

Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde



PROQUALIS

**Centro Colaborador para a
Qualidade do Cuidado e a
Segurança do Paciente**



O que é segurança do paciente?

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define segurança do paciente como redução máxima de risco de dano. Isto significa diminuir os incidentes¹.



Incidente é um **evento ou circunstância** que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Podem ser oriundos de atos intencionais ou não-intencionais.

Quais são os tipos de incidentes?

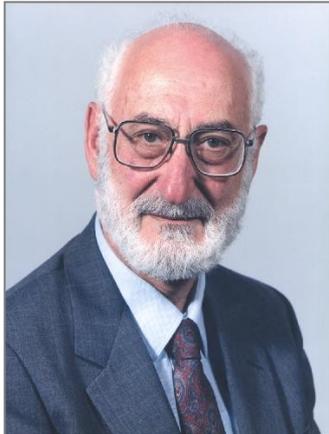
A OMS¹ classifica os incidentes como:

- ▶ Circunstância Notificável: Incidente com potencial dano ou lesão;
- ▶ Near Miss: Incidente não atinge o paciente;
- ▶ Incidente sem dano: Incidente atinge o paciente, mas não causa dano;
- ▶ Incidente com dano (Eventos adversos): Incidente atinge o paciente e resulta em lesão ou dano.

Podemos dizer que um cuidado de saúde seguro é um cuidado com qualidade?

Não.

Um cuidado de saúde com qualidade, além de seguro precisa ser equitativo, oportuno, efetivo, eficiente, centrado no paciente³.



Avedis Donabedian (1919-2000) foi o que considerou que a qualidade depende de vários pilares³.

Existem problemas de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS)?

Sim.

Os estudos sobre a segurança do paciente se concentram na atenção hospitalar⁴, muito provavelmente, por apresentar mais riscos em função de cuidados mais complexos, com maior aporte tecnológico. Os custos elevados, também podem explicar a concentração de pesquisas nos hospitais.

Contudo é importante ressaltar que os problemas com a segurança do paciente não ocorrem apenas nos hospitais, mas atingem também os pacientes que recebem cuidados primários.

Existem riscos na APS?

Sim.

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

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

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

OMS reconhece a magnitude do problema

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

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

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

Há pesquisas sobre a Segurança do Paciente na APS?

Quando o relatório da OMS de 2008⁶ foi elaborado, havia poucas pesquisas sobre os riscos para os pacientes usuários da APS.

No entanto, vários estudos sobre incidência de EA em hospitais, baseados em revisão retrospectiva de prontuários, já mostravam que uma fração de EA identificado durante a internação, havia ocorrido antes da admissão do paciente no hospital, sendo possível que tenham ocorrido na APS.

Para citar um exemplo, um estudo canadense⁷ descreve que 31% dos EAs ocorreram antes da admissão e foram detectados durante a internação.

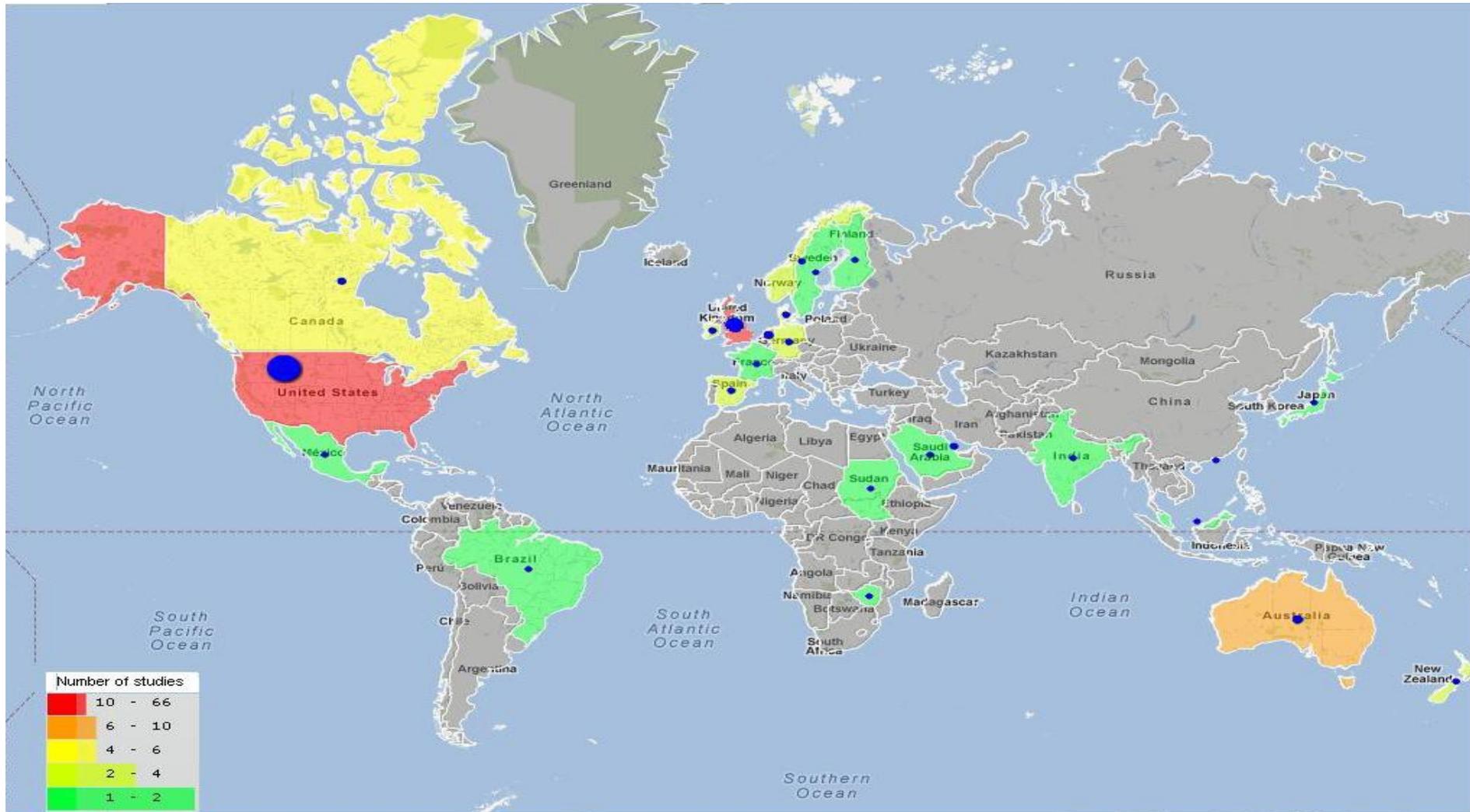
Quais são as pesquisas sobre a Segurança do Paciente na APS?

Países como Austrália, EUA, Reino Unido, Espanha e outros têm realizado estudos⁸ sobre a segurança do paciente na APS, mas a maioria dos países, ainda não desenvolve pesquisas sobre a segurança do paciente na APS (Figura 1).

Uma revisão sistemática apontou a existência de lacunas de conhecimento na temática, especialmente de países em desenvolvimento, incluindo o Brasil⁹.

Realizar pesquisas sobre segurança do paciente em APS é um desafio para os que estudam e tentam melhorar a segurança dos cuidados de saúde primários em vários contextos e configurações socioeconômicas.

Figura 1 - A participação global em pesquisa de segurança do paciente associada



(WHO 2008).

o tamanho do ponto representa a quantidade de estudos preliminares realizados nessas localizações geográficas.

Safer Primary Care Expert Working Group

A OMS, em fevereiro de 2012, constituiu um grupo chamado *Safer Primary Care Expert Working Group*⁸ para estudar as questões envolvidas com a segurança na APS, como os riscos a pacientes em cuidados primários, a magnitude e a natureza do dano evitável devido a práticas inseguras nesses ambientes e mecanismos de proteção e segurança do paciente na APS. (Figura 2)



Figura 2 - Pesquisadores do Grupo de Trabalho da APS.

Safer Primary Care Expert Working Group

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

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

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

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

Existe um método melhor para pesquisar incidentes em APS?

Não.

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

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

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

Magnitude, tipos, gravidade dos incidentes e seus fatores contribuintes

Tipos de incidentes mais comuns foram decorrentes de erro no tratamento medicamentoso, no diagnóstico, na gestão/organização do serviço. O fator contribuinte mais encontrado foi de comunicação, entre os profissionais e os pacientes, entre os profissionais de saúde da mesma unidade de saúde e entre unidades diferentes¹⁰.

Estima-se que cerca de 1-2% das consultas de APS podem redundar em incidentes, causados por erros¹².

Os EA mais detectados foram: piora na evolução da doença; náusea, vômitos ou diarreia secundários à medicação; prurido ou lesões dermatológicas secundárias à medicação; infecção de ferida cirúrgica e/ou traumática e alterações neurológicas secundárias à medicação¹¹.

Cerca de 70,2% dos EA em APS eram claramente

Métodos mais utilizados na pesquisa de incidentes na APS⁹

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

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

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

Estudo de incidentes em APS no Brasil²⁸

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

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

Quadro 1. Questionário PCISME adaptado para a realidade bras

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

Quadro 1. Questionário PCISME adaptado para a realidade bras

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

Resultados do estudo

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

Resultados do estudo

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

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

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

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

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

Resultados do estudo

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

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

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

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

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

Resultados do estudo

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

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

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

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

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

Soluções para prevenir e/ou mitigar os incidentes em APS

Mesmo com a insuficiência de pesquisas sobre incidentes na APS, já é possível definir as principais e conhecidas soluções para prevenir e/ou mitigar os incidentes em APS.

- I. Incrementar a farmácia clínica pode mitigar maior número de erros na APS

- II. Melhorar a comunicação entre os profissionais em saúde e o paciente; entre os profissionais da mesma unidade de saúde (trabalho em equipe) e entre profissionais de unidades diferentes (referência e contrarreferência)²⁹.

Soluções para prevenir e/ou mitigar os incidentes em APS

Quanto às falhas de comunicação entre o profissional e o paciente, deve-se valorizar a abordagem centrada no paciente, respeitando-o como um elemento ativo no seu processo de cuidado³⁰. O profissional de saúde deve transmitir ao paciente uma informação adaptada ao indivíduo e à situação, considerando o grau de escolaridade, as especificidades culturais e linguísticas, bem como o grau de desenvolvimento cognitivo³¹.

A comunicação eficaz durante uma consulta constitui, provavelmente, o maior determinante para a informação precisa e abrangente, coletada pelo profissional de saúde. Alguns estudos³² indicam que a história referida pelo paciente contribui com 60 a 80% para a realização do diagnóstico. Falhas de comunicação podem distanciar o paciente do

Soluções para prevenir e/ou mitigar os incidentes em APS

Os fatores organizacionais também são apontados como contribuintes para a ocorrência de incidentes na APS³⁴. Dentre eles destacam-se a falta de insumos e medicamentos, profissionais pressionados a serem mais produtivos, falhas nos registros e nos prontuários de pacientes e a cultura de segurança frágil.

Ribas³⁰ recomenda adotar medidas individuais e organizacionais de forma a reduzir e mesmo prevenir incidentes nos cuidados primários, especificando as causas que conduziram ao incidente, e apontando soluções descritas a seguir.

Soluções para prevenir e/ou mitigar os incidentes em APS

Observamos a necessidade de ampliar a cultura de segurança na atenção primária à saúde, a fim de habilitar pacientes e profissionais para reconhecerem e gerenciarem os eventos adversos, sendo sensíveis à sua capacidade compartilhada para a mudança, reduzindo erros e tensões entre profissionais e população³⁵.

Estudos mais aprofundados podem auxiliar a ação dos gestores para a realização do planejamento e desenvolvimento de estratégias organizacionais com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado na atenção primária à saúde³⁵.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. January 2009.
2. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety: forward programme. WHO Library Cataloguing-in-Publication, 2004. Link: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
3. Donabedian, A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114(11):1115-8.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
5. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 512. Link: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_pri_maria_saude.pdf
6. World Health Organization (WHO). Cuidados de Saúde Primários - agora mais que nunca. WHO Library Cataloguing-in-Publication 2008. Link: http://www.who.int/whr/2008/08_overview_pr.pdf
7. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ 2004; 170: 1678-86.
8. Safer Primary Care Expert Working Group. Link: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/index.html
9. Marchon SG, Mendes Junior WV. Patient safety in primary health care: a systematic review. Cad. Saúde Pública [online]. 2014, vol.30, n.9, pp.1815-1835.
10. Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research. World Health Organization, Switzerland, 2008. www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/primary_care_ps_research/en/index.html.
11. Estudio APEAS: Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Jesús M. Aranaz, a Francisco Ivorra, b Antonio F. Compañ, B. et al. Adverse Events in Ambulatory Surgical Procedures. Cir Esp. 2008;84(5):273-8.

12. The Health Foundation. Evidence scan: Levels of harm in primary care. November 2011. Link: <http://www.health.org.uk/publications/levels-of-harm-in-primary-care/>
13. Makeham M, Dovey SM, County, M, Kidd, MR. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *MJA*, Vol 177-15, July, 2002.
14. Makeham M, et al. The Threats to Australian Patient Safety (TAPS) study: incidence of reported errors in general practice. *MJA* 2006; 185: Volume 185: 95-98, Number 2, 17 July, 2006.
15. Sequeira AM, Martins L, Pereira VH. Natureza e frequência dos erros na actividade de Medicina Geral e Familiar Geral num ACES - Estudo descritivo. *Rev. Port. Clin. Geral*. 2010; 26:572-84.
16. Wallis K, Dovey S. No-fault compensation for treatment injury in New Zealand: Identifying threats to patient safety in primary care. *BMJ Quality and Safety* 2011; 20 (7), 587-591. Link: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21228439>
17. Mira J.J, Nebot C, Lorenzo S, Pérez-Jover V. Patient report on information given, consultation time and safety in primary care. *Qual Saf Health Care*. 2010 Oct;19(5):e33. Link: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20511244>
18. O'Beirne M, Sterling P.D, Zwicker K, Hebert P, Norton P.G. Safety incidents in family medicine. *BMJ Qual Saf*. 2011; Dec;20(12):1005-10. Link: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21893612>
19. Buetow S, Kiata L, Liew T, et al. Approaches to reducing the most important patient errors in primary health-care: patient and professional perspectives. *Health Soc Care Community*. 2010 May; 18(3):296-303. Link: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20141539>
20. Manwell L.B, Williams E.S, Babbott S, Rabatin J.S, Linzer M. Physician perspectives on quality and error in the outpatient setting. *WMJ*. 2009 May;108(3):139-44. Link: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19552351>
21. Hickner J, Graham DG, Elder NC, Brandt E, Emsermann CB, Dovey S, et al. Testing process errors and their harms and consequences reported from family medicine practices: a study of the American Academy of Family Physicians National Research Network. *Qual Saf Health Care* 2008 Jun; 17(3): 194-200.
22. Wetzels R, Wolters R, van Weel C, Wensing M. Harm caused by adverse events in primary care: a clinical observational study. *J Eval Clin Pract*. 2009 Apr; 15(2): 323-7.
23. Gaal S, Verstappen W, Wensing M. Patient safety in primary care: a survey of general practitioners in The Netherlands. *BMC Health Serv Res*. 2010 Jan; 10: 21.

24. Gaal S, Van den Hombergh P, Verstappen W, Wensing M. Patient safety features are more present in larger primary care practices. *Health Policy* 2010 Sep; 97(1): 87-91.
25. Cañada DA, García CC, García FI, Alonso ST, Sánchez MMA, Serrablo RS, et al. Identificación de las prácticas seguras Simples en un área de atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial* 2011; 26 (5), 292-298.
26. Avery AJ, Dex GM, Mulvaney C, Serumaga B, Spencer R, Lester HE. Development of prescribing-safety indicators for GPs using the RAND Appropriateness Method. *Br J Gen Pract.* 2011 Aug; 61(589): 526-36.
27. Sequeira AM, Martins L, Pereira VH. Natureza e frequência dos erros na actividade de Medicina Geral e Familiar Geral num ACES - Estudo descritivo. *Rev. Port. Clin. Geral.* 2010;26:572-84.
28. Marchon SG, Mendes Junior WV. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. *Cad. Saúde Pública* vol.31 n.7 Rio de Janeiro July 2015.
29. Oliveira VZ, Gomes WB. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia, Porto Alegre*, p.459-469, 2004.
30. Ribas M.J. Eventos Adversos em Cuidados de Saúde Primários: promover uma cultura de segurança. *Rev Port Clin Geral* 2010;26:585-9.
31. Mendes W, Reis CT, Marchon SG. Segurança do paciente na APS. In: Programa de atualização da enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 3; Org. Crozeta K, Godoy SF. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2014.
32. Santos MC, Grilo A, Andrade G, et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Rev Port Saúde Pública.* 2010; Vol Temat (10):47-57.
33. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communication with patients. Oxford: Radcliffe Publishing, Ltd.; 2005.
34. Esmail A. Measuring and monitoring safety: a primary care perspective. Thought paper, October, 2013. Disponível em: <http://www.health.org.uk/publications/measuring-and-monitoring-safety-a-primary-care-perspective/>
35. Marchon, Simone Grativol. A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Orientador: Walter Vieira Mendes Júnior Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. 362.10425.

Elaboração

Dra. Simone Marchon - Escola Nacional de Saúde
Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz
(ENSP/Fiocruz)

Dr. Walter Mendes - Escola Nacional de Saúde Pública
Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz
(ENSP/Fiocruz)

Produção
proqualis.net



PROQUALIS



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde



FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Sistema
Único
de Saúde

**Ministério
da Saúde**

