

# PERCEPÇÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) UTILIZANDO OS DIAGRAMAS DE ISHIKAWA

**Resumo:** A Segurança do Paciente constitui um dos grandes desafios da atualidade e um componente essencial da qualidade em saúde. Atrélado a isso, os diagramas de Ishikawa são ferramentas usadas para o gerenciamento da qualidade, podendo ser aplicados ao contexto da realidade dos serviços de saúde. **Objetivo:** Produzir diagramas de Ishikawa a partir da análise de causa raiz com base na literatura sobre os principais incidentes que ocorrem com o usuário na APS. **Método:** Trata-se, inicialmente, de um estudo descritivo exploratório que buscou investigar com amplitude e fornecer informações a partir de uma revisão de literatura narrativa com a identificação dos principais incidentes de segurança. Posteriormente, aplicou-se o método de causa-raiz, o qual coopera para que se encontrem as raízes dos problemas vivenciados no sistema. **Resultados:** Foram confeccionados dois diagramas que descreveram com clareza as falhas presentes na estrutura e processo de trabalho dos serviços em saúde; essas inconsistências apresentam como desfecho primário o dano ao paciente. **Considerações relevantes à Enfermagem:** O presente estudo desempenha papel fundamental para o subsídio de novas pesquisas científicas na área, com vistas à assistência segura e eficaz ao usuário da APS. Somado a isso, auxilia o enfermeiro no reconhecimento precoce de fatores de risco que podem lesar a segurança do paciente. **Considerações finais:** Os diagramas construídos se apresentarão como referencial teórico e ferramenta de apoio ao processo de capacitação e educação continuada dos profissionais da área, sobretudo gestores, para atuarem na mitigação das principais etiologias de incidentes nesse nível de assistência.

**Descritores:** Segurança do Paciente. Atenção Primária à Saúde. Gestão de Riscos.

## EIXO 5- Atenção Primária à Saúde.

### INTRODUÇÃO

Segurança do Paciente pode ser definida sucintamente como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde<sup>(1)</sup>. Com vistas a zelar por essa segurança, criou-se o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído por normativas legais, que visa fomentar um ciclo de processos de qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional<sup>(2)</sup>.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) não menciona em seu texto dos princípios e diretrizes a segurança do paciente, ao passo que o PNSP também demonstra

fragilidade em seus eixos e objetivos específicos ao não incluir o tema segurança do paciente na APS <sup>(3)</sup>. Essa lacuna em ambas as políticas aponta a necessidade de pesquisas científicas que contribuam para a adequada identificação e caracterização de riscos ao paciente nos cuidados primários, bem como sua natureza e formas de evitá-los.

A concepção generalizada e equivocada de que a APS é segura, por possuir baixa densidade tecnológica quando comparada aos outros níveis, carece de evidências científicas atuais. O que se encontra na literatura é que a longitudinalidade dos cuidados concentra-se nesse setor e que inconsistências na segurança do paciente também ocorrem frequentemente <sup>(4)</sup>. Para entender e prevenir o erro, é necessário entender como ele ocorre e, antes disso, reconhecer o que aconteceu. Isto requer mecanismos de identificação, compreensão e notificação de erro confiáveis, bem como uma cultura de segurança bem estabelecida no nível gestor do serviço <sup>(5)</sup>.

Entre os objetivos do PNSP, encontra-se o de “Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da **gestão de risco** nos estabelecimentos de saúde”<sup>(2)</sup>. Sob essa ótica de gestão de riscos, os serviços de saúde devem ser encarados como ambientes complexos e dinâmicos com alta rotatividade de pessoas, portanto com vários fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes relacionados à assistência. Dessa forma, urge a necessidade de selecionar medidas de contenção dos riscos aos quais os usuários estão constantemente sujeitos <sup>(6)</sup>.

Como mencionado acima, deve-se entender como o erro ocorre para, então, geri-lo. Para isso surge a Análise de Causa-Raiz (ACR), uma metodologia retrospectiva que é aplicada após a inconsistência assistencial ocorrer. Essa ferramenta almeja identificar as causas dos incidentes sem danos, dos eventos adversos e dos *near miss*; propondo estratégias para que não voltem a acontecer. A ACR é um processo sistemático de reconstrução da sequência lógica dos que fatores que corroboraram para o incidente. Durante o processo, questiona-se o “por quê” até que as causas basais sejam encontradas <sup>(6)</sup>.

Sendo uma das formas de se desenvolver o método de ACR, o Diagrama de Ishikawa/Causa-efeito/Espinha-de-peixe é uma técnica que dispõe graficamente o relacionamento hierárquico entre as causas. Diferentes filiais são apresentadas e cada uma representa uma categoria de fatores causais, distribuídos na ordem: primários, secundários e terciários. Com representação organizada e ordenada, através dessa ferramenta é possível visualizar um efeito e suas diversas causas <sup>(6)</sup>.

Justifica-se a realização dessa pesquisa pela necessidade de produções literárias atuais na área a partir da reflexão crítica que gera mudanças nos processos de trabalho desenvolvidos pela equipe multiprofissional. Incidentes de segurança na APS são obstáculos para a economia do cuidado, sendo, também, um dos principais desafios para se promover qualidade em ambientes de saúde.

Elencou-se como questão norteadora para o trabalho: *O uso de ferramentas da gestão do cuidado podem auxiliar na identificação das causas que justificam a ocorrência do erro?*. Portanto, o objetivo deste estudo está em produzir dois diagramas de Ishikawa a partir da ACR com base na literatura nacional sobre os principais incidentes que ocorrem com o usuário na APS.

## **MÉTODOS**

Estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa. Primeiramente, buscou-se investigar as principais categorias de Incidentes de Segurança do Paciente na APS a partir de uma revisão de literatura narrativa para a coleta de dados. A estratégia para busca nas bases de dados foi: Segurança do Paciente (OR) Gestão de Riscos (AND) Atenção Primária à Saúde. Após essa etapa, encontrou-se artigos sobre a temática em que autores afirmavam a descoberta de duas principais categorias: Incidentes de Comunicação e Erros de prescrição e dispensação de medicamentos. A análise desses dados foi descritiva a partir das informações encontradas que confirmaram a hipótese de que a APS não é um serviço totalmente seguro ao paciente.

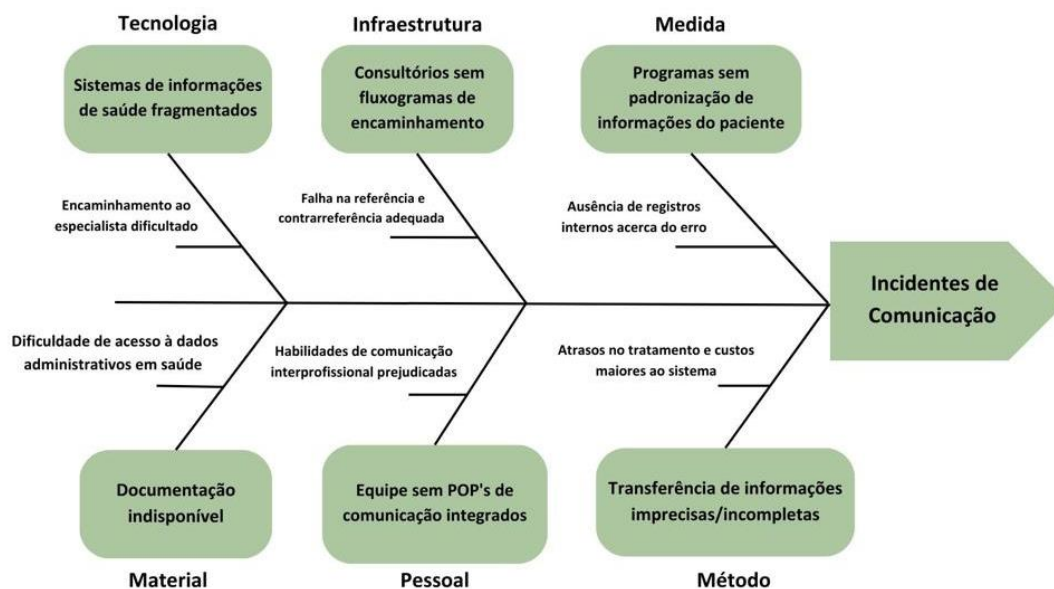
Posteriormente a esse processo, na segunda etapa aplicou-se o método de ACR aos dados separados para a construção dos diagramas de Ishikawa. O Diagrama de Causa-Efeito é a ferramenta mais recomendada para a análise desse tipo de incidente quando não se dispõe de dados quantitativos que revelem as causas do problema. Sua construção baseia-se em uma série de passos em que se pergunta sucessivamente “por que ocorreu ou pode ocorrer determinado incidente de segurança” ou “quais as suas causas”<sup>(6,7)</sup>.

Quatro passos guiam esse processo de construção dos diagramas, sendo eles: 1º - definir o problema; 2º - identificar os grupos de causas; 3º identificar as causas e 4º - classificar hierarquicamente as causas. Tendo em vista que a pesquisa envolveu apenas dados de domínio público e revisão bibliográfica, sem a participação de seres humanos, não foi necessária a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

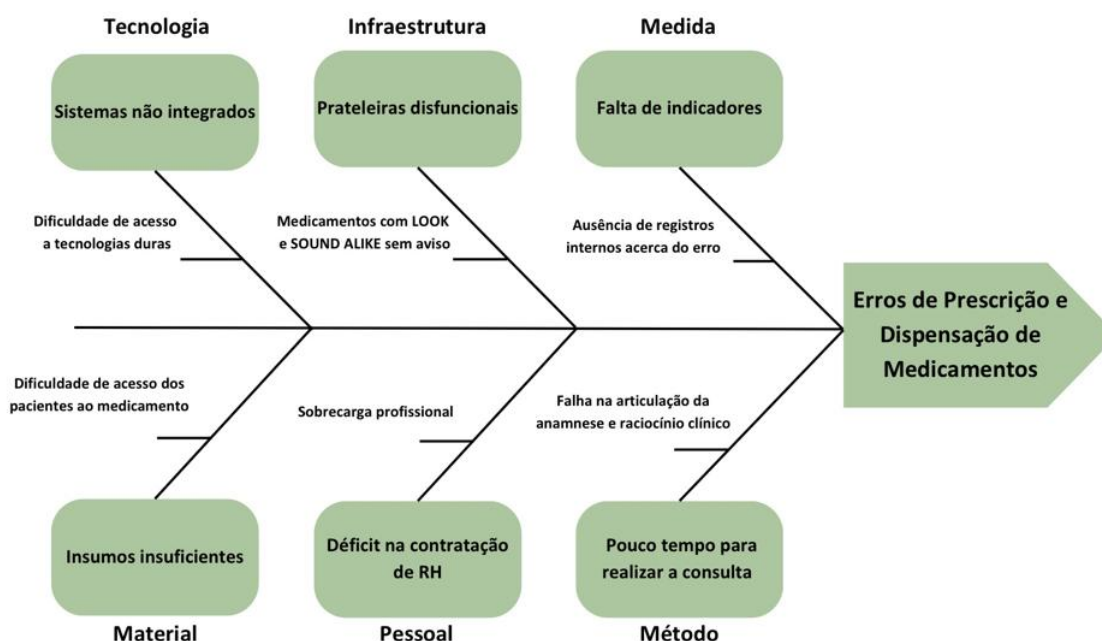
## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A partir dos resultados obtidos com a coleta de dados exploratória, foram discutidas as informações pertinentes às duas categorias escolhidas para se trabalhar o

método de ACR. Após essa validação, foi realizada a construção dos dois diagramas de Ishikawa onde as causas foram agrupadas em seis categorias adaptadas aos serviços prestadores de cuidados primários, visando abranger integralmente à realidade vivenciada pelas equipes multiprofissionais na APS (Figuras 1 e 2).



**Figura 1** - Diagrama de Ishikawa sobre incidentes de comunicação na APS. Fonte: autores, 2023.



**Figura 2** - Diagrama de Ishikawa sobre erros relacionados a medicamentos na APS. Fonte: autores, 2023.

Diante do resultado obtido por meio da elaboração dos diagramas, identificou-se uma cultura de segurança negativa no cenário estudado da APS que precisa ser mais bem preparada. A análise descritiva dos dados permitiu a realização de um diagnóstico situacional sobre o que se configura causas-raízes de eventos adversos ao paciente no

trajeto assistencial percorrido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os resultados apresentados demonstraram, entre outras causas, que a ausência de registros internos acerca do erro o invisibiliza diante dos profissionais e que a ausência de fluxogramas e normativas operacionais dificultam a referência e contrarreferência adequada, prejudicando a comunicação do usuário entre a APS e o serviço especializado.

No que tange aos incidentes com medicamentos na APS, a desatenção profissional com apresentações de embalagens semelhantes (*look e sound alike*) entre fármacos diferentes é um fator de risco seríssimo para a segurança do paciente. Somado a isso, indisponibilidade de insumos, déficits na contratação de pessoal, consultas profissionais rápidas e ausência de indicadores sobre os erros também configuram-se como causas que resultam, majoritariamente, em danos ao usuário do serviço primário de atenção.

### **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

O presente estudo desempenha papel fundamental para o subsídio de novas pesquisas científicas na área, com vistas à assistência de enfermagem segura e eficaz ao usuário da APS. Somado a isso, auxilia os enfermeiros no reconhecimento precoce de fatores que configuram-se como riscos à segurança do paciente. As implicações desta pesquisa para a categoria de enfermagem apresentam-se na avaliação da cultura de segurança de equipes de atenção básica, associada à discussão, por meio do diagrama de Ishikawa, sobre as fragilidades identificadas, o que estimula a implementação de novas práticas seguras nesses serviços.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da exposição sobre o tema, conclui-se que para além de disseminar o conceito de segurança nesse nível de atenção, deve-se elucidar com propriedade e clareza as causas dos danos ao paciente e mensurar sua respectiva gravidade. Os diagramas construídos se apresentarão como referencial teórico e ferramenta de apoio ao processo de capacitação e educação continuada dos profissionais da área, sobretudo gestores, para atuarem na mitigação dessas duas categorias de incidentes que ocorrem com o usuário na Atenção Primária à Saúde, tornando-a um ambiente mais seguro e resolutivo.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
4. AGUIAR, Tatiane Lima et al. Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, 2020.
5. RIBAS, Maria José. Erro médico: Eventos adversos em cuidados de saúde primários: Promover uma cultura de segurança. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 26, n. 6, p. 585-9, 2010.
6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde*. Brasília: Anvisa, 2017.
7. Vasconcelos PF, Carvalho REFL, Sousa Neto PH, Dutra FCS, Sousa VTS, Oliveira SKP, Freire VECS. Clima de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: análise de causa-raiz. *REME - Rev Min Enferm*. 2021. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762-2021001