



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Saúde  
Subsecretaria de Vigilância em Saúde



# Plano de Fortalecimento das Práticas de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

2019 - 2022



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Saúde  
Subsecretaria de Vigilância em Saúde

**Plano de  
Fortalecimento das  
Práticas de Segurança  
do Paciente na  
Atenção Primária  
à Saúde  
2019 - 2022**

**Março  
2019**



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Saúde  
Subsecretaria de Vigilância em Saúde

**Secretaria de Estado de Saúde**

Edmar José Alves dos Santos

**Subsecretaria de Vigilância em Saúde**

Alexandre Chieppe

**Superintendência de Vigilância Sanitária**

Adna dos Santos Sá Spasojevic

**Coordenação de Segurança do Paciente e Gestão de Risco**

Maria de Lourdes de Oliveira Moura

**Equipe técnica responsável pela elaboração**

Coordenação de Segurança do Paciente e Gestão de Risco da Superintendência de Vigilância Sanitária da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da SES

Superintendência de Atenção Primária à Saúde da Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde da SES

Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da SES

Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos da Subsecretaria de Pós-Graduação, Ensino e Pesquisa em Saúde da SES

**Revisão**

Comitê Estadual de Segurança do Paciente

**Comitê Estadual de Segurança do Paciente**

Subsecretaria de Vigilância em Saúde

Superintendência de Vigilância Sanitária

Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Superintendência de Educação em Saúde

Superintendência de Unidades Pré-hospitalares

Superintendência de Unidades Hospitalares

Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos

Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro

Departamento de Gestão Hospitalar no Rio de Janeiro do Ministério da Saúde

Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino

Inspetoria de Saúde do Comando Militar do Leste

Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas e Beneficentes do Estado do Rio de Janeiro



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Saúde  
Subsecretaria de Vigilância em Saúde

## Sumário

Apresentação .....	4
I - Introdução.....	6
II. A Atenção Primária no Brasil e no Rio de Janeiro .....	13
1. Política Nacional de Atenção Básica .....	13
2. Cobertura da Atenção Primária no Estado do Rio de Janeiro.....	15
3. Integração das ações de Vigilância em Saúde e Atenção Primária em Saúde.....	16
III - Práticas de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.....	19
1. Criação de Núcleos de Segurança do Paciente .....	19
2. Notificação de incidentes e eventos adversos.....	21
3. Boas práticas para o funcionamento das unidades de saúde da Atenção Primária em Saúde .....	22
4. Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde .....	23
4.1. Resistência antimicrobiana .....	24
5. Prevenção de Queda.....	26
5.1 Queda em Idosos.....	28
6. Prevenção de Lesão por Pressão .....	29
7. Uso Seguro de Medicamentos na Atenção Primária (prescrição, uso e administração de medicamentos) .....	32
7.1. Prescrição de medicamentos .....	34
7.2. Dispensação de medicamentos.....	34
7.3. Administração de medicamentos.....	36
7.4. Erros relacionados aos medicamentos .....	37
8. Transição do cuidado .....	40
9. Erros de diagnóstico.....	43
10. Riscos não clínicos.....	48
11. Envolvimento do cidadão na sua segurança.....	49
12. Erros administrativos .....	50
IV. Plano de Fortalecimento da Segurança do Paciente na Atenção Primária .....	54
Referências Bibliográficas .....	62

## Apresentação

A Atenção Primária à saúde (APS)<sup>1</sup> está no centro dos cuidados de saúde em muitos países. Constitui-se como porta de entrada no sistema de saúde, coordenação contínua de cuidados e uma abordagem centrada nas pessoas e suas famílias. Impacta diretamente no bem-estar das pessoas e no uso de outros recursos de assistência à saúde. Cuidados primários inseguros ou ineficazes podem aumentar a morbidade e a mortalidade evitável, e podem levar ao uso desnecessário de recursos hospitalares e especializados.

Assim, melhorar a segurança na Atenção Primária à Saúde é essencial quando se busca alcançar a cobertura universal de saúde e a sustentabilidade dos cuidados de saúde. A APS mais segura é fundamental para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, particularmente para aqueles relacionados a assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades.

No Brasil, a segurança do paciente ganhou maior visibilidade, por meio da implementação das ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2013, onde a Atenção Primária à Saúde foi incluída como área de desenvolvimento de ações para a melhoria da segurança do paciente. (BRASIL, 2013).

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro instituiu por meio da Resolução SES nº 1224 de 31 de julho de 2015 o Comitê Estadual de Segurança do Paciente, instância colegiada, de caráter consultivo, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do paciente. Suas principais competências são elaborar e acompanhar a implementação do Plano Estadual de Segurança do Paciente (PESP), propor e validar, em caráter complementar, protocolos, guias e manuais referentes à segurança do paciente (RIO DE JANEIRO, 2015)

---

<sup>1</sup> No presente documento utilizaremos o termo Atenção Primária à Saúde, no entanto a Portaria GM/MS de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017, que institui a Política Nacional de Atenção Básica, utiliza o termo Atenção Básica como equivalente à Atenção Primária à Saúde (APS).

O Plano Estadual de Segurança do Paciente período de 2017- 2020 elaborado pela equipe técnica da Coordenação de Desenvolvimento Institucional e Apoio à Descentralização da Superintendência de Vigilância Sanitária (CDIAD/SUVISA/SVS/SES-RJ)<sup>2</sup>, da Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar da Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (CECIH/SVEA/SVS/SES-RJ) e pelo Comitê Estadual de Segurança do Paciente foi aprovado conforme Resolução SES nº 1663 de 14 de março de 2018 (RIO DE JANEIRO, 2018). O Plano Estadual de Segurança do Paciente período de 2017- 2020 têm como objetivo principal contribuir para a criação de uma cultura de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, por meio da implementação de medidas efetivas visando a melhoria da segurança do paciente.

O presente documento é fruto de um processo de construção participativo e colaborativo com o envolvimento de diversos setores da SES-RJ, especialmente a Coordenação de Segurança do Paciente e Gestão de Risco da Superintendência de Vigilância Sanitária, Superintendência de Atenção Primária à Saúde, Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar, Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos e o Comitê Estadual de Segurança do Paciente.

---

<sup>2</sup> Na nova estrutura organizacional da SES, instituída pelo Decreto no 46.553 de 03/01/2019, a nomenclatura da Coordenação de Desenvolvimento Institucional e Apoio à Descentralização foi alterada para Coordenação de Segurança do Paciente e Gestão de Risco.

## I - Introdução

---

### ❖ Segurança do Paciente: um desafio global

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que todos os anos dezenas de milhares de pessoas sofrem danos desnecessários causados por serviços de saúde inseguros (WHO, 2008). As consequências acarretam prejuízos nos resultados clínicos e funcionais dos pacientes, insatisfação da população usuária e custos desnecessários para os sistemas e serviços de saúde.

Entende-se por Segurança do Paciente a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Os danos podem ser de vários tipos, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, incapacidade e morte. Por outro lado, os incidentes de segurança são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente (HEATHER, 2009).

Incidentes que resultam em dano ao paciente são denominados Eventos Adversos (EA) (HEATHER, 2009). Por não se dever à evolução natural da doença de base, a ocorrência de EA é um indicador da distância entre o cuidado ideal e cuidado real, sendo o enfrentamento deste problema um desafio para a qualidade dos serviços de saúde. Considerando que muitos incidentes nos cuidados de saúde são evitáveis, a adoção de medidas preventivas voltadas para a redução da probabilidade de sua ocorrência pode evitar sofrimento desnecessário, economizar recursos e salvar vidas (KOHN, 1999).

Estudos epidemiológicos em países desenvolvidos estimam a ocorrência de EA em 4 a 16% de pacientes hospitalizados, o que sensibilizou sistemas de saúde de todo o mundo para melhorar a segurança do paciente.

Os estudos e pesquisas sobre segurança do paciente têm sido centrados no ambiente hospitalar devido ao entendimento da complexidade do cuidado, porém é preciso destacar que a maioria dos cuidados em saúde são prestados na APS e que pesquisas em segurança do paciente na APS evidenciaram erros variando na faixa de 0,2% a 7,6%, destes 39,3% causaram danos ao paciente. Nos hospitais, considerando apenas os estudos de revisão retrospectiva de prontuários, a incidência média de EA

encontrada foi 9,2% e a proporção média de EA evitáveis (proporção de EA evitáveis entre todos os EA) foi 43,5%. Na AP, as estimativas de incidentes variaram muito, de 0,004 a 240,0 por 1.000 consultas, e as estimativas de erros evitáveis variaram de 45% a 76% dependendo do método empregado na pesquisa (MARCHON, 2015).

A OMS preocupada com a frequência e gravidade dos danos acarretados aos pacientes anualmente vem se debruçando sobre a questão desde o início dos anos 2000. A OMS em 2004 lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, tendo como objetivo despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde e apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas assistenciais (WHO, 2006).

O elemento central da Aliança, hoje denominada de *Patient Safety* é a formulação de Desafios Globais para a Segurança do Paciente, que engloba temas representativos dos principais aspectos dos riscos relacionados com a assistência à saúde, considerados relevantes pelos países membros da OMS. A cada ano, são organizados programas que buscam melhorar essa segurança, e a cada dois anos um novo Desafio é formulado para fomentar o comprometimento global e destacar temas correlacionados e direcionados para uma área de risco identificada como significativa em todos os Estados Membros da OMS (WHO, 2006).

Desde o início da Aliança foram lançados os seguintes Desafios Globais:

- Primeiro Desafio Global - Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), que dentre as ações propostas, deve ser destacada a higienização das mãos;
- Segundo Desafio Global - Cirurgia Segura tendo como objetivo prevenir erros, evitar danos e salvar vidas contemplando a prevenção de infecções de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras, e indicadores da assistência cirúrgica;
- Terceiro Desafio Global, lançado em 2017 - Medicação Sem Danos considerando que os problemas relacionados a medicamentos estão entre as principais causas de evento adverso no mundo.

## ❖ Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde

A preocupação com a segurança do paciente nos cuidados de saúde hospitalares tem alcançado mais adeptos, estudiosos e profissionais engajados, porém é importante destacar a relevância e a natureza dos danos aos pacientes fora do ambiente hospitalar, especialmente na Atenção Primária, tendo em vista que a maior parte das interações profissional de saúde-paciente ocorre nesses ambientes. Além disso, uma Atenção Primária acessível e segura é essencial para garantir a cobertura universal, um dos objetivos prioritários da OMS e de seus Estados-Membros (WHO, 2012).

Em 2006, o Comitê Europeu de Segurança do Paciente reconheceu a necessidade de considerar a segurança do paciente como uma dimensão da qualidade em saúde em todos os níveis de cuidados, desde a promoção da saúde até o tratamento da doença (SOUSA, 2006).

Embora as investigações sobre a segurança dos pacientes tivessem foco central nos hospitais, os cuidados na Atenção Primária à Saúde (APS) também ficaram mais complexos (MENDES, 2012) e, nas últimas décadas, a concepção de que a baixa densidade tecnológica é incompatível com as funções de uma APS de qualidade vem se fortalecendo.

Em 2008, a OMS reconheceu o progresso na implantação da APS em termos globais, contudo, apontou como desafio a adoção de práticas que permitam a oferta de atenção contínua, humanizada, com qualidade e segura (WHO, 2008). No mesmo ano, a OMS publicou o “Relatório Mundial de Saúde: Cuidados de Saúde Primários Agora Mais Que Nunca”, evidenciando várias limitações na prestação de cuidados na AP e classificando 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 (WHO, 2008).

O Programa de Segurança do Paciente da OMS pretende retratar e priorizar as principais lacunas de conhecimento existentes e os desafios que envolvem a segurança do paciente na APS. Em colaboração com especialistas reconhecidos internacionalmente nas áreas de Atenção Primária em Saúde, pesquisa e segurança do paciente, a OMS organizou um programa de trabalho destinado a criar uma agenda

global para a pesquisa e as ações de promoção de uma Atenção Primária mais segura, com foco especial nos países de renda baixa e média (WHO, 2012).

O *Safer Primary Care Expert Working Group* analisou e debateu as evidências disponíveis sobre a carga dos danos resultantes de erros - das quais a maior parte havia sido obtida em ambientes de alta renda - e a limitada compreensão que temos globalmente sobre como intervir para melhorar a segurança do cuidado em ambientes de Atenção Primária. Foi evidenciada a importância de maior atenção a esse nível de atenção à saúde para os países de baixa e média renda, onde há uma carga considerável de danos evitáveis relacionados à dificuldade de acesso ao cuidado (WHO, 2012).

O grupo de especialistas buscou formar um consenso sobre os contextos da atenção primária e os aspectos da prestação do cuidado que devem ser priorizados, tanto globalmente como nos diferentes níveis de renda. Os principais resultados foram: o reconhecimento da importância da atenção primária insegura; disposição para trabalhar como uma rede em torno de uma agenda comum, compartilhando instrumentos, ferramentas, dados e conhecimentos; apoio destinado a integrar as medições na linha de base com iniciativas de melhorias da qualidade em ambientes de renda baixa e média; identificação das áreas prioritárias e das principais lacunas de conhecimento; reconhecimento da necessidade de adquirir novos conhecimentos, associado a propostas práticas para fechar as grandes lacunas de conhecimento.

Os resultados preliminares do *Safer Primary Care Expert Working Group* (WHO, 2012) indicam que:

- A saúde da família e os medicamentos foram considerados áreas prioritárias específicas para o avanço da segurança do paciente.
- Obstetrícia e enfermagem comunitária foram identificados como outros contextos chaves da atenção primária em países de baixa renda.
- Os fatores relacionados com incidentes de segurança dos pacientes em todos os contextos econômicos identificados como mais relevantes foram: comunicação entre profissionais de saúde e com pacientes; trabalho em equipe na saúde; laboratório e diagnóstico por imagem; gestão de dados; transições entre diferentes níveis de atenção e integridade do prontuário dos pacientes.

O grupo de especialistas revisou a literatura, priorizou as áreas que necessitavam de mais pesquisas e compilou um conjunto de monografias. Com base no trabalho desses especialistas, a OMS publicou uma Série Técnica sobre Cuidados Primários Mais Seguros destinado a todos que têm interesse no tema.

Vincent e Almaberti (2016) ressaltam como pontos relevantes em relação à segurança do paciente na atenção primária à saúde:

- a) A atenção primária enfrenta enormes desafios;
- b) Os profissionais da atenção primária lidam com doenças cada vez mais complexas o que torna impossível prestar um cuidado ideal e plenamente seguro a todos os pacientes;
- c) Os profissionais da atenção primária podem ter altos padrões pessoais de cuidado sem ter consciência dos riscos aos quais os pacientes estão expostos no sistema de saúde como um todo, o que dificulta a compreensão dos riscos em âmbito sistêmico ou a avaliação de estratégias mais amplas de gestão dos riscos.
- d) O conceito de segurança do paciente em sua forma atual talvez não esteja disseminado entre os profissionais da atenção primária.
- e) A má comunicação e coordenação entre os diferentes elementos do sistema de saúde e de assistência social, a falta de informações transmitidas de forma precisa e rápida após a alta hospitalar e os atrasos na obtenção de resultados de exames complementares são riscos importantes.
- f) Os erros de diagnóstico ainda não recebem a devida atenção, considerando-se sua provável importância em casos de erros ou tratamentos abaixo do padrão.
- g) É possível utilizar abordagens de melhoria da qualidade para aumentar a adesão a diretrizes, a fim de melhorar os resultados do cuidado.
- h) O crescimento exponencial do conhecimento científico é um desafio importante na atenção primária. Novas tecnologias podem auxiliar a tomada de decisões clínicas, a prescrição e a solicitação e verificação de resultados de exames.
- i) É necessário considerar o uso de estratégias de controle de riscos para manter a segurança, quando os sistemas estão sobrecarregados.

- j) As estratégias para melhorar a segurança na atenção primária devem enfatizar o envolvimento do paciente, a coordenação, a cooperação, a previsibilidade, o monitoramento e o cuidado com o paciente para além da sua internação ou consulta na atenção primária.

### ❖ Segurança do paciente no Brasil

Alinhado às diretrizes da Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 529, de 01/4/2013, instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013a), que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Também foram publicados pelo Ministério da Saúde Protocolos de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c), que devem ser adotados nos serviços de saúde, sobre os seguintes temas: Identificação do paciente; Higienização das mãos; Prevenção de quedas; Prevenção de úlcera por pressão; Cirurgia segura, e Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

No mesmo sentido, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 (ANVISA, 2013) tornando obrigatória a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e a notificação de eventos adversos em todos os serviços de saúde brasileiros com exceção dos consultórios individualizados, laboratórios clínicos, os serviços móveis e de serviços de atenção domiciliar. O NSP de cada serviço de saúde deve elaborar o Plano de Segurança do Paciente, contendo estratégias e ações para mitigar riscos assistenciais, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde.

Os NSP, previstos na Portaria MS/GM nº 529/2013 (BRASIL, 2013a) e na Resolução-RDC nº 36/2013 (ANVISA, 2013a), são instâncias que devem ser criadas nos estabelecimentos de Saúde para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente. Os NSP em serviços de saúde não hospitalares terão conformação distinta dos NSP hospitalares conforme orientação da RDC nº 36, Capítulo II, parágrafo 2º que estabelece:

*“No caso de serviços públicos ambulatoriais pode ser constituído um NSP para cada serviço de saúde ou um NSP para o conjunto desses, conforme decisão do gestor local do SUS”. (ANVISA. 2013).*

## II. A Atenção Primária no Brasil e no Rio de Janeiro

---

### 1. Política Nacional de Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), disciplinada pelo Anexo XXII da Portaria GM/MS de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), aborda o tema Segurança do Paciente.

Atenção Primária em Saúde é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e Vigilância em Saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

É a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, de acordo com as necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017).

Nos últimos anos houve um maior incentivo governamental para melhorar o acesso e o padrão de qualidade da atenção prestada aos usuários da Atenção Primária em nosso país. A Portaria GM/MS nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, que dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), estabelece em seu Art. 2º que:

O PMAQ-AB tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. (BRASIL, 2015).

O PMAQ-AB tem como diretrizes:

- Definir parâmetros de qualidade, de acordo com as diversas realidades de saúde;

- Estimular melhoria contínua dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da Atenção Primária;
- Transparência em todas as suas etapas;
- Envolver e mobilizar os gestores em todas as esferas de governo, as equipes de Atenção Primária e os usuários;
- Desenvolver a cultura de planejamento, negociação e contratualização que implique em gestão de recursos;
- Estimular o fortalecimento do modelo de atenção previsto na PNAB e o caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da Atenção Primária quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2015).

A metodologia e outros detalhes foram pactuados pelo Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica e constam no Manual Instrutivo do PMAQ-AB, que envolve etapas de adesão, autoavaliação, avaliação externa e avaliação de indicadores.

Na Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), qualidade em saúde é definida como:

o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, os protocolos, os princípios e as diretrizes que organizam as ações e as práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores. (BRASIL, 2017)

Ressalta-se que a autoavaliação, como uma das etapas do PMAQ, deve ocorrer obrigatoriamente, sendo o instrumento AMAQ de uso facultativo, cabendo aos gestores municipais e às equipes de APS definir qual o instrumento ou a ferramenta que melhor se adequa às suas necessidades e realidades para realizar esta etapa.

O processo de avaliação externa busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes e dos gestores municipais de saúde na qualificação da APS. Esse

momento consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das equipes participantes do programa e da gestão da APS.

As diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica são pautadas no cuidado centrado na pessoa, na resolutividade, na longitudinalidade do cuidado, na coordenação do cuidado, na ordenação da rede e na participação da comunidade.

O tema Segurança do Paciente na Atenção Primária em Saúde vem crescendo de importância nas principais organizações internacionais de saúde (MARCHON, 2015). Quando avaliamos os atributos da APS, identificamos a potência existente em sua fundamentação no sentido de melhoria da Segurança do Paciente.

O conhecimento do território adstrito, com análise epidemiológica e diagnóstico situacional, possibilita o planejamento adequado do processo de trabalho a ser desenvolvido pela equipe de APS, tanto na UBS, quanto nos domicílios, dispositivos da comunidade e espaços coletivos. Este processo de trabalho se baseia na equidade e na priorização da agenda para pessoas e grupos populacionais e intervenções no processo de saúde-doença conforme a necessidade, evitando uma desconexão entre oferta de trabalho e demanda viva no território.

O vínculo, a longitudinalidade, a abordagem comunitária e familiar auxiliam o profissional para um conhecimento integral das pessoas, possibilitando um cuidado com maior acurácia e proteção quanto ao risco de erros de diagnóstico, medicação ou intervenções desnecessárias. Prontuários individuais e familiares, com registros da assistência à saúde ao longo da vida nos diferentes serviços constituem uma ferramenta que possibilita maior segurança para o profissional e para o paciente.

Ter uma equipe de atenção que atua no território onde as pessoas vivem, facilita o acesso oportuno em casos de necessidade de intervenção rápida.

## **2. Cobertura da Atenção Primária no Estado do Rio de Janeiro**

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB/MS), em abril de 2018, o Brasil apresentava 75,53% de cobertura populacional estimada da Atenção Primária em Saúde e 43.197 equipes de Saúde da Família.

Em junho de 2018, o Estado do Rio de Janeiro apresentava 68,74% de cobertura populacional estimada da APS, com 2.401 Unidades Básicas de Saúde (UBS) cadastradas no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SNES) e 57,45% de cobertura populacional estimada pela Estratégia Saúde da Família, com 2.863 equipes.

Nas regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro, a cobertura populacional estimada na APS, segundo o site e-Gestor (DAB/MS) em Abril de 2018 foi: (1) Metropolitana I 63,39%; (2) Metro II 80,81%; (3) Baixada Litorânea 67,12%; (4) Noroeste 90,43%; (5) Norte 59,81%; (6) Médio Paraíba 82,96%; (7) Centro-Sul 96,72%; (8) Baía da Ilha Grande 96,26%; e (9) Serrana 68,27%. (BRASIL, 2018a)

Com relação à cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na APS no Rio de Janeiro, o estado tem 36,91%, e suas respectivas regiões: (1) Metropolitana I 27,72%; (2) Metro II 33,07%; (3) Baixada Litorânea 50,03%; (4) Noroeste 84,04%; (5) Norte 55,24%; (6) Médio Paraíba 71,23%; (7) Centro-Sul 91,33%; (8) Baía da Ilha Grande 65,55%; e (9) Serrana 38,97% (BRASIL, 2018a).

### **3. Integração das ações de Vigilância em Saúde e Atenção Primária em Saúde**

O Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Vigilância em Saúde (CNS, 2018), por meio da Resolução CNS nº 588, de 12 de julho de 2018, como uma política pública de Estado, função essencial do SUS, com caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo sua gestão uma responsabilidade exclusiva do poder público.

Vigilância em Saúde é definida como “o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças” (CNS, 2018).

A PNVS busca articular saberes, processos e práticas relacionados à: Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Sanitária (CNS, 2018).

Por outro lado, a integração das ações da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária em Saúde pode ser considerada como um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país. Diversas estratégias foram implementadas visando estimular essa integração nas últimas décadas, porém a integração não foi efetivada, especialmente no âmbito das equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em diversos municípios, a ausência ou insuficiência desta integração provoca dificuldades na identificação dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença e no efetivo controle das doenças e dos agravos prioritários, tornando distante a possibilidade de colocar em prática o princípio da integralidade da atenção no nível local (BRASIL, 2018b).

Para o enfrentamento desse desafio e considerando as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) e de Vigilância em Saúde (PNVS), foi publicado um Guia Operacional construído de forma conjunta entre o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/MS) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), com participação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS/ANVISA, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) para orientar gestores e profissionais de saúde na operacionalização do processo de integração da APS com a Vigilância em Saúde. O guia pretende contribuir para o fortalecimento da integração entre essas ações de maneira a que sejam alcançados resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e na perspectiva da intra e intersetorialidade (BRASIL, 2018b).

As emergências em saúde pública contribuem de forma expressiva com a morbimortalidade no mundo contemporâneo, exigindo, dos governos o aprimoramento da capacidade de preparação e de resposta. A vulnerabilidade social, econômica e ambiental amplia o risco de impacto à saúde humana decorrente de emergências em saúde pública. A preparação e a resposta às emergências reduzem os impactos na saúde pública e a coordenação entre as esferas de gestão do SUS, e a integração dos serviços

de saúde é essencial para uma resposta oportuna. O governo federal, por meio do Ministério da Saúde, desempenha um papel essencial de suporte aos estados e aos municípios na resposta às emergências em saúde pública (BRASIL, 2014).

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) publicou o Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública em 2014, tendo como objetivos, dentre outros, definir a estratégia de atuação da SVS na resposta às emergências em saúde pública que superem a capacidade de atuação das esferas estadual e municipal e estabelecer atuação coordenada, no âmbito da SVS, para resposta às emergências em saúde pública, potencializando a utilização de recursos. A implementação desse Plano orienta a atuação da SVS em situações de epidemias e desastres que demandem emprego urgente de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública, em tempo oportuno, de forma qualificada e cooperativa (BRASIL, 2014).

Uma emergência em saúde pública caracteriza-se como uma situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surto e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população. Compete à SVS a “coordenação da preparação e resposta das ações de Vigilância em Saúde, nas emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, bem como a cooperação com Estados, Distrito Federal e Municípios” na resposta a essas emergências. O Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública estabelece a atuação da SVS, da esfera federal do SUS, na resposta às emergências em saúde pública (BRASIL, 2014).

No detalhamento operacional dos Planos de Resposta às Emergências em Saúde Pública elaborados pela SVS/SES-RJ deve ser prevista a implantação de práticas de segurança do paciente nos cuidados à saúde.

## **III - Práticas de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde**

---

### **1. Criação de Núcleos de Segurança do Paciente**

Segundo a Resolução-RDC nº 36/2013 (ANVISA, 2013a) os NSP devem atuar como coordenadores e articuladores das demais instâncias do cuidado com vistas à promoção de ações preventivas e corretivas (BRASIL, 2014) e são responsáveis pela elaboração do Plano de Segurança do Paciente do serviço de saúde, que deve contemplar as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a promoção, proteção e mitigação de incidentes associados à assistência à saúde.

Os NSP devem adotar como princípio e diretrizes: melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; disseminação sistemática da cultura de segurança; articulação e integração dos processos de gestão de risco e garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Os serviços públicos ambulatoriais, ou seja, a rede de APS, poderão constituir um NSP para cada serviço de saúde ou um NSP para o conjunto desses, conforme decisão do gestor local .

As atribuições dos NSP na APS são:

- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, propondo ações preventivas e corretivas;
- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano Local/Municipal/Regional de Segurança do Paciente na APS;
- Acompanhar as ações vinculadas ao Plano Local/Municipal/Regional de Segurança do Paciente na APS;
- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes na APS;
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em qualidade do cuidado e Segurança do Paciente;

- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos provenientes dos Comitês de Mortalidade; da revisão de prontuários; da Comissão de Controle de Infecção; e por meio da Ouvidoria das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e da Unidade de Saúde;
- Compartilhar e divulgar aos profissionais de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos;
- Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos;
- Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

O Plano de Segurança do Paciente na APS deve estabelecer estratégias e ações para (ANVISA, 2013a):

- Identificar, analisar, avaliar, monitorar e comunicar os riscos;
- Integrar os diferentes processos de gestão de risco;
- Promover o uso seguro de tecnologias;
- Prevenir eventos adversos;
- Promover a comunicação efetiva entre profissionais de saúde e entre os serviços;
- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- Promover o ambiente seguro;
- Promover a transição segura do cuidado;
- Implantar os protocolos de segurança do paciente: identificação do paciente, higienização das mãos, prevenção de quedas, prevenção de úlcera por pressão, uso seguro de medicamentos;
- Implantar sistema de captação, análise e notificação de eventos adversos;
- Implantar as medidas de prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS);
- Implantar ações de capacitação de profissionais de saúde;

- Garantir o registro adequado e seguro da assistência prestada.

## 2. Notificação de incidentes e eventos adversos

Compete ao NSP a notificação de incidentes e eventos adversos (ANVISA, 2013) relacionados à assistência à saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Esse registro deve ser realizado no módulo específico do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), denominado ASSISTÊNCIA À SAÚDE (ANVISA, 2015).

Compete à gestão municipal/distrital/estadual/nacional definir o conjunto de notificações e quais incidentes e eventos serão priorizados para a determinação de metas e políticas públicas de saúde. No âmbito nacional, são considerados prioritários para a notificação e investigação os *never events* (eventos que nunca deveriam ocorrer) e os EA que resultaram em óbito do paciente, conforme consta no Caderno 7 da Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde da ANVISA.

O sistema de informação para captação de eventos adversos relacionados ao processo de cuidado em nosso país – NOTIVISA – foi desenvolvido com base na Classificação Internacional para Segurança do Paciente da OMS.

O NOTIVISA possibilita a opção da notificação por cidadãos (pacientes, familiares, acompanhantes e cuidadores) e pelos NSP. A notificação do cidadão é voluntária, os dados sobre os notificadores são confidenciais, e sua guarda é de responsabilidade do SNVS. É necessário ressaltar que a identificação do notificador não deve ser divulgada para o Serviço de Saúde, de forma que a confidencialidade esteja garantida. As notificações também estarão acessíveis à unidade de saúde envolvida no relato para o devido monitoramento (BRASIL, 2014).

A análise das notificações de incidentes recebidas, tem um fluxo de monitoramento que envolve a análise, pelo SNVS, das notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde. Os casos podem ser analisados de forma isolada ou como agregados, a depender das características dos eventos. Sempre que necessário, a equipe da Vigilância Sanitária (VISA) entrará em contato com o serviço de saúde com o intuito de obter informações detalhadas sobre o incidente ocorrido em um determinado

serviço. Serão avaliadas as principais medidas propostas pelo serviço de saúde para a melhoria da segurança do cuidado, bem como a necessidade de investigação in loco. A VISA local acompanhará ainda, a implementação das ações propostas, a fim de avaliar a necessidade de adoção de medidas sanitárias pertinentes (ANVISA, 2017).

As notificações podem gerar informações que identifiquem padrões e tendências sobre a segurança do paciente, priorizando a aprendizagem contínua e a indução do enfrentamento dos problemas identificados e adoção de medidas gerenciadas com base no risco. Dessa maneira, poderá possibilitar o desenvolvimento de soluções com o intuito de evitar a recorrência de danos evitáveis aos pacientes, melhorando a qualidade do cuidado e a segurança do paciente nesses serviços (BRASIL, 2014).

Os serviços de Saúde da APS devem desenvolver estratégias para sistematizar a captação, análise e notificação de incidentes e outras informações que servirão de base para a gestão de risco, melhoria da qualidade e segurança do paciente (BRASIL, 2014).

### **3. Boas práticas para o funcionamento das unidades de saúde da Atenção Primária em Saúde**

As Boas Práticas para Funcionamento (BPF) de serviços de saúde são os componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados e estão regulamentadas por meio da Resolução RDC nº 63 de 25/11/2011 (ANVISA, 2011). As BPF têm como fundamentos a qualificação, a humanização da atenção e gestão, e a redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente.

A Resolução RDC nº 63/2011 (ANVISA, 2011) estabelece requisitos para: gerenciamento da qualidade; segurança do paciente; prontuário do paciente; gestão de pessoal; gestão de infraestrutura; proteção à saúde do trabalhador; gestão de tecnologias e processos; controle integrado de vetores e pragas urbanas.

#### **4. Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde**

A OMS preconiza que as autoridades, em âmbito nacional e regional, desenvolvam ações com vistas à redução do risco de aquisição de IRAS. Os objetivos devem ser estabelecidos em consonância com demais objetivos de saúde nestas esferas (ANVISA, 2013).

Baseadas em evidências da literatura, medidas para prevenção de IRAS devem ser adotadas em todos os estabelecimentos de assistência à saúde, quer no âmbito hospitalar, em estabelecimentos de cuidados de pacientes crônicos, ou na assistência domiciliar. Pesquisas mostram que, quando os estabelecimentos de assistência à saúde e suas equipes conhecem a magnitude do problema das infecções, e passam a aderir aos programas para prevenção e controle de IRAS, pode ocorrer uma redução de até 70% para algumas das Infecções relacionadas à Assistência à Saúde, como por exemplo, para as infecções da corrente sanguínea (CDC, 2016).

Aproximadamente 20% a 30% das IRAS são consideradas preveníveis através de programas de controle e higiene intensivos, segundo o *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC, 2016). Diretrizes da OMS recentemente publicadas, enfatizam o aspecto regulatório e a importância das normas nacionais de prevenção e controle de infecção, incluindo o desenvolvimento, disseminação e implementação de normas técnicas baseadas em evidências para a prevenção dos riscos mais relevantes, de acordo com o resultado de estudos de avaliação de risco locais e infecções (WHO, 2016).

As diretrizes sugerem que o conjunto básico de normas técnicas de prevenção e controle de infecção devem incluir pelo menos os seguintes temas:

- a) Precauções padrão;
- b) Higiene das mãos;
- c) Utilização de equipamento de proteção individual;
- d) Esterilização e descontaminação de dispositivos médicos;
- e) Manuseio seguro de roupa e lavanderia;
- f) Gestão de resíduos de cuidados de saúde;

- g) Alocação correta do paciente na unidade de saúde;
- h) Higiene respiratória e etiqueta de tosse;
- i) Limpeza ambiental;
- j) Princípios de assepsia;
- k) Prevenção de lesões por instrumentos perfurocortantes e profilaxia pós exposição;
- l) Medidas de Precaução baseadas na forma de transmissão;
- m) Técnica asséptica e manejo de dispositivos para procedimentos clínicos, de acordo com o escopo do cuidado.

#### **4.1. Resistência antimicrobiana**

Outro tema de extrema relevância no contexto da vigilância e monitoramento das IRAS é a resistência aos antimicrobianos, que vem sendo discutida em todo o mundo. Consiste em um dos mais sérios problemas de saúde da atualidade, uma vez que infecções causadas por bactérias resistentes a múltiplas classes de antimicrobianos tem se tornado cada vez mais comum.

Desde 2001, a Organização Mundial da Saúde – OMS – chama a atenção para um problema mundial: a crescente resistência bacteriana aos antimicrobianos, especialmente para as infecções associadas aos cuidados à saúde. Naquela ocasião, uma Estratégia Global para Contenção da Resistência Antimicrobiana foi lançada como um desafio para as diversas instituições de saúde do mundo, tendo em vista as publicações científicas com números crescentes e alarmantes de infecções por bactérias resistentes a múltiplos antimicrobianos (MDR).

Resistência antimicrobiana (RM) é definida como o desenvolvimento de resistência de micro-organismos - bactérias, vírus, fungos e parasitas, a um medicamento antimicrobiano para o qual foi previamente sensível. A RM atingindo uma ampla gama de agentes infecciosos é uma ameaça crescente à saúde pública, e tema de grande preocupação para os países (WHO, 2015).

A RM tem sido uma ameaça crescente para o tratamento efetivo de um número cada vez maior de infecções causadas por bactérias, parasitas, vírus e fungos. A

sensibilidade reduzida de antibacterianos, antiparasitários, medicamentos antivirais e antifúngicos, vem tornando o tratamento de muitos pacientes difícil, caro ou mesmo impossível. O impacto em pacientes particularmente vulneráveis é mais óbvio, resultando em doença prolongada e aumento da mortalidade. A magnitude do problema mundial e o impacto da RAM sobre a saúde humana, bem como sobre os custos para o setor de cuidados de saúde são ainda desconhecidos (WHO, 2015).

O impacto indireto da resistência antimicrobiana, no entanto, vai além do aumento dos riscos para a saúde, com consequências para a saúde pública. Este problema ameaça a própria essência da medicina moderna, que preza uma resposta de saúde pública global sustentável e efetiva para a eterna ameaça das doenças infecciosas.

Por outro lado, medidas adequadas de prevenção de infecção e higiene são essenciais para limitar o desenvolvimento e a propagação de infecções resistentes a antimicrobianos e bactérias multirresistentes.

Em 2015, a Assembleia Mundial de Saúde aprovou um Plano de Ação Global em Resistência Microbiana, cujo objetivo geral é assegurar a continuidade da capacidade de tratar e prevenir doenças infecciosas utilizando medicamentos eficazes, seguros e com qualidade comprovada, usados de forma responsável, e que sejam acessíveis a todos os que deles necessitam. O plano apresenta as seguintes medidas para a prevenção de infecção:

- Adotar medidas urgentes para implementar e reforçar a higiene e a prevenção e o controle de infecção;
- Incluir o treinamento e educação em higiene e prevenção e controle de infecção como conteúdo para os profissionais de saúde;
- Desenvolver ou reforçar políticas nacionais e padrões de prática em relação à prevenção e controle de infecção nas unidades de saúde e monitorar a implementação e à adesão a essas políticas e normas nacionais;
- Incluir, sob vigilância da resistência antimicrobiana, a coleção e comunicação de dados sobre susceptibilidade antimicrobiana de micro-organismos causadores de IRAS (WHO, 2015).

Considerando a dimensão do problema e a diversidade de ações necessárias para enfrentá-lo no âmbito da Vigilância Sanitária, a ANVISA optou por elaborar um plano de ação próprio (ANVISA, 2018), alinhado com os objetivos da OMS.

O Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência Microbiana nos Serviços de Saúde, elaborado pela ANVISA, tem como objetivo principal definir estratégias nacionais para detecção, prevenção e redução da RM em serviços de saúde. Esta estratégia propõe a melhoria na conscientização e na compreensão a respeito da RM por meio de:

1. Comunicação, educação e formação efetivas, com reforço no conhecimento e na base científica por meio da vigilância e da investigação de infecções e RM;
2. Redução da incidência de infecções com medidas eficazes de prevenção e controle em serviços de saúde;
3. Promoção do uso racional dos medicamentos antimicrobianos nos serviços de saúde (ANVISA, 2017).

Estas ações devem abranger todos os serviços de saúde, incluindo os serviços de APS.

## **5. Prevenção de Queda**

As quedas estão entre os principais eventos adversos a serem prevenidos em instituições de saúde (BRASIL, 2017). Estudos apontam que a incidência de quedas em ambiente hospitalar pode variar de 1,37 à 12,6 para cada 1.000 pacientes/dia (ABREU et al, 2015) .

Pesquisas demonstraram que quedas produzem danos aos pacientes em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos e até mesmo óbito (BRASIL, 2013).

Dados apresentados no Relatório nacional de incidentes relacionados à assistência à saúde apontaram que no período de março de 2014 a maio de 2018, do total de incidentes notificados (205.290), cerca de 11,3% (23.298) corresponderam a queda do paciente, ocupando a terceira posição dentre os incidentes mais frequentes.

Quanto a caracterização do tipo de queda tivemos queda por perda de equilíbrio, referente a 40% dos casos (9.390), seguido de escorregar, 27,8% (6.492) como as principais causas da ocorrência de queda em pacientes (ANVISA, 2018).

Por definição, entende-se queda como:

O deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade, resultando ou não em dano. Essas lesões podem ocasionar limitações e incapacidades temporárias ou permanentes (BRASIL, 2013).

Além dos danos físicos, quedas de pacientes contribuem para aumentar os custos assistenciais desnecessários pelo aumento do tempo de permanência hospitalar, intervenções, tratamentos e exames para reduzir os possíveis danos causados aos pacientes, além de gerar ansiedade na equipe de saúde e produzir repercussões na credibilidade da instituição.

Geralmente a queda de pacientes em serviços de saúde está associada a fatores que podem ser intrínsecos, relacionados ao próprio paciente, no qual destaca-se: idade avançada (pessoas com 65 ou mais anos apresentam maior risco de queda), redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural, ou fatores extrínsecos, relacionado à falta de segurança no ambiente, como piso escorregadio, pouca iluminação e falta de barras de apoio.

A adoção de medidas preventivas, por meio de protocolos assistenciais, assim como programas de educação continuada para a equipe e para os pacientes e acompanhantes são consideradas estratégias efetivas para a redução dos índices de quedas nos serviços de saúde. (ANVISA, 2017). O documento Segurança do Paciente no Domicílio, lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2016, elenca alguns pontos a serem observados pelos serviços de saúde no que se refere ao ambiente visando à prevenção de quedas:

- Avaliar o risco de quedas;
- Envolver os pacientes, acompanhantes e cuidadores no processo de prevenção de quedas;
- Sinalizar em prontuário os usuários com risco alto e moderado de queda, facilitando a abordagem preventiva multiprofissional;

- Evitar superfícies escorregadias e molhadas;
- Estimular o uso de corrimão ou dispositivos auxiliares de marcha, sempre que necessários;
- Utilizar protetores nas macas e barras de apoio no banheiro e locais de circulação frequente;
- Manter os ambientes bem iluminados e livres para circulação;
- Atentar-se para o uso de múltiplos fármacos e dos efeitos colaterais que eles possam produzir, resultando em perda do equilíbrio;
- Evitar pisos desnivelados;
- Orientar o uso de calçados fixos aos pés e com solados antiderrapantes.

### **5.1 Queda em Idosos**

A população brasileira está envelhecendo. Em 2017 superamos a marca dos 30,2 milhões de pessoas idosas (IBGE, 2018). Os estados do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul são as unidades da federação com maior proporção de idosos, ambas com 18,6% de suas populações dentro do grupo de pessoas com 60 anos ou mais, o que corresponde a 5,6 milhões de idosos (IBGE, 2018) .

Existem algumas constatações que devem ser levadas em consideração quando se fala em idoso e queda, uma delas é que os idosos caem mais em seu próprio lar do que na rua ou em outros ambientes (FERRETTI, LUNARDI, BRUSCHI, 2013). Mais de 70% das quedas ocorrem no interior da residência, sendo que as pessoas que vivem sozinhas apresentam maior risco (SOUZA et al., 2017).

As quedas podem ter sérias consequências físicas e psicológicas, incluindo lesões, hospitalizações, perturbação da mobilidade, medo de cair novamente, restrição da atividade, declínio funcional, institucionalização e até mesmo a morte. Atualmente, as fraturas decorrentes de quedas são responsáveis por aproximadamente 70% das mortes acidentais em pessoas acima de 75 anos. Idosos apresentam dez vezes mais hospitalizações e oito vezes mais mortes consequentes de quedas (FERRETTI, LUNARDI, BRUSCHI, 2013).

O Ministério da Saúde, desde 2006, já demonstrando preocupação com o envelhecimento da população brasileira, estabeleceu um compromisso entre gestores da

saúde pública em relação a algumas prioridades sanitárias. Foram lançados três programas de ação integrada e articulada: Pacto pela vida, Pacto pela Defesa do SUS e Pacto pela Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida, em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528 de 19/10/2006), propôs estratégias visando atingir a meta pactuada de redução das internações em pessoas idosas por fratura de fêmur, intervindo nos fatores de risco que levam os idosos a cair nos domicílios, principalmente, os idosos classificados como frágeis (BRASIL, 2006). Dentre as ações propostas, temos:

- Estimular intervenções multidisciplinares que englobem os fatores intrínsecos e extrínsecos;
- Promover e estimular atividades educacionais dirigidas aos idosos e sua rede de suporte social, em relação à promoção de saúde,
- Fomentar a implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa por meio de ações que garantam a sua apresentação no ato do atendimento na Rede Pública de Saúde.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde. O instrumento foi proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, devendo ser usado tanto pelas equipes de saúde da AP, quanto pelos idosos, por seus familiares e cuidadores (BRASIL, 2014)

Para os profissionais de saúde possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa representa um importante instrumento de fortalecimento da Atenção Primária (BRASIL, 2006).

## **6. Prevenção de Lesão por Pressão**

Os incidentes relacionados à assistência à saúde, especialmente os eventos adversos (EA) constituem um problema de saúde pública, necessitando de respostas

efetivas e imediatas para sua redução. Em especial, a lesão por pressão (LPP) se configura o terceiro tipo de evento mais frequentemente notificado pelos NSP dos serviços de saúde do país correspondendo a 18% do total de incidentes notificados ao SNVS no período de março de 2014 a maio de 2018 conforme dados publicados no Relatório nacional de incidentes relacionados à assistência à saúde.

O Relatório nacional de incidentes relacionados à assistência à saúde aponta que cerca 73,7% de 3.979 *never events* notificados no mesmo período correspondem a lesão por pressão estágio 3 e 1.108 (20,5%), resultantes de lesão por pressão estágio 4 e ainda, traz registro de óbito devido a lesão por pressão.

O Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão, publicado pelo Ministério da Saúde, assinala que as taxas de incidência e prevalência na literatura apresentam variações que se devem às características dos pacientes e ao nível de cuidado, diferenciando-se em cuidados de longa permanência, cuidados agudos e atenção domiciliar:

- Cuidados de longa permanência: as taxas de prevalência variam entre 2,3% a 28% e as taxas de incidência entre 2,2 % a 23,9%;
- Cuidados agudos: as taxas de a prevalência estão em torno de 10 a 18% e de incidência variam entre 0,4% a 38%;
- Atenção Domiciliar: as taxas de prevalência variam entre 0% e 29% e as de incidência variam entre 0% e 17%.

Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a LPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis (BRASIL, 2013).

A lesão por pressão tem sido concebida como um evento que possui uma natureza multicausal relacionada às condições clínicas, nutricionais e sociodemográficas dos pacientes. Por isso, além do atendimento dispensado pela equipe de saúde existem vários fatores que interferem na sua ocorrência, como as condições do paciente quanto ao seu estado nutricional prévio, restrições da mobilidade e comorbidades (ANVISA, 2017).

As lesões por pressão são consideradas evitáveis em muitos casos por meio da adoção de medidas de prevenção. O Protocolo do Ministério da Saúde orienta que as medidas para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários. As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver lesão por pressão, encontrando-se em ambiente hospitalar, em cuidados continuados, em lares, independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados de saúde.

O Manual Multidisciplinar Segurança para Todos! da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2016) recomenda que na avaliação de riscos da pele para o desenvolvimento de LPP deve-se:

- Considerar todo paciente acamado ou em cadeira de rodas;
- Pacientes com trauma raquimedular;
- Sistematizar fatores de risco individuais;
- Identificar fator de risco e direcionar tratamento preventivo;
- Modificar cuidados conforme fatores individuais.

As seguintes medidas são recomendadas no documento Segurança do Paciente no Domicílio (BRASIL, 2016):

- Realizar avaliação inicial para identificação de risco de lesões;
- Realizar reavaliação periódica de risco de desenvolvimento de lesões por pressão de todos os pacientes acompanhados pelo Serviço de Atenção Domiciliar;
- Sinalizar em prontuário os usuários com risco alto e moderado de desenvolvimento de lesões por pressão. Isso facilita a abordagem preventiva multiprofissional;
- Adotar medidas de higiene e hidratação da pele;
- Atentar à nutrição e à hidratação corporal;
- Em casos de risco nutricional, orientar e providenciar os recursos disponíveis na rede de saúde ou por meio de articulações intersetoriais;

- Orientar a mudança de decúbito no máximo a cada duas horas, para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo;
- Utilizar superfícies de redistribuição de pressão;
- Evitar movimentos que levem à fricção da pele;
- A realização de massagens em proeminências ósseas e áreas com hiperemia é desaconselhada;
- Evitar posicionar o paciente sobre cateteres, drenos e com proeminências ósseas em contato direto entre si;
- Manter lençóis e roupas de cama bem esticados e sem dobras;
- Criar estratégias que estimulem o paciente a movimentar-se na cama, sempre que possível;
- Estimular e orientar a realização de higiene íntima logo após diurese e evacuação.

## **7. Uso Seguro de Medicamentos na Atenção Primária (prescrição, uso e administração de medicamentos)**

Em 2017, reconhecendo o alto risco de danos associados ao uso de medicamentos, a OMS lançou o terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente com o tema “Medicação sem Danos” (“Medication Without Harm”) tendo como meta a redução de 50% dos danos graves e evitáveis relacionados a medicamentos, ao longo do período de cinco anos, a partir do desenvolvimento de sistemas de saúde mais seguros e eficientes em cada etapa do processo de medicação: prescrição, distribuição, administração, monitoramento e utilização. Para que isso seja possível é necessário estabelecer maneiras de melhorar a forma como os medicamentos são prescritos, distribuídos e utilizados e aumentar a conscientização entre os pacientes sobre os riscos associados ao uso indevido de medicações (WHO, 2017).

Segundo a OMS mais de 50% dos medicamentos são inadequadamente prescritos ou dispensados em todo o mundo, e cerca de 50% dos pacientes que os

utilizam o fazem incorretamente, levando a alto índice de morbimortalidade. Acrescenta-se que o uso inadequado de medicamentos se relaciona ao uso de múltiplos fármacos, ao uso inapropriado de antibióticos e de medicamentos injetáveis, à automedicação e à prescrição em desacordo com diretrizes clínicas. Prevenir erros relacionados ao uso de medicamentos, além de salvar vidas, evita uma enorme e desnecessária pressão sobre os orçamentos de saúde. Segundo dados da OMS, mundialmente, o custo associado aos erros de medicação é estimado em US\$ 42 bilhões por ano ou quase 1% do total das despesas de saúde globais.

A Portaria MS nº 2.095 de 24/09/2013 aprovou o Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, com a finalidade de promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde. O protocolo deve ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas (BRASIL, 2013c).

Os medicamentos têm assumido um papel importante na redução do sofrimento humano. Produzem curas, prolongando a vida e retardando o surgimento de complicações associadas às doenças, facilitando o convívio entre o indivíduo e sua enfermidade. Ademais, os medicamentos são considerados tecnologias altamente custo-efetivas e seu uso apropriado pode influenciar o processo de cuidado em saúde. (ROZENFELD, 2008). O acesso a medicamentos de qualidade e a promoção do seu uso correto e oportuno contribuem para uma resolutiva Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2011).

A ênfase, nos anos mais recentes, tem se reorientado para além da disponibilidade, abrangendo o campo mais amplo da qualificação do uso dos medicamentos. Tal abordagem inclui estratégias para que os pacientes recebam os medicamentos certos, no momento certo, que sejam utilizados da forma adequada, e que se beneficiem deles. Para tanto, os serviços de saúde necessitam desenvolver as atividades e empregar sua capacidade e recursos existentes para promover soluções sustentáveis que melhorem os resultados dos pacientes, o que inclui a organização e qualificação dos serviços de dispensação de medicamentos como ação fundamental (WHO, 2012).

### **7.1. Prescrição de medicamentos**

A prescrição de medicamentos é um instrumento de comunicação entre médico/paciente e médico/ profissionais de saúde, devendo conter as informações necessárias para sua correta aplicação. A Lei 5.991/1973 estabelece requisitos para sua elaboração como: nome genérico do medicamento, posologia, forma farmacêutica, duração do tratamento, quantidade, identificação do prescritor, assinatura e data (BRASIL, 2017).

A caligrafia ilegível e a existência de informações incompletas são fatores que favorecem os erros de medicação, conforme evidenciado pela literatura nacional e internacional. Estudos realizados em hospitais universitários brasileiros identificaram problemas relativos a prescrições, como estarem ilegíveis e incompletas. Em um estudo, 34,7% das prescrições médicas analisadas estavam ilegíveis e 94,9% incompletas (BRASIL, 2017).

A adequada prescrição de medicamentos tem um importante papel na prevenção de erros. Podem contribuir para erros de medicação fatores como: prescrições ambíguas, ilegíveis ou incompletas; falta de padronização da nomenclatura de medicamentos prescritos (nome comercial x genérico); uso de abreviaturas, e presença de rasuras. Caso enfermeiros e outros profissionais da saúde não sejam capazes de ler corretamente as prescrições, erros podem ocorrer na dispensação, distribuição, preparo e administração de medicamentos (BRASIL, 2017).

A Resolução CFM nº 1.601/2000 em seu artigo 39 determina que as receitas médicas sejam escritas por extenso e de forma legível (CFM, 2000). Além disso, o Código de Ética Médica em seu terceiro capítulo, que trata da responsabilidade profissional, proíbe o médico de receitar de forma secreta ou ilegível (CFM, 2009).

### **7.2. Dispensação de medicamentos**

Pesquisas e documentos sugerem que a complexidade dos atos da prática farmacêutica, em relação ao que o serviço de dispensação pode oferecer especialmente no que se refere à provisão de serviços mais orientados aos usuários, pode estar limitada pelas condições de trabalho, infraestrutura e gestão dos serviços (WHO, 2017), o que pode propiciar erros de dispensação (JAMES, 2009).

A orientação aos usuários quanto aos cuidados relativos ao uso de medicamentos e a promoção da adesão ao esquema terapêutico prescrito devem ser diretrizes de um serviço de dispensação, na busca por melhores resultados da terapêutica e por redução de riscos (ANGONESI, 2008).

A dispensação de medicamentos em condições que dispersam a atenção do profissional (desorganização, barulho, conversas paralelas), em trabalho sob pressão (sobrecarga de trabalho, fila de pacientes) e em espaços restritos (locais pequenos, mal organizados, sem estrutura para diálogos individuais) pode contribuir para a ocorrência de erros de dispensação (NORDÉN-HÄGG, 2010).

Estudo realizado por Araújo & Freitas (2016) identificou que as farmácias das UBS ocupam, em geral, um espaço de cerca de 20 m<sup>2</sup>, estruturadas como local de armazenamento, sendo a dispensação realizada por uma abertura na divisória que separa o ambiente da farmácia daquele destinado ao usuário. Os autores destacaram que essas características independiam da estrutura da unidade da UBS ser antiga, nova ou reformada (ARAÚJO, FREITAS, 2016).

Reforçando a importância da estruturação da assistência farmacêutica o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde assinaram em janeiro de 2008 uma Nota Técnica Conjunta, que trata da qualificação da assistência farmacêutica, sinalizando que o acesso, no contexto do uso racional e seguro, não pode estar restrito ao medicamento, devendo ocorrer por meio da oferta de serviços farmacêuticos qualificados (BRASIL, 2009).

A estrutura física de um serviço também afeta diretamente as condições de trabalho dos profissionais e influencia a saúde e as práticas de saúde exercidas. Maciel et al (2015) ressaltam que problemas na organização do trabalho e nas condições físicas das UBS levam o trabalhador a uma adaptação forçada, sendo o excesso de demanda um dos principais fatores que comprometem a qualidade do atendimento prestado.

O Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo lançou em 2017 o Manual de Orientação ao Farmacêutico, onde orienta ao farmacêutico algumas atividades consideradas importantes para as boas práticas na dispensação de medicamentos (CRF, 2017).

O uso racional de medicamentos é o principal objetivo da dispensação, por isso, é importante orientar os pacientes com informações claras e objetivas sobre o uso e armazenamento adequados dos medicamentos, os perigos da automedicação e o abandono do tratamento (LYRA JUNIOR; MARQUES, 2012).

A atenção deve ser redobrada quando se tratam de pacientes idosos, crianças, gestantes e lactantes. Para o uso correto, seguro e racional de medicamentos é necessário dar ênfase à dosagem, possíveis interações (com medicamentos e/ou com alimentos), reações adversas potenciais e condições de conservação dos medicamentos. A dispensação de medicamentos é uma atividade estratégica por ser uma das últimas oportunidades de identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapia medicamentosa (CRF, 2017).

### **7.3. Administração de medicamentos**

O preparo e a administração de medicamentos, considerados uma das mais importantes atividades atribuídas à equipe de enfermagem, consistem na etapa final do processo de medicação, posteriormente aos processos de prescrição e de dispensação do medicamento pela farmácia. Estes procedimentos demandam conhecimentos complexos e percebe-se a existência frequente de dúvidas sobre a realização correta dessas atividades (BRASIL, 2017).

Há diferentes tipos de erros de preparo e de administração de medicamentos, dentre os quais podemos citar: medicamento incorretamente formulado ou manipulado antes da administração (reconstituição ou diluição incorreta, associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis); armazenamento inadequado do medicamento; falha na técnica de assepsia; identificação incorreta do fármaco e escolha inapropriada dos acessórios de infusão; administração do medicamento por via diferente da prescrita, administração do medicamento em local errado, administração do medicamento em velocidade de infusão incorreta e associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis, dentre outros (BRASIL, 2017).

Diversos fatores contribuem para os erros de administração de medicamentos como: escassez de profissionais; armazenamento de medicamentos semelhantes no mesmo lugar; ambiente não apropriado para o preparo das doses (BRASIL, 2017).

Para evitar que os erros de preparo e de administração de medicamentos ocorram é imprescindível que haja uma visão ampliada do sistema de medicação e de cada um dos seus processos por parte dos profissionais da equipe de enfermagem, contribuindo para que a terapêutica medicamentosa seja cumprida de maneira eficiente e responsável.

A terapêutica medicamentosa envolve vários profissionais da área da saúde, mas destaca-se a enfermagem, que além de promover o cuidado tem papel fundamental nas diversas etapas deste processo de terapêutica, portanto, para garantir a segurança do paciente, é necessário que os profissionais de enfermagem coloquem em prática o aprendizado com relação aos nove certos para administração de medicamentos.

Recente artigo identifica nove certos para administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa (MALCOLM E, YISI L., 2010).

Os nove certos não garantem que os erros de administração não ocorrerão, mas segui-los pode prevenir significativa parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos. (BRASIL, 2013).

#### **7.4. Erros relacionados aos medicamentos**

Medicamentos potencialmente perigosos são aqueles que apresentam risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de sua utilização (ISMP, 2012). Os erros que ocorrem com esses medicamentos podem não ser os mais frequentes, porém, suas consequências tendem a ser mais graves, levando a lesões permanentes ou à morte (COHEN, 2006). Por isso, diversas organizações dedicadas à segurança do paciente no mundo, recomendam aos profissionais de saúde que conheçam os riscos associados a esses medicamentos e implantem estratégias para a prevenção de erros (ISMP, 2012).

As recomendações para prevenção de erros de medicação envolvendo medicamentos potencialmente perigosos são baseadas em três princípios:

- Reduzir a possibilidade de ocorrência de erros;
- Tornar os erros visíveis e;
- Minimizar as consequências dos erros.

Tais princípios orientam o desenvolvimento de estratégias para redução de erros envolvendo esses medicamentos, que devem estar fundamentadas na simplificação e padronização de procedimentos (COHEN, 2006).

As ações para reduzir o risco de erros relacionados aos medicamentos potencialmente perigosos envolvem:

- Padronização dos procedimentos para sua prescrição, armazenamento, preparo e administração;
- Restrição ao acesso;
- Melhorias na qualidade e na acessibilidade à informação sobre esses medicamentos e,
- Uso de rótulos auxiliares e alertas automáticos. A adoção de dupla checagem independente, manual ou automatizada, também deve ser utilizada sempre que possível, ressaltando que sua aplicação manual nem sempre é a estratégia mais adequada para redução dos erros e pode não ser exequível para todos os medicamentos da lista, particularmente aqueles de elevado consumo (ISMP, 2013).

Vários são os fatores que contribuem para a ocorrência de erros de medicação em nível ambulatorial, podendo ser destacados: a falta de conhecimento, por parte do paciente, de suas patologias e dos medicamentos que utiliza; falta de informação por parte da equipe de saúde sobre o paciente; monitoramento inadequado do paciente; semelhança entre as embalagens dos medicamentos; dificuldade de entendimento da prescrição médica; confusão entre nome comercial (escrito na prescrição) e genérico (escrito na embalagem do medicamento), e não adesão ao tratamento (ISMP, 2012).

Dessa forma, considerando o fato de o paciente (ou seu cuidador) ser o responsável pelo próprio tratamento medicamentoso, a integração do paciente com os profissionais de saúde que o assistiram na instituição de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de enfermagem e de farmácia) é fundamental para a redução desses eventos adversos (ISMP, 2013).

Também é necessário informar ao paciente, de forma clara e objetiva, sobre o motivo e a forma de utilização dos medicamentos e duração do tratamento, certificando-se sobre a perfeita compreensão e salientando a importância da adesão à terapia. O estabelecimento dessa relação de corresponsabilidade com o paciente é muito

importante para evitar erros e garantir o sucesso terapêutico. Além disso, é essencial que a prescrição médica seja elaborada de forma legível, com as informações necessárias, sem abreviaturas, evitando interpretação errônea por parte do paciente (ISMP, 2013).

Erros com medicamentos de uso ambulatorial também estão frequentemente associados a semelhanças entre os nomes dos fármacos. Por essa razão, o ISMP recomenda a afixação de etiquetas com letras maiúsculas nos medicamentos dispensados aos pacientes ambulatoriais destacando a diferença entre nomes parecidos (Ex.: LAMIVudina e ZIDOVudina) para facilitar a distinção entre nomes de medicamentos semelhantes e diminuir a possibilidade de erros (ISMP, 2011).

Estudos sobre polifarmácia no âmbito da atenção primária, incluindo população geral, são escassos. O envelhecimento populacional deve ser considerado pelos profissionais de saúde, assim como as evidências sobre a relação entre aumento da idade e número de medicamentos prescritos. Nesse sentido, o uso exacerbado de múltiplos fármacos deve ser evitado. A polifarmácia, definida como o uso de cinco ou mais medicamentos, tem sido associada a desfechos negativos em saúde, ao aumento da morbimortalidade, à redução da qualidade de vida dos indivíduos, em especial de idosos, e ao aumento dos custos da atenção (NASCIMENTO, 2017).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) criado em 1973, tem como missão organizar a Política Nacional de Vacinação, contribuindo para o controle, a eliminação e/ou erradicação de doenças imunopreveníveis. A concretização dessa missão depende dos processos logísticos relacionados com a conservação dos medicamentos imunobiológicos disponibilizados pelo PNI. As Centrais de Rede de Frio – CRF são as estruturas físicas que proporcionam efetivamente as condições adequadas à manutenção da Cadeia de Frio, têm foco na segurança e na qualidade dos processos de armazenamento, distribuição e transporte (BRASIL, 2013).

A cadeia de frio é o processo logístico da Rede de Frio para conservação dos imunobiológicos, desde o laboratório produtor até o usuário, incluindo as etapas de recebimento, armazenamento, distribuição e transporte, de forma oportuna e eficiente, assegurando a preservação de suas características originais. Considerando a segurança do paciente e a efetividade do cuidado, devem ser implementadas ações voltadas para a melhoria do processo de armazenamento e dispensação de medicamentos e vacinas.

## 8. Transição do cuidado

Transição de cuidado é parte integrante da jornada de um paciente em todo o sistema de saúde. As transições de cuidados referem-se aos vários pontos em que um paciente se desloca ou retorna, seja de um local físico específico ou o contato com um profissional de saúde para receber cuidados de saúde. Isso inclui transições entre a residência, o hospital, cuidados domiciliares e consultas com diferentes prestadores de cuidados de saúde em instalações para pacientes externos. A gestão eficaz das transições da APS para a assistência hospitalar e do hospital para a APS é essencial. As transições entre hospitais e ambientes de APS são reconhecidas como cenários de alto risco para a segurança do paciente (WHO, 2016a).

As principais áreas de melhoria na transição do cuidado incluem um foco maior nas necessidades dos pacientes e suas famílias e cuidadores, melhor comunicação com os pacientes e entre os prestadores de cuidados de saúde em todos os ambientes, a necessidade de reconhecimento da transição do cuidado como um componente integral da coordenação do cuidado. Os impactos de problemas identificados nas interfaces de APS descritos na literatura científica incluem:

- Aumento da mortalidade;
- Aumento da morbidade (lesão temporária ou permanente ou incapacidade);
- Aumento de eventos adversos;
- Atrasos no recebimento de tratamento adequado e apoio da comunidade;
- Atendimentos adicionais na APS ou em serviços de emergência;
- Exames complementares adicionais ou em duplicidades perdidos no acompanhamento do paciente;
- Readmissões hospitalares evitáveis;
- Dor e sofrimento emocional e físico para usuários de serviços, cuidadores e familiares;
- Insatisfação do paciente e provedor com a coordenação do cuidado (WHO, 2016a).

Questões semelhantes podem surgir durante as transições entre a atenção primária e outros níveis da rede de atenção à saúde. As transições de um ambiente de cuidado para outro são frequentemente acompanhadas por mudanças no estado de

saúde. Pacientes transferidos entre os serviços de saúde podem ter um novo diagnóstico, um novo tratamento ou uma mudança no status funcional.

As pessoas idosas com problemas de saúde complexos têm maior probabilidade de passar por várias transições de cuidados e estão submetidas a um maior risco de ocorrência de eventos adversos e incidentes de segurança.

A jornada do paciente através da rede de serviços de saúde pode envolver uma série de interfaces entre APS e atenção hospitalar. O fator constante nessas transições é o paciente, seus familiares ou cuidadores. As transições de cuidados são parte integrante do atendimento ao paciente e requerem recursos para garantir a transição e a coordenação dos cuidados eficazes.

Não há solução fácil para fornecer transições de cuidados mais seguros. Algumas intervenções podem contribuir para aumentar a segurança na transição do cuidado, como:

- Padronizar a documentação e informações que devem ser incluídas nos documentos de encaminhamento e de alta;
- Registrar adequadamente informações no prontuário dos pacientes;
- Planejar alta de acordo com critérios e procedimentos definidos;
- Buscar a melhoria da qualidade e pontualidade da documentação de alta;
- Implementar práticas eficazes de reconciliação de medicação;
- Conduzir acompanhamento oportuno e apropriado de pacientes, incluindo telefonemas e visitas domiciliares;
- Transportar de maneira segura o paciente, com condições de assistência durante o trânsito por profissional de saúde;
- Estabelecer linha direta da APS com serviços de emergência;
- Conhecer a rede assistencial, os serviços de referência, visando a longitudinalidade do cuidado e uma melhor articulação entre a APS e a Média e Alta Complexidade;
- Atribuir coordenadores de cuidados ou gestores de casos a pacientes com necessidades complexas;
- Aumentar o envolvimento de médicos da APS na coordenação do cuidado;
- Educar e apoiar pacientes, familiares e cuidadores (WHO, 2016a).

A necessidade de transferir um paciente deve ser determinada pelo estado de saúde do paciente, porém em muitas ocasiões a transferência não é viável. Questões como superlotação hospitalar, falta de serviços apropriados na comunidade e pressões econômicas determinam quando e para onde os pacientes são transferidos. A condição de saúde do paciente, potencial para reabilitação, capacidade de tomada de decisão e sistemas de apoio social devem ser levados em consideração.

Um dos objetivos de um serviço de APS deve ser evitar transições de cuidado desnecessárias ou inapropriadas. Por outro lado, é necessário que a transferência de cuidado seja realizada sempre que houver esgotamento da capacidade de resolubilidade na APS. Alguns protocolos de estratificação de riscos estão disponíveis e sua utilização deve ser estimulada. Os pacientes que tenham necessidade de uma avaliação especializada devem ser identificados e encaminhados de maneira segura.

Outros fatores, além dos determinantes clínicos, podem afetar as transições de cuidados, como:

- Estado cognitivo do paciente;
- Nível de atividade do paciente e status funcional;
- Adequação da residência do paciente (por exemplo, limpeza, existência de escadas, localização);
- Disponibilidade de apoio de cuidadores e familiares;
- Capacidade de obter medicamentos, cuidados de saúde e serviços sociais;
- Disponibilidade de transporte adequado.

A transição de cuidados é um conjunto complexo de processos. O risco de erros deve ser reduzido e medidas devem ser implementadas com o objetivo de mitigar o impacto das falhas, como:

- Promover o cumprimento das diretrizes nacionais e locais;
- Padronizar a terminologia usada entre os prestadores de cuidados de saúde e as configurações de cuidados;
- Padronizar os instrumentos de informações utilizados na transição do cuidado (por exemplo, resumos de alta e sua entrega, independentemente de onde foram gerados ou quem os receberá);

- Utilizar sistemas de rastreamento para testes diagnósticos e para acompanhamento, encaminhamentos e consultas;
- Implementar estratégias para melhorar a comunicação entre pacientes e prestadores de cuidados e entre organizações;
- Fornecer listas de verificação e instruções escritas sobre a transição para os pacientes, familiares e cuidadores;
- Utilizar terminologia padronizada acordada entre cuidados primários e secundários.
- Utilizar listas de verificação simples (WHO, 2016a).

## 9. Erros de diagnóstico

O diagnóstico correto e oportuno depende de muitos fatores, incluindo o conhecimento, a experiência e a habilidade dos provedores de cuidados na APS e os recursos disponíveis para eles.

O diagnóstico é uma área de alto risco para erros na APS. Os profissionais de saúde da APS veem um número elevado de pessoas e as suas condições muitas vezes são difíceis de diagnosticar. Os profissionais podem ter experiência limitada com doenças incomuns e acesso variável a testes diagnósticos (WHO, 2016c).

Erros de diagnóstico podem ocorrer em qualquer ponto do cuidado, como: avaliação, realização e interpretação de testes de diagnóstico; acompanhamento e rastreamento de informações diagnósticas; comunicação do diagnóstico ou coordenação do cuidado; comportamento, adesão e engajamento do paciente.

Os erros de diagnóstico são uma falha em fornecer uma explicação precisa e oportuna dos problemas de saúde do paciente ou comunicar essa explicação ao paciente. São consideradas oportunidades perdidas de fazer um diagnóstico correto ou oportuno com base nas evidências disponíveis. Um erro de diagnóstico surge quando um diagnóstico é perdido, está inadequado ou errado. Os erros de diagnóstico são relativamente comuns na APS e a maioria das pessoas provavelmente terá um erro de diagnóstico ao longo da vida.

Estudo realizado em um país de alta renda identificou que aproximadamente 5% dos adultos apresentavam erros de diagnóstico em ambientes ambulatoriais a cada ano. Mais da metade desses erros tinha o potencial de causar danos graves. Os pesquisadores sugeriram que o cálculo foi subestimado e que a taxa de erros de diagnóstico em países de baixa renda pode ser muito maior (WHO, 2016c).

A extensão dos erros de diagnóstico relacionados a crianças é desconhecida. No entanto, uma pesquisa com médicos de crianças em um país de alta renda constatou que mais da metade relatou ter cometido um erro de diagnóstico pelo menos uma ou duas vezes por mês e reconheceu ter cometido erros prejudiciais pelo menos uma ou duas vezes por ano (WHO, 2016c).

Intervenções para reduzir erros de diagnóstico têm se concentrado em melhorar o conhecimento e as habilidades dos profissionais de saúde, assim como em questões do sistema, como comunicação, manutenção de registros constando tratamentos e agravos prévios/atuais, e processos de regulação de testes diagnósticos.

No entanto, as evidências sobre a eficácia de abordagens para reduzir erros de diagnóstico são limitadas, mas alguns estudos já apresentam evidências suficientes quanto à efetividade na implementação de “Sistemas de respostas rápidas” como “Práticas de Segurança do Paciente Recomendadas” (SHEKELLE, 2013). Neste aspecto, os processos de regulação de exames complementares, dentre eles as análises laboratoriais e testes diagnósticos têm no tempo de resposta um aspecto crítico. Sob a ótica da segurança do paciente, as informações emitidas pelo laboratório devem estar alinhadas em um protocolo da Unidade de Saúde, de maneira a permitir em condições específicas, relatar ao médico solicitante, ou a outras pessoas responsáveis pelo paciente, os resultados críticos de testes e procedimentos de diagnóstico em tempo hábil para que o paciente possa ser prontamente tratado. Assim, já devem estar previamente definidos:

- Os limites de risco, valores críticos ou de alerta das análises.
- O fluxo da informação, identificando previamente os funcionários responsáveis pela comunicação destes resultados, bem como estar disponível no cadastro do paciente, a identificação do médico assistente para quem a informação será transmitida.

- O monitoramento e controle de comunicação dos resultados que necessitam de tomada imediata de decisão.
- O período de tempo aceitável entre a disponibilidade e a comunicação de resultados críticos de testes e procedimentos de diagnóstico.
- Monitoramento do sistema, considerando a utilização de registros rastreáveis.

Há uma série de riscos envolvidos na atividade laboratorial que podem afetar diretamente a eficácia do diagnóstico, do tratamento, da qualidade de vida e até colocar em risco a própria sobrevivência do paciente. Segundo Shcolnik (2012), os incidentes não são raros, conduzindo a eventos adversos que seriam facilmente evitáveis.

As proporções de eventos adversos relatados e os impactos clínicos variaram, levando a consequências descritas como: desde nenhuma influência na assistência, até danos decorrentes da flebotomia, recoleta de amostras, repetições de exames, atrasos na liberação de resultados de exames, influência no diagnóstico e/ou tratamentos impróprios e/ou desnecessários, realização de investigação adicional desnecessária, internação em unidade de terapia intensiva e óbitos (SHCOLNIK, 2012).

Na área do diagnóstico complementar, faz-se necessário destacar a diferença entre as definições de “erro e violação”. Os “erros” são definidos como não intencionais e segundo a OMS é a “falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano”, enquanto que as violações são frequentemente intencionais, embora raramente maliciosas, e podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos. A “violação” corresponde a um desvio deliberado de um procedimento operacional padrão ou de uma regra estabelecida. Tanto os erros como as violações contribuem para elevar o risco, mesmo que um incidente não ocorra (WHO, 2011; SHCOLNIK, 2012).

A segurança do paciente como uma das dimensões da qualidade do atendimento assistencial à saúde envolve dentre outros aspectos, a adoção das Boas Práticas da Atividade Laboratorial, incorporada nos regulamentos sanitários desde 1998 no Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ, 1998) e a nível nacional desde 2005 (ANVISA, 2005). Assim, para o funcionamento de Laboratórios Clínicos e Postos de Coleta existem regras estabelecidas em um plano regulatório específico para a atividade. Neste contexto, eventos adversos decorrente de práticas laboratoriais inadequadas poderiam ser classificados como erros não intencionais desde que o laboratório evidencie que as

regras básicas das boas práticas em laboratórios clínicos são adotadas rotineiramente. Neste caso frente a uma ocorrência de incidente, medidas devem ser adotadas visando à prevenção de novos incidentes semelhantes. Desde que adotadas as Boas Práticas em Laboratórios Clínicos, pode-se considerar como incidentes os seguintes erros: falhas no processamento de amostras biológicas; cadastro do paciente incompleto ou errado; falhas na identificação do paciente; falhas na orientação do paciente; falhas no preparo das amostras para o transporte; erros na coleta de sangue; transporte irregular de amostras biológicas; troca ou perdas de amostras; falhas na execução do exame; perda ou atrasos na liberação de resultados; laudos de resultados incompletos (OLIVEIRA, 2009).

Assim, é importante envolver o cidadão, gestores, administradores e profissionais da saúde no reconhecimento de alguns aspectos não técnicos das práticas laboratoriais (Quadro 1), que sinalizam que o Laboratório ou Posto de Coleta atende os regulamentos sanitários de boas práticas da atividade, contribuindo para a segurança do paciente.

**Quadro 1 - Boas Práticas para Laboratórios Clínicos, Laboratórios de Anatomia Patológica e Postos de Coleta (ANVISA, 2005)**

Item de verificação	Descrição
Certificado de Responsabilidade Técnica disponível	Devem possuir Responsáveis Técnicos registrados em Conselho Profissional (Farmácia, Medicina, Biologia) laboratórios ou postos de coleta próprios ou terceirizados em qualquer nível de administração pública ou iniciativa particular.
Licença Sanitária disponível	Os laboratórios terceirizados da iniciativa particular devem obrigatoriamente possuir licença (ou alvará) de funcionamento, mesmo que atendam à esfera pública.
Comprovante de atendimento	O laboratório deve fornecer ao paciente ambulatorial ou ao seu responsável um comprovante de atendimento com: número de registro, nome do paciente, data do atendimento, data prevista de entrega do laudo, relação de exames solicitados e dados para contato com o laboratório. Deve ser definido previamente os prazos de entrega de resultados para cada um de seus exames.
Laudos com resultados das análises	Os laudos liberados pelo laboratório devem estar legíveis e em língua portuguesa, contendo a identificação do laboratório com seu endereço e telefone; identificação do Responsável Técnico (RT) e seu nº de registro no respectivo conselho de classe profissional; identificação do profissional que liberou o exame e seu nº de registro; nº de registro do Laboratório Clínico no respectivo conselho de classe profissional; nº da licença sanitária; nome e registro de identificação do paciente; data da coleta da amostra; data de emissão do laudo; nome do exame, tipo de amostra e método analítico; resultado do exame e unidade de medição; valores de referência, dados para interpretação.
Atrasos na liberação de resultados	O laboratório deve ter uma sistemática para notificar o paciente ou o responsável, quando houver atrasos na liberação de resultados.
Situações de urgência	O laboratório e o Posto de Coleta devem definir mecanismos que possibilitem a agilização da liberação dos resultados em situações de urgência.
Resultados com valores críticos	O laboratório e o Posto de Coleta devem definir limites de risco, valores críticos ou de alerta, para os exames com resultado que necessitam de tomada imediata de decisão.  E definir o fluxo de comunicação do resultado ao médico, responsável ou paciente, quando houver necessidade de decisão imediata.

No Brasil, a utilização de uma segunda opinião presencial, como a prática do apoio matricial, ou à distância (Telessaúde), constitui uma importante prática para qualificar o diagnóstico. A APS por seus atributos de longitudinalidade, de vínculo, de competência cultural e de abordagem familiar que possibilita o registro de toda a família, pode se beneficiar dessa prática em apoiar diagnósticos.

## **10. Riscos não clínicos**

O risco ambiental configura-se como uma situação relacionada ao ambiente natural ou aquele construído pelo homem. Quanto a estes últimos, salientamos os associados à infraestrutura física e aos condicionantes ambientais existentes nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, os quais podem causar agravos à saúde física e psíquica das pessoas expostas (RIOS, VARELA, 2010), como por exemplo, incapacitações relacionadas a quedas - um dos eventos adversos mais comuns entre pacientes -, as quais podem ser mitigadas não só por meio de programas de prevenção, mas também pela adoção de intervenções na infraestrutura física (PAIVA, 2010; SILVA, 2016).

No que concerne à infraestrutura física, seja qual for o nível de complexidade da atenção à saúde, diversos aspectos são relevantes para os quais é necessária uma avaliação criteriosa da qualidade da construção e da manutenção periódica da edificação, como os riscos relacionados com: condições de localização e proximidade de fontes poluidoras; a construção; as instalações; o funcionamento e manutenção da edificação; os equipamentos de detecção e combate ao incêndio e explosão; o manejo dos resíduos; o funcionamento dos equipamentos elétricos e mecânicos utilizados para o diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2018).

Deve-se salientar a importância da segurança estrutural e ambiental da edificação desde a fase de concepção dos projetos de arquitetura (BRASIL, 2002), estrutura e instalações prediais, evitando-se intervenções na fase pós-ocupacional, que podem resultar em danos irreversíveis aos pacientes, como: organização físico-funcional, dimensionamento e *layout* inadequados; existência de rampas com declividades inapropriadas para a circulação de pessoas; ambientes não adaptados para

pessoas com necessidades especiais; especificação inadequada de materiais de revestimentos de pisos; ausência de esquadrias ou equipamentos mecânicos que permitam obter temperatura de conforto e qualidade do ar; existência de fontes de ruído cuja intensidade e/ou frequência estejam acima dos limites toleráveis em locais providos de equipamentos eletromédicos e outros; existência de instalações elétricas sem manutenção ou sem aterramento (SIQUEIRA, 2009).

Os riscos ambientais se classificam segundo o agente etiológico em físicos, os quais se constituem em variadas formas de energia tais como temperaturas extremas, ruídos, vibrações, pressões anormais, iluminação insuficiente, radiação ionizante e não ionizante, umidade excessiva, dentre outros (BRASIL, 2002b), além dos químicos, biológicos, mecânicos (BRASIL, 2010), tendo sido explorados em estudos acadêmicos com um olhar voltado para a segurança dos pacientes, uma vez que podem ser a causa de acidentes e agravos à saúde e portanto, necessitam ser identificados e consequentemente prevenidos.

Estudos que investigam a ocorrência de quedas em pacientes internados destacam que esses eventos adversos podem estar relacionados com inadequações na infraestrutura física, tais como ausência de corrimãos nas escadas, rampas cujos pisos são revestidos de materiais que não apresentam características antiderrapantes, áreas de circulação subdimensionadas e com obstáculos no percurso, dentre outros, (PAGLIUCA, 2007) e ressaltam a necessidade de implementação de medidas preventivas na assistência e realização de reformas na edificação.

Considerando que as UBS apresentam espaços para a assistência individual e coletiva nos quais ocorrem as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, as edificações devem ser projetadas, construídas e mantidas de modo a permitir uma assistência segura dos pacientes.

## **11. Envolvimento do cidadão na sua segurança**

A OMS definiu 13 áreas de ação no Programa da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (WHO, 2006). Dentre essas ações destaca-se a criação do programa Pacientes pela Segurança dos Pacientes, que assegura que a voz do paciente esteja no centro do movimento pela saúde do paciente em todo o mundo. Desde então, a

participação de pacientes e famílias, consumidores e cidadãos dedicados a melhorar a segurança do paciente por meio de um esforço coordenado, constitui um ponto de referência central no programa da OMS.

O programa Paciente pela Segurança do Paciente tem como pressuposto que uma melhoria na segurança será alcançada se os pacientes forem colocados no centro dos cuidados e incluídos como parceiros. Na visão desse programa os pacientes devem ser tratados como parceiros nos esforços para prevenir os danos evitáveis. O termo parceiro remete a uma perspectiva de envolvimento do paciente e de seus familiares no cuidado.

A maior parte dos pacientes não conhece seus direitos e os que conhecem muitas vezes não são compreendidos pelos profissionais de saúde, sendo raros os estabelecimentos de saúde que preparam seus profissionais para informar ao paciente e seus familiares quando um incidente ocorre (BRASIL, 2014).

O envolvimento do paciente e de seus familiares no processo de cuidado e o conhecimento de seus direitos deve ser um dos elementos do plano local de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde.

A APS vem promovendo uma mudança no modelo tradicional de assistência, passando de um modelo tradicional numa visão biomédica, não holística, centrada na doença e prescritiva, para uma visão holística e não prescritiva que é a base da atenção centrada na pessoa e que vem ao encontro com o que preconiza a Política Nacional de Segurança do Paciente. O envolvimento dos usuários como protagonistas de sua própria segurança pode funcionar como mais uma estratégia para evitar incidentes ou eventos adversos nos cuidados de saúde prestados na APS.

## **12. Erros administrativos**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016), o erro administrativo é o tipo de erro mais frequentemente relatado na atenção primária, e geralmente não ocorre isoladamente. Estima-se que 5% a 50% das ocorrências de erros na APS sejam classificados como erros administrativos. O termo “administrativo” está relacionado aos

sistemas e processos utilizados nos serviços de APS, com foco na identificação de falhas na execução de uma ação planejada ou na execução de uma ação incorreta.

Em um estudo brasileiro para avaliar a ocorrência de incidentes relacionados à assistência na APS, a taxa de incidência envolvendo todos os incidentes foi de 1,1%. Dos oito tipos de erros identificados, os erros administrativos foram os mais frequentes, sendo falhas de comunicação o fator contribuinte mais comum - 53% - para ocorrência de incidentes (MARCHON, 2015).

Erros administrativos podem ser percebidos como menos prejudiciais do que erros relacionados à medicação ou erros de diagnóstico. No entanto, muitos erros de diagnóstico ou de medicação têm um erro administrativo como causa raiz. São exemplos desta condição, os diagnósticos atrasados e perdidos devido à falha do sistema para comunicar resultados de exames críticos. Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde identifica alguns dos principais erros administrativos:

1. Erros de registro do paciente:

- Registros do paciente imprecisos ou incompletos;
- Arquivamento incorreto das informações ou documentos;
- Lapsos na confidencialidade do histórico de saúde ou pessoal do paciente, por exemplo, quando informações confidenciais são liberadas por engano ou ouvidos por outras pessoas;
- Registros de dados em diferentes locais para um mesmo paciente.
- O grande volume de informações disponível no sistema também pode dificultar a revisão das informações do paciente em uma forma abrangente e oportuna.

A informatização de registros pode ajudar na legibilidade, mas o desenho do sistema de registro eletrônico pode criar outros problemas, como um atraso no acesso a informações críticas.

2. Solicitações e resultados de exames complementares:

- O gerenciamento incorreto de solicitações e/ou de resultados de testes de diagnóstico é outro tipo comum de erro em ambientes de APS.

3. Erros no sistema de acompanhamento:

- Erros relacionados ao seguimento inadequado dos pacientes após os testes diagnósticos ocasionalmente levam a resultados adversos sérios;
  - Fatores contribuintes incluem o uso misto de registros de saúde em papel e eletrônicos e falha em atualizar o prontuário do paciente;
4. Comunicação durante transições de cuidados:
- Frequentemente ocorrem erros na transferência de informações verbais ou escritas de um provedor de cuidados para outro. A interface entre a APS e a hospitalar é uma fonte comum de erro (WHO, 2016).

Existem muitos outros exemplos de erros administrativos na APS, incluindo erros de nomeação, erros na manutenção de um ambiente físico seguro, pessoal inadequado, erros de referência, dentre outros.

Exemplos de erros administrativos segundo o estudo australiano *Primary Care International Study of Medical Errors*: os erros no preenchimento do prontuário ou prontuário incompleto; erro no agendamento de consultas; erro no fluxo do paciente na rede de serviços; erro de logística, gerando falta de insumos e medicamentos; erro na manutenção de um ambiente físico seguro; dificuldades de acesso ao especialista; troca de nomes de medicamentos; incorreta interpretação das prescrições; negação de atendimento ao paciente (MAKEHAM, 2002).

Em 2011, a Organização Mundial da Saúde definiu a administração clínica como um tipo de incidente, cujos processos englobam dentre outros a marcação, a lista de espera, o referenciamento, a admissão e alta, a transferência do cuidado, a identificação do paciente, o consentimento informado, a respostas às emergências, que podem resultar nos seguintes problemas:

- Tratamento não efetuado quando indicado, ou tratamento incompleto e/ou inadequado;
- Tratamento Indisponível;
- Tratamento no Doente errado;
- Processo/serviço errado (WHO, 2011).

Algumas estratégias podem ser adotadas para reduzir a ocorrência de erros administrativos:

- Aperfeiçoar os sistemas de registros, reduzindo a carga de tarefas administrativas desnecessárias;
- Padronizar informações essenciais nos registros de pacientes;
- Utilizar alertas nos sistemas de registros para que os profissionais de saúde envolvidos no cuidado fiquem cientes de eventos críticos;
- Evitar o uso de registros eletrônicos e registros manuscritos ao mesmo tempo. Utilizar um ou outro;
- Utilizar um sistema de registro de pacientes aonde para cada paciente é fornecido um único identificador;
- Utilizar um processo de conciliação de documentos e resultados de exames complementares com os registros do paciente certo;
- Projetar um sistema de registro aonde informações importantes são destacadas e facilmente disponíveis, como alergias a medicamentos;
- Incentivar processos de trabalho para atualizar periodicamente as informações para contato com o paciente;
- Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância do preenchimento de dados corretos e precisos (WHO, 2016).

## IV. Plano de Fortalecimento da Segurança do Paciente na Atenção Primária

---

### **Objetivo geral:**

Contribuir para a implementação de práticas seguras, visando a melhoria da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

### **Objetivos específicos:**

<b>Objetivo Específico 1- Promover e apoiar a criação de NSP municipais voltados para a APS.</b>	
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>AÇÕES</b>
Promoção e apoio à criação de NSP municipais e elaboração de Plano Local de Segurança do Paciente.	Realizar eventos de mobilização e sensibilização dos gestores municipais para a importância da criação de NSP e elaboração de Plano Local de Segurança do Paciente.  Apoiar os gestores municipais para implantar sistema local de identificação, análise, investigação e notificação de eventos adversos.  Divulgar orientações sobre constituição de NSP e elaboração do Plano Local de Segurança do Paciente.

<b>Objetivo Específico 2- Estimular a adesão às Práticas de Segurança do Paciente pelas unidades básicas de saúde.</b>	
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>AÇÕES</b>
<p>Estimular a implementação dos protocolos básicos de Segurança do Paciente ajustados aos cuidados de saúde na Atenção Primária: Higienização das mãos; identificação do paciente; prevenção de quedas; prevenção de lesão por pressão (LPP); uso seguro de medicamentos, cirurgia segura.</p>	<p>Difundir os protocolos, manuais e impressos sobre Segurança do Paciente para a APS.</p> <p>Realizar eventos regionais periódicos com os profissionais de saúde da APS tendo como objetivo discutir a implementação das Práticas de Segurança do Paciente.</p> <p>Estimular a criação de Comitês ou Grupos Técnicos Municipais de Segurança do Paciente com representação dos diversos órgãos e comissões relacionadas à Segurança do Paciente como: Atenção Primária à Saúde, Assistência Farmacêutica, Controle de Infecção, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental e Setor de Infraestrutura.</p>
<p>Estimular a adoção de medidas voltadas para a prevenção de erros administrativos, erros laboratoriais e segurança na transição do cuidado.</p>	<p>Constituir grupos de trabalho para elaboração de recomendações para Práticas Seguras na transição do cuidado, prevenção de erros administrativos e erros laboratoriais.</p> <p>Divulgar as recomendações para Práticas Seguras na transição do cuidado, prevenção de erros administrativos e erros laboratoriais para os profissionais de saúde das UBS.</p>
<p>Orientar pacientes, familiares e cuidadores sobre Segurança do Paciente no domicílio.</p>	<p>Elaborar material de apoio sobre Segurança do Paciente no domicílio.</p>

<b>Objetivo específico 3- Capacitar os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde em Segurança do Paciente</b>	
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>AÇÕES</b>
Implementar as ações de capacitação em Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde pactuadas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2019-2022. (CIB, 2018).	<p>Promover curso de Segurança do Paciente para os apoiadores da Superintendência de Atenção Primária da SES; coordenadores municipais da Atenção Primária e Saúde Bucal; apoiadores de Educação Permanente (dos municípios e da SEDS) e membros da CIR e das CIES regionais.</p> <p>Capacitar em Segurança do Paciente os profissionais de saúde de nível superior da APS para serem multiplicadores. Os multiplicadores poderão ser apoiadores da SES, profissionais escolhidos pelas Coordenações da APS que tenham como responsabilidade a Educação Permanente para demais profissionais de saúde da APS.</p> <p>Capacitar em Segurança do Paciente os profissionais de nível técnico das equipes de saúde da APS.</p> <p>Promover capacitação quanto as Práticas de Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar para profissionais de saúde das UBS.</p>
Promover a inclusão do tema Segurança do Paciente nos Cursos Introdutórios de Estratégia de Saúde da Família.	Estimular as Coordenações Municipais de APS a incluir o tema Segurança do Paciente nos Cursos Introdutórios de Estratégia de Saúde da Família em integração com o Núcleo Municipal de Segurança do Paciente e apoiadores de Educação em Saúde.
Qualificar a atuação dos agentes comunitários de saúde e agentes de Vigilância em Saúde para as Práticas de Segurança do Paciente na visita domiciliar.	<p>Capacitar os agentes comunitários de saúde e agentes de Vigilância em Saúde em Segurança do Paciente</p> <p>Instrumentalizar os agentes comunitários de saúde e agentes de Vigilância em Saúde para identificar risco de quedas, risco de LPP, higienização das mãos e segurança no uso de medicamentos e imunobiológicos.</p>
Realizar eventos técnico-científicos e ciclo de debates sobre Segurança do Paciente na	Realizar o I Simpósio Estadual de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.

Atenção Primária à Saúde.	Realizar pelo menos 3 (três) Web conferências anualmente sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.
Incentivar a adesão/engajamento da APS na agenda anual de mobilização para as Práticas de Segurança do Paciente.	Estimular a participação das unidades básicas de saúde nos eventos de mobilização mundiais e nacionais relacionados às Práticas de Segurança do Paciente, como: Abril pela Segurança do Paciente, Higienização das Mãos, Prevenção de Quedas, Prevenção de LPP, Imunização e Resistência aos Antimicrobianos.

<b>Objetivo específico 4- Apoiar o desenvolvimento de ações de educação em saúde para os usuários das UBS e equipes de Atenção Primária/Saúde da Família.</b>	
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>AÇÕES</b>
<p>Apoiar as ações de educação em saúde para usuários das unidades básicas de saúde sobre Segurança do Paciente.</p>	<p>Produzir material educativo/informativo sobre Práticas de Segurança do Paciente para os usuários das UBS.</p> <p>Sensibilizar os profissionais de saúde da APS para o envolvimento do usuário como protagonista na segurança do seu cuidado (risco de queda, risco de LPP, uso seguro de medicamentos, higienização das mãos, prevenção de infecção, etiqueta da tosse).</p> <p>Estimular a realização de ações de educação em saúde em Segurança do Paciente pelas UBS para os usuários.</p> <p>Estimular a inclusão do tema Segurança do Paciente nos grupos de educação em saúde.</p>
<p>Promover o protagonismo das associações de pacientes</p>	<p>Introduzir o tema segurança do paciente nos fóruns de discussão e espaços de controle social na APS.</p> <p>Criação de um espaço de interlocução com as Ouvidorias do Estado/Município do Rio de Janeiro.</p> <p>Dialogar com as associações de pacientes sobre as ações de educação em saúde voltadas para a segurança do paciente.</p>

<b>Objetivo específico 5- Estimular a adesão às medidas de prevenção de IRAS e resistência aos antimicrobianos.</b>	
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>AÇÕES</b>
<p>Apoiar a adesão às boas práticas de gerenciamento de resíduos de saúde, reprocessamento de material e técnicas de limpeza de artigos e superfícies pelas UBS.</p>	<p>Promover cursos de capacitação para os profissionais de saúde das UBS sobre CME classe 1, boas práticas de gerenciamento de resíduos de saúde, reprocessamento de material e técnicas de limpeza de artigos e superfícies.</p> <p>Estimular a oferta de treinamento pelas Secretarias Municipais de Saúde quanto às boas práticas de gerenciamento de resíduos de saúde, reprocessamento de material e técnicas de limpeza de artigos e superfícies para os profissionais que atuam nas UBS, em articulação com instituições de ensino e pesquisa.</p> <p>Elaboração e divulgação de documentação técnica sobre os temas mencionados.</p>
<p>Reduzir a incidência de infecções com medidas eficazes de higiene, prevenção e controle nas unidades básicas de saúde.</p>	<p>Divulgar o guia de uso de antimicrobianos nas UBS.</p> <p>Estimular e apoiar ações de prevenção de doenças transmissíveis.</p> <p>Promover o uso racional de antimicrobianos pelos profissionais de saúde das UBS.</p> <p>Capacitar os profissionais de saúde das UBS sobre o tema Resistência aos Antimicrobianos.</p> <p>Estimular os profissionais de saúde das UBS para orientar usuários sobre o uso racional de antimicrobianos.</p>

<b>Objetivo específico 6- Apoiar a adesão às boas práticas de funcionamento de serviços de saúde.</b>	
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>AÇÕES</b>
<p>Estimular a adesão das UBS às: Boas Práticas de Funcionamento de Serviços de Saúde; Boas Práticas de Laboratórios Clínicos; Boas Práticas para o Processamento de Produtos para a Saúde; Boas Práticas de Utilização de Soluções Parenterais em Serviços de Saúde; Boas Práticas Farmacêuticas para Armazenamento e Dispensação de Medicamentos; Boas Práticas de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde; Boas Práticas de Limpeza e Desinfecção; Normas e Procedimentos de Vacinação; Manual de Rede de Frio; Requisitos de Funcionamento do Serviço de Vacinação Humana.</p>	<p>Divulgar o Consolidado de Normas de Boas Práticas e Manuais Técnicos nos sites da SES-RJ (Vigilância em Saúde, Vigilância Sanitária e da Atenção Primária).</p> <p>Oferecer curso de capacitação em Boas Práticas de Funcionamento de Serviços em Saúde para profissionais de saúde dos órgãos de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Coordenações Municipais de Atenção Primária e Apoiadores de Educação Permanente.</p> <p>Oferecer cursos de capacitação para profissionais de saúde de nível superior das UBS em integração e articulação com a SEDS, ETIS e Instituições de Ensino e Pesquisa em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Boas Práticas para o Processamento de Produtos para a Saúde;</li> <li>• Boas Práticas Farmacêuticas para Armazenamento e Dispensação de Medicamentos;</li> <li>• Boas Práticas de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde;</li> <li>• Boas Práticas de Limpeza e Desinfecção;</li> <li>• Normas e Procedimentos de Vacinação;</li> <li>• Manual de Rede de Frio;</li> <li>• Requisitos de Funcionamento do Serviço de Vacinação Humana.</li> </ul>
<p>Estimular a adequação da infraestrutura física das UBS às normas vigentes</p>	<p>Promover a articulação e integração dos órgãos de Vigilância Sanitária Municipal, Coordenação Municipal de Atenção Primária e Coordenação Municipal de Controle de Infecção e Núcleo Municipal de Segurança do Paciente para mapeamento de riscos ambientais e elaboração de propostas de melhorias.</p> <p>Estimular as secretarias municipais de saúde a promoverem cursos de prevenção de riscos ambientais para as equipes das UBS.</p>

	<p>Oferecer cursos de capacitação sobre prevenção de riscos ambientais para os gestores e equipes de projetos de arquitetura e engenharia dos municípios.</p> <p>Oferecer cursos de capacitação em gerenciamento de risco ambiental para profissionais de órgãos de Vigilância Sanitária Municipal, Coordenação Municipal de Atenção Primária, Coordenação Municipal de Controle de Infecção e Núcleo Municipal de Segurança do Paciente para a percepção, uso de instrumentos de avaliação e gestão dos riscos ambientais.</p>
<p>Elaborar um Guia de Verificação de Boas Práticas em Serviços de Saúde aplicáveis às UBS, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.</p>	<p>Criar Grupo Técnico para a elaboração de Guia de Verificação de Boas Práticas em UBS, com a participação de representantes dos diversos setores da SUVISA, CECIH, SVEA, SAP, Vigilâncias Sanitárias Municipais.</p>
<p>Estimular a aplicação do Guia Verificação de Boas Práticas em UBS para Autoavaliação e pelos órgãos de Vigilância Sanitária Municipal nas ações de Fiscalização Sanitária.</p>	<p>Divulgar o Guia Verificação de Boas Práticas em UBS para as Vigilâncias Sanitárias Municipais e Atenção Primária à Saúde.</p>

## Referências Bibliográficas

Abreu H.C.A. et al. **Incidence and predicting factors of falls of older inpatients.** Rev. Saúde Pública. 2015; 49(37):1-9.

Angonesi D. **Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos.** Cienc Saude Coletiva. 2008; 13 Supl:629-40.

Araújo, A.L.A, Freitas, O. **Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança.** Rev Bras Cienc Farm. 2006; 42(1):137-46.

Arrais, P.S.D.; Barreto, M.L.; Coelho, H.L.L. **Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil.** Caderno de Saúde Pública. 2007; 23(4):927-37.

Brasil. **Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973.** Publicada no DOU de 19.12.1973 e retificada em 21.12.1973.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 222, de 28 de março de 2018.** Publicada no DOU nº 61 de 29/03/2018.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Brasília, 2017a.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência Microbiana nos Serviços de Saúde.** Brasília, 2017b.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 01/2015. **Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.** Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Publicada no DOU de 26/07/2013a.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2013-2015).** Brasília, 2013b.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.** Publicada no DOU de 28/11/2011.

\_\_\_\_\_. Agência de Vigilância Sanitária - ANVISA. **RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Publicada no DOU de 20/03/2002. Alterada pelas Resoluções RDC nº 307 de 14/11/2002 publicada no DOU de 18/11/2002 e RDC nº 189 de 18/07/2003 publicada no DOU de 21/07/2003.

\_\_\_\_\_. Resolução de Diretoria Colegiada – **RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.** Publicada no DOU 28/11/2011.

\_\_\_\_\_. Resolução de Diretoria Colegiada – **RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009.** Publicada em DOU nº 157 de 18 de agosto de 2009

\_\_\_\_\_. Resolução de Diretoria Colegiada – **RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005.** Publicada no DOU nº 198 de 14/10/2005.

\_\_\_\_\_. Resolução de Diretoria Colegiada – **RDC nº 45, de 12 de março de 2003**. Publicada no DOU 13/03/2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica. **Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília – DF 2018a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Site e-Gestor Atenção Básica – **Informação e Gestão da Atenção Básica. Relatórios Públicos de Abril de 2018**. [Acesso em: 14 de junho de 2018b] <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017**. Publicada no DOU nº 190 de 03/10/17

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Segurança do paciente no domicílio**. Brasília, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Publicada no DOU de 5/10/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 3ª edição Brasília – DF 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1903, de 04 de setembro de 2013**. Publicada no DOU de 05/09/2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013**. Publicada no DOU de 25/09/2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013**. Publicada no D.O.U de 10/07/2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013**. Publicada no DOU de 02/04/2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública**. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos**. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ação**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde 2006**. Publicada no DOU de 23/02/2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Publicada no DOU de 20/10/2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Vigilância Ambiental em Saúde**. Brasília, 2002 (b).

Cardo D, Dennehy P.H, Halverson P, Fishman N., Kohn M., Murphy C.L, Whitley R.J. **Moving toward elimination of healthcare - associated infections: a call to action**. Am J Infect Control 2010; 1-3.

CDC. Centers for Disease Control and prevention. **Healthcare-associated Infections (HAI) Progress Report**. 2016. Disponível em: . Acesso em: 04 set. 2016.

Cohen M.R. **Medication errors**. 2nd. ed. Washington: American Pharmacists Association; 2006, 680 p.

Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.931 de 17 de setembro de 2009**. Publicada no DOU de 24 de setembro de 2009.

\_\_\_\_\_. **Resolução CFM nº 1.601/2000**. Publicada no DOU de 18 de agosto de 2000. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Resolução CNS nº 588, de 12 de julho de 2018**. Publicada no DOU de 13/08/2018.

Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. **Manual de orientação ao farmacêutico: aspectos legais da dispensação**. São Paulo, 2017.

Correa A.D. et al. **Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento**. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012; 46(10):67-74.

Devries E.M. et al. **The Incidence e nature or in-hospital adverse events: a systematic review**. Qual Saf Health Care. 2008; 17: 216-223.

ECDC. European Centre for Disease prevention and Control. **Healthcare-associated infections**. 2016. Disponível em: <[http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/healthcare-associated\\_infections](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/healthcare-associated_infections)>. Acesso em: 07 set. 2016.

Ferretti F, Lunardi D, Bruschi L. **Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio**. Fisioter Mov.. 2013; 26(4): 753-762.

IBGE. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>> Acesso em: 25 de outubro de 2018.

Institute for Safe Medication Practices. **ISMP's list of high-alert medications**. Huntingdon Valley (PA): ISMP; 2011. Disponível em: <<http://www.ismp.org/communityRx/tools/highAlert-community.pdf>> Acesso em: 08 de novembro de 2018.

\_\_\_\_\_. ISMP. **List of high-alert medications in acute care settings**. 2014. 1 p. Disponível em <<http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>> Acesso em: 12 novembro de 2018.

Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. **Medicamentos Potencialmente Perigosos – Listas dos Medicamentos de Uso Ambulatorial**. Boletim ISMP, Vol 2/ Nº 2, Fev 2013. Disponível em: <<http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/07/V2N2.pdf>> Acesso de 14 de novembro de 2018.

\_\_\_\_\_. **Boletim ISPM**. Volume 1/número 1, fevereiro 2012. Disponível em <<http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/06/CLORETO-DE-POT--SSIO-CONCENTRADO-INJET--VEL-V1N1-2012.pdf>>

Kohn L.T.; Corrigan J.M.; Donaldson M.S. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy of the Institute of Medicine; 1999.

James K.L. et al. **Incidence, type and causes of dispensing errors: a review of the literature**. *Int J Pharm Pract*. 2009;17(1):9-30. <https://doi.org/10.1211/ijpp/17.1.0004>

Langemo D. K., Anderson J., Volden C. M. Nursing Quality Outcome Indicators. **The North Dakota Study. The Journal of Nursing Administration**. Vol. 32 - Issue 2 – pp. 98-105, 2002. Disponível em: [https://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2002/02000/Nursing\\_Quality\\_Outcome\\_Indicators\\_The\\_North.9.aspx](https://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2002/02000/Nursing_Quality_Outcome_Indicators_The_North.9.aspx). Acesso em: 05 de out. 2018

Lyra Junior D. P.; Marques T. C. **As bases da dispensação racional de medicamentos para farmacêuticos**. São Paulo: Pharmabooks, 2012.

Maciel R.H.M.O.; Santos J.B.F.; Rodrigues, R.L. **Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio**. *Revista Brasileira Saúde Ocupacional*. 2015; 40(131):75-87. <https://doi.org/10.1590/0303-7657000078613>

Malcolm E, Yisi L. **The nine rights of medication administration: an overview**. *Br J Nurs*. 2010; 19(5):300-05.

Marchon S.G.; Mendes Junior W.V.; Pavão A.L.B. **Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil**. *Cad. Saúde Pública* [online], 2015; 31(11):2313-2330.

Mendes E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

Nascimento R.C.R.N. et al. **Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde**. *Revista Saúde Publica*. 2017; 51 Supl 2:19s.

Nordén-Hägg A. et al. **Reducing dispensing errors in Swedish pharmacies: the impact of a barrier in the computer system**. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(6):e22. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.031823>

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários agora mais que nunca**. Disponível em <[http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf)>

Pagliuca L. M. F.; Aragao A. E. A.; Almeida P. C. **Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará**. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2007; 41(4):581-588.

Paiva M.C.M.S.; Paiva S.A.R.; Berti H.W.; Campana A.O. **Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos**. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2010;44(1):134-138.

Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES nº 1213 de 21 de agosto de 1998**.

Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES nº 1224 de 31 de julho de 2015**. Publicada no DOE de 07/08/2015.

Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES nº 1663 de 14 de março de 2018**. Publicada no DOE de 15/03/2018.

Rios J. C. C.; Varela C. D. S. **Riscos ambientais em unidade de saúde da família**. In: Jornada Científica e Tecnológica do Oeste Baiano e Semana Nacional de Ciência e Tecnologia. Anais... Barreiras, BA, 2010.

Rockville M.D. Agency for Healthcare Research and Quality. March 2013. Tradução-Proqualis. **Relatório de evidências/Avaliação de tecnologia Número 211. Sumário Executivo.Tornando o Cuidado de Saúde Mais Seguro II: Uma Análise Crítica Atualizada das Evidências Sobre Práticas de Segurança do Paciente**.

Rosa MB; Perini, E. **Erros de medicação: quem foi?** Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo. 2003;49(3)335-341. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-4230003000300041>>.

Rozenfeld S.; Fonseca M.J.M.; Acurcio F.A. **Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City**. Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(1):34-43. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1020-4989200800100005>>

Secoli S.R. **Polifarmacia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos**. Rev. Bras Enferm. 2010;63(1):136-40. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023>>

Shekelle P.G.; Wachter R.M.; Pronovost P.J e cols. **Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices**. Comparative Effectiveness Review No. 211

Sherman Heather, et al. **Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework**. International Journal for Quality in Health Care 21.1 (2009): 2-8.

Shcolnik W. **Erros laboratoriais e segurança dos pacientes: revisão sistemática**. Orientador: Mendes, Walter. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

Silva C. F.; Reiniack S.; Souza B. M.; Cunha K. C. S. **Prevalência dos Fatores de Risco intrínsecos ao paciente e o desfecho queda na Clínica Cirúrgica**. Revista Cogitare Enfermagem. 2016; 21: 01-08.

Siqueira F.C.V. et al. **Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva. 2009;14( 1).

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Manual Multiprofissional SBGG-RJ (Livro eletrônico): segurança para todos!** / organizadores Tarso Lameri Sant' ana Mosci, Marli de Borborema Neves. 1 ed. Rio de Janeiro: SBGG-RJ, 2016.

Sousa P. Patient Safety - **A Necessidade de uma Estratégia Nacional. Qualidade em saúde**. Acta Med Port, 19: 309-318. 2006.

Souza L. H. R et al. **Queda em idosos e fatores de risco associados**. Revista Atenção à Saúde, São Caetano do Sul, v. 15, n. 54, p. 55-60, out./dez., 2017.

Vincent C.V.; Almaberti, R. **Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado** / Charles Vincent e Rene Almaberti – Rio de Janeiro, 2016. Disponível em <http://proqualis.net/livro/cuidado-de-saude-mais-seguro-estrategias-para-o-cotidiano-do-cuidado>

WHO. World Health Organization. **Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety**. Geneva: World Health Organization, 2017.

\_\_\_\_\_. **Medication without harm: WHO's Third global patient safety challenge**. 2017. [Internet]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Administrative Errors: Technical Series on Safer Primary Care**. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252270/9789241511674-eng.pdf;jsessionid=1669C3B392B7116DFFFA6C2A57E178EC?sequence=1>

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Diagnostic Errors: Technical Series on Safer Primary Care**. Geneva: World Health Organization; 2016c.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level**. Geneva, 2016b.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care**. Geneva: 2016a.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Global Action Plan on Antimicrobial Resistance**. Genève, 2015b

\_\_\_\_\_. Health Organization. **Global Antimicrobial Resistance Surveillance System: Manual for Early Implementation**. Genève, 2015a

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Safer Primary Care: A Global Challenge**. Genève, 2012.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. World Health Organization 2008

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2006-2007**. Geneva: WHO Press; 2006.