

Segurança do usuário na atenção primária em saúde

User safety in primary health care

Kátia Carola Santos Silva¹ • Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros²
Nayanne Rayell do Nascimento Salvador³ • Maria da Conceição Cavalcanti de Lira⁴
Heloíza Gabrielly de Oliveira Cavalcanti⁵ • Estela Maria Leite Meirelles Monteiro⁶

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil dos incidentes ocorridos com usuários da Atenção Primária à Saúde em um município da Zona da Mata-Pernambuco. **Método:** Estudo de caráter transversal, descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa. Realizado com profissionais da Atenção Primária à Saúde do referido cenário no ano de 2019, através da aplicação do questionário Primary Care International Study of Medical Errors os dados foram analisados com o suporte do software Epilfo versão 7.2 e as narrativas foram analisadas pelo Discurso do Sujeito Coletivo com o suporte do DSCSoft 2.0. **Resultados:** Pode-se verificar que 40% dos incidentes estão relacionados a um paciente em particular, com maioria voltada para o sexo feminino (78,94%), média da idade de 41,41 anos, e o incidente caracterizado, em maior frequência, como mínimo (25,00%), ocasionado principalmente no consultório (20,00%). A partir da análise dos discursos dos participantes foi possível identificar cinco categorias temáticas: Falha por recurso material ineficaz/insuficiente, Falha no cuidado, Falha administrativa, Falha com exame exploratório e Falha de competência técnica. **Conclusões:** Os incidentes possuem origens que muitas vezes passam despercebidas durante o processo de trabalho ou são ignorados, pois geralmente não causam dano direto, mas indiretos refletindo em problemas assistenciais. Dessa forma, haja vista a importância do trabalho, em conjunto para uma cultura de segurança, é necessário o empenho entre a gestão e os profissionais, para ter como reflexo um ambiente de trabalho digno e atendimento qualificado. **Palavras-chaves:** Atenção primária à saúde. Segurança do paciente. Erro

ABSTRACT

Objective: To analyze the profile of incidents that occurred with users of Primary Health Care in the municipality of Zona da Mata-Pernambuco. **Method:** Cross-sectional, descriptive study with a quantitative and qualitative approach. Conducted with professionals in Primary Health Care in the scenario referred to in 2019, using the questionnaire International Study of Medical Care in Primary Care, the data were analyzed with the support of the Epilfo software version 7.2 and as narratives were analyzed by the Discourse of the Collective Subject with the support of DSCSoft 2.0. **Results:** It can be verified that 40% of the incidents related to a particular patient, with higher voltage for the female sex (78.94%), average age of 41.41 years, and the incident registered, in greater frequency, as a minimum (25.00%), occasionally mainly in the office 20.00%. From the analysis of the speeches of the participants, it was possible to identify five categories: Failure in the ineffective / insufficient resource, Failure in care, Administrative failure, Failure in the exploratory examination and Failure in technical practice. **Conclusions:** Incidents have origins and often go unnoticed during the work process or are ignored, as they generally do not cause direct, but indirect damage reflected in care problems. Thus, there will be an importance of working together for a safety culture, or it will be necessary the involvement between management and professionals, to reflect as a decent work environment and qualified service.

Keywords: Primary health care; Patient safety; Mistake.

NOTA

- 1 Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (2019) e curso-técnico-profissionalizante em Técnico em Enfermagem pelo Aplicação Colégio e Curso (2014). Atuou como técnico em enfermagem no Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Atualmente atua como enfermeira na Empresa JBS. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: assistência de enfermagem, tecnologias em saúde e educação em saúde.
- 2 Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco (2008), especialização em Gestão em Saúde Pública pela Universidade de Pernambuco (2012), especialização (Residência) em Saúde da Família pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (2012) e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (2014). Atualmente é professora assistente do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão/UFPE e membro do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE. Atua principalmente nos seguintes temas: atenção primária à saúde, saúde coletiva, epidemiologia, educação em saúde e informática aplicada à saúde.
- 3 Possui Bacharelado em Enfermagem UFPE (Universidade Federal de Pernambuco-Centro Acadêmico de Vitória), Vitória de Santo Antão-PE – Conclusão 2019.2. Tem como experiência profissional: Aluno Pesquisador do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC/CNPq/UFPE. Período de 01 de agosto de 2018 a 31 de julho de 2019. Bolsista.
- 4 Graduada em Enfermagem pela Fundação do Ensino Superior de Olinda (1993). Especialista em Gestão Ambiental pela Universidade de Pernambuco - UPE (2003), Mestre em Tecnologia Ambiental pelo Instituto de Tecnologia de Pernambuco - ITEP (2007), Doutora do Programa de Pós Graduação de Ciências Farmacêuticas (PPGCF) da UFPE, Professora Adjunta, nível II Classe C do curso de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória - CAV/UFPE, Pesquisadora do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência em Infectologia da Universidade Federal de Pernambuco (NEPAI-HC).

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) apresenta papel organizador do sistema nacional de saúde, no qual estabelece como paradigma a territorialização do cuidado, apresentando a capacidade para alcançar um alto índice de resolubilidade de problemas e integralidade na assistência prestada nos aspectos individuais e coletivos⁽¹⁾.

Apesar do alto grau de resposta encontrado neste nível, um fator a ser estimulado é a qualidade da atenção. Essa qualidade deve ser organizada seguindo o modelo de relação estabelecida entre a estrutura-processo-resultado⁽²⁾.

Assegurada através da segurança, efetividade, foco no paciente, oportunidade, eficiência e equidade, uma saúde prestada de forma qualificada aumenta o bem-estar do usuário e minimiza incidentes resultantes de situações compreendidas pela sobreutilização, utilização inadequada e subutilização na assistência prestada⁽³⁾.

Nesse contexto, adquire como caráter de incidente qualquer assistência prestada ao paciente, no qual tenha ou teria efeito desnecessariamente danoso⁽⁴⁾.

Anualmente milhares de pessoas no mundo sofrem lesões resultantes por incidentes evitáveis, repercutindo em aproximadamente 43 milhões de incidentes, em espelho a má qualidade da atenção e cuidados de saúde inseguros⁽⁵⁾.

Para que ocorra a erradicação e/ou a criação de estratégias para a diminuição do erro, é crucial o reconhecimento da possibilidade de sua existência na realização de procedimentos, sendo o erro algo inerente do ser humano, onde a mudança no ponto de vista sobre o ato falho se faz necessário para que uma nova cultura seja desenvolvida⁽⁶⁾.

A cultura de segurança deve ser de responsabilização conjunta, sendo compreendida como fundamental a modificação do pensar e agir dos profissionais de saúde, além de fatores organizacionais do próprio ambiente de trabalho⁽⁷⁾.

Com o aumento do aporte tecnológico, somada a característica de porta de entrada apresentada por esse nível, se faz fundamental importância a incorporação de uma cultura de segurança, tendo em vista o aumento dos

riscos específicos que se estendem por vários setores, não incluindo apenas a assistência^(8,9).

A atuação perante os profissionais é essencial, em especial a equipe de enfermagem, tendo em vista que o enfermeiro atua na supervisão dos incidentes bem como em conscientização da equipe acerca da importância de um ambiente seguro para o usuário^(10,11), quando comparada a outras profissões é responsável pela maior capacidade de realizar ações centradas na proteção, tendo maior aproximação do usuário e sua família⁽¹²⁾.

O conhecimento dos incidentes acometidos aos usuários da atenção primária é essencial para que a partir daí haja a sensibilização e o aperfeiçoamento acerca da segurança e qualidade da atenção neste nível assistencial. Desta forma, contribui para o controle de infecção, o fortalecimento do trabalho em equipe, o reconhecimento do erro em sua prática, o impulso à educação continuada, além da atuação conjunta entre gestão e profissionais com fins de reconhecimento da importância dos Equipamentos de Proteção Individuais (EPI's), assim como subsídio para a construção de possíveis políticas públicas e/ou outras estratégias para mudar essa realidade. Nesse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil dos incidentes ocorridos com usuários APS em um município da Zona da Mata-PE.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), em uma cidade localizada na Zona da Mata de Pernambuco, no período de setembro de 2018 a março de 2019, para identificação dos incidentes ocorridos com usuários da Atenção Primária.

O município abrange 16 UBSs e 18 equipes de saúde da família, no qual integram a rede de assistência primária juntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). A população deste estudo foi composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem das UBSs, tendo em vista que são os profissionais que estão em contato direto e constante na realização

NOTA

5 Acadêmica de enfermagem da Faculdade Nossa Senhora das Graças (FENSG) -Universidade de Pernambuco (UPE). Tem experiência na área de enfermagem em saúde pública, devido ao estágio extracurricular no Distrito Sanitário II do município de Recife. Bolsista do projeto intitulado "A TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: UM APLICATIVO COM FOCO NA DETECÇÃO DO CÂNCER INFANTOJUVENIL". Áreas de atuação durante a faculdade: Saúde da Criança e do Adolescente, Oncologia, Saúde Pública, Tecnologia em Saúde, Educação em Saúde, Interprofissional em Saúde, Coqueluche e Socorros em Urgência.

6 Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (1985), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (2001) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2007). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Membro do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENFERMAGEM) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente ambos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Segundo Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas Assistir/Cuidar em Enfermagem CNPq/UFPE. Tem experiência na área de Enfermagem em Saúde Pública. Atuando principalmente nos seguintes temas: Educação em Saúde, Promoção da Saúde, Políticas Públicas em Saúde, Tecnologia em Saúde; Saúde da Criança e do Adolescente, hanseníase e violência.

de procedimentos com os usuários. Neste estudo, foram incluídos os(as) médico(as), enfermeiro(as) e técnicos em enfermagem que estivessem atuando na APS do município há mais de um ano, além de ser maior de 18 anos. Foram excluídos aqueles profissionais que não estavam na Unidade de estudo no momento da pesquisa, ou que gozavam de férias no período de realização da pesquisa.

Com uma população de 54 enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, calculou-se com o suporte do software Epilinfo versão 7.2, uma amostra de 47 profissionais considerado um nível de significância de 5% e uma frequência esperada de 50%. No entanto, o total de 40 profissionais foi elegível para participar do estudo, pois três gozavam de férias, um estava de licença, e três faltaram no dia que foi realizada a pesquisa.

Os dados foram coletados por meio da aplicação do questionário Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME), instrumento de estudo internacional que foi traduzido e adaptado por vários especialistas da área da medicina da família, comunidade ou com residências médicas para a realidade brasileira. A tradução foi efetivada utilizando o método Delphi modificado e adequado para a realidade brasileira por meio da inclusão do enfermeiro e modificação da linguagem, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Esse questionário é composto por dezesseis questões abertas e fechadas direcionadas aos profissionais das UBS, as perguntas estão elencadas de forma a medir sua regularidade, tipo e compreender as causas dos incidentes⁽¹³⁾. Este questionário foi escolhido por já ter sido aplicado em vários países e inclusive traduzido e adequado para o Brasil, após sua aplicação em Portugal.

Apesar do instrumento no qual foi possível desenvolver a pesquisa ter demonstrado eficaz ao evidenciar o tipo de erro, as medidas adotadas, fatores contribuintes e estratégias de prevenção realizadas pelos profissionais, de antemão foi considerado a necessidade de incluir uma etapa a fim de verificar o perfil dos profissionais, no qual continham variáveis como: idade, ano de formação, participação em algum curso ou educação permanente (continuada) sobre segurança do usuário na APS, se possui pós-graduação, qual e em que área tendo em vista uma maior familiaridade sobre o campo em que resultou o incidente.

Os dados foram organizados em planilhas, utilizando o software Microsoft Excel, versão 2010. Após este processo, foram analisados quantitativamente através da estatística descritiva de frequência absolutas e relativas, medidas de tendência central e dispersão, com o suporte do software Epilinfo versão 7.2 e do software SPSS (Statistical package for the Social Sciences) em sua versão 21 quando se calculou o Teste Qui-quadrado para comparar as proporções das variáveis do perfil profissional, das características do usuário e dos incidentes presentes no instrumento PCISME.

Como o tamanho da amostra foi igual a 40 adotou-se o teste de normalidade de Shapiro-Wilk para a verificação da distribuição das variáveis quantitativas, estas quando apresentaram distribuição não normal (p -valor $< 0,05$), foi calculado o valor da mediana e amplitude interquartil, quando distribuição normal (p -valor $> 0,05$) calculou-se a média e desvio padrão.

A abordagem qualitativa, oriunda por meio de entrevista com os profissionais pela pergunta norteadora: Quais foram as consequências, o que pode ter contribuído para este incidente, e o que poderia ter prevenido?, foi analisada a partir da Teoria das Representações Sociais com o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) com o suporte do software qualiquantisoft de Lefreve e Lefreve⁽¹⁴⁾. Desta forma, para a criação do DSC foram executadas as seguintes operações provenientes dos discursos individuais: 1) seleção das Expressões-Chave de cada discurso, e identificação da Ideia Central de cada uma das expressões-chave; 2) Identificação de ideias centrais convergentes criando códigos (A,B,C); 3) Formação do DSC através das expressões-chave ligadas às ideias centrais convergentes⁽¹⁴⁾.

O estudo cumpriu todas as normas exigidas para pesquisas envolvendo seres humanos, tendo autorização para ser realizado mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob CAAE: 96552718.0.0000.5208 com o número do parecer: 2.903.011. Ressalta-se que todos os participantes foram informados sobre os riscos e benefícios da pesquisa, bem como consentiram com as propostas do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Na caracterização do perfil dos profissionais da atenção primária à saúde, verifica-se uma maior frequência dos profissionais do sexo feminino 85% (34) e da área da enfermagem 80% (32). Apenas 47,5% (19) possuem pós-graduação, na maioria destes 89,47% (17) a nível de especialização e 57,89% (11) nas áreas de saúde pública, saúde coletiva e saúde da família. Apenas 45% (18) dos profissionais apontaram já terem participado de algum momento de educação continuada na temática do estudo. Mesmo sendo verificada maior prevalência de profissionais que não participaram em algum momento de educação continuada na temática, e os profissionais sem pós-graduação, o teste de comparação de proporção não foi significativo para estas variáveis, (p -valor = 0,527 e 0,343, respectivamente), indicando que os profissionais que têm especialização e os que não possuem pós-graduação, e entre os que participaram ou não de educação continuada na temática são semelhantes. Observa-se prevalência do sexo feminino

entre os profissionais, com significância estatística e valor de p menor que 0,001 (Tabela 1).

Mediante a análise descritiva das variáveis idade e anos de formação, pode-se constatar que o profissional mais novo possui 23 anos e o mais velho 63 anos de idade. A mediana da idade é de 35 anos com amplitude interquartil de 14 anos. Para anos de formação foi verificado menor valor de 1 ano e maior de 35 anos, porém a mediana foi de 7 anos com amplitude interquartil de 5,5 anos. Ainda observa-se que o teste de normalidade foi significativo em todas as variáveis analisadas (p -valor menor que 0,05), indicando que não possui distribuição normal (Tabela 2).

A partir dos relatos dos profissionais, a caracterização do usuário que sofreu o incidente pelas equipes de Atenção Primária à Saúde, apresenta perfil com 40% (16) dos incidentes relacionados a um paciente em particular, em sua maioria do sexo feminino 78,94% (15), não pertencente à um grupo de vulnerabilidade social 84,21% (16) e que não apresenta nenhuma doença crônica 57,90% (11) e/ou

problema de saúde complexo 89,48% (17). Destes, 52,63% (10) os profissionais conhecem bem. Mesmo sendo verificada maior prevalência dos usuários do sexo feminino e que não possuem doença crônica, o teste de comparação de proporção não foi significativo para estas variáveis, (p -valor = 0,12 e 0,491, respectivamente), indicando que os usuários do sexo masculino e feminino, e os que têm doenças crônicas ou não, são semelhantes (Tabela 3).

Na perspectiva de levantar um problema de saúde complexo, condição de difícil manejo clínico, presença de comorbidades, dependência de álcool e/ou drogas, distúrbios neurológico ou psiquiátrico, apenas dois profissionais relataram este contexto, contudo não descreveram em qual enquadra o usuário que sofreu o incidente.

Perante a análise descritiva da variável idade dos usuários que sofreram algum incidente é possível reconhecer que o usuário mais novo possui menos de um ano e o mais velho 81 anos de idade. A média da idade é de 41,41 anos com desvio padrão de 25,04 anos. Ainda observa-se que

TABELA 1 – Análise descritiva do perfil dos profissionais (N=40) das equipes de Atenção Primária à Saúde, Zona da Mata – PE, Brasil-2019.

Sexo	N	%	p-valor*
Masculino	6	15,00%	<0,001
Feminino	34	85,00%	
Categoria Profissional			
Técnico de enfermagem	16	40,00%	0,202
Enfermeiro	16	40,00%	
Médico	8	20,00%	
Possui pós-graduação			
Sim	19	47,50%	1,000
Não	19	47,50%	
Não respondeu/Não sabe	2	5,00%	
Qual pós-graduação?			
Especialização	17	42,50%	0,343
Não fez/ Não respondeu	23	57,50%	
Área da pós-graduação realizada			
Saúde Pública/Saúde Coletiva/Saúde da Família	11	27,50%	1,000
Outras	11	27,50%	
Não fez/ Não respondeu	18	45,00%	
Participou de educação continuada			
Sim	18	45,00%	0,527
Não	22	55,00%	

* p -valor do Teste de Qui-quadrado para comparação de proporção.

TABELA 2 – Análise descritiva das variáveis quantitativas dos profissionais (N=40) das equipes de Atenção Primária à Saúde, Zona da Mata – PE, Brasil-2019.

Estatísticas avaliadas					
Fator avaliado	Mínimo	Máximo	Mediana	Amplitude Interquartil (Q3-Q1)	p-valor*
Idade	23,00	63,00	35,00	14,00	0,009
Anos de Formação	1,00	35,00	7,00	5,5	<0,001

* p -valor do Teste de Shapiro Wilk

TABELA 3 – Análise descritiva das variáveis referente às características do usuário que sofreu o incidente pelas equipes de Atenção Primária à Saúde, Zona da Mata – PE, Brasil-2019.

Perguntas	N	%	p-valor*
O incidente está relacionado com um paciente em particular?			
Sim	19	40,00%	0,873
Não	20	50,00%	
Não respondeu/Não sabe	1	10,00%	
Total	40	100%	
Se sim, até que ponto conhece o paciente?			
Não conheço	3	15,80%	0,143
Conheço, mas não é meu paciente;	-	-	
Conheço pouco (é a 1ª vez do paciente na consulta);	6	31,57%	
Conheço bem (é meu paciente)	10	52,63%	
Total	19	100%	
Sexo do doente			
Masculino	4	21,05%	0,12
Feminino	15	78,94%	
Total	19	100%	
O paciente pertence a um grupo com vulnerabilidade social?			
Sim	3	15,79%	0,003
Não	16	84,21%	
Qual grupo de vulnerabilidade social o paciente pertence?			
Criança	1	5,26%	0,003
Alcoolista + Socio econômico	2	10,53%	
Não responde/Não sabe	16	84,21%	
Total	19	100%	
O paciente tem um problema de doença crônica?			
Sim	8	42,10%	0,491
Não	11	57,90%	
Total	19	100%	
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	2	10,52%	0,001
Não	17	89,48%	
Total	19	100%	

*p-valor do Teste de Qui-quadrado para comparação de proporção.

o teste de normalidade foi significativo (p-valor maior que 0,05), indicando que possui distribuição normal. **(Tabela 4)**

Sendo de fundamental importância o reconhecimento das características do incidente para agir sobre ele, pode-se verificar que em sua maioria a categoria da enfermagem sobressai entre as demais (p<0,001), sendo apontado como o principal envolvido com o incidente 7,50% (3), onde o consultório está em destaque 20,00%

(8), seguido do laboratório 15,00% (6), no qual 27,50% (11) dos incidentes atingiu o paciente, mas não lhe causou dano, evidenciado como ocorrido pela primeira vez 40,00% (16) durante a prática de cuidados dos profissionais. Mesmo sendo verificada maior prevalência sobre o conhecimento de incidentes que atingiram o paciente e não causaram danos, assim como sobre o conhecimento que outro paciente tenha sofrido o mesmo tipo de erro,

TABELA 4. Análise descritiva das variáveis quantitativas dos usuários que sofreram incidentes na Atenção Primária à Saúde, Zona da Mata – PE, Brasil-2019

Estatísticas avaliadas					
Fator avaliado	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	p-valor*
Idade do usuário em anos	<1 ano	81,00	41,41	25,04	0,553

* p-valor do Teste de Shapiro Wilk

o teste de comparação de proporção não foi significativo para estas variáveis (p -valor = 0,706 e 0,461, respectivamente), indicando que a distribuição sobre o conhecimento do dano causado pelo incidente e sua repetição com outro paciente são semelhantes. Observa-se prevalência com relação ao sujeito, local, gravidade e frequência do incidente na prática assistencial, com significância estatística e valor de p menor que 0,001, 0,004, < 0,001 e 0,004, respectivamente. (Tabela 5).

Partindo do processo de análise do discurso dos profissionais a pergunta: *quais foram as consequências, o que pode ter contribuído para este incidente, e o que poderia ter prevenido?* A partir da agregação das expressões chaves, foi estruturado cinco discursos em cinco categorias temáticas: Falha por recurso material ineficaz/insuficiente, Falha no cuidado, Falha administrativa, Falha com exame exploratório e Falha de competência técnica (Quadro 1).

TABELA 5 – Análise descritiva das variáveis referente às características do incidente presente no instrumento Primary Care International Study of Medical Error definido pelas equipes de Atenção Primária à Saúde, Zona da Mata – PE, Brasil-2019.

VARIÁVEIS	N	%	p-valor*
O que aconteceu? Por favor, considere o que, quem esteve envolvido:			
Houve um incidente, mas não chegou a atingir o paciente;	10	25,00%	0,706
Houve um incidente, atingiu o paciente, mas não lhe causou dano;	11	27,50%	
Houve um incidente, atingiu o paciente e lhe causou dano. Quem? (Não colocar nomes, apenas a categoria profissional: médico, enfermeiro, técnico de laboratório, etc)	07	17,50%	
Não responde/Não sabe	12	30,00%	
Quem esteve envolvido com o incidente?			
Médico	-	-	<0,001**
Enfermeiro	2	5,00%	
Técnico de Enfermagem	1	2,50%	
Recepcionista	1	2,50%	
Agente Comunitário em Saúde	1	2,50%	
Médico + técnico de enfermagem	1	2,50%	
Onde aconteceu o erro?			
Consultório	8	20,00%	0,004
Domicílio do paciente	4	10,00%	
No laboratório	6	15,00%	
Sala do médico + Sala de vacina	2	5,00%	
Ambulatório	4	10,00%	
Sala de arquivo do acolhimento	1	2,50%	
Arquivo dos prontuários das famílias	1	2,50%	
Acolhimento	1	2,50%	
Sala de Vacina	2	5,00%	
Não responde/Não sabe	11	27,50%	
Teve conhecimento de que outro paciente tenha sofrido este tipo de erro?			
Sim	11	27,50%	0,461
Não	17	42,50%	
Não responde/Não sabe	12	30,00%	
Se sim, como classificaria a gravidade deste dano			
Dano mínimo (com recuperação de até um mês);	10	25,00%	<0,001
Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)	04	10,00%	
Dano Permanente	-	-	
Óbito	01	2,50%	
Não tenho como classificar	05	12,50%	
Não respondeu/Não sabe	20	50,00%	
Com que frequência ocorre este erro na sua prática? Escolha:			
Primeira Vez	16	40,00%	0,004
Raramente (1 a 2 vezes por ano)	06	15,00%	
Várias vezes (3 a 11 vezes por ano)	05	12,50%	
Frequentemente (mais de 1 vez por mês)	02	5,00%	
Não respondeu/ Não sabe	11	27,50%	

*p-valor do Teste de Qui-quadrado para comparação de proporção.

** Análise de comparação de proporção conforme a junção das categorias Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

QUADRO 1 – Discurso do Sujeito Coletivo a partir da percepção dos profissionais da Atenção Primária referente às consequências, o que pode ter contribuído e prevenido o incidente, Zona da Mata, PE, Brasil, 2019.

Categoria Temática	Ideia Central	DSC
A	Falha por recurso material ineficaz/insuficiente	<p>“Ocorreu a falta de receituário na unidade, precisando a consulta ser remarcada de um paciente que saiu da zona rural distante e de madrugada. Ele ficou muito bravo e falando palavras feias para os profissionais. Em outro momento os pacientes chegaram na unidade e voltaram para casa devido à falta de vacina. Uma vez que os administradores sabem a demanda de saúde do município, é perceptível neste tipo de erro a falta de interesse e planejamento, além da falta de comunicação adequada do enfermeiro com os agentes de saúde e dos agentes de saúde com as famílias. Em outro, a balança e o tensiômetro descalibrado, tiveram como consequência a interferência nas condutas tanto de enfermagem quanto médica, resultando em erros no registro do peso das crianças na caderneta, bem como na identificação de uma hipotensão ou hipertensão do paciente de maneira errônea, há a falta de pessoas propícias para trabalhar verificando os estetoscópios e balanças em tempo hábil, uma implementação de manutenção de forma rotineira e regular, a calibração correta deveria ser realizada antes do material ser enviado à unidade de saúde,. Quando acabam as vacinas, não há um carro disponível para buscar, tem que esperar alguém ir para a cidade. Se levassem uma quantidade maior para a unidade, ou a técnica de enfermagem avisasse antes de acabar, poderia prevenir as pessoas darem viagem perdida”. (DSC1)</p>
B	Falha no cuidado	<p>“O erro foi que o médico falou uma medicação e prescreveu outra. Se fosse uma medicação que o paciente tivesse uma alergia, poderia ter danos maiores. Uma criança apresentou equimoses e erupções na pele após uma reação alérgica ao antibiótico. Poderia ter resultado em algo mais grave provavelmente em uma parada respiratória, em um choque anafilático, edema de glote. Outra criança tomou a primeira dose da BCG, mas não fez a cicatriz, e após 6 meses apliquei a outra dose. Abriram duas feridas que se uniram e ficou um abscesso roxo. Teve um paciente que tomou o esquema errado de comprimidos para o tratamento da tuberculose porque o médico seguiu o esquema do aplicativo de celular. Onde poderia ter tido reação adversa da medicação ou atrasar o tratamento, que seria de 6 meses e ficou por 7 meses. Outro erro foi uma prevenção, eu esqueci de perguntar à usuária se estava com suspeita de gravidez, ela também não relatou, segundo ela porque faziam menos de cinco dias de atraso menstrual, eu passei uma medicação que, no caso da suspeita de gravidez, não poderia tomar, ela tomou o comprimido e abortou. Em outro, O paciente passou um tempo sem tomar a medicação e resultou no começo de um AVC. O profissional da atenção básica tem que melhorar sua anamnese e escuta qualificada para suas práticas, conhecer aos protocolos estabelecidos pelo Ministério, realizar a busca ativa e estimular o autocuidado. Seria interessante um cronograma, um planejamento, reuniões com as equipes para saber quais são as demandas, suas particularidades que envolvem a adscrição de clientela e características específicas”. (DSC2)</p>
C	Falha administrativa	<p>“O erro foi na perda e/ou a troca do prontuário, o que acabou dificultando e demorando a consulta do médico e do enfermeiro, principalmente de pacientes antigos, pois é onde tem o histórico e outras informações do cliente. Isso acontece quando o médico utiliza a ficha do paciente e guarda em outro prontuário, daí quando precisa ser atendido novamente seja por ele ou enfermeiro, não encontra. Esta falha também ocorre pela falta de organização e de uma pessoa específica para ficar responsável pelos prontuários, porque quando você perde um prontuário e tem uma pessoa específica, você pode chegar até ela, mas quando uma equipe é responsável por um prontuário não tem como pontuar de quem foi o erro. Muitas vezes também a demanda é muito grande para apenas um digitador que geralmente não tem conhecimento técnico na área da saúde. É porque quando você coloca uma pessoa que ela não tem conhecimento nenhum na área, nem treinamento, ela não vai ter essa sensibilidade que o prontuário é muito importante, principalmente para a rotina interna do posto. E você não guardar a informação do paciente é muito grave, porque quem vai responder juridicamente por isso é o médico e o enfermeiro. Em outro erro, o paciente não teve a consulta esperada e necessária com o especialista para o momento de sua doença, porque seu nome não estava na lista”. (DSC3)</p>

D	Falha com exame exploratório	<i>“Foram realizadas duas glicemias em jejum, mas ambos vieram com resultados diferentes, ou seja, foi um erro do laboratório. Também ocorreu falta do resultado do exame laboratorial e exames sem o código. O erro pode ter acontecido devido à demanda de exames que são enviados diariamente para o laboratório, com isso digitaram os valores errados duas vezes para o mesmo paciente”. (DSC4)</i>
E	Falha de competência técnica	<i>“O erro foi que a técnica de enfermagem não realizava a técnica correta na administração da medicação intramuscular no glúteo, durante todas as aplicações da medicação prescrita, ela realizava muito próximo ao nervo ciático, sempre muito baixo, ou superficialmente, com isso resultou em um abscesso grande que precisou ser drenado. O psicológico da paciente ficou abalado e até hoje carrega a cicatriz. Outra vez a técnica de enfermagem se furou durante a aplicação da vacina, no entanto não descartou a medicação, continuou o procedimento, como consequência em potencial ela poderia ter alguma doença e ter contaminando a paciente. Em outro momento, durante a administração da vacina pentavalente em criança, formou-se um abscesso no vasto lateral da coxa, pode ter sido a falta de experiência, porque a vacina não foi administrada com a profundidade que deveria, a criança poderia perder a perna. Outro erro aconteceu com uma gestante que estava com 39 semanas, a sua glicose aumentou no final da gestação chegando a 110, foi solicitado um segundo exame para confirmar a glicose, a paciente não realizou. Na segunda vez que retornou à unidade, o médico auscultou o BCF do feto e afirmou que estava tudo bem, a paciente apresentava edema em MMII e MMSS e polaciúria, dois dias depois a paciente retorna e o feto estava morto... o BCF auscultado pelo médico foi do Cordão Umbilical e não do feto”. (DSC5)</i>

DISCUSSÃO

Pode-se constatar predominância do sexo feminino entre os participantes da pesquisa independente da categoria profissional, retratando a permanência histórica e majoritária da figura feminina em cargos da área da saúde ⁽¹⁵⁾.

Tal observação pode ser consolidada com a realidade observada nos estudos a nível primário e secundário de atenção, desenvolvidos respectivamente com 4.968 trabalhadores de municípios da região norte e central da cidade de São Paulo ⁽¹²⁾ e 585 profissionais em duas instituições hospitalares no norte do estado do Paraná ⁽¹⁶⁾. Podendo ser justificada a discrepância entre os sexos através da construção cultural e histórica em naturalizar o processo de cuidar para as mulheres, dotando-as dessa forma de uma maior aptidão em lidar com a saúde/doença.

Pouco mais da metade dos profissionais que realizaram o estudo não possuem pós-graduação, podendo ser fundamentada com a idade de alguns profissionais e tempo de formação. Daqueles que possuíam a pós-graduação, em sua maioria se dedicavam em áreas relativas ao serviço que atuam, sendo o aperfeiçoamento despendido através principalmente de especialização, corroborando aos achados em estudo realizado em Campina Grande, Paraíba (2018) ⁽¹⁷⁾.

Um dado alarmante diz respeito à qualificação profissional referente ao tema “segurança do usuário na atenção primária”, onde o estudo demonstra que uma quantidade significativa de profissionais não dispuseram de nenhum tipo de capacitação/educação permanente após o término da sua formação, um dado preocupante, pois

educação permanente em saúde se torna instrumento essencial para estimular ressignificação do processo de trabalho ^(18,19), podendo ser comprovado sua importância através de estudo focal desenvolvido no Rio Grande do Sul (2015) ⁽²⁰⁾ e outro estudo transversal realizado em Goiânia(2016) ⁽¹⁸⁾.

Tal cenário pode ser reflexo da falta de conscientização dos profissionais da saúde desde a gestão até a assistência, repercutindo a falta de conhecimento dos profissionais da real importância desse tema para sua prática, assim refletindo em subnotificação.

Partindo do pressuposto que incidente é caracterizado por qualquer assistência prestada onde cause ou tenha a possibilidade de causar dano ⁽⁴⁾, a taxa geral de incidentes no estudo que ocorreu com um paciente em particular foi de 40%, levando em comparação a pesquisa desenvolvida na Austrália e em mais cinco países (2002) ⁽²¹⁾ e outro na Alemanha(2003) ⁽²²⁾, utilizando o mesmo questionário, foi possível deparar uma similaridade entre os achados, sendo a causa principal dos erros estava relacionada a falhas no processo.

Durante a realização da pesquisa ao responder se o incidente está relacionado com um paciente em particular, foi notado indecisão por grande parte dos profissionais, no qual caracterizaram a pergunta como dúbia, onde os profissionais não entendiam a que se referia a pergunta, atribuindo vários sentidos, havendo dessa forma uma importante fragilidade, pois boa parte do questionário é dependente dessa pergunta para ter continuidade, em especial as perguntas referentes à caracterização do usuário.

○ sexo feminino foi evidenciado como principal vítima

dos erros, podendo ser justificado pela maior presença das mulheres nesse nível de atenção (no cuidado à saúde). Apesar de ser sabido que são consideradas o principal grupo que apresentam doenças crônicas no estado ⁽²³⁾, foi constatado que essa realidade não se assemelha ao do município que foi onde realizado o estudo, corroborando com os achados no Rio de Janeiro ⁽¹³⁾ quando realizado pesquisa utilizando o mesmo instrumento.

Apesar das UBS's ser cenário de alto fluxo de pacientes diariamente apresentando diferentes vulnerabilidades, percebe-se através da análise dos dados a inexpressividade da identificação desse grupo situacional, ainda que indicado também através dos dados o incidente ter decorrido com criança e idosos, a média de idade foi 41 anos.

Ainda que parte dos incidentes acometa um paciente em particular (40%), destes uma pequena quantidade os atinge diretamente e lhe causa dano (7,50%), onde esses danos não apresentam uma elevada gravidade clínica podendo ser possível evidenciar similaridade em estudo realizado no País de Gales e Inglaterra ⁽²⁴⁾ utilizando 2.148 relatórios de erros, tal evidencia pode-se justificar no estudo presente por se tratar de erros referente a falhas no processo, onde não lhe causou dano ou não lhe atingiu diretamente (52.5%).

Cabe também salientar a alta porcentagem (50%) evidenciada como “não sabe/não respondeu” em relação à gravidade do dano, uma porcentagem tão expressiva pode ser fundamentada na falta de conhecimento das classificações do dano, bem como reflexo da possível escassez de momentos nas unidades básicas de saúde que promova o diálogo e discussões entre a equipe acerca de situações corriqueiras e relevantes.

Dentre os profissionais dispostos na atenção primária, a equipe de enfermagem foi apontada como a categoria que está mais envolvida com os incidentes em sua prática, sendo elencada por ordem de ocorrências os enfermeiros e técnicos de enfermagem.

No Rio Grande do Norte, estudo realizado com profissionais de hospitais federais, estaduais e privados, demonstrou que dentre as categorias, a enfermagem é a que mais evidencia incidentes em sua prática, encontrando o técnico de enfermagem seguido do enfermeiro, em comparação à atenção primária, o presente estudo evidenciou similaridade entre os achados, no entanto os enfermeiros estão enquadrados por apresentar mais incidentes em sua assistência, seguindo do técnico de enfermagem²⁵.

I - Falha por recurso material ineficaz/insuficiente

Em relação às dificuldades elencadas pelos profissionais, os obstáculos concentram-se em elementos “externos e internos” da própria unidade de saúde, tais como a falta de insumos que impedem a realização do cuidado e

falta de recursos humanos. Além de questões referentes à organização do trabalho, como a dificuldade de comunicação interprofissional e com a comunidade, ou dificuldade de planejamento e interesse dos administradores.

Esse contexto assemelha-se ao estudo realizado com 10 gerentes de unidades básicas no Rio de Janeiro (2018) ⁽²⁶⁾, onde também encontrou dentre as problemáticas, além dos recursos humanos, a deficiência de recursos materiais e infraestrutura, corroborando também aos achados no estado de Pernambuco (2015) ⁽²⁷⁾, onde evidenciou a ausência de alguns materiais de acordo com o porte dos municípios estudados.

Nessa perspectiva, apesar da Estratégia de Saúde da Família apresentar uma alta capacidade de resolubilidade dos problemas de saúde da comunidade, se faz fundamental possuir recursos estruturais e equipamentos compatíveis que viabilizem a prática dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso, compondo o ambiente com condições mínimas, tanto em infraestrutura, quanto em equipamentos necessários para sua execução, além do compromisso de todos os níveis de organização ⁽⁷⁾.

Assim, se faz necessário não apenas a atuação direcionada a capacitação profissional abordando o tema segurança do usuário, tendo em vista que essa ação isolada não é definidora para a diminuição das falhas, mas também uma conscientização e modificação organizacional por parte da gestão, como estudado em uma formação -ação em Portugal ⁽²⁸⁾. Dessa forma, havendo reflexo na prática do cuidado.

2 - Falha no cuidado

Apesar da APS se caracterizar por um ambiente de demanda elevada, onde é estabelecida a realização de cuidados apresentando um nível baixo de gravidade, tal evidência não desassocia a alta complexidade do cuidado encontrado nesse nível de atenção. Nesta casuística, um estudo observacional realizado em 13 UBS's, no Rio de Janeiro (2015), ao descrever a ocorrência de incidentes no cuidado à saúde ao paciente na atenção primária brasileira, foi possível constatar similaridade com o estudo presente, onde dentre os achados elencados está a falha do cuidado (34%), sendo capaz de perceber danos mínimos, moderados e permanentes até levar ao óbito, a depender do fator contribuinte ⁽¹⁰⁾.

Desta forma, esta categorização consiste em falhas resultantes de lapsos de memória, anamnese não qualificada, escuta ineficaz, bem como desconhecimento de protocolos estabelecidos pelo Ministério da saúde, em que dispôs como desfecho danos de níveis distintos.

Assim, deve-se haver o fortalecimento da humanização e da relação profissional-usuário, por meio do estabelecimento do vínculo e atenção à necessidade da população adscrita, partindo do princípio básico da saúde coletiva,

no qual tem como foco a saúde e não a doença, fugindo de uma atenção mecanizada. Além do estímulo ao comprometimento integrado da equipe, através do estabelecimento de diálogo e reflexão crítica acerca do erro.

A consolidação do trabalho em equipe na APS, através de profissionais bem relacionados, unidos e dispostos a trabalhar em conjunto tem a capacidade de proporcionar um cuidado seguro e, conseqüentemente diminuem as chances de erros ⁽²⁸⁾.

3 - Falha administrativa

Ao longo dos anos, vários programas e estratégias são introduzidos no sistema de saúde do país com o intuito de estabelecer uma melhoria na prática assistencial, no entanto, a necessidade do aperfeiçoamento da estrutura tanto material e organizacional, bem como ao processo de trabalho dos profissionais se faz presente ⁽²⁹⁾.

Dentre as falhas elencadas de caráter administrativo, o resultante do manuseio negligenciado do prontuário se faz mais expressivo, sendo resultantes da falta de conscientização de sua importância, problemas organizacionais e trabalho em equipe. Tal evidência caracterizada pode-se justificar pela carência da percepção do prontuário como uma importante ferramenta para prestar continuidade do cuidado, bem como elemento de respaldo jurídico.

4 - Falha com exame exploratório

Podendo revelar-se através da mão de obra insuficiente para o desenvolvimento de ações, sendo evidenciada por falta de código no exame, troca e extravio, deste modo interferindo diretamente na terapêutica do usuário. Tais evidências corroboram aos achados do estudo descritivo acerca da natureza e frequência dos erros desenvolvido em 2010 com investigadores de seis países (Austrália, Canadá, Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos) em que também foi utilizando o questionário PCISME, dentre as falhas elencada o erro em exames exploratórios está entre os mais indicados (25,00%) ⁽³⁰⁾.

Essa casuística pode ser justificada através da alta demanda de solicitação de exames complementares, ocasionada pela solicitação injustificada, onde muitas vezes são solicitados pelos próprios usuários ao invés de uma necessidade direcionada, podendo também ser um indício da substituição do exame clínico de qualidade. Sendo dessa forma de fundamental importância repensar a prática.

5 - Falha de competência técnica

Na maioria do discurso realizado pelos profissionais elencados nessa competência, evidencia a possibilidade de causar dano. Um elemento relevante a ser destacado

no discurso, refere-se a alusão do aspecto psicológico, pela primeira vez pontuado dentre as expressões dos profissionais entre as competências. Remetendo pouca importância, ignorando o aspecto potencialmente traumático desencadeado pela assistência, tendo em vista que repercute no bem-estar do usuário gerando sentimentos de falta de confiança no cuidado prestado e medo.

Cabe salientar a relação sutil entre o erro e violações, não cabe apontar culpados, pois a lógica da ocorrência tem caráter multifatorial, havendo a necessidade focal, no sujeito, bem como dispensado em todo o sistema ⁽⁹⁾.

CONCLUSÃO

Sendo o tema segurança do usuário mais difundido e estudado no ambiente hospitalar, se faz necessário também sua efetivação na APS. Embora tenha sido conduzido em uma pequena localidade no estado de Pernambuco, o estudo pode compartilhar problemas comuns a outras regiões do país. Apresentando vários níveis de gravidade os incidentes são oriundos de uma inter-relação de elementos, formados por aspectos humanos e elementos organizacionais, repercutindo no estudo em falhas por recurso material ineficaz/insuficiente, falha de competência técnica, administrativas, falha no cuidado e aquelas relacionadas com exames exploratórios. Recursos como o fortalecimento da humanização e da relação profissional-usuário, conscientização e modificação organizacional por parte da gestão, reconhecimento da importância do registro em saúde, consolidação do trabalho em equipe e condições mínimas em infraestrutura e em equipamentos necessários para execução do trabalho, ficaram evidentes como estratégias potenciais que podem ser eficazes em minimizar ou erradicar as falhas evidenciadas, seja no estudo bem como na literatura.

O estudo apresentou algumas limitações: (i) dificuldade de entendimento do questionário; (ii) receio dos profissionais em apontar falhas ocorridas no seu ambiente de trabalho, desta forma omitindo situações relevantes para o estudo; (iii) subestimação de falhas, em função do conhecimento defasado sobre o conceito de incidentes. No entanto, apesar da eficácia compreendida na validação do instrumento, cabe ressaltar a necessidade e importância observada na realização de uma revalidação, tendo em vista a existência de barreiras linguísticas encontradas, haja vista o não entendimento de perguntas por parte dos profissionais, havendo a necessidade das perguntas serem expressas de maneira clara, objetiva, não apresentando dualidade principalmente nos aspectos referente a natureza do incidente.

Sugere-se também a realização de novas pesquisas incluindo os usuários e gestores na população de estudo, com intuito de estabelecer com mais fidedignidade a existência de incidentes, com o mínimo de viés e limita-

ções. Ressalta-se também a importância de uma maior discussão do tema no currículo das universidades. Que esse estudo sirva de reflexão sobre cultura de segurança, bem como nortear possíveis estudos em outros municípios a fim de aperfeiçoar a representatividade quantita-

tiva e qualitativa dos achados, além de contribuir para a implementação de estratégias para a melhoria da qualidade da atenção.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não há conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Giovanella L, Mendonça MHH. Atenção Primária em Saúde: conceitos e abordagens. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ªed [livro]– Rio de Janeiro, editora: FIOCRUZ,2012. Cap16, p.493-495
2. Martins MMF, Martins GF, Botelho VLPP. Avaliação da qualidade do cuidado na atenção primária à saúde. Revista Saúde e Desenvolvimento |vol. 9, n.5 | jan – jun – 2016. [Citado 2019 fevereiro 23] Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/sauadeDesenvolvimento/article/download/441/310>
3. Travassos C, Martins M, Caldas B. Qualidade e Segurança no Cuidado de Saúde. In: PAIM.J. S, FILHO.N.A. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 1ªed [livro] – Rio de Janeiro, editora: Medbook, 2014. Cap26.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 529 de 1º De abril De 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
5. WHO-World Health Organization. Safer Primary Care Expert Working Group. [Internet]. [Citado 2018 novembro 04] Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/em/index.html..
6. Wegner W; Silva SC, Kantorski KJC; Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. Esc. Anna Nery [Internet]. 2016 [citado 2018 novembro 23]; 20(3): e20160068. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>.
7. Tobias GC; Bezerra ALQ; Branquinho NCS; Silva AEBC. Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. Enferm. glob. [Internet]. Vol.13 no.33 Murcia ene. 2014. [citado 2019 novembro 23]; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811626>
8. WHO -World Health Organization. Patient Safety: Making health care safer. Genebra, 2017.1-20p. [Internet]. [citado 2019 janeiro 25]; Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>
9. Marchon SG. A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2015. [Citado 2019 janeiro 25]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icit/12823/1/136.pdf>
10. Miranda AP; Oliveira AKC; Soares AAL; Carvalho VRO; Carvalho PMG; Carvalho HEF. Contribuição da enfermagem à segurança do paciente: Revisão Integrativa. SANARE – Revista de Políticas Públicas. V.16 n.01, p. 109-117, [Internet]. Jan./jun. – 2017. [Citado 2018 maio 05]. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1101>
11. Pedreira MLG. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. Acta paul. enferm. [Internet]. 2009 [citado 2018 maio 23]; 22(spe): 880-881. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000700007>.
12. Marsiglia, RMG. Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. Saúde soc. [Internet]. 2011, vol.20, n.4, pp.900-911. [citado 2018 maio 23]. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400008>
13. Marchon, SG; Junior WVM, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(11):2313-2330, nov, [Internet]. 2015. [citado 2019 maio 19] <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00194214>
14. Lefevre F, Lefevre AMC. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2014 June [citado 2019 maio 20]; 23(2): 502-507. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>.
15. Cunha YFF, Sousa RR. Gênero e enfermagem: um ensaio sobre a inserção do homem no exercício da enfermagem. RAHIS [Internet]. v. 13 n. 3 (2016). [citado 30 de maio de 2019]. <https://doi.org/10.21450/rahis.v13i3.4264>
16. Costa, DB; Ramos, D; Gabriel, CS; Bernardes, A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. Texto Contexto Enferm, [Internet] 2018; 27(3):e2670016. [citado 2019 maio 20] <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>
17. Pedraza DF, Queiroz D, Sales MC, Menezes TN. Caracterização do trabalho de enfermeiros e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária. ABCS Health Sci. [Internet]. 2018; 43(2):77-8. [citado 2019 fevereiro 27] <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v43i2.993>
18. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. Revista Brasileira de Educação Médica 40 (4): 547-559; [Internet]. 2016. [citado 2019 maio 10]. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>
19. Sousa AJR, Oliveira BD, Holanda SKG, Almeida MEL. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. Rev.ABENO [Internet]. 2016 Jun [citado 2019 maio 10]; 16(2): 07-15. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-59542016000200003&lng=pt.
20. Mattos LB, Dahmer A, Magalhães CR. Contribuição do curso de especialização em Atenção Primária à Saúde à prática de profissionais da saúde. ABCS Health Sci. [Internet]. 2015; 40(3):184-189 [citado 2019 maio 10]. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.793>
21. Makeham MA, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. Med J Aust [Internet]. 2002 Jul 15; 177 (2): 68-72. [citado 2019 maio 11]. <http://dx.doi.org/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04668.x>
22. Beyer M, Dovey S, Gerlach FM. Fehler in der Allgemeinpraxis – Ergebnisse der internationalen PCISME-Studie in Deuts-

- chland. [Internet]. 2003. [citado 2019 maio 11] <http://dx.doi.org/10.1055/s-2003-41909>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas— Brasília: Ministério da Saúde, [Internet]. 2015. 462 p.: il. [citado 2019 maio 12] Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf
24. Cooper J, Edwards A, Williams H, Sheikh A, Parry G, Hibbert P, Butlin A, Donaldson L, Carson-Stevens A. Nature of Blame in Patient Safety Incident Reports: Mixed Methods Analysis of a National Database Ann Fam Med September/October [Internet]. 2017 15:455-461; [citado 2019 maio 12]. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.2123>
25. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão Temas Livres • Ciênc. saúde colet. 23 (1) Jan 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
26. Fernandes JC, Cordeiro BC. O gerenciamento de unidades básicas de saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(1):194-202, jan., [Internet]. 2018 [citado 2019 maio 12]. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23311p194-202-2018>
27. Pimentel FC; Albuquerque PC; Souza WV. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. Artigo Original • Saúde debate 39 (104) [Internet]. Jan-Mar 2015 • [citado 2019 maio 12]. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040138>
28. Souza MM; Ongaro JD; Lanes TC; Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnago TSBS. Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019 Fev [citado 2019 maio 17]; 72(1): 27-34. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>
29. Leone C; Dussault G; Lapão LV. Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 Jan [citado 2019 maio 16]; 30(1): 149-160. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00135112>
30. Sequeira A; Martins L; Pereira V. Erro médico: Natureza e frequência dos erros na atividade de Medicina Geral e Familiar Geral num ACES - Estudo descritivo Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar [Internet]. 2010 novembro 1; [Citado 2019 maio 23]; 26(6): [sobre ## p.]. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v26i6.10800>.

Recebido: 2020-03-27

Aceito: 2020-05-24