

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS *NEAR MISS* NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Meire Augusta Celestino Amaro¹
Elena Bohomol¹

<https://orcid.org/0000-0002-4202-5500>
<https://orcid.org/0000-0002-7196-0266>

Objetivo: Analisar os eventos *near miss* notificados na atenção primária à saúde.

Métodos: Estudo quantitativo, documental e retrospectivo, sendo fonte de informação o banco de dados de um sistema de notificações de incidentes de 13 unidades básicas de saúde nos anos 2014 a 2016. Os *near miss* foram analisados por avaliadores independentes e classificados com a taxonomia da Organização Mundial de Saúde. Para análises estatísticas utilizaram-se os testes qui-quadrado e o programa estatístico R versão 3.4.0.

Resultados: entre os 1093 eventos *near miss* notificados, 687(62,8%) foram eventos com medicamentos, 312 (28,5%) eventos com documentação, 46 (4,2%) eventos com administração clínica e 48 (4,4%) outros. O teste de Kappa apontou baixa concordância entre os dois primeiros avaliadores com valor médio (0,39). O nível de concordância aumentou de 54% para 73% com a inclusão do terceiro avaliador. Houve diferença significativa na proporção entre os eventos com medicamentos, documentação e administração clínica. (p=0).

Conclusão: o estudo identificou eventos *near miss* notificados na atenção primária, destacando os eventos com medicamentos e documentação. A taxonomia da Organização Mundial de Saúde permitiu a classificação dos eventos *near miss*, mas requer melhorias para se adequar à atenção primária.

Descritores: Notificação; Near miss; Atenção primária à saúde; Segurança do paciente; Qualidade da assistência à saúde; Gestão de riscos

NEAR MISS EVENTS NOTIFICATION IN PRIMARY HEALTH CARE

Objective: To analyze the near miss events reported in primary health care.

Methods: Quantitative, documentary and retrospective study, the database of an incident notification system of 13 basic health units in the years 2014 to 2016 being the source of information. The near misses were analyzed by independent evaluators and classified with the taxonomy of the World Health Organization. For statistical analysis, chi-square tests and the statistical program R version 3.4.0 were used.

Results: among the 1093 reported near miss events, 687 (62.8%) were drug events, 312 (28.5%) events with documentation, 46 (4.2%) events with clinical administration and 48 (4.4%) others. The Kappa test showed low agreement between the first two evaluators with a mean value (0.39). The level of agreement increased from 54% to 73% with the inclusion of the third evaluator. There was a significant difference in the proportion between events with drugs, documentation and clinical administration (p = 0).

Conclusion: the study identified near miss events reported in primary care, highlighting the events with medication and documentation. The World Health Organization's taxonomy allowed the classification of near miss events, but requires improvements to adapt to primary care.

Keywords: Notification; Near miss; Primary health care; Patient safety; Quality of health care; Risk management

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS CERCANOS PERDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Objetivo: Analizar los eventos cercanos a fallas reportados en la atención primaria de salud.

Métodos: Estudio cuantitativo, documental y retrospectivo, siendo la fuente de información o base de datos para un sistema de notificación de incidentes de 13 unidades básicas de salud de 2014 a 2016. Estamos cerca de fallar analizados por evaluadores independientes y clasificados como taxonómico Organización Mundial de la Salud. Para el análisis estadístico, utilizaremos las pruebas cuadráticas y el programa estadístico R versión 3.4.0.

Resultados: de los 1093 eventos reportados cerca de la falla, 687 (62,8%) fueron eventos de drogas, 312 (28,5%) eventos con documentación, 46 (4,2%) eventos con administración clínica y 48 (4,4%) otros. O la prueba de Kappa mostró una baja concordancia entre los dos primeros evaluadores con un valor medio (0,39). El nivel de contrato aumentó del 54% al 73% con la inclusión de terceros. Hubo una diferencia significativa en la proporción entre eventos como medicación, documentación y administración clínica (p = 0).

Conclusión: o Identifiqué eventos cercanos a fallas notificados en atención primaria, destacando los eventos con medicamentos y documentación. La taxonomía de la Organización Mundial de la Salud permitió que dos eventos se clasificaran como cercanos, pero requirió mejoras para adaptarse a la atención primaria.

Keywords: Notificación; Near miss salud; Atención primaria; Seguridad del paciente; Calidad de la atención em salud; Gestión de riesgos

¹Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: extraído da Dissertação "Segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise de incidentes *near miss* em unidades de estratégia de saúde da família", apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, no ano de 2019.

Autor correspondente: Meire Augusta Celestino Amaro | E-mail: meire.augusta@yahoo.com.br

Recebido: 07/7/2020 - Aceito: 27/12/2020

INTRODUÇÃO

A notificação de incidentes é uma prática comum em serviços hospitalares, onde diferentes eventos podem comprometer a assistência ao paciente. Desta forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente e um importante tópico desta taxonomia é a definição dos tipos de incidentes, onde *near miss* ou quase erro, “é o incidente que não atingiu o paciente”, o “evento é algo que acontece ou envolve o paciente” apresentando dano ou não. No caso de evento com paciente que gerou dano, é denominado evento adverso¹.

Conhecer as fragilidades dos serviços de saúde permite identificar suas causas e redesenhar o processo com barreiras que reduzam os riscos de danos. Neste contexto, a notificação de incidentes é considerada uma importante ferramenta, capaz de coletar dados sobre os incidentes, proporcionando um ambiente de aprendizado, capaz de compartilhar informações importantes para o desenvolvimento da segurança do paciente².

A obrigatoriedade da notificação de incidentes pelos serviços de saúde no Brasil foi publicada pelo Ministério da Saúde, onde atribui ao profissional o ato de notificar os eventos dentro de um ambiente de cultura de segurança^{3,4}. Entretanto, o Boletim de Segurança do Paciente apontou que os hospitais reportaram 94% dos incidentes, e os serviços de atenção primária à saúde (APS) reportaram apenas 0,4% dos incidentes no ano de 2016⁵, revelando baixa adesão da APS neste processo.

A segurança do paciente na APS é uma preocupação da OMS, e para conhecer os riscos que envolvem este nível de cuidado, foi convocado um grupo de especialistas de diferentes partes do mundo, que se reuniram, investigaram, evidenciaram as áreas prioritárias para alcançarmos melhores resultados com a segurança neste contexto⁶.

Cabe destacar que apesar do termo “paciente” ser mundialmente o mais utilizado, na APS é comum empregarmos o termo “usuário” visto que sua definição está relacionada ao indivíduo que utiliza o serviço de saúde de forma mais abrangente, se estendendo ao acompanhante, família, trabalhador, gerente da instituição e gestor do sistema de saúde⁷. Desta forma, o presente estudo adotará o termo usuário e manterá o termo paciente para as definições padronizadas pela OMS.

A ocorrência de incidentes na APS foi investigada no estudo espanhol, que analisou de forma retrospectiva os eventos de um sistema de notificação. Os dados apontaram que 62,7% dos eventos atingiram o paciente, 45,8% causaram danos mínimos e 2,4% resultaram em danos críticos⁸.

No entanto, o estudo americano que avaliou a viabilidade de um sistema de notificação de *near miss* em sete serviços de APS identificou uma alta frequência deste tipo de evento, representando riscos significativos de danos aos pacientes⁹. Posteriormente, o estudo complementar encontrou 34 projetos de melhorias baseadas nas notificações de *near miss*¹⁰, reforçando a oportunidade que este tipo de evento oferece.

Portanto, conhecer os *near miss* na APS poderá contribuir com um sistema de aprendizado com os erros e possíveis soluções para segurança do paciente. Estudos sobre *near miss* na área hospitalar são escassos e na APS é uma lacuna do conhecimento. Desta forma, surgiu a seguinte questão de pesquisa: Quais os tipos de eventos *near miss* notificados na atenção primária à saúde?

O objetivo deste estudo é analisar e categorizar os *near miss* notificados em unidades básicas de saúde com estratégia de saúde da família.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, quantitativo e retrospectivo.

Foram incluídas 13 unidades básicas de saúde, totalizando 87 equipes de estratégia de saúde da família e seis núcleos de apoio à saúde da família. As equipes eram constituídas por enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médicos da família, cirurgiões dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal; farmacêuticos; técnicos de farmácia; assistentes administrativos; visitantes sanitário, fisioterapeutas, nutricionistas; fonoaudiólogos; médicos psiquiatras, psicólogos; assistente social; terapeuta ocupacional e um educador físico, totalizando 1064 profissionais. Para que o anonimato fosse mantido, não foram expostos os nomes das unidades de saúde envolvidas.

O estudo foi realizado na região sul do município de São Paulo, dentro de um contexto urbano, com cobertura assistencial para 367.464 usuários.

A fonte de informação foi o banco de dados do sistema de notificação anônima de incidentes das 13 unidades básicas de saúde incluídas no estudo. As notificações ocorriam de forma voluntária pelos profissionais, sendo manuscrita de 2014 a 2015 e informatizada a partir de 2016. O setor da qualidade que realizava apoio técnico às unidades de saúde, gerenciava os eventos com a participação do gestor de cada unidade envolvida.

Os dados foram coletados de forma retrospectiva em julho de 2017, mediante o acesso ao banco de dados das notificações referente a janeiro de 2014 a dezembro de

2016. As informações coletas foram organizadas em um instrumento estruturado, composto com as informações: número da notificação, unidade básica de saúde, data da notificação e descrição do incidente.

Para definição da população do estudo, isto é, os *near miss* notificados, foi realizada leitura integral das 3.204 notificações de incidentes no período definido. Foram incluídos no estudo todos os eventos *near miss* relacionados à assistência direta ou indireta ao paciente. As notificações que não se caracterizam como evento *near miss* foram excluídas do estudo, dentre elas os relatos em duplicidade, os relatos com pouca informação que impediram sua interpretação ou deixaram dúvidas quanto ao seu desfecho e os eventos adversos, resultando em 1093 notificações.

Foi utilizada a taxonomia da OMS para a classificação dos tipos de incidentes com as variáveis: processos (ação realizada para se alcançar um objetivo) e problemas (situação que gerou o risco)¹. Os *near miss* que não foram passíveis de classificação com a taxonomia utilizada e apresentaram uma alta frequência, passou por uma categorização livre pelo pesquisador, de acordo as características de cada ocorrência. Foram criadas as seguintes categorias: ausência da concentração; ausência de dosagem; ausência da duração do tratamento; ausência da via de administração; dados de identificação incompletos e outros.

A classificação dos *near miss* foi feita por dois avaliadores de forma independente, em primeira instância. Um terceiro avaliador foi convidado a participar para realizar nova classificação em função das divergências entre os dois primeiros. Todos os avaliadores tinham conhecimento e experiência laboral em segurança do paciente e análise de incidentes.

O processo de análise dos dados utilizou a estatística descritiva das variáveis identificadas. O teste do Coeficiente Kappa avaliou o nível de concordância entre os avaliadores. Para verificar se houve diferença estatística significativa entre as variáveis tipos de incidentes, foi realizado o teste de proporção qui-quadrado com intervalo de confiança (IC) 95%. Adotou-se o programa estatístico R versão 3.4.0.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo e submetido na Plataforma Brasil sob o parecer nº 1.771.710. O estudo foi isento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por se tratar de uma pesquisa com dados secundários e não ser possível a localização dos usuários para obtenção de assinatura do termo.

RESULTADOS

O estudo identificou que os eventos *near miss* corresponderam a 34% (n=1093) das notificações. O teste do coeficiente Kappa apontou valor médio de 0,39 na avaliação dos eventos *near miss* entre os anos 2014 a 2016, indicando baixa concordância entre os dois primeiros avaliadores. Este dado apontou a necessidade de inserção do terceiro avaliador, que aumentou o nível de concordância inicialmente com (54%) para (73%) após esta inclusão.

Conforme a tabela 1, é apresentada a distribuição da classificação dos tipos de incidentes para os casos *near miss* nos anos de 2014 a 2016, observa-se que houve diferença significativa entre os tipos de incidentes com (p=0), indicando a probabilidade de que a diferença observada entre as categorias seja ao acaso.

Tabela 1. Distribuição do Tipo de Incidente para os casos de *near miss* em unidades básicas de saúde (n=1093)

Tipos de incidentes	2014	2015	2016	p-value
	n(%)	n(%)	n(%)	
Medicamentos	60(30,8)	171(68,7)	456(68,2)	0,00
Documentação	88(45,1)	59(23,7)	165(24,7)	
Administração clínica	23(11,8)	9(3,6)	14(5,1)	
Outros	24(12)	10(4)	14(2)	
Total	195(100,0)	249(100,0)	649(100,0)	

Os resultados relacionados aos tipos de processos dos *near miss* estão apresentados na tabela 2, que aponta uma maior frequência de eventos com medicamentos no processo de prescrição, seguido de eventos com documentação no processo de pedidos e eventos de administração clínica no processo de encaminhamento e agendamento de pacientes.

Conforme a tabela 3, estão os tipos de problemas dos eventos *near miss* notificados pelos profissionais, destacando as situações que geraram riscos. Nos eventos com medicamentos, destacam-se os problemas com medicamento errado, concentração errada, apresentação errada e alta frequência de problemas categorizados como outros, que serão explicados adiante. Nos eventos com documentação observa-se maior frequência de problemas com identificação errada seguida de documentos incompletos.

Tabela 2. Distribuição dos tipos de processos dos eventos near miss em unidades básicas de saúde (n=1093)

Tipos de processo	2014 n(%)	2015 n(%)	2016 n(%)	Total n(%)
Processos de medicamentos	60(100)	171(100)	456(100)	687(100)
Administração	1(2)	1(1)	14(3)	16(2)
Armazenamento	2(3)	7(4)	9(2)	18(3)
Dispensação	5(8)	5(3)	14(3)	24(3)
Prescrição	52(86)	158(92)	419(92)	629(92)
Processos de documentação	88(100)	59(100)	165(100)	312(100)
Cadastro	23(26)	4(7)	24(15)	51(16)
Cartões	7(8)	-(-)	3(2)	10(3)
Formulários assistenciais	18(20)	4(7)	20(12)	42(13)
Pedidos	29(33)	32(54)	67(41)	128(41)
Prontuários	8(9)	15(25)	44(27)	67(21)
Outros	3(3)	4(7)	7(4)	14(4)
Processos de administração clínica	23(100)	9(100)	34(100)	46(100)
Admissão	-(-)	3(33)	14(41)	17(37)
Agendamento	7(30)	2(22)	5(15)	14(30)
Alocação do paciente	-(-)	2(22)	-(-)	2(4)
Consulta	1(4)	1(11)	-(-)	2(4)
Encaminhamento	2(9)	1(11)	8(24)	11(24)
Requisição	8(35)	-(-)	-(-)	-(-)
Transcrição	2(9)	-(-)	2(6)	-(-)
Outros	3(13)	-(-)	3(9)	-(-)
Outros processos	24(100)	10(100)	14(100)	48(100)

Nos eventos com medicamentos, observa-se que os problemas com prescrição são os mais frequentes e 58% estão categorizados como outros, por não existir opções de classificação na taxonomia da OMS. Após leitura dos relatos, e uma nova categorização, o estudo aponta problemas com prescrição incompleta. A tabela 4 apresenta a categorização dos outros problemas com prescrição, sendo os mais frequentes, os dados de identificação incompletos, seguidos de ausência de dosagem e ausência de concentração do medicamento.

Tabela 3. Distribuição dos tipos de problemas dos eventos near miss em unidades básicas de saúde (n=1093)

Tipos de problema	2014 n(%)	2015 n(%)	2016 n(%)	Total
Problemas com medicamentos	60(100)	171(100)	456(100)	687
Frequência errada	-(-)	1(1)	3(1)	4
Prazo de validade expirado	-(-)	7(4)	6(1)	13
Apresentação errada	18(33)	11(6)	28(6)	54
Concentração errada	5(8)	11(6)	51(11)	67
Duração errada do tratamento	5(8)	5(3)	12(3)	22
História prévia de alergia	3(5)	2(1)	4(1)	9
Medicamento errado	9(14)	11(6)	32(7)	55
Paciente errado	8(13)	16(9)	22(5)	46
Prescrição ilegível	1(2)	1(1)	15(3)	17
Prescrição rasurada	2(3)	4(2)	15(3)	21
Via errada	2(3)	1(1)	6(1)	9
Outros	7(12)	101(59)	262(58)	370
Problemas com documentação	88(100)	59(100)	165(100)	312
Identificação errada	66(75)	17(29)	64(38)	147
Arquivamento errado	5(6)	8(14)	15(9)	26
Documento incompleto	8(9)	19(31)	37(23)	73
Informação ilegível	2(2)	8(14)	7(4)	10
Paciente errado	-(-)	2(3)	9(6)	11
Documento para paciente errado	4(4)	1(2)	26(16)	31
Outros	3(3)	4(7)	7(4)	14
Problemas com administração clínica	23(100)	9(100)	14(100)	46
Agendamento errado	1(4)	2(22)	1(7)	4
Paciente errado	6(26)	-(-)	8(57)	14
Processo/serviço errado	3(13)	2(22)	2(14)	6
Encaminhamento Incompleto	2(9)	-(-)	1(7)	10
Processo/serviço errado	4(18)	1(11)	1(7)	4
Outros	7(30)	4(44)	1(7)	26
Outros problemas	24(100)	10(100)	14(100)	48

Tabela 4. Distribuição dos outros problemas relacionados à prescrição de medicamentos em unidades básicas de saúde (n = 370)

Descrição de outros problemas de prescrição	2014 n(%)	2015 n(%)	2016 n(%)	Total n(%)
Ausência da concentração	-(-)	3(3)	38(14)	41(11)
Ausência de dosagem	2(29)	30(30)	69(27)	101(27)
Ausência da duração do tratamento	2(29)	12(12)	23(8)	37(10)
Ausência da via de administração	1(14)	5(5)	14(5)	20(6)
Dados de identificação incompletos	-(-)	42(42)	83(33)	125(34)
Outros	2(29)	9(9)	35(13)	46(12)
Total	7(100)	101(100)	262(100)	370(100)

DISCUSSÃO

A notificação de *near miss* mostrou-se uma prática de profissionais de unidade básica de saúde (UBS) conforme resultados do presente estudo e destacam-se respectivamente os erros relacionados a medicamentos, seguidos dos erros com documentação e erros de administração clínica. A literatura traz diferentes dados quanto a frequência de *near miss* na APS, comparados aos achados deste estudo. Um estudo americano que investigou os erros em farmácias comunitárias refere que os *near miss* representaram 26% dos erros¹¹. Outra pesquisa avaliou os incidentes notificados em UBSs da Espanha apontou que 37,3% dos incidentes não atingiram os usuários⁸. Este dado é similar aos achados deste estudo, que detectou 34% de *near miss*.

Os resultados desta pesquisa demonstram que os eventos com medicamentos estão fortemente relacionados a erros de prescrição e assemelham-se àqueles comprovados em outras investigações. O estudo espanhol que investigou incidentes em unidades básicas de saúde revelou que 50% de eventos ocorreram com medicamentos⁸. Pesquisadores ingleses analisaram as principais causas para erros de medicação na APS apontou que a etapa de prescrição representa grande vulnerabilidade¹². Estes dados sobre erros de prescrição são esperados, pois diariamente a APS realiza milhares de consultas médicas em diversas partes do mundo, que geram prescrições de medicamentos, sendo ela a primeira fase do processo de medicação.

Os problemas e as fontes de riscos detectados no processo de medicação desencadeiam um potencial de dano

grave. Uma recente pesquisa americana analisou os incidentes em farmácias comunitárias e trazem dados superiores a este estudo, indicando 12% de incidentes com paciente errado e 14% com medicamento errado¹¹. O estudo francês que avaliou consultas médicas na atenção primária apontou problemas com prescrição e os incidentes com medicamento errado representou 37,5% dos eventos analisados¹³. Estas divergências dos dados publicados em outros estudos, podem ser explicados por representarem os problemas com medicação de forma geral, diferente do escopo deste estudo que investigou somente *near miss*.

Esta pesquisa revela que 58% dos problemas com prescrição de medicamento necessitaram de categorização livre por estarem relacionadas a dados incompletos. Problemas com prescrições incompletas também foram relatados em outros estudos. A pesquisa que avaliou manualmente as prescrições médicas da APS do Bangladesh mostrou 16,44% de prescrições com ausência de duração do tratamento e 12,78% com ausência de dosagem¹⁴. O estudo brasileiro que investigou os fatores de risco dos erros de prescrição de medicamentos, refere que a ausência de informações adequadas podem contribuir para uma assistência insegura¹⁵.

Na prática da APS no Brasil, a prescrição incompleta além de oferecer riscos aos processos de administração ou dispensação do medicamento, pode acarretar transtornos ao usuário, pois quando é detectada na própria unidade que forneceu a prescrição, é possível que os profissionais procurem o prescritor para correção. Nos casos de prescrições provenientes de outros serviços de saúde, esta falha traz atraso ao início do tratamento, onde o usuário precisa retornar ao serviço de origem da receita para correção da prescrição.

O estudo brasileiro que investigou as características de eventos adversos na APS, comparados com resultados de um estudo português e outro australiano apresenta uma variação entre 19% a 32% de erros administrativos¹⁶ e trazem dados similares aos resultados deste estudo. Todavia, por não existir padronização dos tipos de erros administrativos, ele é especificado de diferentes formas na literatura. A falta de informações padronizadas, conceitos de diferentes tipos de erros e uma taxonomia customizada para a realidade da APS também contribuem fortemente para esta baixa consistência de dados⁶.

O estudo americano que investigou os erros *near miss* em serviços de cuidados primários apontou 47,3% de falhas nos processos administrativos e 25,3% erros de arquivamento. Estes dados demonstram que os eventos *near miss* na APS pode estar relacionado às falhas de

assistência direta e assistência indireta⁹. Os erros de arquivamento apontados nesta pesquisa são inferiores aos encontrados na literatura, porém cabe ressaltar que o estudo traz maior frequência de erros de documentos com identificação errada e documento para paciente errado. Os problemas com documentação são recorrentes na praticadas unidades básicas de saúde e podem ser atribuídos ao grande volume de profissionais que manipulam o prontuário do usuário e as diferentes interrupções durante os processos de trabalho.

Este estudo trouxe dados com erros de pedidos, sendo eles relacionados a falhas de identificação do paciente, documento incompleto, paciente errado e informação ilegível. Não foi encontrado na literatura estudos que abordem erros com pedidos na APS, porém, uma pesquisa brasileira investigou os incidentes de um hospital público, classificou os eventos conforme taxonomia da OMS e não identificou erros com documentação¹⁷. Este fato pode estar relacionado a baixa prioridade para investigação destes tipos de erros e na prática dos serviços de saúde estas ocorrências sejam subnotificadas.

Nesta pesquisa, foram detectados erros de administração clínica e os principais problemas estavam relacionados a erros de admissão, agendamento e encaminhamento. O estudo brasileiro que analisou os desafios da gestão do cuidado na APS na percepção da equipe de enfermagem, aponta que os processos burocráticos da gestão e falta de profissionais prejudicam a qualidade da assistência aos usuários¹⁸. No contexto da APS, estes tipos de erros trazem diferentes prejuízos ao usuário, pois é sabido que os processos são burocráticos, lentos, atrelados à alta demanda e baixa oferta.

Dificuldades de acessibilidade, como o agendamento de consultas, foram relatadas em uma pesquisa realizada no Brasil, onde os usuários consideram o acesso à APS burocrático e demorado, desde agendamento até a espera para o atendimento da consulta¹⁹. Já o estudo que analisou as queixas dos usuários da APS no Brasil, apontou que a demora para o atendimento de consultas corresponde a 69% da insatisfação²⁰. Neste sentido, quando um erro de agendamento é detectado precocemente, é possível solucioná-lo sem acarretar prejuízos ao paciente, diferentemente de quando o erro é identificado somente no momento do atendimento.

A utilização de sistema de notificação mostrou-se possível em UBSs que possuem um ambiente de cultura de segurança, conforme resultados deste estudo. Desta forma, pesquisadores mostram que os aspectos positivos para notificação estão relacionados o apoio do núcleo de

segurança do paciente, o *feedback* aos profissionais e o reconhecimento da importância do reporte de erros em saúde²¹.

No cotidiano da prática de investigação e análise de incidentes, quando um serviço de saúde reduz significativamente o número de notificações, é importante manter uma boa comunicação com os profissionais para incentivar a notificação e consequentemente reduzir a subnotificação.

O ideal é que o número de *near miss* permaneça em constante crescimento, evidenciando a capacidade do profissional em detectar erros precocemente e a efetividade das barreiras que tenham sido implantadas pela gestão do serviço de saúde.

Esta pesquisa tem como limitação a utilização dos dados de apenas uma região de saúde do município de São Paulo. A taxonomia da OMS para classificação das notificações mostrou limitações para se adequar à realidade do processo de medicação na APS devido ao grande número de prescrições incompletas que não foi possível classificar.

Esta pesquisa apresenta a evolução da cultura de segurança em serviços de APS, onde a notificação de eventos *near miss* aumentou ao longo dos anos investigados. Os profissionais foram capazes de detectar as falhas precocemente e utilizar o sistema de notificação voluntária para relatar as ocorrências que refletiram riscos para o cuidado em saúde.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou os eventos *near miss* presentes nas notificações voluntárias dos profissionais das UBSs. Os principais tipos de *near miss* foram os de documentação, medicação e administração clínica. A taxonomia da OMS permitiu a classificação dos eventos *near miss*, mas requer melhorias para se adequar à realidade da APS, onde não foi possível classificar mais da metade dos problemas de prescrição identificados no estudo. A categorização livre destacou os problemas com prescrição de medicamentos relacionados à ausência da concentração; ausência de dosagem; ausência da duração do tratamento; ausência da via de administração e dados de identificação incompletos, refletindo um evento comum nos serviços de APS.

Contribuições dos autores:

Meire Augusta Celestino Amaro participou da concepção do estudo, coleta de dados, interpretação dos dados e redação do manuscrito. Elena Bohomol participou do desenho do estudo, análise dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). [Patient Safety. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: Final Technical Report] [Internet]. Lisboa: OMS; 2011 [cited 2019 Nov 19]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>. Portuguese.
2. World Health Organization (WHO). Minimal information model for patient safety incident reporting and learning systems: user guide. Geneva: WHO; 2016.
3. Ministério da Saúde. Portaria No. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)[Internet]. 2013 [citado 2020 Jun 28]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
4. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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 [Internet]. 2013 [citado 2020 Jun 28]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
5. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 15: incidentes relacionados à assistência à saúde[Internet]. Brasília (DF):ANVISA; 2017 [citado 2020 Jun 28]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Boletim+Seguranca+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servicos+de+Saude+n+15/bb637392-4973-4e7f-8907-a7b3af1e297b>
6. World Health Organization. Safer Primary Care Expert Working Group. Safer primary care: a global challenge [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2019 Nov 9]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/index.html
7. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3a ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2007.
8. Guerra-García MM, Campos-Rivas B, Sanmarful-Schwarz A, Virseda-Sacristán A, Dorrego-López MA, Charle-Crespo A. [Description of contributing factors in adverse events related to patient safety and their preventability]. *Aten Primaria*. 2018;50(8):486-92. Spanish.
9. Crane S, Sloane PD, Elder NC, Cohen L, Laughtenschlaeger N, Walsh K, et al. Reporting and using near-miss events to improve patient safety in diverse primary care practices: a collaborative approach to learning from our mistakes. *J Am Board Fam Med*. 2015;28(4):452-60.
10. Crane S, Sloane PD, Elder NC, Cohen LW, Laughtenschlager N, Zimmerman S. Implementing near-miss reporting and improvement tracking in primary care practices: lessons learned. In: Battles J, Azam I, Grady M, Reback K, editors. *Advances in patient safety and medical liability*. Rockville: AHRO; 2017 [cited 2019 Nov 19]. Available from: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/resources/liability/crane.html>
11. Darbshire PL, Zhao JC, Sodhi A, Anderson CM. Student observations of medication error reporting practices in community pharmacy settings. *Res Soc Adm Pharm*. 2019;15(7):902-6.
12. Car LT, Papachristou N, Gallagher J, Samra R, Wazny K, El-Khatib M, et al. Identification of priorities for improvement of medication safety in primary care: a PRIORITIZE study. *BMC Fam Pract*. 2016;17(1):160.
13. Pourrain L, Serin M, Dautriche A, Jacquetin F, Jarny C, Ballenecker I, et al. [Management of medication errors in general medical practice: study in a pluriprofessional health care center]. *Therapie*. 2018;73(6):461-71. French.
14. Biswas M, Roy DN, Islam M, Parvez M, Rahman M, Tajmim A, et al. Prevalence and nature of handwritten outpatients prescription errors in Bangladesh. *Int J Pharm Sci*. 2014;6(5):126-30.
15. Souza AF, Queiroz JC, Vieira AN, Silva Solon LG, Bezerra EL. [Medication errors and their risk factors inherent to the medicinal prescription]. *Enferm Foco*. 2019;10(4):12-6. Portuguese.
16. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão AL. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(11):1-16.
17. Gottens LB, Santos ML, Carvalho PA, Amorim FF. A study of cases reported as incidents in a public hospital from 2011 to 2014. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):861-67.
18. Soder R, Oliveira IC, Silva LA, Santos JL, Peiter CC, Erdmann AL. [Challenges for the care management in primary health care: perspective of the nursing team]. *Enferm Foco*. 2018;9(3):76-80. Portuguese.
19. Campos RT, Ferrer AL, Gama CA, Campos GW, Trapé TL, Dantas DV. [Assesment of quality of access in primary care in a large Brazilian city in the perspective of users]. *Saúde Debate*. 2014;38(Esp):252-64. Portuguese.
20. Catanante GV, Hirooka LB, Porto HS, Bava MC. Social participation in primary health care towards the 2030 Agenda. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(12):3965-74.
21. Mascarenhas FA, Anders JC, Gelbcke FL, Lanzoni GM, Ilha P. Facilities and difficulties of health professionals regarding the adverse event reporting process. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180040.