



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA - *CAMPUS* SOBRAL**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CARACTERIZAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS OCORRIDOS NA ATENÇÃO  
BÁSICA À SAÚDE DE SOBRAL - CE**

**JOÃO VITOR TEIXEIRA DE SOUSA**

**SOBRAL**

**2022**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC**

**JOÃO VITOR TEIXEIRA DE SOUSA**

**CARACTERIZAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS OCORRIDOS NA ATENÇÃO  
BÁSICA À SAÚDE DE SOBRAL - CE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará – UFC – Campus Sobral, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Izabelle  
Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

**SOBRAL**

**2022**

JOÃO VITOR TEIXEIRA DE SOUSA

CARACTERIZAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS OCORRIDOS NA ATENÇÃO  
BÁSICA À SAÚDE DE SOBRAL - CE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará - UFC - Campus Sobral/CE, como requisito para o título de Mestre em Saúde da Família.

Defendido em: \_\_\_/\_\_\_/2022

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque  
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA  
Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lidyane Parente Arruda  
Centro Universitário Inta - UNINTA  
Examinadora

---

Prof. Dr. Marcos Aguiar Ribeiro  
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA  
Examinador

*Dedico a minha família, que mesmo com as dificuldades encontram meios para apoiar meus sonhos.*

## AGRADECIMENTOS

Cada pessoa que passou em minha vida deixou alguma marca, costumo dizer que sempre positiva, pois mesmo as que tentaram fazer o mal ou o fizeram, acabaram me fazendo aprender lições que jamais eu poderia aprender sem elas no meu caminho, deixando marcas que fazem parte da minha história de vida. Assim, registro os meus sinceros agradecimentos:

Agradeço primeiramente a Deus, pois apesar de não ser uma pessoa extremamente religiosa, tenha na figura de Deus e do Senhor Jesus, meus grandes companheiros, pois nos momentos mais difíceis é a eles que recorro em palavras e pensamentos.

Aos meus familiares: minha mãe Claudia e ao meu pai Hélio, que apesar de não terem formação acadêmica, assumem papéis importantes de grandes incentivadores na minha vida e na vida de meus irmãos Paulo e Felipe, proporcionando a nós sempre o necessário. Obrigado pelo incentivo e por acreditar em meu potencial.

À minha segunda família: minha mãe postiça Roberlandia, que mais do que ninguém nesse mundo acredita no meu potencial. A minha irmã de coração Renata, que me dar palavras de apoio desde o início desse processo, com muita sabedoria, por também já tê-lo feito. Agradeço imensamente por tudo que fazem e fizeram por mim, por me abrigar em Sobral e dentro do coração de vocês. Amo vocês de uma forma incondicional.

À minha amiga irmã Cleiciane, sem ela muita coisa na minha vida não seria possível. Mesmo na distância o apoio incondicional é presente. Muito do que sou e do meu modo de ser, é fruto da nossa amizade.

Às minhas amigas Elaine e Jamilly, que mesmo não sendo da mesma turma do mestrado, fazem parte da minha vida pessoal e acadêmica desde os tempos da faculdade e foram pessoas essenciais nesse processo, por me apoiarem e me darem palavras de incentivo nos momentos difíceis.

Aos meus amigos e também irmãos que amo, Geane e Breno. Obrigado por fazerem parte da minha vida e por me escutarem diariamente. Obrigado por multiplicarem os ouvidos para ouvir minhas reclamações e por acreditarem no meu potencial. Um agradecimento especial à Geane, por acreditar que eu seria capaz de finalizar esse processo, antes mesmo dele começar.

Agradeço em especial à minha orientadora professora Izabelle, por quem tenho uma admiração enorme, sou muito grato pela confiança e oportunidade da construção desse trabalho.

Ao Observatório de Pesquisas para o SUS (OBSERVA-SUS) que é como uma grande família estando presente em todos os momentos.

Gratidão aos meus colegas de trabalho, Livia e Lili, pelo incentivo diário e aos meus colegas de mestrado, Amanda, Gabriela, Joaquim e Cindy, sem vocês esta trajetória teria sido bem mais tortuosa. Obrigado pelo incentivo, carinho e afeto durante todo esse tempo, vocês são essenciais para mim.

Gratidão aos profissionais participantes dessa pesquisa, a participação de vocês foi essencial nesse construto e certamente oportunizará melhorias em saúde para toda a população.

Grato ao corpo discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, por todo o aprendizado e oportunidade de crescimento acadêmico e pessoal proporcionado a mim durante esse processo formativo, muito levarei do que aprendi para a vida.

*Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é  
senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria  
menor se lhe faltasse uma gota.*

*Madre Teresa de Calcutá*

## RESUMO

A ABS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Com a evolução da ABS, se faz necessário a implementação de métodos seguros e que garantam a qualidade da assistência prestada ao usuário. Dessa forma, a segurança do paciente emerge como um atributo essencial à qualidade da assistência em saúde. Esse quesito quase sempre esteve ligado aos incidentes e eventos adversos no contexto hospitalar; Entretanto, estes podem ocorrer em outros níveis de atenção à saúde. Este estudo tem como objetivo caracterizar os eventos adversos ocorridos na ESF do município de Sobral – CE. Trata-se um estudo exploratório, descritivo, observacional com abordagem quantitativa, aplicado nas UBS do município de Sobral – CE. Participaram do estudo, profissionais atuantes de ESF, independentemente de sua formação acadêmica. Utilizou-se um instrumento desenvolvido na Austrália e traduzido e adaptado à realidade brasileira, o *Primary Care International Study of Medical Errors* (PCISME). Para concretização do estudo, foram necessárias duas etapas, a primeira foi a coleta de dados, com a aplicação do instrumento e a segunda etapa, a contagem dos atendimentos através do e-SUS AB, ocorridos de janeiro a março de 2022. O percentual de incidentes de segurança do paciente calculado foi de 0,10%, equivalente a uma taxa de incidência de 1,0 incidente por mil atendimentos por trimestre, com variação de 0,87 a 1,25 incidentes por mil atendimentos por mês. Os incidentes que envolveram um paciente em específico, foram responsáveis por 0,09% de incidentes de segurança por atendimento no trimestre, o que corresponde a uma taxa de incidência de 0,85 incidente por 1000 atendimentos trimestrais. Considerando que uma das metas previamente estabelecidas pela OMS é o envolvimento do cidadão na sua segurança, e após a análise dos erros notificados que incluíram paciente como fator causal, fica de fato intrínseco que, para fins do manejo adequado do risco associado ao cuidado em saúde na ABS, é essencial o engajamento dos usuários no serviço, além dos profissionais de saúde, em uma cultura de segurança do paciente, concomitantemente à implantação das medidas preventivas sugeridas neste estudo e pela literatura mundial.

**Palavras-Chave:** Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Gestão da Qualidade; Saúde da Família.



## ABSTRACT

The PHC is characterized by a set of health actions in the individual and collective sphere, which covers the promotion, health protection, prevention of diseases, diagnosis, treatment, rehabilitation, damage reduction and health maintenance with the goal of developing a comprehensive care that impacts the health situation, autonomy of people and the determinants and conditions of health of the collectivities. With the evolution of PHC, it is necessary to implement safe methods to ensure the quality of care provided to the user. Thus, patient safety emerges as an essential attribute to the quality of health care. This issue has almost always been linked to adverse incidents and events in the hospital setting; however, these can occur at other levels of health care. This study aims to characterize the adverse events occurring in the ESF in the municipality of Sobral - CE. This is an exploratory, descriptive, observational study with a quantitative approach, applied in UBS of the city of Sobral - CE. Participated in the study, professionals working in the FHS, regardless of their academic background. We used an instrument developed in Australia and translated and adapted to the Brazilian reality, the Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME). To carry out the study, two stages were necessary: the first was data collection, with the application of the instrument, and the second stage was the counting of calls through the e-SUS AB, from January to March 2022. The percentage of patient safety incidents calculated was 0.10%, equivalent to an incidence rate of 1.0 incident per thousand visits per quarter, ranging from 0.87 to 1.25 incidents per thousand visits per month. The incidents involving a specific patient were responsible for 0.09% of security incidents per service in the quarter, which corresponds to an incidence rate of 0.85 incident per 1000 quarterly services. Considering that one of the goals previously established by the WHO is the involvement of citizens in their safety, and after the analysis of reported errors that included patients as a causal factor, it is indeed intrinsic that, for the proper management of risk associated with health care in PHC, it is essential to engage service users, in addition to health professionals, in a culture of patient safety, concomitantly with the implementation of preventive measures suggested in this study and by the world literature.

**Keywords:** Patient Safety; Primary Health Care; Quality Management; Family Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 1** – Município de Sobral, Ceará, Brasil

**Figura 2** – Organograma de distribuição dos participantes, baseado no método bola de neve – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

**Figura 3** – Classificação dos Incidentes por tipo e média dos incidentes – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

**Figura 4** – Total de incidentes notificados por UBS – Sobral, Ceará, Brasil, 2022

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** – Número de Profissionais e trabalhadores da saúde dos Centros de Saúde da Família da Sede do Município de Sobral – CE

**Tabela 2** – Idade e sexo dos participantes – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

**Tabela 3** – Tempo de formação e de atuação na ABS dos profissionais participantes – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

### TEMPO DE FORMAÇÃO E ATUAÇÃO

**Tabela 4** - Categoria profissional dos participantes – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

**Tabela 5** – Profissionais com especialização – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

**Tabela 6** - Características gerais dos pacientes, segundo tipo de evento ocorrido – Sobral, Ceará, Brasil, 2022

**Tabela 7** – Perfil dos pacientes em vulnerabilidade social – Sobral , Ceará, Brasil – 2022

**Tabela 8** - Tipos de incidentes, as suas consequências para o paciente, os fatores contribuintes, a frequência do erro e a gravidade do dano – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

**Tabela 9** – Classificação dos incidentes segundo as participantes da pesquisa – Sobral, Ceará, 2022.

**Tabela 10** – Local de ocorrência dos eventos – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

**Tabela 11** – Classificação dos Incidentes por Tipo – Segundo Taxonomia da OMS – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

**Tabela 12** – Quantidade de atendimentos realizados na Atenção Primária de Sobral – CE, durante o período da pesquisa - Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

**Tabela 13** - Distribuição das notificações de incidentes de segurança do paciente na ABS de Sobral - CE por UBS - Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

**Tabela 14** - Percentual e taxa de incidência de incidentes de segurança do paciente na ABS de Sobral - CE, por mês observado - Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

**Tabela 15** - Percentual e taxa de incidência de incidentes de segurança do paciente na ABS de Sobral - CE, de acordo com a classificação do tipo de evento - Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
EA	Eventos Adversos
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRAS	Infecções Relacionadas a Assistência de Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OBSERVASUS	Observatório de Pesquisas para o Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSP	Política Nacional de Segurança do Paciente
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
PNSP	Política Nacional de Segurança do Paciente

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	14
1.1. Aproximação com o objeto de estudo .....	14
1.2. Problematização .....	15
1.3. Contextualização do objeto de estudo .....	16
1.4. Justificativa e relevância .....	19
2. OBJETIVOS .....	21
3. REVISÃO DE LITERATURA .....	22
3.1. Atenção Primária à Saúde .....	22
3.2. Qualidade dos serviços de saúde .....	25
3.3. Segurança do paciente .....	30
4. METODOLOGIA .....	33
4.1. Cenário do estudo .....	33
4.2. Participantes do estudo .....	34
4.3. Instrumento para coleta de dados .....	36
4.4. Coleta e apresentação dos dados .....	36
4.5. Análise de dados .....	37
4.6. Aspectos éticos .....	38
4.7. Pesquisas em tempos de pandemia .....	39
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	41
5.1. Caracterização do perfil dos profissionais participantes da pesquisa .....	41
5.2. Caracterização dos pacientes envolvidos nos eventos adversos .....	46
5.3. Caracterização dos eventos adversos .....	49
5.4. Incidência dos Eventos Adversos na Atenção Primária à Saúde .....	63
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	68
REFERÊNCIAS .....	73
ANEXOS .....	78
APÊNDICES .....	85

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Aproximação com o objeto de estudo**

Desde o processo formativo na graduação em enfermagem (2013 - 2018) pela Universidade Estadual Vale da Acaraú – UVA, tive a oportunidade de vivenciar a ABS de forma bastante significativa. A participação em projetos de extensão voltados para a ESF me aproximou do fazer dos profissionais de saúde e auxiliou na compreensão do processo de atendimento e regulação dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Ainda nesse período, integrei o grupo de pesquisas Observatório de Pesquisas para o Sistema Único de Saúde (OBSERVA-SUS) e por meio disso, realizei um desejo pessoal que era participar de um grupo de pesquisa e ter a oportunidade de maior aprofundamento no meio acadêmico, realizando observações, investigações, contribuindo assim para o meu desenvolvimento no âmbito científico. A partir disso, foi possível desenvolver pesquisas com enfoque na gestão em saúde e na avaliação da cultura de segurança do paciente.

Desde a graduação, a temática de segurança do paciente dentro faz parte do meu campo de pesquisa, pude avaliar a segurança do paciente da ABS, através da realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Posteriormente já como profissional, a experiência com o cuidado intensivo me mostrou que ações simples podem fazer com que os pacientes não sofram consequências de um cuidado ofertado de maneira incorreta. Um posicionamento adequado, administração correta de medicamentos, seguimento de protocolos, registros fidedignos dos cuidados ofertados, dentre outras ações, podem ser inerentes ao nosso cotidiano, no entanto quando não realizadas da maneira correta ou postergadas podem causar sérios danos aos pacientes.

Após a experiência com cuidados intensivos, comecei a atuar como Gestor da Qualidade em uma instituição hospitalar, a partir de então a segurança do paciente começou a fazer parte verdadeiramente do meu cotidiano, e a necessidade de aprofundamento em ferramentas e instrumentos que facilitam a assistência foram necessárias. Pois participei ativamente da implementação de um Escritório da Qualidade, que tem como objetivo principal, trabalhar o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente dentro da instituição, aliado ao processo de acreditação hospitalar, na implantação de processos de melhoria contínua, através da aplicação de ciclos PDCA, montagem de planos de educação

permanente, acompanhamento e análise crítica de indicadores assistenciais e gestão de documentos, que auxiliam o processo de qualificação da assistência.

Partindo desse ponto de vista pessoal, aliado a necessidade de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, optei por seguir na linha da segurança do paciente, e desenvolver também pesquisas que fomentem ações e tomadas de decisão, pois no ambiente de trabalho, é uma realidade a apreciação diária de melhorias e criação de uma maturidade institucional para resolução de problemas, que se aplicadas em todos os pontos de atenção e não somente na atenção terciária, podem garantir melhorias significativas na assistência ao paciente no nível primário de atenção.

Atualmente, mesmo não atuando diretamente na área de cuidados primários, sinto como dever, enquanto profissional atuante no ramo da segurança do paciente, a expansão desse conhecimento e dessas propostas de qualificação para esse nível de atenção. E o mestrado em Saúde da Família me oportuniza a expansão da segurança do paciente também para a ABS, fazendo com que a qualidade seja uma realidade presente em todos os locais onde há assistência.

## **1.2.Problematização**

Durante a graduação, especificamente no meu processo formativo, não foi ofertada um aporte em relação a segurança do paciente, e apenas após a formação fui por meios próprios buscar cursos e voltados para a temática.

O Brasil possui um documento intitulado Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que institui ações e dar diretrizes para implementação e monitorização de práticas voltadas para segurança do paciente, no entanto, não obstante a realidade do SUS, essa documento é pouco ou nada seguido, não tendo incentivos à prática dentro da maioria dos serviços de saúde, seja de ABS ou hospitalar (BRASIL, 2014).

Mediante o exposto, fazer questionamentos e buscar respostas para as causas do incentivo ao desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, podem fundamentar o avanço da temática, assim como da qualidade do cuidado do nível primário de atenção.

Assim, partindo do contexto aqui delineado, apresenta-se o seguinte problema de pesquisa: Quais os eventos adversos que acontecem no cotidiano na ABS e os fatores que favorecem sua ocorrência?

### 1.3. Contextualização do objeto de estudo

A Atenção Primária à Saúde (APS) se faz a partir da junção de tecnologias e de conceitos de várias áreas do conhecimento em saúde e garante ações que permeiam a promoção da saúde e proporcionam a integralidade do cuidado. A ABS foi definida na Conferência Internacional de Saúde em Alma Ata, em 1978, como sendo um meio de cuidado essencial na saúde, que se baseia em métodos e tecnologias leves, as quais são fundamentadas cientificamente e são bem aceitas pela população que receberá os cuidados primários. (GIOVANELLA, et al, 2019). Dentro do contexto de saúde brasileiro, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), têm sido implementadas políticas, com o objetivo de universalizar a saúde e descentralizar o cuidado, com isso a ABS tornou-se o centro dessa organização, caracterizando-se como porta de entrada e ordenadora do sistema (MENDONÇA, et al, 2018).

A ABS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017)

É por meio do exercício de práticas de cuidado sob forma de trabalho em equipe multiprofissional direcionadas a populações de territórios definidos, que a ABS é definida. Esse nível de atenção utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e acolhimento (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018)

Ao permear o contexto de ABS, destaca-se o Programa Saúde da Família (PSF), o qual foi implantado pelo Ministério da Saúde em meados dos anos 1994. Este foi constituído como integrante da ABS e desenvolvido como pilar de ordenação de um sistema, com o objetivo de orientar e reorientar o SUS. O PSF tomou grandes proporções no âmbito de promoção da saúde e passou a ser uma estratégia, sendo então definida como Estratégia Saúde da Família (ESF), e é mantida como modelo de assistência à saúde, no nível primário de atenção. A ESF tem como objetivo possibilitar acesso universal e cuidado em saúde de qualidade aos usuários, sendo um dos principais meios de efetivação dos princípios e diretrizes do SUS (PINTO & GIOVANELLA, 2018).



Com a evolução da ESF, se faz necessário a implementação de métodos seguros e que garantam a qualidade da assistência prestada ao usuário. Dessa forma, a segurança do paciente emerge como um atributo essencial à qualidade da assistência em saúde, uma vez que compreende ações que objetivam gerenciar e prevenir riscos, aos quais os pacientes estão expostos. Portanto, a segurança do paciente na ABS se configura como estratégica redutora e contínua do potencial danoso no processo assistencial (RAIMONDI, et al. 2019).

Alguns profissionais e instituições de saúde julgavam ofertar cuidados de saúde com qualidade e acabaram por descobrir que expõem seus clientes a incidentes que colocam em risco a integridade física. Um número relevante de estratégias voltadas para a melhorias da qualidade do cuidado tem atenuado os riscos dos cuidados ofertados. A qualidade em saúde e segurança do paciente, é reconhecida como um atributo que completa as ações de melhoria da qualidade em saúde (MARCHON; MENDES; PAVÃO, 2015).

A segurança do paciente quase sempre esteve ligada aos incidentes e eventos adversos no contexto hospitalar. Entretanto, estes podem ocorrer em outros níveis de atenção à saúde e diante dos casos de insegurança do paciente e com intuito de promover e incentivar práticas assistenciais seguras (PAESE & DAL SASSO, 2013).

O Brasil tornou-se um dos países integrantes da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, instituída em 2004 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com intuito de incentivar países a se comprometerem com a promoção da assistência segura e de qualidade em todos os níveis assistenciais. Nesta aliança destaca-se a tentativa de identificar as questões envolvidas com a segurança do paciente e para isso foi criada também a Classificação Internacional de Segurança do Paciente, na qual, incidente é definido como todo evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Posterior a essa aliança foram desenvolvidos documentos norteadores para a Segurança do paciente, como os planos de segurança do paciente, protocolos básicos voltados para o cumprimento das metas de segurança, dentre outros (BRASIL, 2017).

Com a compreensão de que muitos dos cuidados em saúde prestados à população eram dispensados na ABS, 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 cuidado, desde a promoção da saúde até o tratamento da doença. Posteriormente, em 2012, a OMS formou um grupo para estudar as

questões envolvidas com a segurança do paciente na atenção primária à saúde, tendo como objetivo principal o reconhecimento dos riscos para com os pacientes em cuidados primários, que até então não eram assistidos na identificação da magnitude e na natureza dos eventos adversos devido as práticas inseguras na realização dos procedimentos (MARCHON & MENDES JUNIOR, 2014).

Nessa perspectiva de redução de risco e agravos que foi instituída em 2013, pelo Ministério da Saúde, a portaria Nº 529, de 1 de abril, que tem como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013). Ademais, com a criação do PNSP pelo Ministério da Saúde em 2013, a ABS foi incluída como parte do desenvolvimento das ações para a melhoria de segurança do paciente e para o desenvolvimento de uma cultura organizacional que tenha como preceitos os cuidados seguros. (MARCHON; MENDES; PAVÃO, 2015).

O PNSP orienta quatro eixos de atuação, onde o primeiro deles se caracteriza como o estímulo a uma prática assistencial por meio de planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de saúde, construção e aplicação de protocolos, criação dos núcleos de segurança do paciente e sistemas de notificação de eventos adversos (EA). Para este estudo, levaremos em considerações as compreensões presentes no PNSP, que enfatizam sobre a importância da construção de cuidados seguros na ABS e sobre a importância de reconhecer que o EA se trata de um incidente com dano ao usuário (BRASIL, 2014).

A cultura de segurança do paciente engloba-se em cinco características: todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; priorização da segurança acima de metas financeiras e operacionais; encorajamento e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; processos que, a partir da ocorrência de incidentes, promovam o aprendizado organizacional e que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013).

A segurança do paciente tem sido muito esplanada, porém, a ênfase é levada para o âmbito hospitalar, levando em conta, geralmente, as infecções hospitalares e os protocolos pré-operatórios, tendo como objetivo reduzir as infecções associadas ao cuidado em saúde, por meio de campanhas de higienização das mãos e promoção de uma cirurgia mais segura, através da criação de uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico

(BRASIL, 2014). Outras soluções foram estimuladas pela OMS, como por exemplo: evitar erros com medicação, trocar pacientes ao prestar o cuidado, seja para administração de medicamentos ou para coleta de exames, e acima de tudo manter uma comunicação com a equipe sobre o caso e também com o próprio paciente e familiares, enaltecendo a formação de vínculo, que é uma ferramenta indispensável na dispensação do cuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

#### **1.4. Justificativa e relevância**

A cultura de segurança do paciente é um assunto pertinente, haja vista a sua inserção como quesito de qualidade dos serviços de saúde, assim como a abordagem de forma diferenciada aos incidentes ocorridos durante o processo de cuidar e suas principais causas. O aprofundamento no tema segurança do paciente é importante por promover uma maior qualidade no atendimento aos usuários do sistema de saúde e evitar que incidentes preveníveis aconteçam e agravem ou deixem sequelas nesses usuários.

A temática ainda é abordada de forma incipiente na ABS, sendo que nesse nível de atenção, as pessoas pensam não ocorrer incidentes e que muitos incidentes ocorridos na ABS passam despercebidos e por isso a necessidade de expandir a cultura de segurança do paciente nesse nível de atenção. Pesquisas com esse cunho, voltadas à segurança do paciente, contribuem com o desenvolvimento da ABS, nível esse de grande importância na regulação do SUS (VASCONCELOS, 2019).

Marchon e Mendes Jr. (2014), definiram ainda alguns pontos sobre segurança do paciente, através de uma revisão sistemática, que teve como objetivo identificar metodologias utilizadas para avaliação de incidentes na ABS, assim com os tipos de instrumentos utilizados e seus fatores contribuintes, enfatizando as soluções para tornar a ABS mais segura. Foi concluído que não existem muitos estudos sobre essa temática, principalmente em países emergentes e em desenvolvimento, pois ainda há a necessidade de aprofundamento em ramos da epidemiologia dos incidentes que afetam a segurança dos usuários. O estudo traz ainda a cultura de segurança do paciente como uma forte ferramenta de fortalecimento de vínculo entre profissional-paciente, uma vez tendo menos incidentes a satisfação do usuário irá aumentar.

Como demonstrado no paragrafo anterior, em países em desenvolvimento, a segurança do paciente ainda não alcançou patamares mais altos, pois existe carência ainda na identificação e caracterização dos incidentes que ocorrem na ABS, esse estudo tem a

finalidade de realizar o levantamento dos eventos adversos da ABS, fazendo assim com que o escopo da segurança do paciente nesse campo seja fortificado. Os achados poderão contribuir para construtos futuros e para o desenvolvimento de uma melhor cultura organizacional.

Pesquisas já demonstraram que os incidentes dentre da ABS são corriqueiros e são passíveis de identificação e tratamento. No entanto, essas pesquisas ainda se mostram tímidas frente ao construto da segurança do paciente na área hospitalar, de forma que até mesmos alguns profissionais não retratam os problemas ocorridos como eventos adversos ou ainda esses eventos adversos não são tratados através de uma investigação e com a devida importância que teriam se ocorressem na área hospitalar (RAIMONDI, et al, 2019).

Levando em consideração o escopo o explanado anteriormente e a magnitude da ABS de Sobral, faz-se necessária a expansão da segurança do paciente também nesse nível de atenção, de forma a difundir as ações de segurança do paciente para os profissionais e com os resultados apresentados e divulgados, poder promover ainda mais a qualificação profissional e o destaque na saúde desse município.

O desenvolvimento dessa pesquisa irá colaborar para a gestão do cuidado, de forma a subsidiar a tomada de decisões e a melhoria da qualidade da atenção aos usuários do sistema. Além de contribuir para a gestão da ABS, pois poderá subsidiar o reconhecimento de áreas que necessitem de melhorias, podendo servir como ponto inicial da introdução da gestão da qualidade no contexto das UBS.

Essa temática proposta, também perfaz a ligação entre as linhas de pesquisas propostas no programa de pós-graduação (*Mestrado Acadêmico em Saúde da Família*), em específico a linha de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, a qual propõe a investigação e a organização dos sistemas e serviços de saúde, com enfoque na ESF, e tem como objetivo qualificar a gestão da ABS âmbito do SUS. Também avalia os saberes e as práticas de gestão, as tecnologias leves na promoção, na proteção específica da saúde, na prevenção das doenças e agravos, no alívio do sofrimento e na luta pela qualidade de vida, com vistas à redução das desigualdades e a ampliação do controle social sobre o destino coletivo das pessoas envolvidas, visando a melhoria da ABS, através da produção de conhecimento e de instigação do processo de autorreflexão, causado pelo levantamento da temática com os profissionais atuantes na ponta e na gestão do sistema.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Geral**

Caracterizar os eventos adversos notificados na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral – CE.

### **2.2. Específicos**

Categorizar os eventos adversos notificados de acordo com a classificação Internacional de eventos.

Identificar a incidência e a prevalência dos eventos adversos descritos ocorridos na Estratégia Saúde da Família.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1. Atenção Primária à Saúde**

A Atenção primária à Saúde (APS) é uma ferramenta capaz de abarcar os cuidados primários a uma população e ainda é porta de entrada de um sistema de saúde e ordenadora deste. Composta multiprofissionalmente é capaz de ser resolutiva e de acompanhar o estado de saúde do usuário, desde a promoção, perpassando pela adoecimento, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde. Segundo Timm e Rodrigues (2016), a APS no SUS, tem o objetivo de resgatar o caráter universalista, trazido na Declaração de Alma-Ata e acentuar o papel de reorientação do modelo de assistência à saúde, tornando o SUS um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

Esse caráter internacional da APS, discutida em Alma-Ata, influencia as reformas sanitárias ocorridas nas décadas de 1980 e 1990, perfazendo o início de ações e desdobramento para a formação do que temos hoje em relação aos cuidados primários e distribuição de saúde, principalmente nos países que desenvolvem políticas de saúde universais e públicas para a população (MENDONÇA, et al, 2018).

Desde a década de 1990, com as discussões de reforma sanitária, têm sido implementadas ações com o objetivo de construir um sistema de saúde público e universal. Foi a partir da criação do PSF na década de 1990, que se começou a pôr em prática os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade). Embora criado com a perspectiva de preencher um vazio assistencial, que seria a atenção voltada a grupos populacionais sem acesso e com ações de saúde programadas, o programa tomou grandes proporções e apresentou inovações para a reorientação do modelo assistencial no SUS. Com isso, o que era programa passa a ser estratégia e a ESF surge como uma proposta de reorganização da APS, sendo considerada uma ponte de materialização para os objetivos de universalização, equidade e integralidade, funcionando como uma ferramenta de enaltecimento do SUS (BOUSQUAT, et al, 2020).

Estruturada como porta de entrada do sistema de saúde, de forma que busca a garantia do acesso a todos os níveis de atenção à saúde. Se faz principalmente através do funcionamento da Atenção Básica, onde são oferecidos serviços de primeiro acesso, que garantem o contato inicial do usuário ao sistema. Esses serviços são direcionados a família e ao indivíduo e tendem a cobrir condições mais comuns de problemas de saúde e causas sociais, além de ser a chave mestra para a resolução de grande parte dos problemas de saúde

da população. Perfaz a caminho da prevenção, perpassando pelo diagnóstico e tratamento, até a reabilitação da saúde (RAMOS, et al. 2018).

No Brasil, essa atenção primária é composta principalmente por Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são popularmente conhecidas como “postos de saúde”, dentro das equipes de atenção básica ou equipes de saúde da família, são encontradas atuações multiprofissionais que buscam a resolutividade e trabalham para diminuir os impactos na situação de saúde da população. Dentro dessa perspectiva, visa-se a implementação da humanização dos processos da Atenção Básica, permitindo aos profissionais conhecer o paciente, sinalizar suas necessidades e pôr em prática as Redes de Atenção quando necessária, criando espaços facilitados de resolução dos problemas da população (BRASIL, 2017).

A APS é o nível de atenção com o maior potencial para estimular o empoderamento dos indivíduos e famílias, possibilitando o conhecimento de seus direitos acerca da saúde. Essa proximidade entre nível de atenção e paciente é considerado como elemento importante para a prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência (IRAS). Embora ainda não seja muito associada as IRAS com a atenção básica, essa tem a responsabilidade pela saúde comunitária, a qual deve envolver todo o ciclo de vida, tendo os usuários como parceiros na gestão da sua própria doença. O princípio de não causar dano, também é papel da APS e é necessário ampliar a reflexão de que a segurança em saúde não começa apenas quando um indivíduo é hospitalizado, ela ocorre também após a alta, na visita de puerpério, onde a APS pode investigar possíveis incidentes, que se não observados previamente podem causar transtornos desnecessários à vida dos usuários (PADOVEZE & FIGUEIREDO, 2014).

É necessário citar o momento histórico da pandemia da Covid-19, a qual tem fomentado discussões sobre as maneiras de organização das práticas de saúde, atingindo diretamente também as áreas acadêmicas e econômicas. O Brasil tem enfrentado um novo compromisso epidemiológico voltado para a infecção humana pelo SARS-Cov-2, e com isso vários desafios surgiram, principalmente para o enfretamento e continuidade das atividades de atenção básica, uma vez que em várias localidades é marcante a ausência de recursos tecnológicos como computadores e internet, deixando as atividades de promoção da saúde e educação permanente pouco consistentes (CABRAL, et al. 2020).

Ademais, a ameaça a funcionalidade da APS não vem de agora, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída em 2017, traz a revisão de diretrizes bases que

ameaçam a organização de uma APS, inclusiva e equânime, onde podemos destacar a autonomia gerada por este documento, que concede ao gestor municipal liberdade para definir o escopo dos serviços ofertados nas UBS e ainda limitação do espaço territorial da população adstrita às equipes de saúde da família. Desde sua publicação, incertezas foram geradas e ainda se discute sobre as possíveis repercussões dessas medidas. Contudo, é possível identificar ameaças para a efetivação de uma APS universal, abrangente e integral, conseqüentemente, gerando riscos na direção do aprofundamento de desigualdades de acesso na APS e no SUS (FAUSTO, et al. 2018).

Alguns autores demonstram que sistemas de saúde baseados em uma APS forte produzem melhores resultados de saúde (GIOVANELLA. 2017). Starfield (2002) identifica quatro atributos essenciais de uma APS de alta performance, onde é incluso o acesso de primeiro contato, a continuidade do atendimento, a integralidade do serviço e a coordenação do cuidado. A garantia de acesso adequado é não apenas um aspecto desejável pela população, mas também característica de uma APS de alta qualidade. No Brasil, a ESF é uma das principais formas de oferecer APS no país, tendo promovido uma maior aproximação entre os serviços e a população ao vincular indivíduos e comunidades de um determinado território a uma equipe de referência.

O reconhecimento do potencial da APS para a reestruturação do SUS, vem com expansão acentuada desde 1994, quando colocou no centro das discussões os questionamentos relacionados à eficiência, resolutividade e capacidade de articulação de seus serviços com os demais níveis de atenção. Em resposta a essas demandas, e devido a proporção que a APS ganhou dentro do SUS, o Ministério da Saúde (MS), vem desenvolvendo estratégias para o monitoramento e a avaliação dos serviços de atenção primária, tendo como preceitos o acesso amplo e humanizado e a qualidade da assistência e dos serviços, além de desenvolver dentro desses espaços junto aos profissionais de saúde, a cultura da avaliação como prática institucional de acompanhamento e gestão (BRASIL, 2015).



### 3.2. Qualidade dos serviços de saúde

Atualmente movimenta-se bastante em torno de ações de qualificação e da busca pelo melhoramento contínuo, buscando sempre a satisfação do cliente, com a entrega de um resultado rápido, eficaz e sem ônus para todas as partes envolvidas. Logo, a questão de gerir a qualidade não está ligada a apenas um diferencial, mas a uma questão de subsistência dentro do mercado, seja ele comercial ou de saúde, sendo que este último se alimentou da fonte das indústrias para se desenvolver em relação aos processos qualitativos, passando a utilizar e adaptar diversas ferramentas da qualidade, que auxiliam diretamente no gerenciamento das ações (OLIVEIRA, 2020).

A evolução da qualidade passou por três grandes fases: a era da inspeção, a era do controle estatístico e era da qualidade total, a qual estamos atualmente. Durante a inspeção era buscado apenas defeitos visuais nos produtos, sem a busca ou embasamento sobre como ele era produzido. Com a revolução industrial essa qualidade ganhou mais escopo passando também a controlar a produção, por meio de análise da produtividade e também da qualidade do produto final. Por fim, surgiu a qualidade total, voltada para a satisfação do cliente e garantia da qualidade, trazendo os requisitos de gestão da qualidade que são conhecidos e trabalhados atualmente (OLIVEIRA, 2020).

Esse período de modernização e de evolução da qualidade, se deu também devido as modificações mundialmente sofridas com o fim da segunda guerra mundial, onde os americanos apresentavam êxito em sua economia e o Japão por sua vez, passava por dificuldades financeiras e comerciais. Os iniciantes desse processo, conhecidos mundialmente por suas metodologias para a qualidade, marcam pioneirismo nesse ramo, sendo iniciado por Deming, e posteriormente por Juran, que tiveram papel importante para que as organizações japonesas passassem a ser bem vistas novamente. A nova abordagem da qualidade tem foco no cliente quanto ao uso do produto, logo tem início desde o seu desenvolvimento até chegar no consumidor. Foi a partir desse ponto, que se viu a necessidade de maior envolvimento dos participantes, sendo assim, necessários, que todos os funcionários, independentemente do seu cargo conheçam e participem ativamente do processo de qualificação (ISHIDA E OLIVEIRA, 2019).

Ao se implantar um sistema de gestão da qualidade, as organizações percebem e vivenciam o chamado processo de melhoria contínua, onde o desenvolvimento das ações e as atitudes tomadas, são voltadas sempre para inovações e implantação e melhoria dos

processos, tornando-se reconhecidas por seus produtos e destacando-se em comparação às que não utilizam a metodologia (ISHIDA E OLIVEIRA, 2019).

Na saúde, a gestão da qualidade tem o objetivo de viabilizar a educação permanente dos profissionais em toda a organização alinhada a uma lógica racional de trabalho. Buscar também gerir de forma ininterrupta os indicadores, em especial os que medem o desempenho organizacional e da assistência, buscando sempre o processo de melhoria contínua. Desta forma, a racionalização de processos de trabalho vem evoluindo, o que culmina na identificação de critérios, indicadores e padrões cada vez mais avançados para vários serviços, dentre eles o da enfermagem (LIMA, et al, 2020).

Historicamente, a qualidade em saúde e segurança do paciente esteve relacionada à luta de profissionais da saúde que lidam com os desafios da assistência e que buscam uma assistência com menos dano possível, baseada nas dimensões da qualidade.

Traçando uma linha do tempo no contexto da qualidade em saúde, essa longa jornada se inicia com Hipócrates, considerado o pai da medicina, que escreveu frase: *primum non nocere*, que significa primeiro não causar dano. Seguindo nessa linha, podemos citar também Florence Nightingale, a percussora da enfermagem moderna, que mesmo dentro de um ambiente hostil da guerra da Criméia, priorizou a segurança dos soldados como princípio fundamental para a obtenção da qualidade no cuidado (TRAVASSOS & CALAS, 2013).

Neste cenário de qualidade, não podemos deixar de citar também Avedis Donabedian, que construiu um modelo avaliativo que envolve estrutura, processos e resultados, perfazendo a tríade da gestão. Posteriormente, surgiu como um marco para o movimento mundial de segurança do paciente, a divulgação de um estudo realizado dos Estados Unidos (EUA), intitulado: *To Err Human: Building a Safer Health care System I* (Errar é humano: Construindo um sistema de saúde mais seguro), que revelou altas taxas de mortalidade em hospitais, as quais tinham como causa erros assistenciais. (NASCIMENTO & DRAGANOV, 2015).

A qualidade do cuidado tem várias definições, porém pode ser entendida como uma maneira de agregar valor às ações dos profissionais de saúde e servem como influência para a medição de riscos de dano aos pacientes, cultura de segurança e resultados de saúde dos pacientes. Segundo a OMS (2018), a qualidade do cuidado pode ter várias definições, e é englobada dentro de algumas dimensões que devem ser seguidas para que se possa alcançar de fato um nível significativo de qualidade. O processo deve ser efetivo, seguro, sempre

preconizando a redução de riscos, deve ser centralizado nas pessoas, oferecendo atendimento que responde às necessidades e valores individuais. Além desses preceitos, o serviço deve ser organizado de maneira que reduza o tempo de espera para atendimentos, ser imparcial e equânime em relação aos atendimentos dos usuários, independente de raça, cor, gênero, idade, sexo, etnia, religião e posição econômica. Os serviços ainda devem ser integrados e eficientes, disponibilizando toda a integralidade do cuidado, maximizando os benefícios e reduzindo os riscos.

Antes do marco histórico do relatório “*Errar é humano*” profissionais e instituições de saúde julgavam ofertar cuidado de qualidade aos usuários. Porém, essa qualidade foi posta à prova a partir de pesquisas realizadas com cunho investigativo sobre a qualidade dos atendimentos e dos serviços prestados de forma geral, onde revelaram uma alta frequência de danos relacionados ao cuidado. A segurança do paciente está intimamente ligada a essa qualidade, uma vez que supre um dos atributos da qualidade dos serviços de saúde, que é a não maleficência. Existe por meio de algumas pesquisas já realizadas um incentivo significativo para que mais estudos sejam realizados na área de segurança do paciente, principalmente do âmbito da ABS, onde ainda é incipiente (MARCHON & MENDES JUNIOR, 2015).

Os autores supracitados trazem que os tipos de incidentes mais encontrados na ABS, são associados à medicação e ao diagnóstico e os fatores contribuintes mais relevantes de incidentes são as falhas de comunicação entre os membros da equipe de saúde.

Nos últimos anos, no Brasil, com a implantação da ESF, houve um alargamento do acesso aos serviços, aumentando o número de pacientes atendidos na ABS. A ESF é responsável por uma grande demanda de cuidados que são ofertados pelo SUS, que tem em seus princípios, práticas de saúde integradoras que possuem caráter multiprofissional e humanizado onde a comunicação entre os cuidadores é fator essencial (MARCHON & MENDES JUNIOR, 2015).

Ações importantes têm sido direcionadas para a ampliação da capacidade de resolução da ABS, onde pode ser citado: Programa mais Médicos, Requalifica UBS; Sistema de Informação (E-SUS AB); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Esses avanços de ampliação do escopo da atenção básica, gera melhoria da qualidade, porém ainda está distante do que se pretende para esse nível de atenção que pertence a um sistema de saúde universal. Entretanto, a reforma embutida na

atenção básica desde o final dos anos 1990, culmina na inclusão de milhares de usuários no SUS (FAUSTO, et al. 2018)

O PMAQ – Atenção Básica tinha como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propunha um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa definiu a transferência de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. Lançado em 2011 e de 2015 a 2017, teve seu 3º ciclo realizado, com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2015).

Paralelamente ao processo do PMAQ, algumas secretarias de saúde desenvolveram processos próprios que compuseram novos modelos avaliativos. No estado do Paraná, foi criado um instrumento denominado “Instrumento para Avaliação da Qualidade na ABS”, usualmente chamado pelos profissionais que o vivenciam na prática como “*selo*”. O objetivo dessa avaliação era identificar não conformidades nas UBS e desenvolver planos de ação para correção, tornando o processo uma grande auditoria. A avaliação das unidades de saúde foi proposta em quatro etapas do selo: *bronze*, que aferia o gerenciamento de riscos; *prata*, que abordava os itens que visavam o gerenciamento dos processos e eram analisados dois grandes eixos: gestão da unidade e atributos da ABS; *ouro*, que tinha por objetivo aferir os resultados; e *diamante*, que buscava assegurar a consolidação do processo de trabalho. Posteriormente outras secretarias aderiram a esse processo de certificação por níveis. (PARANÁ, 2018).

A avaliação da qualidade no âmbito da ABS, se tornou um tema bastante relevante e tem incitado, em instituições acadêmicas e nos serviços, a necessidade de desenvolvimento e de utilização de diversidade de princípios, técnicas e instrumentos. A avaliação da qualidade e da ABS são tarefas que exigem os ânimos e a participação de diversos atores, dada sua magnitude, complexidade e heterogeneidade. Sendo assim, avaliar as diferentes perspectivas dos serviços e o grau de orientação de cada um desses espaços possibilita a produção rigorosa de conhecimentos acerca de sua efetividade e diversidade que nele se dá (PINTO JÚNIOR, et al. 2015).

A área da avaliação em saúde vem se ampliando, não apenas na variedade de modelos conceituais e abordagens com metodologias diversas, mas, também na posição central que vem ocupando nas instituições e na orientação de políticas públicas. Na saúde, a

avaliação destaca-se como um dos melhores mecanismos para responder às demandas da gestão, e embasam suas decisões, as quais são tomadas visando a satisfação de usuários cada vez mais exigente e atentos aos seus direitos e buscando atender aos normas de universalidade e melhoria de acesso e qualidade da atenção em um cenário de mudanças epidemiológicas e de crise financeira (CHAMPAGNE, et al. 2016).

### 3.3. Segurança do paciente

A segurança do paciente é um importante artefato de qualificação dos serviços de saúde. Com a introdução de novas técnicas de cuidado e da inserção do paciente como coadjuvante desse processo, a segurança tornou-se indispensável, perante também ao entendimento de que erros significam atrasos na recuperação ou são causas letais para vários usuários (BRANDÃO; BRITO & BARROS, 2018).

O longo percurso histórico da segurança do paciente tem início com Hipócrates, devido a frase *Primum non nocere*, que significa primeiro não causar dano, o que pode ser entendido como pressuposto de não fazer qualquer mal a outra pessoa, não causando danos ou pondo em risco a sua integridade. Posteriormente, seguindo a linha do tempo, a contribuição de Florence Nightingale, é até hoje um dos marcos para a enfermagem moderna e para os princípios de cuidados que visam a segurança do paciente, pensando no ambiente e na atenção precária que os soldados recebiam durante a Guerra da Criméia, Florence conseguiu revolucionar os cuidados em saúde e conseqüente evitar muitas mortes com a adesão de cuidados básicos com a higiene e organização do ambiente. Não se pode deixar também de mencionar o médico obstetra Ignaz Semmelweis, que descobriu a causa da incidência de febre puerperal e que esta poderia ser reduzida com a simples ação de higienizar as mãos (DALCIN, et al, 2020).

O efeito da segurança do paciente em todos os níveis de atenção é necessário e a maneira mais fidedigna de introduzi-lo na prática profissional é transformar a segurança em cultura, onde requer um entendimento de valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados (PAESE & DAL SASSO, 2013)

Esse mesmo estudo supracitado, faz uma análise histórica sobre a segurança do paciente e alguns marcos graves de acidentes que ficaram na história da indústria mundial, os quais despertaram o olhar à segurança do paciente e mudaram o foco de regulamentação e de investigação de fatores individuais para os fatores organizacionais. Foi através desses acontecimentos que o conceito de cultura na segurança ganhou atenção, citando como fator desencadeante o desastre nuclear de Chernobyl, em 1986. Assim, a cultura da segurança atua basicamente nas atitudes gerenciais e do trabalhador, acionando valores relacionados para a gestão do risco e da segurança. O estudo elucidava também o desafio para um sistema de saúde seguro, onde o maior desafio é transpor a barreira da culpa, em que os erros são vistos apenas

como fracassos pessoais e não como uma fraqueza do sistema, onde os recursos ou o ambiente oferecido para realização de certa atividade não é adequado para a obtenção de resultados satisfatórios. Nesse sistema é proposta a substituição por uma cultura em que os erros sejam encarados como oportunidades de melhorar o sistema.

As pesquisas em segurança do paciente em sua maioria trazem em sua essência apenas a segurança no âmbito hospitalar, fator esse associado a grande densidade de tecnologias e a grande chance de contaminação biológica existente nesse ambiente. Mas, atualmente tem-se visto a necessidade de pesquisar sobre segurança também no âmbito da ABS, e para isso a OMS orienta que os estudos com esse teor devem ser abrangentes nos seguintes pontos: mensurar o dano, conhecer e compreender as causas, identificar e planejar possíveis soluções e medir o impacto às evidências do cuidado (MARCHON & MENDES JR, 2015).

Pensando nos possíveis incidentes relacionados à segurança do paciente e nos fatores que levam ao acontecimento, foi desenvolvido durante a década de 1990 um relatório, chamado: *To err is human: building a safer health care system*, traduzindo “Errar é humano: a construção de um sistema de saúde mais seguro”, publicado pelo IOM (*Institute of Medicine*), considerado marco para a segurança do paciente e permite avaliar as características dos incidentes. Diante do relatório supracitado, a OMS criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2004. Isso despertou os países membros para o compromisso de desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente, incluindo o Brasil ((MARCHON & MENDES JR, 2015).

Em 2013, foi criada a Portaria Nº 529, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, tendo como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, além de trazer como objetivos específicos: 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 e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013).

No Brasil, a segurança na ABS ainda não é bem definida e as investigações realizadas sobre a temática seguem centradas na assistência hospitalar, devido ao maior aparato tecnológico e aos inúmeros riscos biológicos. No entanto, é presumível que a grande maioria dos cuidados básicos à saúde são prestados por serviços da ABS, e que esses cuidados também podem gerar eventos inesperados, criando situações que não serão passíveis de resolução, uma vez que os profissionais não foram orientados a seguir critérios mínimos de qualidade e segurança (PARANAGUÁ, et al, 2016).

Historicamente, a ocorrência de falhas e erros, erroneamente julgados assim, eram tidas como falhas pessoais, levando a um processo de desacreditação do profissional envolvido, ficando esse visto como incompetente por não ter conhecimento sobre aquilo que fazia. Porém, mediante a classificação da OMS, essas “falhas” passaram a ser denominadas de eventos adversos, que são tidos como incidentes que geram danos aos pacientes e que aconteceram de forma não intencional, passando a não ser mais visto como questões de negligência, imperícia ou imprudência. No âmbito da ABS, a questão de segurança do paciente ainda é incipiente, sendo reconhecida dentro da Política Nacional de Atenção Básica somente em 2017, quando foi incorporada (UE & OLIVEIRA, 2020).

Destarte, o âmbito da ABS vem recebendo ações de melhoria da qualidade desde os anos 2000, a iniciar pelo Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família em 2002. Posteriormente em 2005, foi lançado o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ), desenvolvido com o intuito de ofertar ferramentas avaliativas para os gestores municipais. Em 2011, criou-se o Programa Nacional de Melhoria da Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo objetivo era estimular os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos na ABS. E mais recentemente, foi lançado o programa Previne Brasil, em 2019, que traz o novo modelo de financiamento da ABS, embasado em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (UE & OLIVEIRA, 2020).

Essas iniciativas, tomadas para melhoria da qualidade, ampliam o foco dos processos de qualidade dos serviços, embora não tragam explicitamente as questões de segurança do paciente, porém de maneira geral, já estimulam a busca por melhorias na ABS, de modo que ampliam o acesso e a qualidade do cuidado em saúde,



## **4. METODOLOGIA**

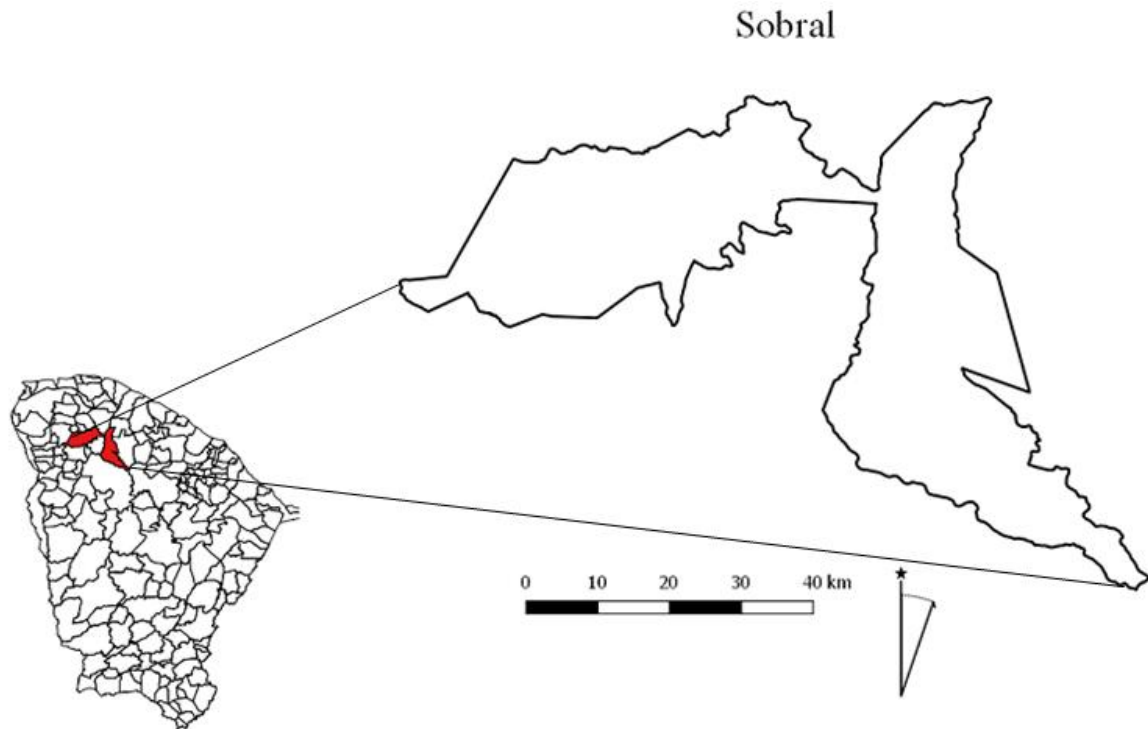
Trata-se um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, aplicado nas Unidade Básicas de Saúde (UBS) do município de Sobral – CE.

Os estudos descritivos têm como objetivo principal a descrição detalhada, sistematizada e organizada de um ou mais fenômenos. A ocorrência de eventos adversos roga por uma descrição detalhada, uma vez que é necessário a classificação dos eventos, para formação de um perfil de incidentes em que a população se encontra exposta. Além da sistematização e dos padrões estabelecidos, para que se segue aos dados, é necessário que seja realizado um delineamento do estudo, o qual se caracteriza como transversal. Portanto, foi utilizada dessa metodologia para medir a prevalência dos eventos adversos, utilizando-se da associação da causa e efeito de forma momentânea. O que caracteriza um estudo transversal é o teste da associação causa e efeito com razão de prevalência. No caso, foi estudada a relação causa e efeito dos eventos adversos, sendo que essa relação foi apresentada a partir da observação da ocorrência de eventos e do número de atendimentos que foram realizadas durante o período de tempo proposto no estudo (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG & LEONE, 2018)

A abordagem quantitativa, é caracterizada pela quantificação na coleta e no tratamento dos dados, além da apresentação destes em forma de tabelas, desse modo, utilizou-se técnicas descritivas simples, para formação dos resultados.

### **4.1. Cenário do estudo**

O estudo foi implementado em Sobral, cidade da mesorregião noroeste do estado do Ceará, com área de 2.122,897 km<sup>2</sup>, com uma população de 188.233 habitantes (IBGE, 2017). A cidade de Sobral tem sido reconhecida em todo o território brasileiro e é também tida como referência e modelo para outras localidades no que concerne à ESF, onde vem apresentando avanços significativos nesse modelo de atenção desde sua implantação (CUNHA, 2016). O município de Sobral conta com 37 CSF, sendo 22 unidades localizadas na sede do município, e as demais distribuídas distritalmente.

**Figura 1** – Município de Sobral, Ceará, Brasil

Fonte: (RIBEIRO, 2018)

#### 4.2. Participantes do estudo

Participaram do estudo, profissionais atuantes na ESF, independentemente de sua formação acadêmica.

**Tabela 1** – Número de Profissionais e trabalhadores da saúde dos Centros de Saúde da Família da Sede do Município de Sobral – CE

<b>Profissionais</b>	<b>Quantitativo</b>
Coordenadores da Atenção Básica	02
Gerentes	36
Tutores (Apoiadores Institucionais)	12
Enfermeiros	67
Médicos	38
Dentistas	32

Fonte: Sobral, 2017.

A pesquisa não chegou a ser apresentada ao quantitativo de profissionais descrito acima, e se findou devido o fator tempo, expressado pelo prazo de dois meses, a partir da data de início da coleta de dados.

Os profissionais de saúde foram selecionados por amostragem por conveniência, sendo realizado contato com profissionais conhecidos, que foram requisitados a indicar outros profissionais para participar do estudo, perfazendo uma seleção amostral do tipo bola de neve (*snowball sampling*) (GHALJAIE; NADERIFAR; GOLI, 2017).

Desse modo, para o cálculo da amostra será definido o erro padrão de 5% com nível de confiança de 95%. Assim, para determinação do tamanho amostral será utilizada a fórmula matemática para população finita, apresentada abaixo, e posteriormente calculada a proporcionalidade por unidade básica de saúde:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot n}{e^2(n - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Em que:

N = tamanho da população;

Z= nível de confiança escolhido, em números de desvio padrão;

p = porcentagem com a qual o fenômeno se verifica;

q = porcentagem complementar;

n = tamanho da população;

e = erro máximo permitido.

Esse cálculo foi realizado através do uso do aplicativo *epiinfo*® para smartphones, onde apresentou uma amostra necessária de pelo menos 52 profissionais. Tendo como base o número necessário de participantes para o estudo, a amostra se findou com cessação de indicação de novos participantes e pelo fator de tempo, sendo estipulado até o segundo mês da coleta de dados da pesquisa como limite para inclusão de novos participantes. Apesar da amostra calculada ser de 52 participantes, a pesquisa e seus objetivos foram apresentados para um total de 97 profissionais. Porém, apenas 38 retornaram o questionário. Como se trata de um estudo prospectivo, foi estabelecido um prazo de três meses para a realização da coleta de dados, a partir da data de contato e apresentação dos objetivos da pesquisa, com o primeiro participante. Durante esse período cada participante foi convidado a registrar, de forma anônima e confidencial os incidentes detectados durante o seu horário de trabalho.

Como critério de inclusão, foram chamados a participar do estudo os profissionais atuantes na ABS de Sobral, com regime de trabalho não inferior a 20 horas semanais, que realizassem atividade de atendimento, prescrição ou coordenação do serviço de ABS.

Não foram selecionados os profissionais que estavam ausentes nas unidades durante o período da pesquisa, seja por motivos de doenças, férias, licença maternidade ou outros motivos.

### **4.3. Instrumento para coleta de dados**

Utilizou-se um instrumento desenvolvido na Austrália (MAKEHAM, M, et al, 2002) e traduzido e adaptado à realidade brasileira por Marchon e Mendes Junior (2015).

O *Primary Care International Study of Medical Errors* (PCISME), é composto por 16 questões abertas e fechadas, para o registro de incidentes na ABS. Foi adaptado para o contexto brasileiro por um painel formado por especialistas, empregando-se o método Delphi modificado (*anexo I*).

A aplicação desse instrumento chama a atenção para o problema da ocorrência de danos em pacientes na ABS. Os resultados da aplicação do questionário adaptado à realidade brasileira podem produzir informações específicas sobre este campo do conhecimento, de modo a fortalecer iniciativas para a melhoria da segurança do paciente (MARCHON; MENDES; PAVÃO, 2015).

### **4.4. Coleta e apresentação dos dados**

Para concretização do estudo, foram necessárias duas etapas, a primeira foi a coleta de dados propriamente dita, com a aplicação do instrumento e a segunda etapa, a contagem dos atendimentos através do E-SUS para realização de cálculos, conforme descrito a seguir:

#### *1º Etapa*

A primeira abordagem aos profissionais foi realizada via telefone, por meio do aplicativo WhatsApp® de maneira individual, onde foi realizada a apresentação dos objetivos da pesquisa, assim como evidenciado o parecer do Comitê de Ética e posteriormente encaminhado os links para acesso ao formulário de notificação de eventos adverso e de perfil profissional, disponíveis em um formulário online do Google Forms®. Foi disponibilizado juntamente com link, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (*apêndice B*) e solicitado o preenchimento de um questionário (*apêndice A*), para caracterização do perfil

do participante, informando o sexo, a idade, a formação profissional, o tempo de formação, o tipo de especialização e o tempo de atuação na ESF, após a aceite para participação na pesquisa.

Esse contato foi realizado inicialmente com um profissional-chave, escolhido de forma intencional, o que foi responsável por disparar o processo de indicação de outros profissionais e assim sucessivamente.

De acordo com os resultados, os eventos adversos descritos foram categorizados e divididos de acordo com a classificação Internacional de eventos, sendo eles: **Circunstância de Risco**, que é uma situação em que houve potencial significativo de dano, mas não ocorreu um incidente; **“Quase – erro” (*near miss*)**: que foi um incidente que não atingiu o paciente, sendo detectado o erro antes do incidente; **Incidente sem danos**: que é um evento que ocorreu a um paciente, mas não chegou a resultar em dano; **Incidente com dano ou evento adverso**: que são incidentes que resultam em dano para um paciente (danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionados à evolução natural da doença de base). Ainda dentro dos eventos adversos com danos, existe uma subclassificação, onde podemos dividi-los em evento com dano leve, dano moderado, dano grave e óbito (OMS, 2009).

### *2º Etapa*

Após o tempo determinado para coleta de dados, foi solicitado a coordenação da ABS os relatórios com os quantitativos do número de atendimentos realizados por cada profissional de acordo com o registro desses no e-SUS AB, via sistema de prontuário eletrônico (PEC), referentes ao trimestre em que a pesquisa foi aplicado (janeiro a março).

A partir daí foram contabilizados os atendimentos realizados, de acordo com cada UBS que teve eventos adversos registrados durante o período da pesquisa. Esse dado foi necessário para que fosse calculada as taxas de incidência e prevalências dos eventos adversos, sendo ele o denominador dessa fração.

## **4.5. Análise de dados**

Os dados coletados foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel, versão 2019. Para a análise dos dados, foram utilizados cálculos de estatística descritiva simples, com a determinação de números absolutos, percentuais, médias e desvio padrão, referentes às variáveis epidemiológicas quantitativas obtidas dos incidentes de segurança do

paciente notificados, assim como o cálculo da percentual de incidentes de segurança do paciente e da taxa de incidência de incidentes por mil atendimentos por mês e por trimestre.

Para o cálculo do quociente de incidentes de segurança foram considerados todos os incidentes notificados como numerador e, como denominador, todos os atendimentos realizados nas unidades, pelas categorias profissionais de enfermagem, medicina e odontologia, conforme dados secundários fornecidos pela Secretaria de Saúde de Sobral - CE, a partir do banco de dados do e-SUS. Foram calculadas a taxa de incidência do período total de observação e mensal.

Utilizou-se a fórmula de incidência e prevalência para aferir a magnitude dos eventos descritos, onde:

$$\text{Incidência} = \frac{\text{Nº de eventos descritos em uma categoria}}{\text{Nº de atendimentos realizados durante o período em uma UBS}} \times 1000$$

(ROUQUAYROL e GUERGEL, 2013).

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{Nº de eventos descritos}}{\text{Nº de atendimentos realizados durante o período da pesquisa}} \times 1000$$

(ROUQUAYROL e GUERGEL, 2013).

#### 4.6. Aspectos éticos

Inicialmente o projeto foi apresentado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde (NEPS) da Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral para obtenção de anuência, sob número de protocolo 0136/2021. Em seguida, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), através da Plataforma Brasil, aprovado com número de parecer 5.132.026.

Em relação a aplicação do instrumento de coleta, ressalta-se que os participantes consentiram a participação do estudo por meio do TCLE, respeitando a resolução 510/2016 e lhes foi garantido o anonimato para todos os participantes da pesquisa, assim como explicado sobre o direito de desistência em qualquer etapa do referido processo de pesquisa.

Projeto desenhado sob as normas éticas propostas na Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que regulariza os aspectos éticos referentes à

realização de pesquisas que, individualmente ou coletivamente, envolvam o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou a partir dele, incluindo o manejo de informações ou materiais, incorporando sobre a óptica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, visando também, assegurar os deveres e os direitos que dizem respeito à comunidade científica, os sujeitos da pesquisa e ao estado (BRASIL, 2012).

O princípio da autonomia foi correspondido diante do esclarecimento aos participantes que responderem ao instrumento, de que os mesmos possuíam livre arbítrio em participar ou não da pesquisa, bem como da abdicação em qualquer momento da pesquisa sem ocasionar nenhum prejuízo, estando estas considerações presentes no TCLE (APÊNDICE A).

Quanto ao princípio da não maleficência, este foi exercido ao passo que foi assumido o acordo de não causar constrangimentos aos sujeitos da pesquisa, sendo ainda apresentado a esses, os riscos e benefícios da pesquisa. Os riscos são mínimos e se referem à possibilidade de constrangimento dos participantes e quebra do anonimato. Com a finalidade de estes serem minimizados, não foi colocado o nome do participante no instrumento, pois as respostas foram contabilizadas por meio do instrumento *on line*, onde não contém espaço para identificação.

Como benefícios, a pesquisa oportunizou aos participantes refletir sobre a segurança do paciente no âmbito da ABS e no seu campo de atuação a partir de percepções de suas ações cotidianas e do reconhecimento dos riscos.

O princípio da justiça será alcançado quando, por meio da publicação resultados, que colaborarão para a melhoria dos serviços públicos no âmbito da ABS.

#### **4.7. Pesquisas em tempos de pandemia**

Durante a pandemia da Covid-19, que impossibilitou e/ou reduziu os encontros físicos, foi necessário também adaptar as estruturas educacionais e de pesquisa, trazendo um cenário já conhecido, porém que foi nos empesto como maneira de prevenção a infecção, que é o cenário remoto (*on-line*). Grande parte das pesquisas vem acontecendo em ambientes virtuais, o que requer adaptações aos procedimentos metodológicos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, disponibilizou um Ofício Circular de Nº 2/2021, que regulamenta algumas medidas necessárias para evitar constrangimentos e garantir a segurança dos dados.

Com isso, este estudo foi pautado nessa resolução, foi engajado dentro do ambiente virtual e garantiu o anonimato dos participantes, não realizando o convite por meio de listas ou de grupos que permitissem a identificação dos convidados. O TCLE também foi

redigido de maneira virtual e somente foi apresentado ao final da exposição das perguntas do questionário, o que garantiu o direito do participante em ter acesso ao questionário antes de responde-lo. Não foram apresentadas questões de cunho obrigatório, perfazendo assim o direito do participante em não responder as todas as perguntas.



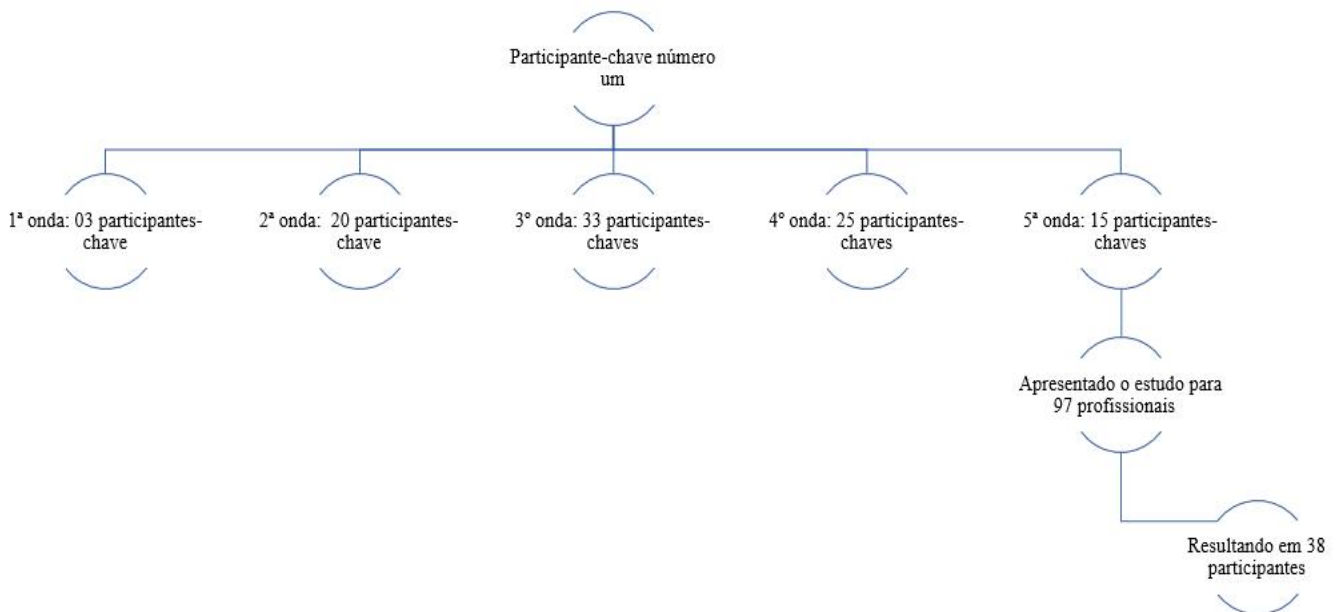
## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1. Caracterização do perfil dos profissionais participantes da pesquisa

Como demonstrado na metodologia, utilizou-se da técnica *snowball sampling* (GHALJAIE; NADERIFAR; GOLI, 2017), para a realização da coleta de dados. O participante-chave número um, foi escolhido por conveniência, a partir da rede de contatos do pesquisador. Este por sua vez, realizou a indicação de outros participantes, que indicaram outros e assim sucessivamente, sendo realizadas cinco rodadas de novos contatos, perfazendo uma amostra de 97 participantes. Deste total, apenas 38 (39,17%) participantes retornaram os questionários dentro do período estipulado para coletas de dados.

Na figura 2, podemos observar como se deu a rede de contato com os participantes. Estes atuantes na ABS de Sobral, especificamente na Estratégia de Saúde da Família.

**Figura 2** – Organograma de distribuição dos participantes, baseado no método bola de neve – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.



Fonte: Própria.

São diversas questões envolvidas nessa articulação entre o saber e o fazer, que interferem na produção de conhecimento e desprendimento para a participação em pesquisas, conhecer esses obstáculos pode fomentar uma reflexão sobre as possibilidade de superação de limitações que esses profissionais possam apresentar, e que possam compreender que a

pesquisa na saúde busca sempre o fortalecimento do SUS (PAULA, JORGE E MORAIS, 2019).

A seguir a tabela 2 demonstra a caracterização do perfil dos profissionais participantes da pesquisa, sendo classificados de acordo com sexo e idade.

**Tabela 2 – Idade e sexo dos participantes – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.**

<b>IDADE</b>	<b>(n)</b>	
Maior idade dos participantes	60	
Menor idade dos participantes	23	
Média da idade dos participantes	32,2	
Mediana da idade dos participantes	31	
Desvio padrão ( $\sigma$ )	8,56	
<b>SEXO</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Feminino	31	81,58
Masculino	7	18,42
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Fonte: própria.

É possível perceber uma variação ( $\sigma = 8,56$ ) das idades dos participantes, contrastando vários tipos de formação, fator esse terminado pelo tempo de formação e de atuação dos profissionais, como explicitado na tabela dois. A educação médica e a superior como um todo, tem passado por diversas mudanças, principalmente sociais, havendo a necessidade de formação de um profissional ético-reflexivo e humanista, diferentemente de outrora, que eram preconizados dentro da formação, a hegemonia médica hospitalocêntrica. Com o desenvolvimento da ABS, a multidisciplinaridade ganhou espaço nessa discussão, o que trouxe a necessidade de um profissional formado dentro dos preceitos acima citados (BORGES MACHADO, et al. 2018).

O processo formativo na saúde tem passado por momentos nunca vistos, sendo orientados para o fortalecimento dos sistemas sanitários. Com as mudanças necessárias para o atendimento de uma população cada vez mais heterogênea, podemos perceber que não é possível atender as demandas da saúde, com produção de serviços fragmentados. Com isso a formação em saúde, requer que este profissional seja apto a integrar serviços de saúde integrais, que se moldem às necessidades da população, tornando-se uma força de trabalho em saúde disposta a melhorar a assistência ofertada (FREIRE, et al, 2019).

E frente aos nuances de formação que encontramos na tabela dois, há uma necessidade de que esses profissionais, formados em épocas e culturas diferentes, busquem

através de uma educação continuada, uma forma de integração de saberes, através de trabalho em equipe e da padronização do atendimento ao cliente.

Podemos perceber também uma diferença expressiva entre a quantidade de participantes do sexo feminino e do sexo masculino, perfazendo uma alteração de 63,16% a mais de profissionais no sexo feminino.

Na área da saúde, principalmente no campo da enfermagem, desde a base dessa profissão, ela foi exercida majoritariamente por mulheres, assim como são reconhecidas como pioneiras e responsáveis pela sua criação e sistematização. Segundo pesquisa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e da FIOCRUZ em 2015, 86% dos trabalhadores na área eram então do sexo feminino e esse traço esteve presente desde a formação da área profissional, que se firmou como ciência, apesar de ter surgido e sido praticada por muito tempo como forma de ajuda ou de caridade, principalmente desenvolvidas por pessoas religiosas, que prestavam cuidados e ajuda a pessoas em situação de vulnerabilidade (LOMBARDI E CAMPOS, 2018).

**Tabela 3** – Tempo de formação e de atuação na ABS dos profissionais participantes – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

TEMPO DE FORMAÇÃO E ATUAÇÃO	Anos
Maior tempo de formação	38
Menor tempo de formação	0,5
Média de tempo de formação	7,57
Mediana de tempo de formação	5
Desvio padrão ( $\sigma$ )	7,62
Maior tempo de atuação na ABS	24
Menor tempo de atuação na ABS	1 mês
Média de tempo de atuação na ABS	5,2
Mediana de tempo de atuação na ABS	3
Desvio padrão ( $\sigma$ )	6,3

Fonte: própria.

A tabela a seguir mostra o quantitativo de participantes por categoria, sendo a enfermagem com maior número de profissionais participantes, fator este que pode ser condicionado ao fato desta categoria existir em maior número dentro do cenário da pesquisa.

**Tabela 4** - Categoria profissional dos participantes – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

CATEGORIA	(n)	(%)
Enfermagem	20	52,63
Odontologia	9	23,68

Medicina	6	15,79
Farmácia	2	5,26
Serviço Social	1	2,63
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Fonte: Própria.

No que cerne o contexto de formação desses profissionais, a grande maioria (n= 26, 86,42%), possuem alguma especialização, e apenas (n=7, 18,42%), possuem uma segunda especialização.

**Tabela 5 – Profissionais com especialização – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.**

PROFISSIONAIS COM ESPECIALIZAÇÃO	(n)	(%)
Possui especialização	26	68,42
Não possui especialização	10	26,31
Cursando especialização	2	5,26
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO	(n)	(%)
Saúde da Família	9	23,68
Saúde Pública	4	10,53
Auditoria e Gestão em Saúde	3	7,89
Gestão em Saúde	3	7,89
Saúde da Família e Meio Ambiente	2	5,26
Farmácia Clínica	2	5,26
Urgência e Emergência	2	5,26
Cirurgia Oral	1	2,63
Endodontia	1	2,63
Saúde do Trabalhador	1	2,63
Obstetrícia e Neonatologia	1	2,63
Saúde da Criança e do Adolescente	1	2,63
Auditoria	1	2,63

PROFISSIONAIS COM SEGUNDA ESPECIALIZAÇÃO	(n)	(%)
Enfermeiro	3	7,89
Odontologia	2	5,26
Assistente Social	1	2,63
Farmacêutico	1	2,63
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>18,42</b>

Fonte: Própria.

O profissional que possui especialização em sua área de atuação, tem maiores chances de desenvolver a prática com melhor êxito. Um estudo realizado em 2016, traz que os cursos de pós graduação, dentro da prática de atuação de saúde da família, contribuíram para exacerbar as competências dos profissionais, pois impulsionam a busca por novos conhecimentos. Dentro da atuação do profissional que possui uma especialização, é possível citar alguns pontos diferenciais, como uma visão mais humanizada da assistência, com a valorização do sujeito de trabalho que é a família como um todo, não excluindo as suas necessidades e destacando a importância da criação de vínculo, o desenvolvimento de habilidade de escuta, oportunizando o melhor entendimento sobre a população ao qual faz atendimento, o reconhecimento do trabalho em equipe, atuando de forma multidisciplinar e a busca por diferentes formas de abordagem a atuação dentro da comunidade (SCHERER, et al, 2016).

## 5.2. Caracterização dos pacientes envolvidos nos eventos adversos

A tabela seis, traz a caracterização dos pacientes envolvidos nos eventos adversos, assim como algumas características em relação aos incidentes. Os pacientes que sofreram incidentes registrados eram, em sua maioria, adultos (n=40, 85,11%), do sexo masculino (n=29, 61,70%). A maioria dos pacientes não apresentava doenças crônicas (n = 33, 70,21%). Em relação a vulnerabilidade social, foi visto que menos na metade dos pacientes vivem em situação de vulnerabilidade (n=16, 34,04%). Em relação ao tipo de incidente, o mais frequente foi o incidente relacionado a um paciente em específico (n= 47, 83,92%), seguido pelo incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos (n= 21, 44,68%).

**Tabela 6** - Características gerais dos pacientes, segundo tipo de evento ocorrido – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

Características/categorias	Incidente relacionado a um paciente em específico		Houve um incidente, mas não chegou a atingir o paciente		Houve um incidente, que atingiu o paciente, mas não lhe causou dano		Houve um incidente, que atingiu o paciente e lhe causou dano		
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Sexo	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
	Masculino	29	61,70	6	12,77	7	14,89	2	4,26
	Feminino	18	38,30	4	8,51	14	29,79	10	21,28
Faixa Etária (anos)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
	até 9 anos	3	6,38	1	2,13	2	4,26	0	0,00
	10 - 19 anos	4	8,51	2	4,26	0	0,00	1	2,13
	20 - 59 anos	32	68,09	4	8,51	16	34,04	9	19,15
	60 anos ou mais	8	17,02	3	6,38	2	4,26	2	4,26
Presença de doenças crônicas	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
	Sim	14	29,79	2	4,26	6	12,77	5	10,64
	Não	33	70,21	8	17,02	14	29,79	7	14,89
Vulnerabilidade Social	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
	Sim	16	34,04	4	8,51	6	12,77	3	6,38
	Não	31	65,96	6	12,77	14	29,79	9	19,15

Fonte: Própria

A tabela sete, mostra a classificação das vulnerabilidades sociais enfrentadas pelos pacientes envolvidos nos incidentes, a maioria vive em situação de pobreza extrema (n= 5, 35,71%), onde não tem acesso a transporte com facilidade, a renda familiar é menos que um salário mínimo. Foram identificados três pacientes que vivem em área de risco ambiental (n=3, 21,42%), devido residirem próximo a áreas de lixões e sem saneamento básico. O que

pode aumentar os problemas relacionadas a prestação de cuidados e da saúde, já que o problema da falta de saneamento envolve uma parcela mundial considerável. No Brasil, o déficit de acesso a saneamento atinge principalmente as populações carentes e que vivem em condições de extrema pobreza, localizadas em áreas periféricas, rurais e mais afastadas dos centros das cidades. Em alguns locais não obstante à ineficiência, há total inexistência desses recursos, o que favorecem os agravos à saúde da população, fazendo com que seja pouco efetiva as ações tomadas pelo setor saúde, uma vez que o problema se resolveria com melhor investimento neste setor (SANTOS, et al, 2018).

Desde 2007, a Lei 11.445, a Lei do saneamento básico, existe como marco regulatório para a Plano Nacional de Saneamento Básico, e traz explicitamente a responsabilidade do município em elaborar e pôr em pratica um plano de saneamento básico municipal. E mesmo com todo esse planejamento e 15 anos após a promulgação da lei, ainda é corriqueiro encontrar pessoas em situações de vulnerabilidade, devido ausência de saneamento básico em suas moradias (CARCARÁ, SILVA E MOITA, 2019).

**Tabela 7** – Perfil dos pacientes em vulnerabilidade social – Sobral , Ceará, Brasil – 2022.

CATEGORIA	(n)	(%)
Pobreza extrema	5	35,71
Área de risco ambiental	3	21,42
Usuário de drogas	3	21,42
Baixa Escolaridade/Analfabetismo	2	14,28
Área rural sem acesso a transporte	1	7,14
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>29,78</b>

Fonte: Própria.

A relação entre pobreza e saúde não pode ser desvalorizada no cotidiano da sociedade brasileira e essa relação é percebida dentro dos serviços de saúde, uma vez que, apesar do número citado de pacientes em situação em extrema pobreza ser baixo em relação ao todo (n=5, 35,17%), essa realidade está historicamente e estruturalmente traçada na sociedade. A desigualdade social produz um contexto social cruel, que implica diretamente na promoção da saúde e da segurança dessa população. A depender da área geográfica estudada, essas diferenças sociais se mostram mais exacerbadas, porém, as estatísticas brasileiras apontam com gravidade para essa questão que tem aprofundado a condição de empobrecimento da maioria da população e, por outro, acirrando as desigualdades sociais resultantes da concentração de riquezas por uma parcela mínima da população. As desigualdades regionais ficam evidentes nas regiões Norte e Nordeste, pois em, praticamente,

todos os indicadores, há grande desvantagem frente às demais regiões do país (PIMTOBEIRA E OLIVEIRA, 2020).

Em relação a educação e seu impacto direto na saúde da população, essa discussão foi levantada durante o movimento de reforma sanitária, e então, incorporada na Constituição Federal, através dos determinantes sociais de saúde, quando se passou a reconhecer o conceito amplo de saúde, levando em consideração as condições de moradia, meio ambiente, trabalho, renda, lazer e a educação. É relatada em alguns estudos, que a distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis recebem influências do nível de escolaridade dos cidadãos. De forma geral, os fatores de risco como tabagismo, obesidade, são mais frequentes na população com menor escolaridade. No Brasil, ainda se mantém desigualdades em relação à escolaridade e ao acesso aos serviços de saúde, que precisam ser superadas (RIBEIRO, et al, 2018).

O baixo índice de escolaridade, traz prejuízo à saúde dos indivíduos, pois o conhecimento insuficiente sobre as doenças, faz com que haja baixa adesão aos tratamentos, assim como as medidas de promoção da saúde. Durante a pandemia da Covid-19, foi possível perceber esse cenário, evidenciado pela baixa adesão às recomendações propostas pelas autoridades sanitárias, fazendo com houvesse aumento dos índices de internamento, elevando os custos da saúde (CARDOSO, et al, 2021).

Outro fator determinante da saúde é o acesso geográfico às UBS, mesmo após grande urbanização, ainda é problema mesmo nos grandes centros urbanos. Essa acessibilidade geográfica, diz respeito à adequação da localização dos serviços de saúde em relação à localização dos usuários, levando em consideração a distância, meios de transporte disponíveis e tempo de deslocamento. Sendo assim, ainda conseguimos encontrar pessoas sem acesso aos serviços de saúde, devido falha/falta de transporte, o que faz com que uma parcela da população fique desassistida e com grande risco de agravamento de saúde, devido a não participação nas atividades de promoção da saúde, propostas pela ABS (OLIVEIRA, et al, 2019).



### 5.3. Caracterização dos eventos adversos

Na tabela a seguir, podemos visualizar os incidentes notificados pelos participantes da pesquisa, sendo esses classificados quanto a sua gravidade, a consequência para paciente e/ou profissional ou serviço, os fatores contribuintes e a frequência com que esse erro é encontrado na prática.

**Tabela 8** - Tipos de incidentes, as suas consequências para o paciente, os fatores contribuintes, a frequência do erro e a gravidade do dano – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

TIPO DE INCIDENTE	GRAVIDADE	CONSEQUÊNCIA	FATORES CONTRIBUINTES	FREQUÊNCIA DO ERRO NA PRÁTICA
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Paciente não realizou o exame de ultrassonografia	Ausência de gerenciamento de recursos	Raramente (1 a 2 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Paciente teve quantidade de medicamentos dispensada errada	Apenas um funcionário estava na farmácia	Às vezes (3 a 11 vezes por ano)
Evento Adverso	Óbito	Intercorrências graves em relação ao pré-natal com evolução para óbito materno	Não realização adequada das consultas de pré-natal	Às vezes (3 a 11 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Diagnóstico errado	Falta de perícia por parte do profissional	Primeira vez
Evento Adverso	Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)	Recebeu equivocadamente remédio para diabetes e ingeriu medicação oral	Profissional inexperiente fez entrega da medicação	Raramente (1 a 2 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Perda de material biológico coleta para realização de exames	Falta de atenção e comunicação, falta de um protocolo de identificação	Raramente (1 a 2 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Gestante com VDRL 1:4. Gerência de enfermagem orientou fazer busca ativa para tratar. Por falta de domínio do protocolo, enfermeira realizou prescrição do tratamento e entregou a paciente. Paciente não compareceu à farmácia para receber medicamento. Por pouco o evento adverso não se concretizou. No mesmo dia a tarde, gerência informou que não precisaria	Falta de domínio do protocolo para tratamento de sífilis na gestação.	Primeira vez

		ser realizado o tratamento devido titulação. A ACS foi acionada para resgatar receita com a paciente.		
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Medicamento entregue em dosagem errada, porém o paciente identificou e retornou para trocar	Falta de conhecimento técnico.	Raramente (1 a 2 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Técnico de enfermagem fazendo ausculta pulmonar e repassando informações de saúde junto com a enfermeira	Lotação e alta demanda da unidade de saúde	Raramente (1 a 2 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)	Desrespeito e descaso com o paciente no atendimento, comprometendo a abordagem terapêutica e o vínculo com o serviço de saúde.	Falta de preparo do profissional enfermeiro em lidar com populações marginalizadas, que necessitam de amparo complementar.	Frequentemente (mais de 1 vez por mês)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Um paciente portador de HAS deixou seu cartão de receita para ser renovado no balcão da unidade, sem o mesmo está presente. Esse mesmo paciente possui uma irmã portadora de TB em tratamento. Devido falta de atenção da enfermeira e pelos irmãos possuírem o mesmo sobrenome, foi prescrito a medicação de TB para o paciente portadora de HAS. Na distribuição do medicamento a farmácia identificou o erro e a receita foi corrigida.	Alta demanda , pressa, falta de atenção	Primeira vez
Evento Adverso	Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)	Farmácia ficou sem determinados medicamentos	Falta de planejamento dos responsáveis para abastecimento da farmácia tendo em vista a quantidade de medicamentos expedido mensalmente.	Às vezes (3 a 11 vezes por ano)

Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Atraso no atendimento	Erro de identificação durante o registro na recepção	Às vezes (3 a 11 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Paciente veio com receita de sinvastatina, e foi dispensado pelo auxiliar de farmácia glibenclamida. Filha da paciente na hora de dar o medicamento percebeu. Caso paciente tivesse ingerido o medicamento errado poderia ter tido uma hipoglicemia.	Os medicamentos estavam armazenados próximos e eram bem parecidos	Primeira vez
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Paciente fez cadastro no balcão do posto e o sistema não direcionou ele para atendimento. Fazendo com que ela esperasse atendimento e não fosse atendida. Paciente com hiperglicemia, necessitando de conduta	Erro no sistema. Falta de verificação da pessoa que realizou a Cadastro	Frequentemente (mais de 1 vez por mês)
Evento Adverso	Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)	Paciente teve as medicações prescritas, porém não tinha no posto e o mesmo teve que comprar	Falta de medicamentos na farmácia	Às vezes (3 a 11 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Queda de um paciente, não houve ferimentos	Local molhado sem identificação	Primeira vez
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Atraso no transporte de paciente que necessitava de encaminhamento para UPA	Falta de logística	Às vezes (3 a 11 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Registro de atendimento no prontuário errado	Falta de conferência no registro	Às vezes (3 a 11 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)	Paciente não tomou a medicação devido falta desta na farmácia da unidade	Falta de distribuição	Às vezes (3 a 11 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Prescrito um medicamento que não tinha na farmácia e o paciente ficou sem realizar o tratamento	Falta de comunicação entre farmácia e consultório	Raramente (1 a 2 vezes por ano)
Evento	Dano mínimo	Paciente não conseguiu	Ausência de	Às vezes (3 a 11

Adverso	(com recuperação de até um mês)	atendimento e o caso teve repercussões nas redes sociais. Fazendo com que houvesse exposição negativa com a unidade	educação permanente para população, uma vez que acontecem vários encaminhamentos indevidos à unidade	vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Paciente realizou consulta e não conseguiu marcar exames a tempo, atrasando o diagnóstico	Grande demanda nas unidades	Às vezes (3 a 11 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Atraso na coleta de exame de Papanicolau	Falta de organização entre a central responsável pelos materiais	Às vezes (3 a 11 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Paciente apresentou hiperemia após uso de medicamento prescrito	Não indagar sobre alergias ao paciente	Raramente (1 a 2 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Atraso na entrega de resultado de exame, devido digitação errada do nome do paciente	Dificuldade na identificação do paciente.	Às vezes (3 a 11 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Paciente apresentou abscesso devido material não esterilizado da forma correta	Falta de instrumentos adequados para o procedimento	Raramente (1 a 2 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)	Erro na dispensação de medicamento. Gestante teve liberação de Losartana ao invés de Ácido Fólico, apresentou queda de Pressão Arterial.	Profissional da dispensação de medicamentos idoso e novato.	Raramente (1 a 2 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)	Troca de medicação ao dispensar na farmácia.	Profissional com pouca experiência e nível considerável de surdez.	Primeira vez
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Erro na identificação do paciente. Nenhuma consequência grave, o nome do paciente foi corrigido no prontuário.	Nomes parecidos, falta de atenção e de protocolos.	Às vezes (3 a 11 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Falta de antibiótico para o paciente, o que pode gerar uma progressão da infecção e resistência ao	Medicação insuficiente, falta de informação a	Frequentemente (mais de 1 vez por mês)

		medicamento por ser específico.	CAF, alta demanda	
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Paciente não tomou a medicação devido falta na unidade	Falta de medicação	Às vezes (3 a 11 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Paciente sofreu queda dentro da unidade	Ausência de sinalização	Raramente (1 a 2 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)	Não teve acesso a exame (curva glicêmica solicitada). Não realizou controle glicêmico devido a dificuldade de acesso da paciente ao PSF, dificuldade para reajustar doses da medicação.	PSF não consegue atender a demanda que se localiza na zona rural, devido ausência de transporte e demanda	Primeira vez
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Dispensação incorreta de medicamento	Prescrição correta.	Raramente (1 a 2 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Paciente chateada por ter registro em seu prontuário uma visita a hipertensa. (Sendo que ela não tem HAS)	Erro na digitação ou registro errado da visita.	Às vezes (3 a 11 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)	Houve falta no abastecimento de oxigênio de um paciente que faz uso contínuo, a mesmo foi encaminhado ao hospital	Não verificação do conteúdo do cilindro	Primeira vez
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Qualidade do compressor da cadeira odontológica muito baixa, fazendo que a cadeira não funcione, com isso não teve atendimento.	Falta de manutenção, idade do equipamento.	Raramente (1 a 2 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Paciente teve uma síncope seguida de uma queda. Com a queda o paciente não teve dano, mas poderia ter batido a cabeça e derrubado algum material perfuro cortante, pois a queda foi no consultório odontológico.	Nervosismo do paciente. Muito tempo deitado e levantou de uma vez	Primeira vez
Evento Adverso	Dano moderado (recuperação entre um mês e	Edema em rosto após realização de urgência odontológica, devido	Desinfecção e esterilização incorreta do	Primeira vez

	um ano)	material não esterilizado da maneira correta	instrumental (limas)	
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Falta de exames realizados, devido falta de material para coleta	Falta de material.	Primeira vez
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Paciente necessita de medicação EV, após reação alérgica	Ausência de informações no prontuário.	Frequentemente (mais de 1 vez por mês)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Paciente compareceu ao atendimento no dia errado, devido informação passada errada na marcação de consulta	Falha na comunicação.	Raramente (1 a 2 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Paciente teve que repetir o procedimento, devido coleta realizada de forma errada	Falta de atenção.	Primeira vez
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Encaminhamento indevido ao consultório, problema de saúde poderia ter sido resolvido sem conduta médica	Protocolo de classificação de risco	Frequentemente (mais de 1 vez por mês)
Evento Adverso	Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)	Paciente perdeu consulta com especialista devido inadequação no transporte na unidade	Falta de planejamento prévio	Primeira vez
Evento Adverso	Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)	Paciente deixou de usar medicação prescrita, devido farmacêutico discordar da prescrição médica	Falta de conhecimento técnico.	Primeira vez
Evento Adverso	Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)	Devido falta na comunicação, paciente não teve atendimento médico.	Falha na comunicação e não continuidade do cuidado com o mesmo profissional.	Primeira vez
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Dispensação errada de medicamento por profissional inexperiente. Uso de medicamento categoria C em gestante	Profissional não treinado.	Raramente (1 a 2 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Na campanha de vacinação houve falta de comunicação sobre a entrega das vacinas	Falta de comunicação entre gestor e UBS	Primeira vez

Evento Adverso	Óbito	Paciente deu entrada na UBS com sudorese e bradicardia, com sinais suspeitos de IAM	Paciente evoluiu para PCR e na UBS não possui insumos para tratamento de PCR	Primeira vez
Evento Adverso	Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)	Falta de soro de reidratação oral na farmácia	Falta de planejamento da gestão	Frequentemente (mais de 1 vez por mês)
Evento Adverso	Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	Houve estresse entre médico e paciente/acompanhante, no final paciente foi atendido e medicado	Grande demanda de atendimento e estresse médico	Raramente (1 a 2 vezes por ano)
Evento Adverso	Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)	Falta de médico na UBS há 15 dias (atestado). O resultado foi atraso nas consultas e encaminhamentos dos pacientes para UPA	Falta de substituto	Primeira vez
Evento Adverso	Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)	Área está sem médico há aproximadamente um mês	Falta de gerenciamento de recursos humanos	Primeira vez

Fonte: Própria.

Dentro do processo de cuidado, alguns erros são presenciados e por vezes podem chegar a causar algum tipo de dano ao paciente, não necessariamente um dano grave que cause sequelas ou óbito, mas danos leves que acabam por contribuir com a insatisfação do paciente em relação ao seu atendimento, podendo haver quebra de vínculo, o que pode dificultar as ações de promoção e reabilitação da saúde. Esse processo de cuidado, em qualquer nível de atenção deve ser voltado à redução a um mínimo aceitável de risco de falhas, e conseqüentemente, à redução dos danos evitáveis da assistência, fazendo com que o paciente seja atendido de forma segura. Os eventos adversos ocorridos dentro da assistência são considerados como um problema de saúde pública, tendo esse reconhecimento estabelecido pela OMS. Com isso deve-se sempre buscar métodos que garantam a melhoria contínua da qualidade, tornando o cuidado mais seguro, efetivo, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo, conforme as diretrizes dos programas de gestão da qualidade em saúde (FURINI, NUNES E DALLORA, 2019).

Na tabela a seguir, é possível visualizar a classificação dos eventos segundo os profissionais de saúde. Dentre os eventos registrados o dano mínimo prevaleceu (63,6%), o dano com óbito também foi registrado, o que mostra que dentro do ambiente da ABS, eventos graves também ocorrem, mostrando a necessidade de um melhor gerenciamento dos riscos existentes dentro desse nível de atenção.

**Tabela 9** – Classificação dos incidentes segundo as participantes da pesquisa – Sobral, Ceará, 2022.

LOCAL DE OCORRÊNCIA DO EVENTO	(n)	(%)
Dano mínimo (com recuperação de até um mês)	35	63,6
Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)	12	21,8
Não tenho como classificar	4	7,3
Óbito	2	3,6
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Fonte: Própria

A segurança do paciente tem ganhado mais relevância na medida que as ações propostas para a qualificação dos serviços vai surtindo efeitos e resultados positivos. Desde a divulgação do relatório “Errar é humano”, do *American Institute of Medicine* (IOM) em 1999, que estimou cerca de 44.000 a 98.000 mortes anuais nos Estados Unidos eram devido a falhas da assistência médico-hospitalar, tem se tentado estratégias que mitiguem os erros e façam com que os profissionais entendam que errar é humano, porém as consequências que esses erros geram nos pacientes, não podem ser consideradas como inerentes ao cuidado. Mesmo após mais de duas décadas da publicação do relatório do IOM, os números de eventos adversos não diminuíram como esperado (FURINI, NUNES E DALLORA, 2019).

No cenário Brasileiro, a segurança do paciente ganhou mais escopo com a publicação da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), onde ficou determinada a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde, em específico nos ambientes hospitalares, onde a sua criação e funcionamento são de caráter obrigatório. Essa comissão hospitalar possui algumas competências de atuação, sendo o gerenciamento dos eventos adversos a principal delas. Esse gerenciamento deve ocorrer de forma sistemática, utilizando-se de ferramentas da qualidade para fomentar a análise de causa raiz (MAIA, et al, 2018).



A incidência dos eventos adversos no Brasil é mensurada em sua maioria na área hospitalar, deixando a ABS ainda com incipiência de resultados mais específicos em relação aos eventos. Mesmo os eventos na área hospitalar ainda são pouco investigados, devido à baixa atuação dos NSP e o baixo investimento em segurança do paciente dentro do setor público. A obrigatoriedade da notificação dos incidentes à Anvisa, começou em 2014 pelo desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente, no entanto, oito anos após essa data, ainda encontramos um cenário distante do esperado (MAIA, et al, 2018).

De acordo com a OMS (2011), os incidentes causam impactos no paciente, estando esses envolvidos diretamente ou não. Pensando nesse impacto foi desenvolvida uma classificação quanto ao grau de dano ao paciente, onde se apresenta da seguinte forma:

“**Sem dano** - a consequência no doente é assintomática ou sem sintomas detectados e não necessita tratamento.

**Dano leve** - a consequência no doente é sintomática, com sintomas ligeiros, perda de funções ou danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem intervenção ou com uma intervenção mínima requerida (por exemplo: observação extra, inquérito, análise ou pequeno tratamento).

**Dano moderado** - a consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção (por exemplo: procedimento suplementar, terapêutica adicional) um aumento na estadia, ou causou danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções.

**Dano grave** - a consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, encurta a esperança de vida ou causa grandes danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções.

**Óbito** - no balanço das probabilidades, a morte foi causada ou antecipada a curto prazo, pelo incidente.”

**Tabela 10** – Local de ocorrência dos eventos – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

LOCAL DE OCORRÊNCIA DO EVENTO	(n)	(%)
Consultório	23	41,82
Farmácia	15	27,27
Atendimento Administrativo	9	16,36
Domicílio do paciente	4	7,27
Laboratório	3	5,45
Setor de imagem	1	1,82
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Fonte: Própria

Os eventos adversos necessitam de um vetor para ocorrer, esse vetor por vezes pode ser o profissional que está diretamente envolvido no evento, porém, em geral esse profissional foi apenas uma das últimas barreiras que não se efetivou para que o evento atingisse o paciente. Muitos gestores atrelam o fator humano como único componente do incidente, e esquecem de associa-lo às falhas ou erros que são sistêmicos e que derivam de processos frágeis e organizacionais. Fator organizacional é uma circunstância, ação ou influência para a ocorrência ou aumento do risco de incidente, como por exemplo: estrutura organizacional frágil e mal definida; políticas não elaboradas de acordo com a realidade ou inexistência dessas, padrões e objetivos não claros; cultura de segurança não disseminada e restrições financeiras. Dessa forma, fica em atuação um sistema frágil onde as falhas humanas podem ocorrer, com isso procura-se mudar as condições de trabalho através da qualidade dos processos e da interação e comunicação entre os profissionais responsáveis pelo cuidado aos pacientes (PENA E MELLEIRO, 2018).

A próxima tabela retrata os incidentes classificados de acordo com tipo, segundo a classificação taxonômica da OMS (OMS, 2011), os tipos de incidentes mais corriqueiros dentro da ABS de Sobral durante o período estudado foram incidentes de inadequação de recursos/gestão organizacional (n=16, 29,09%), seguido de erros envolvendo medicamentos, seja na prescrição, administração ao dispensação (n=13, 23,63%).

**Tabela 11** – Classificação dos Incidentes por Tipo – Segundo Taxonomia da OMS – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

TIPO DE INCIDENTE	(n)	(%)
Recursos/Gestão Organizacional	16	29,09
Medicamentos	13	23,63
Acidente do paciente	5	9,09
Administração Clínica	5	9,09
Documentação	4	7,27
Processos Clínicos	4	7,27
Dispositivo/Equipamento Médico	3	5,45
Comportamento	2	3,63
Infecção associada aos cuidados de saúde	2	3,63
Oxigênio/Gases	1	1,81
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Fonte: Própria

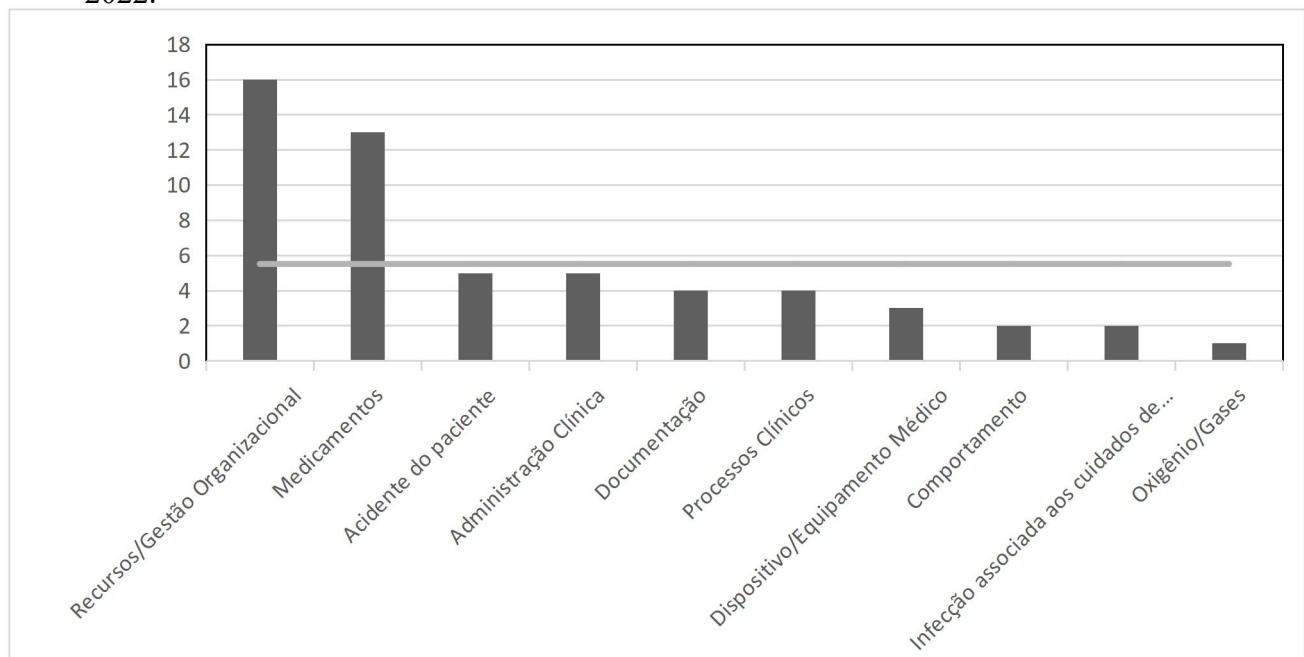
As práticas da gestão do cuidado em saúde são um novo paradigma para a organização das redes de atenção à saúde, isso devido à complexidade do sistema, principalmente da ABS, que se caracteriza como porta de entrada para todos os demais níveis de atenção. O SUS, é considerado o maior e mais completo sistema público universal de saúde do mundo, e de acordo com seus princípios e diretrizes garante acesso, igualdade e gratuidade para toda a população a qual presta serviço. Nesse contexto geral, é esperado que problemas surjam devido a saúde ainda estar centrada em atos prescritivos e bastante burocratizados, principalmente quando se fala em financiamento e distribuição (SODER, et al, 2018).

Majoritariamente, os eventos adversos registrados foram relacionados a gestão de recursos e medicamentos, devido à grande quantidade de medicamentos dispensados pelo ABS e/ou a falta destes. Os incidentes relacionados a medicamentos podem ocorrer através de reações adversas, interações medicamentosas, como por meio da dispensação incorreta, que deixam o paciente susceptível ao consumo de uma medicação não adequada ou com dosagem incorreta. Atualmente, principalmente devido ao aumento da expectativa de vida, a polifarmácia tem se feito presente na vida de alguns pacientes, essa prática aumenta as chances de ocorrência de incidentes, uma vez que, quanto maior é o número de medicamentos utilizados, maior será o risco de eventos. Esse risco medicamentoso é mais elevado entre pacientes idosos, devido a alterações inerentes da idade, como alterações na função renal e

hepática, redução da audição, visão, cognição e mobilidade. Por isso, esses pacientes estão mais suscetíveis a alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas (OLIVEIRA, et al, 2021).

A figura a seguir, demonstra um gráfico com os tipos de eventos e uma média simples entre eles, demonstrando que durante o período da pesquisa, os eventos relacionados ao gerenciamento de recursos e medicamentos se sobressaíram em relações aos demais tipos, estando essas duas tipologias acima da média do número de eventos registrados.

**Figura 3** – Classificação dos Incidentes por tipo e média dos incidentes – Sobral, Ceará, Brasil, 2022.



Fonte: Própria

Em uma pesquisa realizada em 2018, no estado do Rio Grande do Sul, foi possível classificar os desafios da gestão em três categorias, a começar pela morosidade da gestão pública, onde os entraves administrativos e burocráticos da gestão geram atraso nas licitações, falta de materiais, medicamentos e profissionais, interferindo na qualidade dos serviços prestados à população. A segunda é a sobrecarga de trabalho, que compromete a qualidade dos atendimentos prestados, principalmente no que tange ao acolhimento e a escuta dos usuários. A terceira é a fragmentação e descontinuidade da assistência, a integralidade da atenção à saúde é comprometida pela não cobertura de 100% das unidades com ESF e há falha no processo de referência e contra referência, principalmente na alta do usuário do hospital (SODER, et al, 2018).

Essas categorias supracitadas entram em consenso com alguns eventos adversos registrados pelos participantes da pesquisa, a falta de insumos de materiais para

realização de exames, ausência de medicamentos em tempo oportuno para resolução da causa da doença de alguns pacientes, quebra de equipamentos e recorrente demora nas reabilitações destes, ausência de cobertura pelo profissional médico em algumas áreas. Todos esses incidentes podem ser relacionados com a morosidade da gestão pública, que atrasa licitações e consequentemente a distribuição de materiais e medicamentos, assim como a má distribuição de profissionais de saúde, fazendo com se crie sobrecarga de trabalho, deixando os processos mais susceptíveis a falhas.

Outros eventos adversos, embora com baixa incidência, também ocorrem dentro das UBS, o uso de medicamentos e o fator idade, são importantes fatores contribuintes para a ocorrência de acidentes, como quedas, perda de equilíbrio. Ademais, esses incidentes são estudados em sua maioria na atenção hospitalar. No entanto, os pacientes que frequentam diariamente as UBS, tem a necessidade de serem avaliados quando ao risco de quedas e de outros acidentes, para que seja realizada a prevenção de tais ocorrências. Uma pesquisa realizada em 2019, no âmbito hospitalar, mostrou que metade dos pacientes que participaram do estudo, apresentaram risco aumentado para queda, além de dois ou mais fatores de risco não farmacológicos, evidenciando que a queda é um evento com múltiplos determinantes (SILVA; COSTA; REIS, 2019).

Como podemos perceber pelo discurso acima, a grande maioria dos estudos que avaliam riscos dos pacientes são voltados à atenção terciária, fazendo com que as ações de gerenciamento de segurança do paciente ABS, sejam incipientes.

Planejar ações voltadas a segurança do paciente, deve fazer parte da agenda da liderança. Em um estudo realizado em São Paulo, a liderança foi a competência mais importante e mais presente nos gerentes de enfermagem. Neste sentido, os líderes podem criar um clima de segurança que faz com que os profissionais da linha de frente se sintam seguros em relatar erros. Isso faz da liderança de segurança, uma dimensão crítica da cultura de segurança e é capaz de incentivar uma maior atuação dos profissionais para a percepção e gerenciamento dos riscos assistenciais (FURUKAWA e CUNHA, 2011).

Sabe-se que o planejamento do cuidado é um processo pelo qual se pode atingir resultados com um mínimo de erros e por meio de atitudes dinâmicas, ou seja, dependentes das realidades encontradas nas instituições, considerando as incertezas e imprevistos dos cenários assistenciais. Sendo assim, torna-se necessário o exercício de uma liderança profundamente conhecedora das fragilidades e potencialidades de sua equipe (LEMOS, et al, 2018).

A comunicação dentro dos serviços de saúde, também é um fator importante na segurança do paciente, principalmente para evitar acidentes realizadas a falha destas, os quais se configuram e se desenrolam muitas vezes em forma de acidentes com os pacientes. Em um ambiente marcadamente multiprofissional, a comunicação deve ser a mais efetiva possível, pois quando se fragmenta o cuidado, tende a ocorrer uma descontinuidade do cuidado, aumentando o risco de erros e omissões em relação ao plano de tratamento do paciente, o que pode comprometer a qualidade e a segurança (ANDRE, et al, 2018).

Um ponto importante que merece atenção dentro da ABS, é a realização de procedimentos. Alguns procedimentos são realizados, porém, apesar da simplicidade destes, o cuidado referente as ações de higiene também devem ser tomadas, principalmente nas atividades exercidas pelos profissionais de saúde bucal, que possuem riscos realizados a exposição a agentes biológicos. É necessário estar sempre atento ao processamento de produtos para a saúde dentro da ABS, pois infecções relacionadas a assistência podem ser adquiridas em decorrência de processos de esterilização inadequados (SILVA, et al, 2020).

#### 5.4. Incidência dos Eventos Adversos na Atenção Primária à Saúde

Como já mencionado anteriormente, os eventos adversos na ABS ainda não têm um escopo bem definido dentro do cenário de segurança do paciente. No entanto, algumas pesquisas têm gerado resultados satisfatórios, no que diz respeito a implantação do processo de qualificação e melhoria contínua da ABS. Em uma pesquisa realizada por MARCHON, et al (2015), foram verificadas a taxa de incidência e a razão de incidentes ocorridos na ABS, apresentando uma taxa de 1,11% (IC95%: 0,93-1,32). A razão de incidentes que não atingiram os pacientes foi de 0,11% (13/11.233; IC95%: 0,06-0,20). A razão de incidentes que atingiram os pacientes, mas não causaram danos foi de 0,09% (10/11.233; IC95%: 0,04-0,16). A razão de incidentes que atingiram os pacientes e causaram danos (evento adverso) foi de 0,91% (102/11.233; IC95%: 0,74-1,10).

**Tabela 12** – Quantidade de atendimentos realizados na Atenção Primária de Sobral – CE, durante o período da pesquisa - Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

UNIDADE DE SAÚDE	Jan./22	Fev./22	Mar./22	TOTAL
Academia da Saúde Dom José	9	4	1	14
Academia da Saúde Cohab II	8	47	46	101
Caps II	0	0	9	9
Centro Covid 19 Sobral	1354	385	0	1739
Csf Alto da Brasília	2315	1597	1909	5821
Csf Alto do Cristo	1601	1295	1321	4217
Csf Aprazível	1440	1234	1183	3857
Csf Aracatiaçu	1808	1797	2400	6005
Csf Baracho	912	873	929	2714
Csf Bilheira	558	495	430	1483
Csf Bonfim	969	805	794	2568
Csf Caic	1882	1619	1746	5247
Csf Caiçara	2303	2041	2630	6974
Csf Caioca	530	479	491	1500
Csf Campo dos Velhos	2420	1491	1753	5664
Csf Caracara	508	456	381	1345
Csf Centro	1647	1087	1259	3993
Csf Coelce	3614	3031	3825	10470
Csf Cohab II	2039	1843	2381	6263
Csf Cohab III	2174	2362	2497	7033
Csf Conjunto Santo Antônio	2435	1612	1836	5883
Csf Dom Expedito	1362	1240	1422	4024

## Continuação

UNIDADE DE SAÚDE	Jan./22	Fev./22	Mar./22	TOTAL
Csf Estação	1474	1116	1504	4094
Csf Expectativa	3416	2890	3743	10049
Csf Jaibaras	2088	2323	2592	7003
Csf Jordão	1134	1079	813	3026
Csf Junco	2532	1928	2433	6893
Csf Novo Recanto	1297	542	1024	2863
Csf Padre Palhano	2180	2888	3513	8581
Csf Patos	312	540	682	1534
Csf Patriarca	612	887	1024	2523
Csf Pedrinhas	2618	1956	2298	6872
Csf Rafael Arruda	1043	1049	491	2583
Csf Salgado dos Machados	361	508	761	1630
Csf Sinha Saboia	3171	2940	3454	9565
Csf Sumare	2565	2072	2210	6847
Csf Tamarindo	1747	973	1125	3845
Csf Taperuaba	2217	2443	2826	7486
Csf Terrenas Novos 1	4097	3399	4246	11742
Csf Terrenas Novos 2	637	1073	902	2612
Csf Torto	380	461	334	1175
Csf Vila União	2400	1769	2068	6237
Projeto Flor do Mandacaru	95	114	221	430
<b>TOTAL</b>	<b>68264</b>	<b>58743</b>	<b>67507</b>	<b>194514</b>

Fonte: Secretária de Saúde de Sobral.

Através da tabela 12, podemos perceber a magnitude da ABS de Sobral, onde durante o período da pesquisa foram realizados quase 200 mil atendimentos. No entanto, nem todas as unidades citadas acima participaram da pesquisa, sendo apenas oito unidades computadas no retorno das fichas de notificações de eventos. Dentre essas oito UBS participantes, tiveram sua totalidade a localização da sede de Sobral (n=8, 100 %).

A seguir será demonstrado o quantitativo de notificações por unidades. Para garantir o anonimato da UBS, foram atribuídos números de um a oito para as unidades.



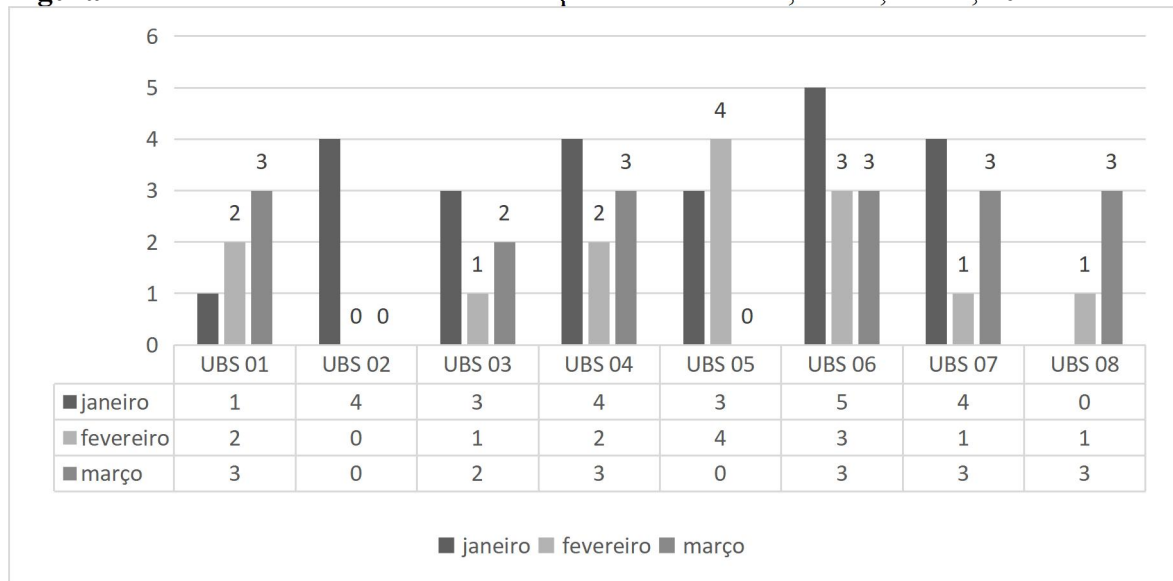
**Tabela 13** - Distribuição das notificações de incidentes de segurança do paciente na ABS de Sobral - CE por UBS - Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

UNIDADE DE SAÚDE/MÊS	Jan./22	Fev./22	Mar./22	TOTAL
UBS 01	1	2	3	6
UBS 02	4	0	0	4
UBS 03	3	1	2	6
UBS 04	4	2	3	9
UBS 05	3	4	0	7
UBS 06	5	3	3	11
UBS 07	4	1	3	8
UBS 08	0	1	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>55</b>

Fonte: Própria.

Durante o período da pesquisa, que compreendeu o primeiro trimestre de 2022, foram contabilizadas 55 notificações, dentre elas as que atingiram ou não o paciente, mas que se configuraram como circunstâncias de risco para os usuários envolvidos no processo de atendimento das UBS. Além da tabela anterior, desenhou-se um gráfico com essa distribuição, afim de melhorar a apresentação e o entendimento sobre a distribuição dos eventos adversos.

Podemos observar que algumas UBS não realizaram registros de eventos durante certos períodos, o que não nos diz que eles não ocorreram. É importante identificar as causas das subnotificações dos eventos adversos, para sejam realizadas tratativas e desenvolvida estratégias que encorajem a notificação dos eventos observados, promovendo a cultura de segurança dentro da unidade. Uma forma possível de realizar esse incentivo é fazer implementação de sistemas de notificação, que seja de fácil acesso e uso, e que irá direcionar as atividades educacionais voltados para a temática de segurança do paciente na ABS (MOREIRA, et al, 2018).

**Figura 4** – Total de incidentes notificados por UBS – Sobral, Ceará, Brasil, 2022

Fonte: Própria.

A tabela 14, a seguir, demonstrar o cálculo de razão e a taxa de incidência dos incidentes da ABS de Sobral. Para realização do cálculo foi levado em considerações apenas os atendimentos realizados pelas oito unidades notificadoras durante trimestre da pesquisa.

**Tabela 14** - Percentual e taxa de incidência de incidentes de segurança do paciente na ABS de Sobral - CE, por mês observado - Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

MÊS	Nº de Incidentes	Nº de Atendimentos	Razão de Incidentes	%	x 1000
Janeiro	24	19273	0,0012	0,12%	1,25
Fevereiro	14	16363	0,0009	0,09%	0,86
Março	17	19614	0,0009	0,09%	0,87
TOTAL	55	55250	0,0010	0,10%	
Nº de incidentes por 1000 atendimentos no trimestre					1,00

Fonte: Própria.

O percentual de incidentes de segurança do paciente calculado no período de três meses foi de 0,10%, equivalente a uma taxa de incidência de 1,0 incidente por mil atendimentos por trimestre, com variação de 0,87 a 1,25 incidentes por mil atendimentos por mês. Os incidentes que envolveram um paciente em específico, que abrangeram 47 notificações, foram responsáveis por 0,09% de incidentes de segurança por atendimento no trimestre, o que corresponde a uma taxa de incidência de 0,85 incidente por 1000 atendimentos trimestrais.

**Tabela 14** - Percentual e taxa de incidência de incidentes de segurança do paciente na ABS de Sobral - CE, de acordo com a classificação do tipo de evento - Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

CLASSIFICAÇÃO DO TIPO DE EVENTO	(n)	Nº de Atendimentos	Razão de Incidentes	%	x 1000
Houve um incidente, que atingiu o paciente, mas não lhe causou dano	24		0,00043	0,04%	0,43
Houve um incidente, que atingiu o paciente e lhe causou dano	19		0,00034	0,03%	0,34
Houve um incidente, mas não chegou a atingir o paciente	12		0,00022	0,02%	0,22
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>55250</b>			
Nº de incidentes por 1000 atendimentos no trimestre					<b>1,00</b>

A razão de incidentes que não atingiram os pacientes foi de 0,02% (12/55.250). A razão de incidentes que atingiram os pacientes, mas não causaram danos foi de 0,04% (24/55.250). A razão de incidentes que atingiram os pacientes e causaram danos (evento adverso) foi de 0,03% (19/55.250).

Quando comparamos com o estudo realizado por Marchon, et al (2015), que demonstram a razão de incidentes que não atingiram os pacientes foi de 0,11% (13/11.233; IC95%: 0,06-0,20). A razão de incidentes que atingiram os pacientes, mas não causaram danos foi de 0,09% (10/11.233; IC95%: 0,04-0,16). A razão de incidentes que atingiram os pacientes e causaram danos (evento adverso) foi de 0,91% (102/11.233; IC95%: 0,74-1,10), percebemos que Sobral se encontra abaixo da média brasileira, já que o estudo em questão fez análises nos eventos do Brasil de forma geral.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados demonstram a ABS de Sobral com a média abaixo da média brasileira, para a incidência e prevalências de eventos adversos, fazendo com que esse município continue sendo destaque nas ações de saúde ao qual se propõe. Esses achados corroboram para o reconhecimento de uma gestão de excelência, que embora não tenha processos tipicamente voltados para a segurança do paciente na ABS, ainda demonstram resultados satisfatórios, no cerce em que foi avaliado.

É importante levar em consideração que nem todas as unidades participaram do estudo, podendo haver brechas na quantificação dos incidentes de uma maneira geral. Os resultados acima ditados, se dão pela base de oito UBS, que tiveram seus profissionais comprometidos com a questão da segurança dos pacientes. Ademais, a ABS de Sobral ainda não possui um sistema de notificações de eventos, fazendo com o que o assunto abordado não seja ainda tão claro ou faça parte do cotidiano dos profissionais.

Frente ao indispensável do conhecimento das causas dos incidentes, o presente estudo, reveste-se de relevância ao traçar um perfil até o momento desconhecido da segurança do paciente na ABS de Sobral - CE. É perceptível que a amostra obtida tanto de participantes como de UBS ainda é modesta, e que os profissionais participantes em sua grande maioria se formaram majoritariamente pela categoria de enfermagem, dentro de um ambiente de trabalho marcadamente multiprofissional. Isso pode se dar devido as dificuldades enfrentadas no setor saúde, principalmente em encontrar formas de articulação com o ramo acadêmico, ademais percebe-se desde a primeira abordagem uma resistência à realização e/ou participação em pesquisas, pois os serviços demandam a centralização da produtividade, fazendo com que o incentivo à participação e ao entendimento e importância das pesquisas seja minimizado.

Essa desarticulação existente entre a academia e a prática, reflete de forma negativa, suscitando gastos que são desperdiçados com estudos que geralmente não repercutem na prática dos serviços.

De toda forma, é um ponto de partida para a compreensão de discussão das fragilidades intrínsecas ao sistema de saúde local que podem favorecer o surgimento de dano ao usuário da ABS, como os erros administrativos evidenciados que envolveram os pacientes. Apesar de ser o fator mais significativo para determinar a qualidade da pesquisa, a limitação

induzida pelo processo de amostragem não-probabilística, que impede a extrapolação dos resultados observados, não foi a única barreira para a garantia da acurácia da taxa de incidência calculada e para a definição das características dos incidentes de segurança do paciente.

Como a realização da pesquisa foi durante um tempo de enfrentamento de pandemia, foi observado que a metodologia de coleta foi deficiente no sentido de não permitir um maior entendimento dos participantes, o que pode ser tido pela ausência de contato físico entre o pesquisador e os participantes, o que impossibilitou maiores explicações e retiradas de dúvidas do processo de notificações de incidentes, uma vez que essa ação não é ainda implantada como rotina nas atribuições dos profissionais de saúde. Esse processo por sua vez, gerou baixa adesão ao formulário utilizado.

Contudo, espera-se que a evidenciação destas barreiras possa reiterar a importância de se promover pesquisas de qualidade sobre o tema, com metodologias adequadas, e sinalizar alguns aspectos metodológicos a serem revistos em estudos futuros. Por outro lado, a reflexão sobre as impressões dos notificadores a respeito da descrição dos incidentes de segurança do paciente, seus fatores contribuintes e de prevenção, possibilitaram confrontar estas informações com a literatura e sugerir medidas que consideram mais apropriadas para o enfrentamento das ameaças à segurança do paciente, que, por seu caráter intrinsecamente multifatorial, exigem soluções também variadas.

Considerando que uma das metas previamente estabelecidas pela OMS é o envolvimento do cidadão na sua segurança, e após a análise dos erros notificados que incluíram paciente como fator causal, fica de fato intrínseco que, para fins do manejo adequado do risco associado ao cuidado em saúde na ABS, é essencial o engajamento dos usuários no serviço, além dos profissionais de saúde, em uma cultura de segurança do paciente, concomitantemente à implantação das medidas preventivas sugeridas neste estudo e pela literatura mundial.

Assim como o cuidado na ABS é centrado no paciente e nas famílias, a segurança do paciente deve ter a centralidade no usuário como princípio orientador para formulação de propostas para a mitigação primordialmente de eventos adversos, bem como para a prevenção de incidentes de segurança em geral.

Na perspectiva das organizações de saúde, a implantação desta cultura requer, por sua vez, a mudança de abordagem do erro em saúde, que ainda hoje parte do pressuposto de que bons profissionais não erram e que, frente ao acontecimento de um evento adverso, devem ser adotadas medidas corretivas direcionadas à repreensão individual de “maus profissionais”. O que nos mostra a importância e a necessidade da implantação de processos de qualificação e voltados à gerência da qualidade dentro das UBS e na ABS de forma geral, no sentido de se trabalhar mais abertamente a questão do gerenciamento de riscos e do reconhecimento destes, tanto pelos profissionais como pelos usuários, pois ainda encontramos ambos os atores alheios a esse processo.

Esta resposta ao problema, do tipo reativa, na verdade contribui mais para a culpabilização do indivíduo e encobrimento de erros futuros por parte dos envolvidos por temor a consequências administrativas, legais e éticas, do que para a resolução da causa raiz do erro. Foi percebido por parte dos profissionais certa resistência no que concerne ao preenchimento do instrumento, embora não houvesse nenhuma forma de identificação nominal nos instrumentos, os participantes relatavam necessitar de consentimento expresso da sua coordenação para proceder a pesquisa, mesmo esta já tendo sido aprovada pelos comitês necessários, o que mostrou que o profissional não tem total autonomia para contribuir com construtos de pesquisas dentro do seu próprio ambiente de trabalho.

Por esta razão, deve ser incentivada pelas coordenações de ABS uma maior abertura dos profissionais e um melhor engajamento destes na realização de pesquisas, uma vez que poucos conseguem realizar o manejo de pesquisa e prática, fazendo com o ambiente de trabalho seja voltado majoritariamente para o fazer, mostrando produção e deixando de um pouco de lado a questão científica e de aprendizado contínuo e reflexivo que as atividades em saúde requerem.

Quando se trata de análise de erros ou uso de ferramentas da qualidade para estratificação ou investigação de eventos, essa atividade ainda não é realizada dentro das UBS. Deve ser incentivada dentro das organizações de saúde, não somente nas hospitalares, uma abordagem sistêmica do evento adverso, fazendo com que as causas sejam elucidadas e que seja trabalhada uma forma de mitigar os potenciais riscos ou efeitos que estes possam a vim causar nos usuários. Medidas como esta melhorariam a ocorrência dos eventos e deixariam os usuários mais satisfeitos, pois como podemos perceber, existem eventos que atingem a forma

de como o usuário enxerga a UBS, como falta de atendimento, demora do resultado de exames, não realização de exames devido escassez de materiais, dentre outros motivos.

Em última análise, o uso desta abordagem complementar para mitigação de erros promove a otimização das intervenções retificadoras e/ou preventivas de acordo com o tipo de erro detectado, e impede a instalação de complacência crônica na organização de saúde frente tanto a processos de trabalho inseguros, quanto a violações rotineiras às normas de segurança por parte dos profissionais responsáveis pelo cuidado.

Outra ação urgente que é considerada decisiva para estimular o desenvolvimento da segurança do paciente na ABS é a definição de eventos notificáveis graves (*never events*) que sejam relevantes para a organização do cuidado na atenção básica. Estes eventos, são definidos como falhas na assistência que não devem ocorrer em hipótese alguma. Os profissionais devem ser treinados para identificar prontamente esses eventos e os usuários podem ser envolvidos neste processo, pois podem servir como alertas para falhas ou riscos. No decorrer deste trabalho, foi possível ver que eventos graves também ocorrem na ABS, incluindo danos irreversíveis, como óbitos.

No contexto da ESF, vislumbra-se que a perda de seguimento sem justificativa e o acolhimento inadequado da demanda espontânea, que resultem em dano grave ou óbito do paciente, podem ser considerados exemplos de “*never events*”. Por tudo o que foi avaliado a partir das notificações coletadas, acredita-se que a compreensão sobre os incidentes de segurança do paciente descritos nesta pesquisa contribuirá efetivamente para discussão e tomada de decisão sobre o manejo dos erros de assistência e o gerenciamento dos riscos do cuidado oferecido ao usuário dos serviços da ABS de Sobral - CE.

Reitera-se também a proposta de adoção de um sistema de qualificação e melhoria continua dentro das UBS, de modo que a coordenação da ABS incentive os gerentes da ESF a trabalhem alguns quesitos da gestão da qualidade dentro da UBS, fazendo com o pessoal da ponta se torne mais qualificado e sensível ao processo de segurança do paciente na ABS, o qual precisa ainda avançar bastante.

A adoção de novas políticas e de uma atenção voltada a suprimir as falhas de modo mais afetivo, também pode auxiliar no processo de melhoria da segurança do paciente. Assim como já foram expostas algumas fragilidades desta pesquisa, fica aos pesquisadores o desafio de melhorar a questão da segurança do paciente na ABS, principalmente

desenvolvendo pesquisas que gerem resultados palpáveis e com aplicação mais fidedigna que envolva cada vez mais os profissionais, fazendo com que o entendimento e a participação destes em pesquisa, seja de fato, parte do seu processo de trabalho.



## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BR). Portaria nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF; 2013.

ANDRÉ, C. U. et al. Núcleo de segurança do paciente na atenção primária à saúde: a transversalidade do cuidado seguro. *Enfermagem em Foco*. V. 12. N. 7. SUPL. 1. 2021.

BOUSQUAT, A; MEDINA, M. G; MENDONÇA, M. H. M; ALMEIDA, P. F; AQUINO, R; SANOS, A. F; GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde nos 25 anos da Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(12):4745-4756, 2020.

BRANDÃO, M. G. S. A; BRITO, O. D; BARROS, L. M. Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino. *Revista de Administração em Saúde*, v. 18, n. 70, 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução CNS nº 466/2012. Procedimentos Metodológicos Característicos das Áreas de Ciências Humanas e Sociais. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 02 abr. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2436, 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). 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução CNS nº 510/2016. Procedimentos Metodológicos Característicos das Áreas de Ciências Humanas e Sociais. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo 3º Ciclo (2015-2016). Brasília. DF. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CABRAL, E. R. M; MELO, M. C; CESAR, I. D; OLIVEIRA, R. E. M. BASTOS, T. F; MACHADO, L. O. et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. *InterAm J. Med Health*. 2020.

- CARCARÁ, M. S. M; SILVA, E. A; MOITA, J. M. Saneamento básico como dignidade humana: entre o mínimo existencial e a reserva do possível. *Engenharia Sanitária e Ambiental*. V. 24. P. 493-500. 2019.
- CARDOSO, R. S. S; PEREIRA, J. M; SANTANA, A. B; SÁ, S. P. C; LINDOLPHO, M. C; CHRIZOSTIMO, M. M; SANTANA, R. F. Letramento em saúde na pessoa idosa em tempos de pandemia e infodemia do covid-19: um desafio mundial. In: Santana RF (Org.). *Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19*. Brasília, DF: Editora ABen. P. 171. 2021.
- CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; TANON, A. Utilizar a avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. *Avaliação: conceitos e métodos*. Ed. Fiocruz. P. 242-261. Rio de Janeiro. 2016.
- CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L. Pesquisa em saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa? *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.8, n.1, p.34-35, 2006.
- CUNHA, C. G. Competências para o gerenciamento na estratégia saúde da família de Sobral, Ceará. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, 2016.
- DALCIN, T. C; DAUDT, C. G; et al. *Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática*. – Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre, 2020.
- DE MENDONÇA, M. H. M. et al. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. SciELO-Editora FIOCRUZ. 2018.
- DIEHL, A. A. *Pesquisa em ciências sociais aplicadas: método e técnicas*. São Paulo: Pearson Prentice Hall. P. 23-24. 2004
- DOS SANTOS, F. F. S. et al. O desenvolvimento do saneamento básico no Brasil e as consequências para a saúde pública. *Revista brasileira de meio ambiente*. V. 4. N. 1. 2018.
- FAUSTO, M. C. R; ROZZOTO, M. L.F. GIOVANELLA, L. et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde Debate*. V. 42. N. Especial 1. P. 12-17. Set. Rio de Janeiro. 2018.
- FREIRE, J. R. et al. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. V. 43. P. 86-96. 2019.
- FURINI, A. C. A; NUNES, A. A; DALLORA, M. E. L. V. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. V. 40. 2019.
- FURUKAWA, P.O; CUNHA, I. C. K. O. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. *Rev Latinoam Enferm*. V.19. P.:106-14. 2011.
- GHALJAIE, F; NADERIFAR, M; GOLI, H. Amostragem de bolas de neve: Um método proposital de amostragem em pesquisa qualitativa. *Avanços no Desenvolvimento da Educação Médica*. V. 14. N. 3. 2017.
- GIOVANELLA L, ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saude Publica*. 33(2):1-21. 2017.
- GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de saúde pública*. V. 35. P. e00012219. 2019.

- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico, 2017. Disponível em < [Censo Demográfico | IBGE](#)> Acesado em 01/03/2021.
- ISHIDA, J. P; OLIVEIRA, D. . Um estudo sobre a Gestão da Qualidade: conceitos, ferramentas, custos e implantação. ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA-ISSN 21-76-8498. V. 15. N. 15. 2019.
- LEMOS, G. C. et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. V. 8. 2018.
- LIMA, S. B. Ortiz et al. Ferramentas da qualidade aplicadas à conferência do carro de emergência: pesquisa de métodos mistos. Escola Anna Nery. V. 25. 2020.
- LOMBARDI, M. R; CAMPOS, V. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. Revista da ABET. V. 17. N. 1. P. 28-46. 2018.
- MACHADO, C. D. B; WUO, A; HEINZLE, M. Educação médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. Revista Brasileira de Educação Médica, V. 42. P. 66-73. 2018.
- MACHADO, R. B; FREITAS, D. D. Políticas de inclusão em saúde. Momento-Diálogos em Educação. V. 29. N. 1. P. 171-186. 2020.
- MAIA, C. S. et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. Epidemiologia e Serviços de Saúde. V. 27. P. e2017320. 2018.
- MAKEHAM, M; DOVEY, SM; COUNTY, M; KIDD, MR. Na international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. Med J Aust; 177:68-72. 2002.
- MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.30, n.9, p.1-21. Set. 2014.
- MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 31, n.7, p.1395-1402. Julho, 2015. MARCHON, S. G.;
- 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. Rio de Janeiro, v.31, n.11, p.2313-2330. Nov. 2015.
- MOREIRA, A. A. O. et al. Eventos adversos. Revista de Saúde Pública do Paraná. V. 1. N. 1. P. 101-107. 2018.
- MOROSINI, M. V. G; FONSECA, A. F; LIMA, L. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate. V. 42. P. 11-24. 2018.
- NASCIMENTO, J. C; DRAGANOV, P. B. História da qualidade em segurança do paciente. História da Enfermagem revista eletrônica, v. 6, n. 2, p. 299-309, 2015.
- OLIVEIRA, O. J. Gestão da qualidade: tópicos avançados. Cengage Learning. 2020.
- OLIVEIRA, P. C. et al. Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte - MG, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. V. 26. P. 1553-1564. 2021.

- OLIVEIRA, R. A. D. et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. V. 35. 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata. URSS, 6-12 de setembro de 1978.
- PADOVEZE, M. C.; FIGUEIREDO, R. M. O papel da Atenção Primária na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, *Rev. Esc. Enferm. USP*. São Paulo, v.48, n.6, p.1137-44. 2014.
- PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, n.22, v.2, p.302-10. Abr-jun. 2013.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. A tutoria na APS. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2018. Disponível em:  
 » [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CadernaATutorianaAPS\\_2018.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CadernaATutorianaAPS_2018.pdf). Acessado em: 25 de abril de 2022.
- PARANAGUÁ, T. T. B.; BEZERRA, A. L. Q.; TOBIAS, G. C.; CIOSAK, S. I. Suporte para aprendizagem na perspectiva da segurança do paciente na atenção primária em saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016.
- PAULA, M. L; JORGE, M. S. B; MORAIS, J. B. O processo de produção científica e as dificuldades para utilização de resultados de pesquisas pelos profissionais de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. V. 23. 2019.
- PENA, M. M; MELLEIRO, M. Maria. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. *Revista de Enfermagem da UFSM*. P. 1-10. 2018.
- PEREIRA, I.C; CAMPOS, M. A. Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo 109 p. 2014.
- PINTO JÚNIOR, E. P. et al. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. *Saúde em Debate*. V. 39. N.104. P. 268-278. Rio de Janeiro. 2015.
- PINTO, L. F; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1903-1913, 2018
- PITOMBEIRA, D. F; OLIVEIRA, L, C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. *Ciência & saúde coletiva*. V. 25. P. 1699-1708. 2020.
- RAIMONDI, D. C. et al. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. V. 40. 2019.
- RAMOS, E. A; KATTAH, J. A. R; MIRANDA, L. M; RANDOW, R; GUERRA, V. A. Humanização na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Med. Minas Gerais*. 28 (Supl 5). 2018.

- RIBEIRO, K. G. et al. Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2018.
- RIBEIRO, M. A. Avaliação da atenção às condições crônicas na estratégia saúde da família de Sobral-CE: Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como marcadores. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Sobral. 2018.
- ROUQUAYROL, M. Z; GUERGEL, M. *Epidemiologia e Saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013.
- ROZIN, L. Em tempos de COVID-19: um olhar para os estudos epidemiológicos observacionais. *Revista Espaço para a Saúde*. Jul. 21(1):6-15. 2020.
- SCHERER, M. D. A. et al. Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação? *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. V. 20. P. 691-702. 2016.
- SILVA, A. K. M; COSTA, D. C. M; REIS, A. M. M. Fatores de risco associados às quedas intra-hospitalares notificadas ao Núcleo de Segurança do Paciente de um hospital de ensino. *Einstein (São Paulo)*. V. 17. 2019.
- SILVA, D. M. et al. Conhecimento dos profissionais de saúde bucal sobre o processamento de produtos para a saúde. *Revista de APS*. V. 23. N. 1. 2020.
- SODER, R. et al. Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem. *Enfermagem em Foco*. V. 9. N. 3. 2018.
- STARFIELD B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco. 2002.
- TIMM, M; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. *Acta Paulista de Enfermagem*. V.29. N.1. P.26-37. 2016.
- TRAVASSOS C; CALAS, B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). *Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática* [Internet]. Brasília (DF): ANVISA. 2013
- UE, L. Y; OLIVEIRA, D. C. A.N. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. In: Associação Hospitalar Moinhos de Vento *Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática* Tiago Chagas Dalcin, Carmen Giacobbo Daudt, et al. – Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre. Cap. 01. P. 20 – 30. 2020.
- VASCONCELOS, P. F. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: o olhar dos gestores, trabalhadores de saúde e pessoas usuárias. In: *Segurança do paciente: reflexões teórico-filosóficas e aplicação prática* (Orgs) Pereira FGF, Carvalho REFL, Brasil BMBL. Fortaleza: Centro Universitário Estácio do Ceará, 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Relatório Técnico Final. 2011.
- ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J; ECHEIMBERG, J. O.; LEONE, C. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. *J Hum Growth Dev*. V 28. N. 3. P. 356-60. 2018.

## ANEXOS

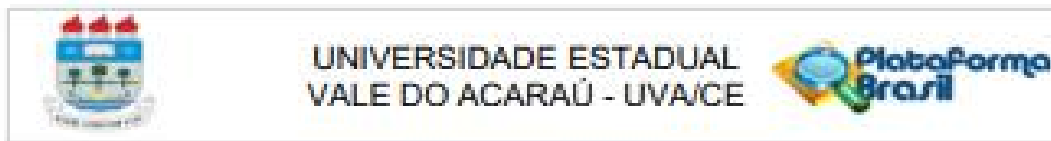
## Anexo A - Instrumento de coleta para caracterização dos eventos adversos

Questionário <i>Primary Care International Study of Medical Errors</i> (PCISME) adaptado para a realidade brasileira.	
Profissional 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"> <li>• Não conheço</li> <li>• Conheço, mas não é meu paciente</li> <li>• Conheço pouco (é a 1ª vez do paciente na consulta)</li> <li>• Conheço bem (é meu paciente)</li> </ul>
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 neurológicos ou psiquiátricos).	Sim ou Não
8. O que aconteceu? Por favor, considere o que e quem esteve envolvido: Quem? (não colocar nomes, apenas categoria profissional:médico, enfermeiro, técnico de laboratório, recepcionista etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Houve um incidente, mas não chegou a atingir o paciente</li> <li>• Houve um incidente, que atingiu o paciente, mas não lhe causou dano</li> <li>• Houve um incidente, que atingiu o paciente e lhe causou dano</li> </ul>
9. Qual foi o resultado? Identifique as consequências reais e potenciais, ou algum outro tipo de 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 repetições desse tipo de erro.	Texto livre:
12. Onde aconteceu o erro? (Escolha todas as opções que se aplicam.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultório</li> <li>• Hospital/Serviços de urgência</li> <li>• Na farmácia</li> <li>• No laboratório</li> <li>• No RX onde realizou exames</li> <li>• Consultório de enfermagem</li> <li>• Domicílio do paciente</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No contato telefônico</li> <li>• Atendimento administrativo</li> <li>• Outros locais: _____</li> </ul>
13. Teve conhecimento de que outro paciente tenha sofrido este tipo de erro?	Sim Ou Não
14. Se sim, como classificaria a gravidade desse dano?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dano mínimo (com recuperação de até um mês)</li> <li>• Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano)</li> <li>• Dano permanente</li> <li>• Óbito</li> <li>• Não tenho como classificar</li> </ul>
15. Com que frequência ocorre este erro na sua prática?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primeira vez</li> <li>• Raramente (1 a 2 vezes por ano)</li> <li>• Às vezes (3 a 11 vezes por ano)</li> <li>• Frequentemente (mais de 1 vez por mês)</li> </ul>
16. Outros comentários?	Texto livre:

(MARCHON E MENDES, 2015)

## ANEXO B – Parecer Consubstancia do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CARACTERIZAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS OCORRIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SOBRAL - CE.

**Pesquisador:** JOAO VITOR TEIXEIRA DE SOUSA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 52883321.0.0000.5053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.132.028

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa consiste em um estudo exploratório, descritivo, com corte transversal e abordagem quantitativa, a ser realizado no município de Sobral - CE. O estudo será implementado com os profissionais de saúde (187 no total), independente da sua formação acadêmica, desde que realizem atendimentos diretos aos usuários. Os profissionais de

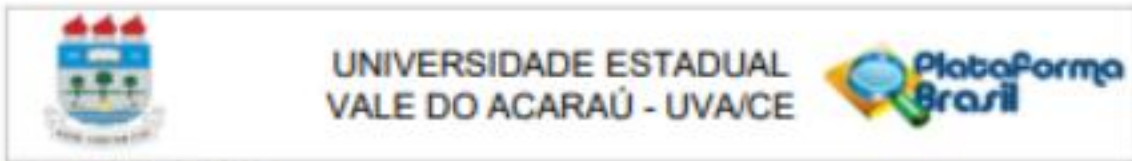
saúde serão selecionados por amostragem por conveniência, sendo realizado contato com profissionais conhecidos, que indicarão outros profissionais para participar do estudo (seleção amostral do tipo bola de neve-snowball sampling). Para determinação do tamanho amostral será utilizada a fórmula matemática para população finita, e posteriormente calculada a proporcionalidade por unidade básica de saúde. Tendo como base o número necessário de participantes para o estudo, a amostra se findará com cessação de indicação de novos participantes e pelo fator de

tempo, sendo estipulado até o terceiro mês da coleta de dados da pesquisa como limite para inclusão de novos participantes. Serão utilizados como critério de inclusão: profissionais atuantes na APS de Sobral, com regime de trabalho não inferior a 20 horas semanais e que declarar anuência em participar da pesquisa por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Serão excluídos os profissionais que não se

fizerem presentes no trabalho durante o período da pesquisa, seja por motivos de doenças, férias, licença maternidade ou outros motivos. Usar-se-á um instrumento desenvolvido na Austrália, o

**Endereço:** Av. Condeante Mascacido Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **Cidade:** SOBRAL **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4252 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep\_uva@uva.br





Continuação do Parecer: S.132.026

Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME), é composto por 16 questões abertas e fechadas, para o registro de incidentes na APS, adaptado para o contexto brasileiro por um painel formado por especialistas, empregando-se o método Delphi modificado. Para concretização do estudo, serão necessárias duas etapas, a primeira será a coleta de dados propriamente dita, com a aplicação do instrumento de forma online, e a segunda etapa será a contagem dos atendimentos através do E-SUS para realização de cálculos.

**Objetivo da Pesquisa:**

Como objetivo Primário: caracterizar os eventos adversos notificados na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral – CE.

Como objetivo Secundário:

- Categorizar os eventos adversos notificados de acordo com a classificação Internacional de eventos;
- Identificar a prevalência dos eventos adversos descritos ocorridos na Estratégia Saúde da Família;
- Evidenciar estratégias que poderiam ter prevenido a ocorrência de Eventos adversos na Estratégia Saúde da Família;
- Discutir sobre o registro de eventos adversos realizados pelos profissionais de saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador informou que os riscos são mínimos e se referem à possibilidade de constrangimento dos participantes e quebra do anonimato. Reportou ainda que não foi colocado o nome do participante no instrumento, pois as respostas serão contabilizadas por meio do instrumento online, onde não contém espaço para identificação.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto propõe a dispensa do TCLE, mas consideramos o documento essencial para a pesquisa e segurança dos envolvidos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos apresentados foram: informações básicas do projeto; parecer SICC; TCLE; folha de rosto, projeto de pesquisa atualizado; cronograma; orçamento. CARTA DE ANUIÊNCIA?

**Recomendações:**

Recomendamos a aplicação do TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

Endereço: Av Comandante Maurício Rocha Pente, 150  
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040  
 UF: CE Município: SOBRAL  
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: cnp\_uva@uva.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 5.132.000

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1841972.pdf	16/10/2021 20:49:57		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinadada.pdf	16/10/2021 20:47:56	JOAO VITOR TEIXEIRA DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.pdf	16/10/2021 10:51:36	JOAO VITOR TEIXEIRA DE SOUSA	Aceito
Parecer Anterior	parecer_SICC.pdf	16/10/2021 10:49:52	JOAO VITOR TEIXEIRA DE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_CEP.pdf	16/10/2021 10:49:04	JOAO VITOR TEIXEIRA DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA.pdf	16/10/2021 10:45:00	JOAO VITOR TEIXEIRA DE SOUSA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_CEP.pdf	16/10/2021 10:42:05	JOAO VITOR TEIXEIRA DE	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SOBRAL, 27 de Novembro de 2021

Assinado por:  
Luiz Vieira da Silva Neto  
(Coordenador(a))

Endereço: Av Comandante Maurício Rocha Pente, 150  
Bairro: Delfin CEP: 62.041-040  
UF: CE Município: SOBRAL  
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: cep\_uva@uvanet.br

## ANEXO C - Parecer da Secretária da Saúde de Sobral – Comissão Científica



PREFEITURA DE SOBRAL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
COMISSÃO CIENTÍFICA

### PARECER PROTOCOLO Nº 0136/2021

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, vinculado a Universidade Federal do Ceará, intitulado: CARACTERIZAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS OCORRIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SOBRAL-CE, desenvolvido por João Vitor Teixeira de Sousa, sob orientação da Profa. Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque.

Na condição de instituição coparticipante do projeto supracitado, concordamos em autorizar a realização das intervenções junto aos profissionais vinculados aos Centros de Saúde da Família de Sobral; considerando os critérios de inclusão e exclusão apresentados no Projeto submetido para apreciação nessa Comissão. **Reitera-se: a necessidade de pactuação prévia entre os pesquisadores e as gerências dos serviços quanto aos melhores dias, horários e local para realização da coleta;** e, face ao contexto da Pandemia por Covid-19 a Conep/CEP orienta para adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.

Desta feita, recomenda-se a utilização de estratégias que respeitem as determinações postas nos decretos estadual e municipal (vigentes à época de realização da coleta) no que diz respeito a proteção e prevenção da Covid-19. **Fica sob a responsabilidade dos pesquisadores a adoção de estratégias/ferramentas virtuais para realização de coleta dos dados minimizando/evitando a possibilidade de aglomerações e adequadas medidas de biossegurança** - uso de máscaras, etiqueta respiratória, álcool em gel 70%, evitar cumprimentos e o compartilhamento de objetos, respeitar o

Código de Validação: 991202016498301600

Emissão em: Sobral, 22 de Abril de 2022, às 21:41, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço: [plataformasaebola.inf@sobral.ce.gov.br/sico/apps/validacao](https://plataformasaebola.inf@sobral.ce.gov.br/sico/apps/validacao), através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
COMISSÃO CIENTÍFICA**

distanciamento social recomendado, manter o cabelo preso e evitar o uso de acessórios pessoais como brincos, anéis e relógios - e os insumos necessários para a garantia desta. Esses aspectos condicionam a validade deste Parecer.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga os pesquisadores de se basearem nas determinações éticas propostas na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição proponente, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento ou de qualquer outra ação em desfavor dos participantes ou dos serviços, assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade dos pesquisadores encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão, como forma de compromisso com a sociedade e o Sistema de Saúde de Sobral, em razão das possíveis melhorias advindas dos resultados do estudo. Reitera-se que pendências no envio do Relatório de Pesquisa podem levar a não apreciação de solicitações posteriores.

Em caso de dúvidas, contate-nos pelo telefone (88) 3614-5520 ou pelo e-mail [comissao.cientifica1@gmail.com](mailto:comissao.cientifica1@gmail.com)

Sobral, 08 de Outubro de 2021

*Lielma Carla Chagas da Silva*

**Profa. Ms. Lielma Carla Chagas da Silva  
Coordenadora da Comissão Científica**

## APENDICES

### Apêndice A

#### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS PARTICIPANTES

Sexo	M ( ) F ( )
Idade	
Formação profissional	Médico ( ) Enfermeiro ( ) Gerente ( ) Especifique a formação _____
Tempo de formação	
Tempo de atuação na ESF	
Possui especialização	Sim ( ) Não ( ) Se sim, especifique _____ _____

Fonte: Própria.

## Apêndice B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Senhor (a);

Venho por meio deste convidá-lo a participar da pesquisa intitulada: “CARACTERIZAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS OCORRIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DE SOBRAL - CE” desenvolvida por João Vitor Teixeira de Sousa, aluno do curso de MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA pela Universidade Federal do Ceará – UFC, sob orientação da docente Isabelle Mont’Alverne Napoleão Albuquerque.

O estudo objetiva descrever e caracterizar os eventos adversos, afim de melhorar a cultura de segurança do paciente nos CSF de Sobral/CE. Neste sentido, solicitamos a sua colaboração na pesquisa, aceitando responder a um instrumento de avaliação. Sua participação é voluntária, não possui qualquer remuneração assim como não acarretará em custos aos participantes e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento.

Como qualquer pesquisa apresenta riscos, salienta-se que os deste estudo são mínimos e se referem à possibilidade de constrangimento e quebra do anonimato dos participantes. Com a finalidade de estes serem minimizados, não será colocado seu nome nos instrumentos, pois as respostas serão contabilizadas através do próprio formulário *on-line* (Google Forms), onde não haverá espaço para sua identificação. De todo modo, o pesquisador se compromete em preservar sua identidade. Vale ainda salientar que ao final do estudo não serão expostas individualmente suas respostas, mas sim um consolidado em gráficos/tabelas, contendo os percentuais de cada item respondido do instrumento. Como benefícios, a pesquisa oportunizará sua reflexão sobre a segurança do paciente no âmbito da ABS e no seu campo de atuação a partir de percepções de suas ações cotidianas.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para possíveis esclarecimentos entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, situado na Avenida Comandante Mauro Célio Rocha Ponte, 150, CEP: 62041-630, Derby, Sobral, Ceará. Telefone: (88) 3677-4255 ou com a Orientadora Isabelle Mont’Alverne Napoleão Albuquerque, tel. (88) 9.8823-1103 ou ainda com o próprio pesquisador João Vitor Teixeira de Sousa, tel (88) 9.9805-9166, e-mail: jvts1995@gmail.com

---

Assinatura do Responsável pela pesquisa

-----

### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento da pesquisa intitulada “CARACTERIZAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS OCORRIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DE SOBRAL - CE”, e concordo em participar de forma voluntária da mesma. Entendo que as informações serão confidenciais, não haverá identificação nominal e que não sofrerei nenhum tipo de sanção ou prejuízo, caso desista de participar desta pesquisa. Declaro que concordo em oferecer todas as informações solicitadas pelo pesquisador *Enf. João Vitor Teixeira de Sousa* e a orientadora *Enf. Dra. Isabelle Mont’Alverne Napoleão Albuquerque*, sendo assim convidado (a) a participar deste estudo, e o faço voluntariamente.

Sobral, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura da Pesquisador