilização de recursos** voltados à melhoria da segurança

Avaliação da Cultura de Segurança nas Organizações de Saúde



- Identificar áreas/unidades cujas características da cultura necessitam melhorias
- Avaliar a efetividade de ações implementadas para melhoria da segurança ao longo do tempo (estudos antes – após intervenções)
- Permite comparar dados internos e externos à organização
- Priorizar esforços de fortalecimento da cultura

Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária

Uma cultura de segurança robusta é reconhecida como um pré-determinante de uma prática clínica mais segura. Existe descrito na literatura da área um número de ferramentas para avaliar e educar clínicos sobre Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária/Ambulatorial. Exemplos incluem o SCOPE-PC; o SAQ – Versão ambulatorial (SAQ-AV), e o Frankfurt Patient Safety Climate Questionnaire for General Practices (FRaSiK).

Página inicial | Proqualis x (3) Proqualis Segurança c x f (8) Facebook x M Entrada (34.223) - victorg x Patient-safety-in-primary x 29(1)_Portugues.indb x

www.scielo.br/pdf/ape/v29n1/1982-0194-ape-29-01-0026.pdf

Artigo Original

Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária

Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care

Márcia Timm¹
Maria Cristina Soares Rodrigues¹

Descritores

Pesquisa em enfermagem; Enfermagem de atenção primária; Enfermagem em saúde pública; Segurança do paciente; Cultura organizacional

Keywords

Nursing research; Primary care nursing; Public health nursing; Patient safety; Organizational culture

Submetido

20 de Julho de 2015

Resumo

Objetivo: Traduzir, adaptar e validar o instrumento de pesquisa *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC).

Métodos: Estudo metodológico de adaptação transcultural do instrumento MOSPSC elaborado pela *Agency for Healthcare and Research in Quality*. Seguiram-se as etapas de tradução, retrotradução, análise de especialistas, grupo de população meta e pré-teste com amostra de 37 profissionais.

Resultados: Na análise dos especialistas, o instrumento atingiu índice de validade de conteúdo geral de 0,85. A avaliação pelo grupo de população meta foi realizada por seis profissionais, e as sugestões de adaptação foram analisadas e modificadas por consenso. O pré-teste foi realizado com 37 profissionais, que avaliaram o instrumento como de fácil compreensão. O coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,95.

Conclusão: O instrumento foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa do Brasil com nível satisfatório de validade de conteúdo e alta confiabilidade.

Abstract

Objetivo: Translate, adapt and validate the *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC).

Metodologia: Estudo metodológico de adaptação transcultural do instrumento MOSPSC elaborado pela *Agency for Healthcare and Research in Quality*. Seguiram-se as etapas de tradução, retrotradução, análise de especialistas, grupo de população meta e pré-teste com amostra de 37 profissionais.

Resultados: Na análise dos especialistas, o instrumento atingiu índice de validade de conteúdo geral de 0,85. A avaliação pelo grupo de população meta foi realizada por seis profissionais, e as sugestões de adaptação foram analisadas e modificadas por consenso. O pré-teste foi realizado com 37 profissionais, que avaliaram o instrumento como de fácil compreensão. O coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,95.

Conclusão: O instrumento foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa do Brasil com nível satisfatório de validade de conteúdo e alta confiabilidade.

Digite aqui para pesquisar

Digitado: 09/09/2017 20:58

Esse instrumento traduzido e validado compreende 12 dimensões do construto da segurança do paciente, que incluem:

- (1) comunicação aberta;
- (2) comunicação sobre o erro;
- (3) troca de informações com outros setores;
- (4) processo de trabalho e padronização;
- (5) aprendizagem organizacional;
- (6) percepção geral da segurança do paciente e qualidade;
- (7) apoio dos gestores na segurança do paciente;
- (8) seguimento da assistência ao paciente;
- (9) questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade;
- (10) treinamento da equipe;
- (11) trabalho em equipe; e
- (12) pressão no trabalho e ritmo



FATORES CONTRIBUINTES PARA O AUMENTO OU PARA A REDUÇÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Fatores associados ao aumento ou à redução do risco na Atenção Primária

Risco aumentado de dano ao paciente está associado com fatores do paciente como idade avançada, presença de várias comorbidades; e visitas mais frequentes a pronto-socorros, baseado em amostras amplas de pacientes em estudos transversais retiradas de um banco de dados de pesquisa de um ambulatório geral no Reino Unido.

Risco reduzido de dano ao paciente está associado com estar matriculado em um ambulatório geral por um longo período, baseado em amostras amplas de pacientes em estudos transversais retiradas de um banco de dados de pesquisa de um ambulatório geral no Reino Unido.

Risco reduzido de dano está associado a mais tempo passado em consultas clínicas, baseado em resultados de inquéritos transversais amplos.

There was evidence in the peer-reviewed literature that larger primary healthcare practices may be safer. Gaal et al. conducted a study that found this association, though no causal link was proven. The researchers undertook secondary analysis of data from **271 primary healthcare practices, collected in 10 European countries**. The data was collected by a practice visitor and physician questionnaires.

The researchers constructed **10 measures of patient safety covering 45 items as outcomes, and six measures of practice characteristics as possible predictors for patient safety**. They found that eight of the 10 patient safety measures yielded higher scores in larger practices (practices with more than two GPs).

Medication safety, practice building safety, and incident reporting items showed the strongest associations with practice size.

Measures on hygiene, medical record keeping, quality improvement, professional competence and organised patient feedback items had higher scores in larger practices.⁸⁴

Estruturas mais robustas de atendimento primário podem estar associadas com cultura de segurança do paciente mais desenvolvida baseado em avaliações de centros de saúde e questionários aplicados a médicos.

Acreditação de centros de saúde voltados à atenção primária pode estar associada à cultura de segurança do paciente mais robusta, baseado em processos de acreditação.

TIPOS DE INCIDENTE DE SEGURANÇA MAIS FREQUENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

ERROS DE MEDICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Erros de medicação

“any preventable event that may cause or lead to inappropriate medication use or patient harm while the medication is in the control of the health care professional, patient, or consumer. Such events may be related to professional practice, health care products, procedures, and systems, including prescribing, order communication, product labelling, packaging, and nomenclature, compounding, dispensing, distribution, administration, education, monitoring, and use” .

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. What is a medication error? New York, NY: National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention; 2015. (<http://www.nccmerp.org/> about-medication-errors, accessed 19 September 2016)

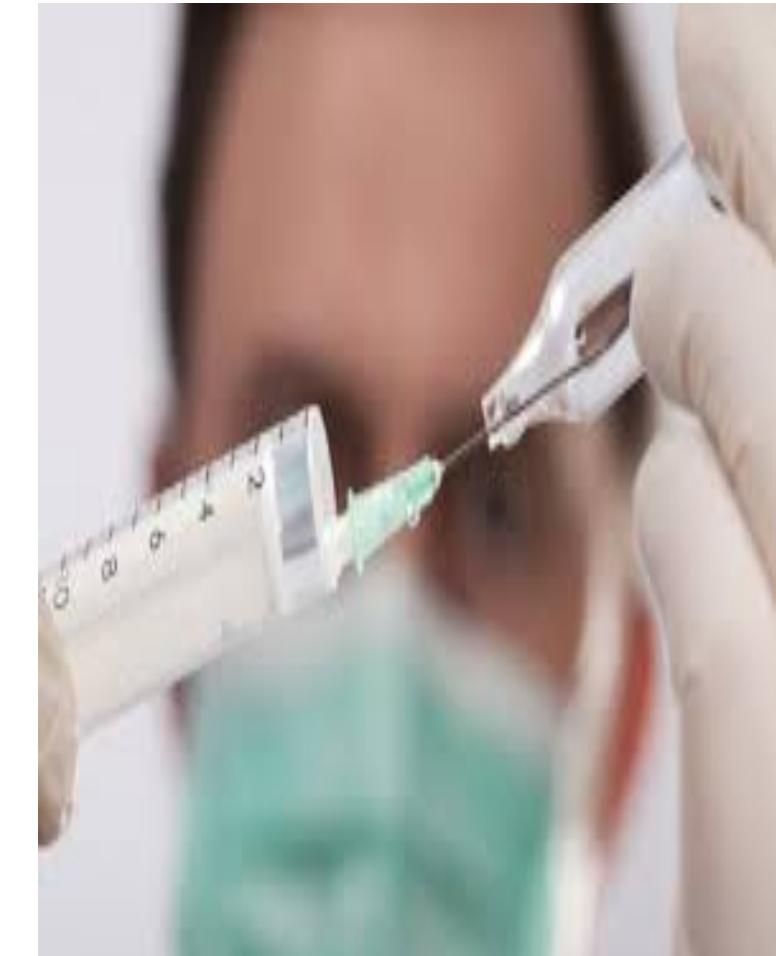
Erros de medicação

Abordagens para classificar os erros de medicação (5).

Uma abordagem é o estagio no processo de uso de medicamentos: prescrição, transcrição, dispensação, administração ou monitoramento.

Outra abordagem é classificar através dos erros de medicação: medicação errada; dose, frequencia, via ou paciente.

Outra abordagem para classificar esses erros relaciona-se com erros de planejamento ou erros de execução (desatenção/slips ou erros por lapsos de memória/lapses)



Alguns estudos sobre erros de medicação na atenção primária

These issues are reflected in the widely varying error prevalence rates reported in different parts of the world (8). For example, a **United Kingdom study** found that 12% of all primary care patients may be affected by a prescribing or monitoring error over the course of a year, increasing to 38% in those 75 years and older and 30% in patients receiving five or more drugs during a 12-month period. Overall, 5% of prescriptions had prescribing errors (9).

A **Swedish study** found a medication error rate of 42%. However, two-thirds were related to a failure to state the purpose of the treatment on prescriptions and only 1% of errors resulted in an incorrect dose (10).

A **study from Saudi Arabia** reported that just under one-fifth of primary care prescriptions contained errors, but only a small minority were considered serious (11).

Another study in Mexico observed that 58% of prescriptions contained errors, with dosage regimen accounting for most cases (27.6%) (12). These examples are provided to show that medication errors are a global issue.

Box 1: Factors that may influence medication errors (9,22)

Factors associated with health care professionals

- Lack of therapeutic training
- Inadequate drug knowledge and experience
- Inadequate knowledge of the patient
- Inadequate perception of risk
- Overworked or fatigued health care professionals
- Physical and emotional health issues
- Poor communication between health care professional and with patients

Factors associated with patients

- Patient characteristics (e.g., personality, literacy and language barriers)
- Complexity of clinical case, including multiple health conditions, polypharmacy and high-risk medications

Factors associated with the work environment

- Workload and time pressures
- Distractions and interruptions (by both primary care staff and patients)
- Lack of standardized protocols and procedures
- Insufficient resources
- Issues with the physical work environment (e.g., lighting, temperature and ventilation)

Factors associated with medicines

- Naming of medicines
- Labelling and packaging

Factors associated with tasks

- Repetitive systems for ordering, processing and authorization
- Patient monitoring (dependent on practice, patient, other health care settings, prescriber)

Factors associated with computerized information systems

- Difficult processes for generating first prescriptions (e.g. drug pick lists, default dose regimens and missed alerts)
- Difficult processes for generating correct repeat prescriptions
- Lack of accuracy of patient records
- Inadequate design that allows for human error

Primary-secondary care interface

- Limited quality of communication with secondary care
- Little justification of secondary care recommendations

ERROS DIAGNÓSTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Erros diagnósticos

Um erro diagnóstico emerge quando um diagnóstico é não é feito, ou inapropriadamente adiado ou está errado (2).

Diagnósticos podem estar completamente ausentes (ausência de diagnóstico de câncer apesar de sintomas); errados (pacientes dizem que tem um diagnóstico quando existe evidência de outro) ou adiado (testes anormais sugestivos de câncer, mas ninguém comunicou ao paciente).

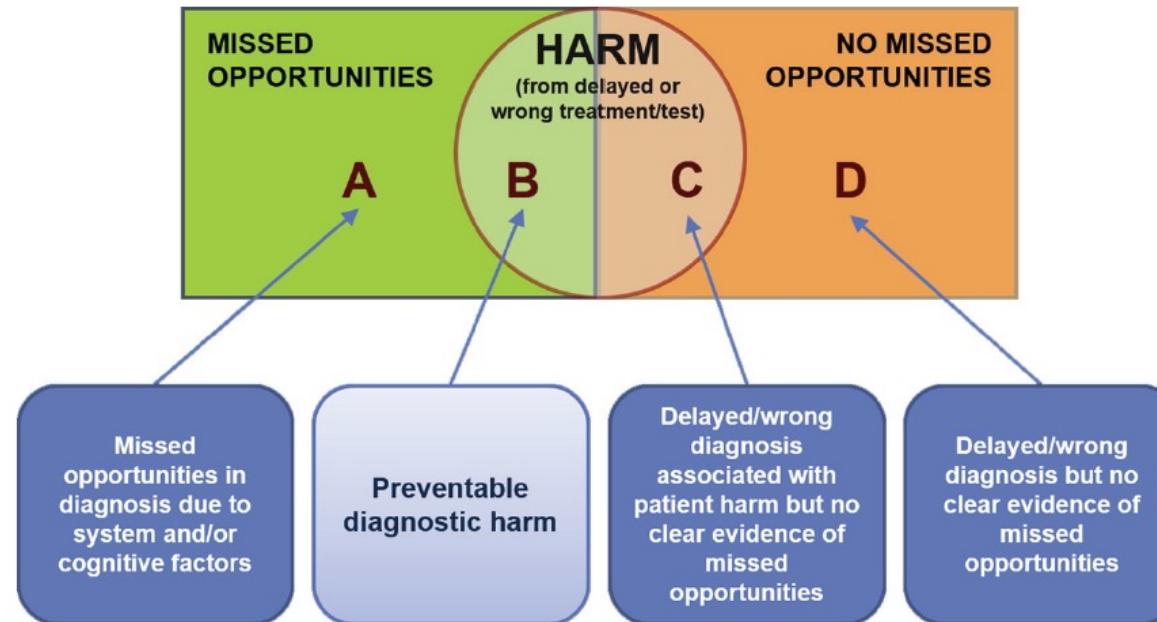
Pode haver superposição nessas classificações.

Diagnósticos comumente ocorrem ao longo do tempo, mais do que em um ponto no tempo, incluindo a avaliação inicial, realizar e interpretar testes diagnósticos, seguimento (4), introdução de informação sobre o diagnóstico, comunicação e coordenação sobre referências, e comportamento, adesão e engajamento do paciente.

Os erros diagnósticos podem ocorrer em cada um desses pontos (3).

Modelo conceitual de oportunidades perdidas em diagnósticos

Figure 1. Conceptual model of missed opportunities in diagnosis (5,6)



Erros Diagnósticos na Atenção Primária

Erros diagnósticos são relativamente comuns na Atenção Primária

5% de adultos experenciam erros diagnósticos em ambientes para pacientes externos a cada ano. Metade com potencial para um dano severo

Esse dado pode estar subestimado e muito maior em países de baixa renda.

Em crianças a extensão dos erros diagnósticos é desconhecida. Um estudo com pediatras em país desenvolvido mostrou que mais da metade relatou ter feito um erro diagnóstico uma a duas vezes ao mês e reconheceu que tinham feito erros com dano pelo menos uma a duas vezes ao ano.

Em países de média e baixa renda: o acesso limitado a testes diagnósticos, menos especialistas e médicos de família, sistemas de informações inadequados podem representar desafios imensos para o diagnóstico na atenção primária.

Atrasos no diagnóstico do câncer podem ser muito significativos.

Table 1. Factors that may contribute to diagnostic errors in primary care

Factors	Possible issues contributing to error
Access to high quality primary care	Limited access due to lack of money, remoteness, illiteracy, travel constraints or a limited number of health care facilities.
Availability of health care professionals and specialists	Lack of sufficient, competent health care professionals, for example, due to lack of training, outward migration or a poor employment situation. Specialty expertise may not exist or may be limited in number or quality.
Teamwork	Poor teamwork, lack of learning and feedback when errors occur.
Availability of diagnostic tests	Diagnostic tests limited in scope, availability or quality.
Communication	Little or no sharing of medical information.

Factors	Possible issues contributing to error
Care coordination	Consultations delayed or test results lost or a lack of health records documenting care.
Follow-up	Limited follow-up reduces the ability for diagnostic impressions to evolve.
Affordability of care	Care unaffordable or compromises other basic needs such as food or housing.
Training of health care providers	Training is suboptimal, in particular lack of training for clinical reasoning; certification and licensure requirements are deficient.
Availability of health informatics resources	Health informatics resources, including internet access, may not be available, especially in remote areas; unaffordable subscription or download fees for medical information.
Culture	Some cultures may be punitive, which discourage sharing and inhibit learning; physician-centric systems limit the value of the team. Patients may feel it is more appropriate to be passive care recipients.
Human factors and cognitive issues	The work environment and systems may be subject to distractions, interruptions and a lack of organization of information.

TRANSIÇÕES DE CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE

Transições de cuidado

O termo “transições de cuidado” é mais amplo que a passagem de caso porque compreende os aspectos clínicos do cuidado e outros fatores, tais como expectativas, experiências e necessidades do paciente.

Não há uma definição globalmente aceita! Transições de cuidado podem ser definidas como “um conjunto de ações desenhado para assegurar a coordenação e continuidade de cuidado de saúde à medida que os pacientes são transferidos de entre diferentes pontos de atenção ou entre diferentes ambientes em um mesmo ponto de atenção.

Cuidado transicional é baseado em um plano de cuidado abrangente e a disponibilidade de profissionais de saúde que sejam bem capacitados para o cuidado crônico e tem informações atualizadas sobre as metas, preferencias e status clínico dos pacientes. Incluem os arranjos logísticos, educação do paciente e de seus familiares, e coordenação dos profissionais de saúde envolvidos na transição.

Impacto dos problemas nas transições de cuidado na Atenção Primária

O impacto dos problemas nas transições de cuidado na atenção primária incluem:

Aumento na mortalidade

Aumento na morbidade (incapacidade ou dano temporário ou permanente)

Aumento nos eventos adversos

Atrasos em receber o tratamento e o suporte apropriado

Visitas adicionais aos pronto-socorros

Testes adicionais ou duplicados ou testes perdidos em seguimentos

Re-internações preveníveis

Sofrimento físico e emocional para pacientes, familiares e cuidadores.

Esses problemas ocorrem de forma similar nas transições entre a atenção primária e as outras partes do sistema.

There is no easy solution to providing safer care transitions. A range of strategies are needed. Both large- and small-scale interventions have been tested at the macro (health care system), meso (health service organization) and micro (service delivery) levels. The target groups for these potential solutions vary and include people within a specific geographical area, those with a particular disease or disability and people with specific care needs.

Interventions that may be beneficial include (3):

- standardizing documentation and agreeing on which information should be included in referral and discharge documents
- discharge planning with agreed criteria and protocols
- improving the quality and timeliness of discharge documentation
- implementing effective medication reconciliation practices
- conducting timely and appropriate patient follow-ups, including telephone calls and home visits
- improving the effectiveness and timeliness of clinical handovers between clinicians
- establishing primary care hotline to hospital emergency departments
- assigning care coordinators or case managers to people with complex needs
- increasing the involvement of primary care physicians
- educating and supporting patients, families and carers

Factors beyond the clinical determinants that may impact on transitions of care include:

- patient cognitive status
- patient activity level and functional status
- suitability of the patient's home (e.g. cleanliness, stairways, location)
- availability of support from carers and family
- ability to obtain medications and health care and social services
- availability of appropriate transportation

MULTIMORBIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

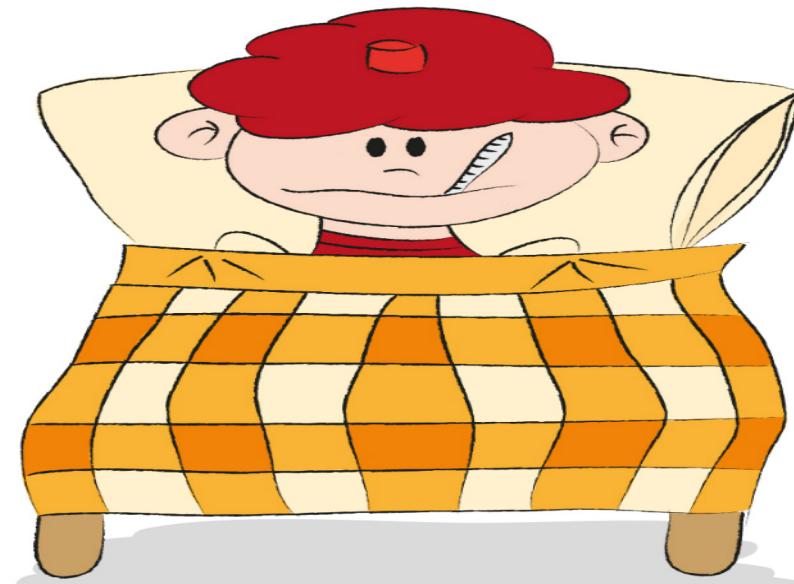
Mudanças aceleradas no padrão demográfico

Para 2030 as estimativas apontam para uma população de 40,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos, das quais quase 6 milhões com mais de 80 anos. Isso representa o dobro da população atual de idosos e quase duas vezes e meia a população de octogenários. Se hoje a população de menores de 1 ano é praticamente igual à de octogenários, em 2030 ela será mais do que o dobro.



Carga de doença relacionada ao contexto demográfico e epidemiológico

Outro aspecto relevante é que a população idosa refere piores condições de saúde e pouco frequentemente apresenta um problema isolado de saúde, consoante com o descrito na literatura mundial. Com o aumento da faixa etária, aumenta também o número de doenças declaradas pelas pessoas. Até a faixa de 14 a 19 anos de idade, o percentual de pessoas que afirmaram ter três ou mais doenças era próximo de zero, para a faixa de 50 a 64 anos crescia para 17,1% e para aqueles com 65 anos ou mais chegava a 28,3%. Ou seja, passaríamos de 6 milhões para 12 milhões. Para este último grupo etário, considerando-se apenas as mulheres, o percentual crescia para 33,3%. Entre as pessoas de 65 anos ou mais de idade, apenas 20,9% não tinham nenhuma doença crônica. (Brasil, 2012)



Quem são nossos pacientes?

- Pacientes com doenças crônicas: hipertensos, diabéticos, asmáticos, e muitas outras condições crônicas.
- Pacientes com condições médicas complexas: apresentam uma morbidade principal, agravada por outras co-morbidades
 - paciente com HAS grave, diabético e deprimido.
- Usuários alertas e em bom estado de saúde
- Usuários não alertas e em bom estado de saúde

MULTIMORBIDADES E SEGURANÇA DO PACIENTE

Pacientes com multimorbidades possuem um risco elevado de incidentes de segurança por muitas razões, incluindo (1):

- polifarmácia, que pode levar à adesão ruim no uso de medicamentos e a reações adversas a medicamentos;
- regimes terapêuticos de difícil manejo;
- necessidade de comunicação clara e cuidado centrado no paciente devido a necessidades complexas por parte do paciente;
- demanda de regimes de autocuidado e existência de competição entre prioridades;
- maior vulnerabilidade a incidentes de segurança face à saúde precária, idade avançada, deficiência cognitiva, letramento em saúde deficiente e comorbidades como depressão ou ansiedade.
- além do mais, esses serão pacientes com mais transições de cuidados, com vários tratamentos interagindo entre si, gerando novos desafios além da existência de multimorbidades.

PESQUISA EM SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Existe um método melhor para pesquisar incidentes em APS?

Não.

Makeham e colaboradores¹⁰ destacam que as pesquisas sobre a segurança em APS estão em sua infância, diferentemente dos métodos já testados nas pesquisas de segurança do paciente em hospitais.

Em hospitais a revisão retrospectiva de prontuários é considerado padrão-ouro em estudos de mensuração de EA¹¹. Já na APS não existe um método considerado padrão ouro.

Makeham e colaboradores¹⁰ demonstraram, através da revisão sistemática que os erros decorrentes do cuidado na APS também são frequentes. Existem riscos específicos na APS, tanto devido ao ambiente, quanto ao tipo de cuidado de saúde prestado

Métodos mais utilizados na pesquisa de incidentes na APS⁹

Estudos recorreram a um ou a uma a combinação de métodos para analisar os incidentes em APS.

- ▶ Análise de incidentes em sistemas de notificações e auditorias^{13,14,15,16};
- ▶ Estudos de observação direta^{25,26};
- ▶ Grupo focal com profissionais e pacientes^{19,20};
- ▶ Entrevistas com profissionais e pacientes^{23,24};
- ▶ Revisão de prontuários^{21,22};
- ▶ Questionários com profissionais e pacientes^{17,18};

Destaca-se o Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME) questionário para profissionais de saúde adaptado para nove países, inclusive o Brasil^{13,27,28}.

Estudo de incidentes em APS no Brasil²⁸

Um questionário do estudo internacional PCISME, traduzido e adaptado para o contexto brasileiro, foi utilizado para identificar o incidente durante o cuidado na APS, caracterizá-lo, conhecer a sua gravidade e os fatores que contribuíram para sua ocorrência²⁸.

Esse questionário é composto por dezesseis questões abertas e fechadas, para que dez médicos e dez enfermeiros, com garantias do anonimato, registrem os incidentes ocorridos com pacientes das unidades de saúde da família. (Quadro 1)

Quadro 1. Questionário PCISME adaptado para a realidade brasileira

	Profissional nº	Incidente Relatado nº
	Questões	Alternativas de respostas
1	O incidente está relacionado com um paciente em particular?	Sim ou Não
2	Se sim, até que ponto conhece o paciente?	<ul style="list-style-type: none"> • Não conheço • Conheço, mas não é meu paciente • Conheço pouco (é a 1º vez do paciente na consulta) • Conheço bem (é meu paciente)
3	Idade do paciente (em anos). Para crianças menores de 1 ano, usar meses	Texto livre
4	Sexo do paciente	Masculino ou Feminino
5	O paciente pertence a um grupo com vulnerabilidade social? Se SIM, Qual?	<p>Sim ou Não</p> <p>Texto livre</p>
6	O paciente tem um problema de doença crônica?	Sim ou Não
7	O paciente tem um problema de saúde complexo? (condição de difícil manejo clínico, presença de comorbidades, dependência de álcool e/ou drogas, distúrbios neurológico ou psiquiátrico)	Sim ou Não
8	O que aconteceu? Por favor, considere o que, quem esteve envolvido: Quem? (não colocar nomes, apenas a categoria profissional: médico, enfermeiro, técnico de laboratório, recepcionista, e etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Houve um incidente, mas não chegou a atingir o paciente • Houve um incidente, que atingiu o paciente, mas não causou dano ao paciente • Houve um incidente, que atingiu o paciente e causou um dano ao paciente

Quadro 1. Questionário PCISME adaptado para a realidade brasileira

	Profissional nº	Incidente Relatado nº
	Questões	
9	Qual foi o resultado? Identifique as consequências reais e potenciais, ou algum outro tipo consequência.	Texto livre
10	O que pode ter contribuído para este erro? Por favor, considere quaisquer circunstâncias especiais.	Texto livre
11	O que poderia ter prevenido o erro? Por favor, considere o que deve mudar para evitar repetição desse tipo de erro.	Texto livre
12	Onde aconteceu o erro? (escolha todas as opções que se aplicam)	Consultório; Hospital/ Serviços de Urgência; Na Farmácia; No Laboratório; No RX onde realizou exames; Consultório de Enfermagem; Domicílio do paciente; No contato telefônico; Atendimento Administrativo; Outros locais: _____
13	Teve conhecimento de que outro paciente tenha sofrido este tipo de erro?	Sim ou Não
14	Se sim, como classificaria a gravidade deste dano?	<ul style="list-style-type: none"> • Dano mínimo (com recuperação de até um mês) • Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano) • Dano Permanente • Óbito • Não tenho como classificar
15	Com que frequência ocorre este erro na sua prática?	<ul style="list-style-type: none"> • Primeira vez • Raramente (1 a 2 vezes por ano) • Às vezes (3 a 11 vezes por ano) • Frequentemente (mais de 1 vez por mês)
16	Outros comentários?	Texto livre

Resultados do estudo

- ▶ Foram registrados 125 incidentes em 11.233 consultas realizadas pelos participantes no período do estudo.
- ▶ A taxa de incidência envolvendo todos os incidentes foi de 1,11 % (125/11.233).
- ▶ A taxa de incidentes que não atingiram os pacientes foi de 0,11% (13/11233).
- ▶ A taxa de incidência de incidentes que atingiram os pacientes, mas não causaram dano foi de 0,09% (10/11.233).
- ▶ A taxa de incidência de incidentes que atingiram os pacientes e causaram evento adverso foi de 0,91% (102/11.233).
- ▶ Foram identificados oito tipos de erros e os erros administrativos foram os mais frequentes. A comunicação foi citada como sendo o fator contribuinte mais comum para ocorrência de incidente na APS (53%).

Resultados do estudo

Para análise final foram recebidos 125 questionários válidos, cada questionário representa um incidente.

Os pacientes que sofreram os incidentes registrados tinham as seguintes características: 54 (43%) eram do sexo masculino e 71 (57%) do sexo feminino; 11 (9%) pacientes eram crianças com até 9 anos 9 meses de idade, 10 (8%) eram adolescentes com até 19 anos 9 meses, 61 (49%) eram adultos com até 59 anos 9 meses, e 43 (34%) pacientes tinham acima de 60 anos. (Quadro 2)

O estudo mostrou que 85 (68%) dos pacientes com incidentes registrados pelos participantes apresentavam doenças crônicas; 73 (58%) dos pacientes tinham problemas de saúde complexo, descritos como condições de difícil manejo clínico, que vão desde a presença de comorbidades, até a dependência de álcool e/ou drogas, passando por distúrbios neurológicos ou psiquiátricos. Embora não se tenha solicitado a descrição do problema de saúde complexo do paciente, os participantes fizeram referências aos problemas de saúde mental de oito pacientes.

Quadro 2. Características gerais dos 125 pacientes, segundo o tipo de incidente ocorrido

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

Resultados do estudo

Em relação à gravidade do dano, entre os pacientes que sofreram EA, 31 (25%) tiveram dano permanente, 27 (21%) apresentaram dano moderado e 18 (15%) sofreram um dano mínimo.

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

Os fatores que contribuíram com os incidentes foram: falhas no cuidado (n=44, 34%), falhas na gestão (n=16, 13%) e falhas na comunicação (n=65, 53%). Essas últimas eram classificadas em falhas de comunicação com paciente (n=30, 24%), na rede de atenção (n=23, 19%) e na comunicação inter profissional (n=12, 10%). (Quadro 3)

Quadro 3. Proporção de tipos de erros que contribuíram com os incidentes encontrados nos estudos brasileiro, português e australiano

Erros	Estudo Brasileiro N(%)	Estudo Português N(%)	Estudo Australiano N(%)
Erros administrativos	32 (26%)	19 (48%)	26 (20%)
Erros na investigação de exames	7 (5%)	10 (25%)	17 (13%)
Erros com tratamento	24 (19%)	2 (5%)	38 (29%)
Erros de comunicação	27 (22%)	6 (15%)	20 (15%)
Erros de pagamento	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
Erros na gestão de recursos humanos	3 (2%)	1 (2%)	2 (1%)
Erros na execução de uma tarefa clínica	17 (14%)	0 (0%)	7 (5%)
Erros de diagnóstico	15 (12%)	2 (5%)	21 (16%)
Total	125 (100%)	40 (100%)	132 (100%)

Resultados do estudo

Foi relatado por 80 (64%) participantes que, eles próprios já tiveram conhecimento anteriormente da ocorrência do mesmo tipo de erro que registraram. Em contraposição, 25 (20%) entrevistados afirmaram que raramente ocorre o mesmo tipo de erro que o registrado, em outros pacientes, e 20 (16%) disseram que frequentemente ocorre o mesmo tipo de erro, que ocasionou o incidente relatado, em outros pacientes.

Embora a APS atenda pacientes com menor complexidade, 82% dos incidentes ocasionaram ou causaram dano ao paciente e muitos deles com gravidade muito alta - dano permanente (25%) ou óbito (7%), diferente dos estudos internacionais que apresentaram danos com pouca gravidade.

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

Quadro 4. Local de ocorrência dos erros encontrados nos estudos brasileiro, português e australiano

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

Intervenções gerais com impacto sobre a Segurança do Paciente na Atenção Básica

Intervenções com impacto na Segurança do Paciente na Atenção Primária

- Incentivar uma cultura positiva de segurança do paciente
- Melhorar os sistemas de registro de informações
- Comunicar a importância da segurança do paciente na Atenção Primária
- Engajar pacientes e familiares
- Apoiar o monitoramento e a mensuração da segurança do paciente
- Fortalecer o sistema de notificação de incidentes/eventos adversos em saúde e a capacidade de aprender com o que foi notificado.
- Fortalecer a “sabedoria da linha de frente” em encontrar soluções para a implementação de práticas seguras
- Utilizar a acreditação e a gestão de risco dos serviços de saúde da atenção primária como estratégias de melhoria.
- Adotar uma abordagem sistêmica ampla para melhorar a segurança do paciente

Incentivar uma cultura de segurança do paciente positiva

- Transparência
- Valorizar a consciência sobre os riscos existentes
- Enfatizar as mudanças ocorridas após as notificações
- Valorizar os fatores contribuintes sistêmicos do que os individuais
- Adotar uma cultura de aprendizagem e não de punição
- Liderança próxima da linha de frente conhecendo o que funciona e o que não funciona
- Valorizar medidas práticas para a adoção de práticas seguras

Melhorar os sistemas de registro de informações

- Simplificar os processos administrativos de forma a reduzir erros
- Definir os pontos essenciais do registro de informações
- Identificação única do paciente/usuário vinculando prontuário/exames/receitas
- Sistemas de registro que permitam que informações relevantes estejam explícitas: alergias medicamentosas, por exemplo.
- Facilitar o acesso do paciente ao prontuário como forma de apoiá-lo no engajamento quanto à identificação de erros
- Capacitar e sensibilizar os profissionais no preenchimento correto e completo dos registros.

Comunicar a importância da segurança do paciente na Atenção Primária

- Melhorar a percepção de perigos e riscos existentes na Atenção Primária, aumentando a consciência situacional.
- Enfatizar os principais tipos de incidentes/eventos adversos que ocorrem na Atenção Primária: transições de cuidado ruins; erros de medicação e erros diagnósticos.
- Campanhas de mídia, inclusão de conteúdos sobre Segurança do Paciente nas capacitações da força de trabalho e utilizar canais adequados para cada segmento.

Fortalecer o sistema de notificação de incidentes/eventos adversos e a capacidade de aprender

- Apoiar o engajamento dos profissionais na notificação de incidentes/eventos adversos interna e externamente
- Capacitar os profissionais quanto à taxonomia sobre a ocorrência de incidentes.
- Apoiar a análise dos incidentes notificados, com a participação de profissionais da atenção primária e garantindo feedback.
- Valorizar os aspectos de aprendizagem, considerando que “menos casos podem ser mais fonte de aprendizagem”.

Engajar pacientes e familiares

- Encorajar os pacientes e familiares a falar abertamente sobre dúvidas, quando algo não parece certo ou não foi suficientemente explicado.
- Educar familiares (que muitas vezes atuam como cuidadores) pode contribuir para a melhoria da segurança do paciente
- Encorajar uma atitude proativa de pacientes e familiares pode acelerar a implementação de práticas seguras.
- Aumentar o letramento de pacientes e familiares quanto à Segurança do Paciente.

Apoiar o monitoramento e a mensuração da segurança do paciente

- Utilizar os dados de prontuários para alimentar indicadores de processo e resultado.
- A adoção de checklists ajuda tanto na implementação de práticas seguras como em relação ao monitoramento e a mensuração.
- “O que não se mede não se gere”.
- Utilizar informações de ouvidoria, conselhos de saúde, etc.
- Desenvolver instrumentos para conhecer e medir a experiência do paciente.

Fortalecer a “sabedoria da linha de frente” em encontrar soluções para a implementação de práticas seguras

- Criar uma cultura onde a força de trabalho esteja confortável em falar dos incidents de segurança
- Garantir feedback e alertas sobre perigos e riscos, e apoiar a força de trabalho a encontrar soluções localmente
- Capacitar as equips sobre abordagem sistêmica e melhoria da qualidade
- Garantir acesso a fontes confiáveis de informação e apoiar o trabalho dos “campeões de melhoria”
- Usar as rondas técnicas e encontros de equipe como uma estratégia para identificar áreas de melhoria
- Conectar o trabalho em torno da segurança do paciente na atenção primária aos hospitais (ao invés de olhar para a atenção primária como um “silo”).
- Focar as melhorias em áreas de alto risco, tais como registro de informações, erros diagnósticos e transições de cuidado.

Adotar uma abordagem sistêmica ampla para melhorar a segurança do paciente

Investir em uma abordagem que aproxime (encontros de equipes; discussão de incidentes/eventos adversos) profissionais da atenção primária, hospitais e urgências com os seguintes objetivos:

- Compartilhar sucessos e dificuldades na implementação de práticas seguras
- Melhorar a comunicação e o trabalho em equipe entre profissionais dos diferentes pontos de atenção
- Construir protocolos visando diminuir a fragmentação e melhor a continuidade entre os pontos de atenção
- Construir relações de confiança

Utilizar a acreditação e a gestão de risco como estratégias de melhoria.

- Incentivar a acreditação dos serviços de atenção primária
- Fortalecer a gestão de riscos (preferencialmente na prevenção)
- Incorporar a gestão de riscos na acreditação

‘Todo sistema é perfeitamente
projetado para realizar os
resultados que produz’

“The future depends on what we do in the present.” *Mahatma Gandhi*



1801014 [RF] © www.visualphotos.com

MUITO OBRIGADO