

## NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS E SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO EM UM MUNICÍPIO DO PARANÁ

## ADVERSE EVENT REPORTING AND PATIENT SAFETY IN PRIMARY HEALTH CARE: A STUDY IN A MUNICIPALITY IN PARANÁ

## NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UN ESTUDIO EN UN MUNICIPIO DE PARANÁ

**Francielly de Souza Campos**

Mestre e doutoranda do Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO)

<https://orcid.org/0000-0002-2725-4487>

**Erivelton Fontana de Laat**

Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP). Docente do Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO)

<https://orcid.org/0000-0003-1732-3095>

**Carlos Eduardo Coradassi**

Doutor em Ciências Veterinárias pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Docente do Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)

<https://orcid.org/0000-0002-9812-0152>

### Resumo

A segurança do paciente é reconhecida como elemento central para a qualificação da assistência em saúde. Este estudo teve como objetivo analisar as notificações de eventos adversos ocorridos na Atenção Primária à Saúde (APS) de um município do estado do Paraná. Pesquisa documental, de abordagem quantitativa e caráter descritivo, realizada a partir da análise de 131 fichas de notificação registradas entre maio de 2024 e fevereiro de 2025. Os achados apontaram predominância de eventos relacionados a erros de medicação e à dispensação de medicamentos. Observou-se que a maior parte dos eventos não resultou em dano aos usuários. Conclui-se que os sistemas de notificação configuram importantes instrumentos para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, sendo fundamental investir na qualificação dos registros e na educação permanente das equipes de saúde para aprimorar a qualidade da assistência na APS.

**Palavras-chave:** Atenção Primária; Segurança do Paciente; Eventos Adversos.

### Abstract

Patient safety is one of the fundamental pillars of quality healthcare. This study aimed to analyze adverse event reports in Primary Health Care in a municipality in the state of Paraná. This is a quantitative and descriptive documentary research, carried out from the analysis of 131 notification

forms registered between May 2024 and February 2025. The results showed a predominance of errors related to medication and medication dispensing. A higher occurrence of events was observed in women, adults, and the elderly. Most events did not result in harm to the patient. It is concluded that notifications are fundamental tools for strengthening the patient safety culture, and it is necessary to invest in the qualification of records and in the continuous training of teams to improve the quality of care in Primary Health Care.

**Keywords:** Primary Care; Patient Safety; Adverse Events.

## Resumen

La seguridad del paciente es uno de los pilares fundamentales de una atención médica de calidad. Este estudio tuvo como objetivo analizar los informes de eventos adversos en la Atención Primaria de Salud de un municipio del estado de Paraná. Se trata de una investigación documental cuantitativa y descriptiva, realizada a partir del análisis de 131 formularios de notificación registrados entre mayo de 2024 y febrero de 2025. Los resultados mostraron un predominio de errores relacionados con la medicación y su dispensación. Se observó una mayor incidencia de eventos en mujeres, adultos y ancianos. La mayoría de los eventos no resultaron en daño al paciente. Se concluye que las notificaciones son herramientas fundamentales para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, y es necesario invertir en la cualificación de los registros y en la capacitación continua de los equipos para mejorar la calidad de la atención en la Atención Primaria de Salud.

**Palabras clave:** Atención Primaria. Seguridad del Paciente. Eventos Adversos.

## 1. Introdução

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), define Segurança do Paciente como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as 2 lesões originadas no processo de atendimento à saúde (Capucho et al., 2013). Desse modo, essa temática é um elemento de grande importância à qualidade da assistência à saúde, pois envolve ações que objetivam gerenciar e prevenir riscos aos quais os pacientes estão expostos.

Para o alcance do cuidado dito seguro, as instituições de saúde têm se esforçado em melhorar os processos de cuidado, reconhecendo em primeira instância a importância de se estabelecer a cultura de segurança do paciente.

A cultura de segurança é definida como o conjunto de ações, competências e comportamentos que definem o comprometimento com a gestão da segurança, suprimindo as necessidades pela chance de o profissional e a equipe aprender com as falhas e melhorar a assistência à saúde prestada, isto é, significa atuar com humanização, habilidade, responsabilidade e comprometimento com a segurança

e a saúde do paciente como um todo, objetivando ofertar assistência segura, com integralidade, resolutividade e redução de riscos/danos aos pacientes (Oliveira et al., 2022).

Já as metas de segurança do paciente, estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, são ações que promovem melhorias específicas na atenção à saúde, por meio de estratégias que abordam aspectos problemáticos na assistência, a qual apresenta soluções baseadas em evidências, como em eventos adversos, para que esses problemas sejam resolvidos (Behrens et al., 2019).

Embora os estudos iniciais sobre Segurança do Paciente tenham sido realizados no ambiente hospitalar, é na Atenção Primária (APS) que ocorre o maior número de atendimentos em saúde.

Segundo uma revisão literatura de Makeham (2008) os erros mais comuns na APS são: 1. Erros de diagnóstico (26 % a 57%); 2. Erros no tratamento (7% a 37%); 3. Tratamento medicamentoso (13% a 53%); 4. Decorrente da forma e organização do serviço (9% a 56%); 5. Comunicação interprofissional e entre os profissionais e os pacientes (5% a 72%) (Makeham et al., 2008).

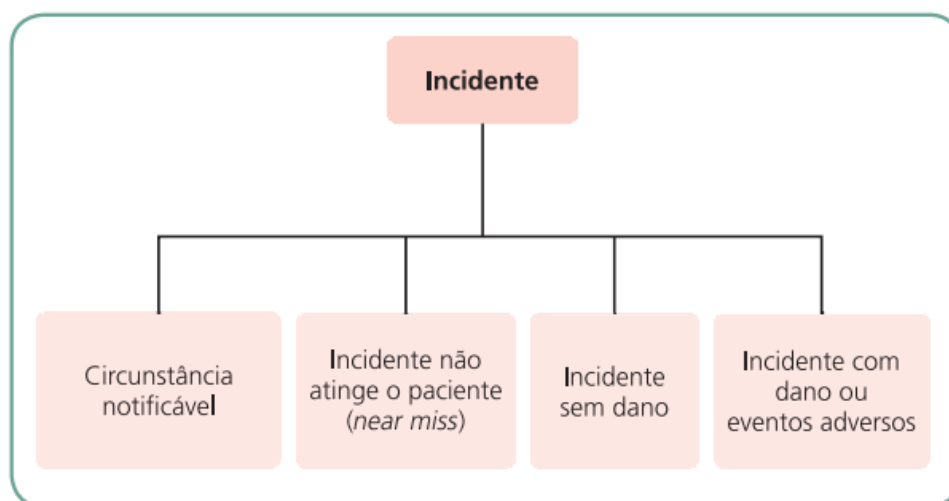
Neste sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 2017, trouxe um avanço, incorporando a Segurança do Paciente nas atribuições de todos os profissionais que atuam na APS. Segundo a OMS, um em cada quatro pacientes sofrem algum dano ao procurar um atendimento na atenção primária ou ambulatorial (Auraaen et al., 2018). O reconhecimento da realidade brasileira quanto à ocorrência dos incidentes 3 é imprescindível.

Sendo assim, as instituições de saúde devem identificar, reconhecer e monitorar a ocorrência dos erros, além de notifica-las aos órgãos governamentais. No entanto, a simples existência de um fluxo de informações organizado não gera conhecimento por si só. Esse somente terá resultado por meio da ação de atores interdisciplinares e que interajam entre si (Capucho et al., 2013).

O erro ou incidente pode ser descrito como evento ou circunstância que poderia haver resultado, ou obteve resultados, em dano desnecessário ao paciente,

podendo ser procedente de atos intencionais ou não (Aguiar *et al.*,2020). Quando não atingem o paciente, ou são detectados precocemente, são denominados de Near miss (quase um erro), quando o atingem, mas não causam danos explícitos, são denominados de incidente sem danos, e quando resultam em danos explícitos, são nomeados de incidentes com dano ou evento adverso, entre tudo, a ocorrência destes eventos reflete o distanciamento entre o cuidado real e o cuidado ideal, como se pode analisar na imagem a seguir, onde demonstra todos os estereótipos (Capucho *et al.*,2013).

**Figura 1** - Tipos de Incidente



**Fonte:** (Fiocruz, 2019).

Nas instituições de saúde, em seu cotidiano, são visíveis os diferentes fatores que podem acarretar na ocorrência de incidentes ao paciente. Dentre essas causas, destaca-se os fatores organizacionais, fatores relacionados a gestão, aspectos individuais de cada profissional e da equipe multiprofissional, ambiente de trabalho e grande demanda de tarefas (Da Costa Resende *et al.*,2020).

Em 2019, o Ministério da Saúde lançou a iniciativa de Planificação da Atenção à Saúde (PAS). Dividido em várias etapas, o Planifica SUS é uma estratégia nacional de educação permanente que visa fortalecer a Rede de Atenção à Saúde, desenvolvendo competências, habilidades e atitudes nas equipes técnicas e gerenciais (Secretaria de Saúde do Governo do Estado do

Paraná, 2023).

A etapa VI da Planificação aborda especificamente os conceitos de Segurança do Paciente. No município de Ponta Grossa, Paraná, a participação no PlanificaSUS proporcionou a reorganização da assistência em saúde e acelerou o processo de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente nas Unidades de Saúde.

Sendo assim, a partir da importância da implementação do Núcleo de Segurança do Paciente na Atenção primária à saúde, esse artigo tem como principal objetivo analisar o perfil das fichas de notificação de eventos adversos das Unidades de Saúde do Município de Ponta Grossa – Paraná.

## 2. Revisão da Literatura

Historicamente, a prática profissional em saúde esteve marcada por uma expectativa de perfeição individual. O entendimento predominante era de que o trabalhador da saúde não deveria cometer erros, e quando estes ocorriam, eram encarados como falhas pessoais, tratadas de modo isolado e confidencial. Esse modelo impunha silêncio sobre os incidentes, sem diálogo com os pacientes ou entre os próprios profissionais, dificultando a aprendizagem coletiva e a prevenção de novos eventos adversos. (DALCIN, 2020)

Entre os profissionais relevantes à Segurança do Paciente, destaca-se a atuação de Florence Nightingale como precursora de práticas voltadas à qualidade e segurança na assistência à saúde. Enfermeira britânica atuante no século XIX, durante a Guerra da Crimeia (1853–1856), Nightingale promoveu mudanças significativas na organização do cuidado prestado aos soldados feridos. Sua liderança frente a um grupo de enfermeiras em hospitais de campanha resultou na introdução de melhorias simples, porém eficazes, como a adoção de medidas de higiene, ventilação e alimentação adequada. (DANTAS, 2024)

Embora Florence Nightingale tenha fundamentado suas propostas com dados estatísticos robustos e obtido avanços significativos na organização hospitalar, suas recomendações não foram amplamente aceitas pela comunidade

médica da época, enfrentando resistência principalmente por romper com práticas tradicionais. (LOPES, 2010)

Situação semelhante ocorreu com Ignaz Semmelweis, médico responsável por uma maternidade universitária no século XIX. Ao observar que a taxa de mortalidade por infecção puerperal era mais elevada entre mulheres atendidas por estudantes de medicina do que por parteiras, Semmelweis passou a investigar as possíveis causas.

Identificou que os estudantes realizavam autópsias e, em seguida, atendiam as parturientes sem higienizar adequadamente as mãos. Ao instituir a obrigatoriedade da lavagem das mãos com solução antisséptica entre um procedimento e outro, a taxa de mortalidade caiu drasticamente, alcançando níveis semelhantes aos das enfermarias conduzidas pelas parteiras.

O estudo pioneiro The Havard Medical Practice Study (HMPS), realizado em 1984 em hospitais do Estado de Nova Iorque, tornou conhecida a magnitude dos problemas de segurança do paciente internado. O estudo de Harvard (HMPS) teve como objetivo obter mais e melhor informação sobre a incidência de eventos adversos e negligência entre os pacientes hospitalizados. Baseou-se no estudo retrospectivo de uma amostra aleatória de mais de 30 mil processos clínicos/prontuários de pacientes internados em 51 hospitais no ano de 1984. Seus resultados mostraram que cerca de 3,7% dos pacientes sofreram algum tipo de incidente e a maioria poderia ter sido prevenida. (DANTAS, 2024)

Já em 2000, a publicação do relatório To Err is Human, elaborado pelo Institute of Medicine (IOM), representou um divisor de águas na agenda da segurança do paciente. O documento estimava que, anualmente, entre 44 mil e 98 mil mortes nos Estados Unidos estavam relacionadas a eventos adversos ocorridos durante a prestação de cuidados em saúde, sendo que aproximadamente metade desses óbitos poderia ter sido evitada. Além do impacto sobre pacientes e famílias, os custos associados a esses eventos foram estimados entre 17 e 29 bilhões de dólares, incluindo despesas com cuidados adicionais, perdas de produtividade e incapacidades. A gravidade desses dados despertou a atenção de profissionais de saúde, gestores, formuladores de políticas públicas e organizações, evidenciando



não apenas o sofrimento humano, mas também os elevados custos sociais e econômicos envolvidos. (KOHN, 1999)

A literatura das últimas décadas descreve outros marcos que também são importantes na jornada da qualidade e segurança do paciente: (DANTAS, 2024)

- Em 1960, nos EUA, adotava-se a prática de verificação do “5 certos” antes da administração de medicamentos ao paciente e a utilização de checklist como instrumento de checagem;

- No final dos anos de 1980, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) empreendeu uma série de ações e instituiu medidas para aperfeiçoar a assistência prestada ao paciente;

- No Brasil, as iniciativas de desenvolvimento de ações para promoção e melhoria da qualidade e segurança do paciente tiveram início em 1990 com a criação do programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH);

- Lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente pela Organização Mundial de Saúde (2004);

- Em 2005, Primeira Campanha Mundial da OMS: Cuidado Limpo é Cuidado mais Seguro (PITTET et al., 2006), conclamando um movimento mundial em prol da higienização das mãos, reconhecidamente a ação isolada mais eficaz no combate das infecções;

- Em 2011, a OMS lança o Guia curricular de Segurança do Paciente, edição multiprofissional, para auxiliar a integração da temática nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde;

- Em 2012, a criação, pela OMS, do grupo Safer Primary Care Expert Working Group, formado por 18 experts em Atenção Primária à Saúde de 6 regiões do mundo. Pela magnitude da APS, ela é considerada essencial para o provimento de uma saúde segura. O grupo definiu um Programa de Atenção Primária Mais Segura com os objetivos de melhor entender: - Os riscos dos pacientes na APS; - A magnitude e a natureza dos danos preveníveis devido a práticas inseguras nestes locais; - Os mecanismos de segurança para proteger pacientes na APS;

Já no Brasil, em 2008 houve a criação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente; em 2009, a fundação do Instituto para Práticas Seguras no

Uso de Medicamentos e em 2013 a publicação da Portaria no 529, de 1o de abril de 2013, pelo Ministério da Saúde. A Portaria 529 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo geral de: “Contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.” (BRASIL, 2013)

### 3. Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza documental, com abordagem quantitativa e descritiva, realizado a partir da análise do perfil das fichas de notificação de eventos adversos registradas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Ponta Grossa, Paraná, no período de maio de 2024 a fevereiro de 2025. Vale ressaltar, que este estudo integra um projeto mais amplo, voltado à análise e qualificação da segurança do paciente na Atenção Primária.

A presente etapa representa um recorte específico, voltado exclusivamente à exploração inicial das notificações documentadas no período selecionado. Segundo o IBGE (2023), o local do estudo conta com uma população estimada de trezentos e setenta e dois mil habitantes. Atualmente, conta com 47 Unidades de Saúde urbanas e 11 rurais. Destas Unidades, apenas 6 participam do processo de Planificação da APS, possuem o Núcleo de Segurança do Paciente instituído e já realizam a notificação dos eventos adversos ocorridos na APS. Neste sentido, foi possível realizar o estudo apenas com dados extraídos estas 6 Unidades.

As fontes documentais utilizadas foram as fichas padronizadas de notificação de eventos adversos, arquivadas e disponibilizadas pela gestão municipal de saúde. Os dados foram extraídos manualmente e organizados em planilhas eletrônicas do *Microsoft Excel®*, a partir das seguintes variáveis: sexo dos usuários; faixa etária; principais tipos de incidentes e grau de dano ao paciente.

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2025. A análise dos dados foi alcançada por meio de estatística descritiva simples, com apresentação dos resultados em frequências absolutas e relativas.

Com o objetivo de assegurar a fidedignidade e a confiabilidade das informações, o processo de extração e organização dos dados foi realizado de



forma independente por dois pesquisadores, seguido de conferência cruzada (dupla checagem). Eventuais inconsistências identificadas foram discutidas e corrigidas a partir da reanálise dos registros originais, garantindo a consistência do banco de dados final utilizado para análise.

O estudo respeitou os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Por tratar-se de análise de dados secundários de domínio institucional, sem identificação dos usuários envolvidos, foi dispensada a aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 86958025.2.0000.8967.

#### 4. Resultados e Discussão

Foram analisadas um total de 131 fichas de notificação de eventos adversos e nenhuma ficha foi excluída do estudo. Média de 21,8 fichas por Unidade. Com relação ao tipo de incidente ou evento ocorrido ao paciente, destacam-se aqui os três mais prevalentes no estudo, sendo eles: 1. Erros de medicação e/ou dispensação de medicamentos; 2. “Outros eventos”; e 3. Falhas de comunicação entre profissionais.

Os dados revelaram que 23,08% dos eventos notificados correspondem a erros de medicação e/ou dispensação de medicamentos, evidenciando a relevância dessa categoria como um dos principais riscos à segurança do paciente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

Em seguida, observa-se que 22,31% das notificações foram classificadas como “outros eventos”, o que pode estar associado à inconsistência no preenchimento das fichas de notificação, dificultando a categorização precisa dos incidentes relatados.

Em terceiro lugar, apresentou-se a falha de comunicação. 19,23% dos eventos referem-se às falhas de comunicação entre profissionais, apontando para uma fragilidade recorrente nos processos colaborativos e de troca de informações clínicas no ambiente assistencial.

Erros de medicação são definidos como qualquer evento evitável que possa causar ou levar ao uso inadequado de medicamentos, comprometendo a saúde do paciente, seja na prescrição, dispensação, administração, monitoramento ou uso do medicamento (ISMP Brasil, 2019).

Na APS, esses erros frequentemente estão associados a fatores como a fragmentação do cuidado, falhas na comunicação entre os profissionais de saúde, ausência de revisão de prescrições, armazenamento inadequado de medicamentos, carência de protocolos padronizados e falhas na reconciliação medicamentosa (Brasil, 2021; IBSP, 2020).

A ocorrência de erros nesta categoria também está diretamente relacionada à sobrecarga de trabalho nas farmácias das unidades básicas, à baixa informatização dos sistemas de dispensação e à falta de capacitação específica dos profissionais envolvidos.

Ademais, o uso de prescrições manuscritas e a ausência de sistemas eletrônicos de apoio à decisão clínica contribuem para o aumento da incidência desses eventos adversos (Machado et al., 2021). As consequências dos erros de medicação podem variar de leves a graves, incluindo reações adversas, agravamento do quadro clínico, prolongamento do tratamento, internações hospitalares desnecessárias e, em casos extremos, óbitos evitáveis.

Para além dos danos clínicos, esses eventos geram impactos econômicos e sociais significativos, sobrecarregando os serviços de saúde e comprometendo a confiança dos usuários no sistema. Frente a esse cenário, diversas estratégias são recomendadas para a mitigação de erros de medicação na APS. Entre elas, destacam-se: a implementação da reconciliação medicamentosa sistemática; a informatização dos processos de prescrição e dispensação; a capacitação permanente dos profissionais de saúde, em especial os da equipe de farmácia; e a adoção de protocolos clínicos baseados em evidências (Brasil, 2021).

A integração entre farmacêuticos, médicos e enfermeiros no acompanhamento terapêutico dos usuários também é apontada como uma prática eficaz na promoção do uso racional de medicamentos e na redução de riscos. Portanto, o elevado índice de notificações por erro de medicação/dispensação

identificado neste estudo reflete não apenas fragilidades operacionais, mas a necessidade urgente de reorganização dos processos de trabalho e fortalecimento da cultura de segurança do paciente nas unidades de Atenção Primária.

Com relação aos eventos adversos registrados e classificados como “outros”, ressaltamos que esta categoria reúne incidentes não especificados nas fichas de notificação ou que não se enquadram nas tipologias padronizadas previamente. Essa classificação genérica reflete uma importante limitação nos sistemas de notificação e análise de eventos adversos, e pode indicar tanto a complexidade multifatorial dos incidentes quanto falhas na qualidade do preenchimento e na categorização dos dados (Brasil, 2018; Proqualis, 2017).

A literatura destaca que a alta frequência de notificações registradas como “outros” está, muitas vezes, associada à subnotificação qualificada, ou seja, à inadequação no preenchimento dos formulários e à ausência de treinamento específico dos profissionais sobre os critérios e classificações de eventos adversos (Souza et al., 2020).

Além disso, essa categoria pode englobar eventos relacionados a fatores institucionais, como violência no ambiente de trabalho, atrasos no atendimento, falhas em agendamentos, problemas com insumos, ou condutas não padronizadas eventos que, embora não se enquadrem facilmente em classificações tradicionais, também afetam a segurança e a qualidade da atenção prestada na APS (Brasil, 2021; Leite et al., 2021).

A presença significativa de registros classificados como “outros” revela a necessidade de revisão nos instrumentos de notificação, com ampliação ou melhor definição das categorias existentes, além de ações de capacitação permanente das equipes quanto ao uso adequado desses sistemas e preenchimento das fichas.

Como apontam estudos sobre segurança do paciente na atenção primária, a melhoria da qualidade da informação notificada é fundamental para subsidiar análises mais consistentes, permitindo a identificação de padrões de risco e a formulação de estratégias efetivas de prevenção (Pereira et al., 2023; Proqualis et al., 2017). Portanto, o elevado percentual de notificações genéricas evidencia tanto a presença de incidentes com múltiplas causas quanto fragilidades nos processos

de registro e sistematização dos dados de eventos adversos na APS. Esse dado reforça a importância de investimentos em sistemas de informação em saúde mais sensíveis e qualificados, voltados à segurança do paciente e à gestão do risco assistencial.

A falha na comunicação apresentou 19,23% das fichas analisadas, a comunicação ineficaz entre os profissionais de saúde, assim como entre os distintos níveis de atenção, compromete significativamente a coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS). A desarticulação entre os serviços da APS e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) pode resultar na descontinuidade do cuidado, prejudicando sua resolutividade e integralidade, especialmente no atendimento a pacientes com condições crônicas ou necessidades de cuidado complexo.

Entre os fatores que contribuem para esse cenário estão a sobrecarga de trabalho, a ausência de protocolos padronizados, a alta rotatividade de profissionais e uma cultura organizacional pouco orientada à segurança do paciente e à comunicação efetiva (Santos et al., 2022; Ministério da Saúde, 2020). Quando os fluxos de informação estão fragmentados — situação comum em contextos marcados por informalidade na troca de dados clínicos, uso de prontuários físicos e inexistência de diretrizes institucionais claras — há um aumento considerável no risco de perda de informações relevantes, duplicação de procedimentos, atrasos diagnósticos e agravamento do estado clínico dos usuários (Santos et al., 2022; Mendes, 2011).

Adicionalmente, a comunicação na APS é impactada por fatores organizacionais e estruturais, tais como a precarização das condições de trabalho, a elevada demanda assistencial, a insuficiente capacitação em comunicação clínica e a ausência de uma cultura institucional voltada para a gestão sistematizada de riscos.

Tais fragilidades afetam não apenas a qualidade do cuidado prestado, mas também a construção do vínculo e da confiança entre profissionais e usuários, particularmente entre populações em situação de vulnerabilidade, que exigem acompanhamento contínuo e longitudinal (Machado et al., 2021).

Diante desse panorama, diferentes estratégias vêm sendo recomendadas para qualificar os processos comunicacionais na APS. Entre elas, destacam-se: a adoção de prontuário eletrônico integrado entre os níveis assistenciais; a capacitação contínua em comunicação interprofissional; a normatização de fluxos de referência e contrarreferência; e o fortalecimento de uma cultura institucional centrada na segurança do paciente.

No que diz respeito ao sexo dos usuários acometidos pelos eventos adversos, observou-se que 45,80% (n = 60) ocorreram com indivíduos do sexo feminino, 21,37% (n = 28) com indivíduos do sexo masculino e 32,82% (n = 43) não tiveram o sexo identificado.

**Tabela 1** – Sexo dos usuários acometidos pelos eventos adversos.

Sexo	N	%
Masculino	28	21,37
Feminino	60	45,80
Não identificado	43	32,82
Total	131	100,00

**Fonte:** Dados coletados pelos autores, 2025.

Os eventos adversos são mais frequentes entre mulheres. Isso pode ser explicado, em parte, pelo fato de que as mulheres geralmente buscam mais serviços de saúde, como consultas, exames e internações, o que aumenta sua exposição a medicamentos e procedimentos e, conseqüentemente, ao risco de eventos adversos.

Estudos demonstram que o sexo feminino é um fator de risco para reações adversas a medicamentos, com frequência de notificações 1,5% a 1,7% vezes maior do que em homens (Sportiello et al., 2024). Neste estudo, não foi possível identificar o sexo de maior prevalência corretamente, devido falta de informações registradas nas fichas. Com relação à idade dos usuários acometidos, o estudo apresentou a distribuição dos eventos adversos por faixa etária da seguinte forma: indivíduos jovens (0 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos), idosos (60 anos ou mais) e

casos com idade não identificada.

Observou-se que a maior incidência de eventos adversos ocorreu entre os indivíduos com faixa etária não identificado, representando 39,69% do total (52 registros). Em seguida, o grupo de adultos totalizou 25,19% (33 registros), após o grupo de idosos totalizou com 22,14% (29 registros), enquanto o grupo de indivíduos jovens apresentou a menor frequência, com 12,98% (17 registros).

**Tabela 2** - Faixa etária dos usuários acometidos pelos eventos adversos.

Faixa etária	N	%
Jovem (0 a 19 anos)	17	12,98
Adulto (20 a 59)	33	25,19
Idoso (60 anos ou mais)	29	22,14
Não identificada	52	39,69
Total	131	100,00

**Fonte:** Dados coletados pelos autores, 2025.

A maior ocorrência de eventos adversos em adultos e idosos nas Unidades pode ser atribuída a diversos fatores clínicos, demográficos e estruturais. Comorbidades: Indivíduos adultos e idosos frequentemente apresentam múltiplas condições de saúde, o que resulta no uso concomitante de diversos medicamentos. A presença de múltiplas doenças crônicas e a fragilidade associada ao envelhecimento aumentam a vulnerabilidade dos idosos a complicações, incluindo eventos adversos relacionados ao cuidado em saúde (Paula et al., 2012). Alterações fisiológicas relacionadas à idade: Com o envelhecimento, ocorrem mudanças no metabolismo. Essas alterações tornam os idosos mais suscetíveis a efeitos adversos e complicações decorrentes de tratamentos.

Acesso e adesão ao tratamento: Apesar da maior utilização dos serviços de saúde, adultos e idosos podem enfrentar barreiras de acesso e dificuldades de adesão ao tratamento, como limitações físicas, cognitivas ou socioeconômicas, que podem contribuir para a ocorrência de eventos adversos medicamentosos (Silva et al., 2023).

Fatores organizacionais nas Unidade de Saúde: A sobrecarga de trabalho,



associada a limitações de recursos humanos e materiais, pode comprometer a qualidade do atendimento e a segurança do paciente, elevando a incidência de eventos adversos (Silva et al.,2015).

Portanto, a combinação de fatores clínicos, fisiológicos, sociais e organizacionais contribui para a maior ocorrência de eventos adversos em adultos e idosos na Atenção Primária. É importante citar as mudanças no estilo de vida pós pandemia, influenciam na saúde mental dos adultos.

No que diz respeito à gravidade dos eventos adversos notificados, o estudo identificou que a maioria dos incidentes (90,08%) não resultou em dano ao paciente, enquanto 9,16% foram classificados como eventos com dano leve. Esses dados indicam que, embora os eventos tenham ocorrido, a maior parte foi interceptada a tempo ou teve impacto clínico mínimo, o que pode refletir tanto a efetividade parcial de barreiras de segurança quanto a baixa complexidade dos atendimentos característicos da APS.

**Tabela 3** – Grau de dano aos usuários.

Grau de dano	N	%
Leve	12	9,16
Moderado	0	0
Grave	1	0,76
Nenhum	118	90,08
Total	131	100,00

**Fonte:** Dados coletados pelos autores, 2025.

A classificação da gravidade dos eventos adversos segue critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2021), segundo os quais um evento sem dano é aquele que não causa prejuízo direto à saúde do paciente, podendo ou não ter sido percebido ou evitado; já um evento com dano leve refere-se àquele que provoca efeitos temporários, geralmente sem necessidade de intervenção clínica significativa.

Segundo Leite et al. (2021), é comum que, na APS, a maior parte dos

eventos adversos notificados apresente baixa gravidade, o que não implica menor importância, pois esses incidentes frequentemente sinalizam fragilidades nos processos de trabalho, falhas latentes e condições que podem evoluir para danos mais graves se não forem corrigidas. Além disso, o registro predominante de eventos sem dano pode estar relacionado à cultura incipiente de notificação, onde profissionais tendem a reportar eventos menos críticos por receio de responsabilização em casos mais graves (Souza et al., 2020).

A literatura também aponta que o monitoramento contínuo de incidentes sem dano é essencial para a gestão proativa de riscos, pois permite identificar pontos vulneráveis nos fluxos assistenciais antes que resultem em consequências mais sérias (Pereira et al., 2023).

A análise de eventos leves e sem dano deve, portanto, ser valorizada como ferramenta de aprendizado organizacional, contribuindo para o aprimoramento dos protocolos, da comunicação entre equipes e da segurança na prática clínica cotidiana.

As informações em saúde são ferramentas fundamentais para o desenvolvimento de ações e projetos para eficácia dos serviços prestados. Elas possibilitam uma compreensão mais aprofundada das mudanças nos padrões epidemiológicos e do processo saúde-doença.

Em termos conceituais, um sistema de informações em saúde é um mecanismo para coletar, organizar e analisar os dados necessários à identificação de problemas e riscos à saúde. Esses dados são essenciais não apenas para avaliar a eficácia e eficiência dos serviços prestados à população, mas também para produzir conhecimento sobre a saúde e ser observadas e monitoradas pela Vigilância em Saúde (Oliveira et al., 2013).

No Brasil, o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) recebe as notificações de eventos adversos e as queixas técnicas (QT) mediante registro em formulários. No entanto, são enviadas para o NOTIVISA somente às fichas de notificações que não possuem ausência de informações importantes acerca do Evento adverso, mas de acordo com a análise prestada, muitas notificações apresentam baixa qualidade das descrições, bem como

variações dos termos gerados e ausência de clareza das informações (Ribas et al.,2019).

Durante o estudo, evidenciou-se que os profissionais de saúde necessitam de treinamento específico e esclarecimentos detalhados sobre o correto preenchimento das fichas de notificação. Essa capacitação é fundamental para aprimorar a qualidade das informações coletadas, reduzindo falhas e subnotificações, e, assim, possibilitando respostas mais eficazes e planejadas na Atenção à Saúde.

Estudos indicam que a formação contínua contribui diretamente para aumentar a aderência aos protocolos e a precisão dos dados, favorecendo a identificação precoce de agravos e o direcionamento de ações mais assertivas em saúde pública. Evitando, a sobrecarga para os profissionais responsáveis pelo Núcleo de segurança do paciente e envio das notificações ao NOTIVISA (Oliveira et al.,2013).

## 5. Conclusão

A análise documental revelou que, entre as 131 fichas de notificação examinadas, a maioria dos eventos adversos referem-se a erros de medicação e/ou dispensação de medicamentos, configurando essa categoria como um dos principais riscos à segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS).

Em segundo lugar, observou-se que as notificações foram classificadas como “outros” eventos adversos, seguidos por erros relacionados a falhas na comunicação entre profissionais, evidenciando vulnerabilidades nos processos de troca de informações clínicas e no trabalho em equipe.

Em relação ao perfil dos pacientes envolvidos, observou-se a predominância dos eventos adversos em indivíduos do sexo feminino. Quanto à faixa etária 25,19% dos eventos referem-se a adultos e 22,14% dos eventos a idosos, sendo eles, os grupos mais suscetíveis a agravos devido a condições clínicas e demográficas, como doenças crônicas e fragilidades associadas ao envelhecimento.

É relevante destacar que, em mais de 90% das fichas, os eventos foram

classificados como sem danos ao paciente. Ainda que isso possa indicar impacto clínico mínimo, também pode refletir subnotificação de casos mais graves por receio dos profissionais em relação à responsabilização. Essa tendência demonstra a necessidade de fortalecer uma cultura de segurança não punitiva, que incentive a notificação como ferramenta de melhoria contínua. Reforça-se que as fichas de notificação são instrumentos essenciais para a gestão da informação em saúde, subsidiando o planejamento de ações voltadas à qualificação da assistência. No entanto, sua efetividade depende do correto e completo preenchimento por parte das equipes de saúde. Assim, torna-se imprescindível investir em processos contínuos de capacitação dos profissionais, bem como na padronização e aperfeiçoamento dos sistemas de notificação, garantindo que esses registros reflitam de maneira fidedigna os riscos e incidentes que permeiam o cuidado na APS.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao uso de dados secundários provenientes de fichas de notificação, cuja qualidade e completude dependem do correto preenchimento pelos profissionais de saúde. A presença de informações incompletas, especialmente quanto ao sexo e à faixa etária dos usuários, pode ter restringido análises mais detalhadas. Além disso, os dados analisados referem-se apenas às unidades com Núcleo de Segurança do Paciente instituído, o que limita a generalização dos achados. Destaca-se, ainda, a possibilidade de subnotificação de eventos adversos e o delineamento descritivo do estudo, que não permite estabelecer relações de causalidade. Durante análise, ressaltamos uma alta proporção de dados não identificados.

Por fim, a realização deste estudo mostra-se relevante, contribuindo para o reconhecimento das fragilidades institucionais e para o desenvolvimento de estratégias de mitigação de riscos. Além disso, fortalece a importância da vigilância em saúde como ferramenta de gestão e aponta caminhos para a construção de uma cultura de segurança do paciente mais sólida, transparente e orientada à qualidade. Suas contribuições podem subsidiar a formulação de políticas locais, a qualificação das equipes e a melhoria contínua dos serviços prestados no território.

## Referências

AGUIAR, Tatiane Lima et al. Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, p. e190622, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/b4nMn6pWH7PLFDTdG4jFk6K/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 mar. 2025.

AURAAEN, Ane; SLAWOMIRSKI, Luke; KLAZINGA, Nick. The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind. Paris: OECD Health Working Papers, 2018. Acesso em: 14 jun.2025.

BEHRENS, Ronaldo. Segurança do paciente e os direitos do usuário. Revista Bioética, v. 27, n. 2, p. 253-260, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/79HxJ4VyG7pGsFHbDjJrFk/?format=pdf>. Acesso em: 21 abr.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária à Saúde: desafios para a qualificação do cuidado e da gestão. Brasília: MS, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. Brasília: MS, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 14 jun.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Segurança na Comunicação entre Profissionais de Saúde. Brasília: MS, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/seguranca-do-paciente>. Acesso em: 18 ago.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Segurança do Paciente na Atenção Primária à

Saúde. Brasília: MS, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 11 jan. 2025. BRASIL. Governo do Estado do Paraná. Planifica SUS Paraná. Paraná, 2020. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/PlanificaSUS-Parana>. Acesso em: 15 jun. 2025.

CAPUCHO, H. C.; ARNAS, E. R.; CASSIANI, S. H. D. B. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 164–172, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100021>. Acesso em: 24 jun. 2025.

CARRILLO I., Et al. Eventos adversos evitables en atención primaria. Estudio retrospectivo de cohortes para determinar su frecuencia y gravedad Avoidable adverse events in primary care. Retrospective cohort study to determine their frequency and severity. *Atención Primaria*. Volume 52, Issue 10, December 2020, Pages 705-711. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S06720300718>. Acesso em: 03 mai.2025.

DA COSTA RESENDE, Ana Lúcia et al. A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, Porto Alegre, n. 39, p. e2222-e2222, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2222>. Acesso em: 15 jun. 2025.

DANTAS, Cláudia Santana Ferreira. A importância do Núcleo de Segurança do Paciente nas unidades hospitalares sob a ótica da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: uma revisão narrativa. *Revista Contemporânea*, v. 4, n. 1, p. 2–26, 2024. DOI: 10.56083/RCV4N1-001. ISSN 2447-0961.



IBSP, Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. Erros de medicação na Atenção Primária: dados, impactos e recomendações. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://ibsp.net.br>. Acesso em: 16 mai.2025. ISMP Brasil, Institute for Safe Medication Practices. Erros de Medicação: definição, causas e prevenção. 2019. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/>. Acesso em: 22 mar.2025.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press, 1999.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press, 1999.

LEITE, L. S. et al. Eventos adversos na atenção primária: uma revisão sistemática sobre notificações e suas categorias. *Saúde & Transformação Social*, v. 12, n. 2, p. 1–10, 2021. Disponível em: [https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/2357-707X-enfoco-14-e-202312/2357-707X-enfoco-14-e-202312.pdf](https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-14-e-202312/2357-707X-enfoco-14-e-202312.pdf). Acesso em: 14 jun.2025.

LOPES, L. M. M.; SANTOS, S. M. P. Florence Nightingale: apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 3, série 3, n. 2, p. 181–189, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a19.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013.

MACHADO, C. V. et al. Desafios da Atenção Primária no Brasil: entre o modelo biomédico e a vigilância em saúde. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 129, p. 567–580, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/qDg6fnxcSZbgtB9SYvnBK8w>. Acesso em: 14 jun.2025.

MACHADO, C. V. et al. Segurança do paciente e riscos associados à assistência medicamentosa na atenção primária. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 130, p. 234–247,

2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/xPLNMgwpSbZ7n/?format=pdf&l>. Acesso em: 14 jun.2025.

MAKEHAM Meredith; COOPER Chris; KIDD Michael. Lessons from the TAPS study – message handling and appointment systems. Australian Family Physician, Sydney, v. 37, p. 438-439, jun. 2008. Acesso em: 11 jun. 2025.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan

Americana da Saúde, 2011. Disponível em:

[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 07 mai.2025.

MENDES, W; Conhecendo os riscos na organização de saúde: Taxonomia em segurança do paciente. FIOCRUZ, 2012. Disponível em:

[https://25anos.ead.fiocruz.br/materiaisead/especializacao/seguranca-do-paciente-em-maternidades/percurso/pdf/Atividade\\_5\\_taxonomia\\_em\\_SP.pdf](https://25anos.ead.fiocruz.br/materiaisead/especializacao/seguranca-do-paciente-em-maternidades/percurso/pdf/Atividade_5_taxonomia_em_SP.pdf) Acesso em: 15 jun. 2025.

MIRA, J. J.; CARRATALA-MUNUERA, C.; VICENTE, M. A.; ASTIER-PEÑA, M. P.; GARCÍA-TORRES, D.; SORIANO, C.; SÁNCHEZ-GARCÍA, A.; CHILET-ROSELL, E.; GIL-GUILLÉN, V. F.; LÓPEZ-PINEDA, A.; PÉREZ-JOVER, V. Gender

Disparities in Adverse Events Resulting From Low Value Practices in Family Practice in Spain: A Retrospective Cohort Study. International Journal of Public Health, v. 69, p. 1607030, 16 jul. 2024. DOI: 10.3389/ijph.2024.1607030. Disponível em: PubMed PMID 39081783; PMCID PMC11286494. Acesso em: 13 jun.2025.

OLIVEIRA, Elaine Machado; ANDOLHE, Rafaela; PADILHA, Kátia Grillo. Cultura de segurança do paciente e incidentes registrados durante as passagens de plantão de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 34, p. 386-392, 2022. Acesso em: 14 jun. 25

OLIVEIRA, Jamile Rocha de; XAVIER, Rosa Malena Fagundes; SANTOS JUNIOR, Aníbal de Freitas. Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 22, n. 4, p. 671-678, dez. 2013. Disponível em . Acessos em 14 jun. 2025.

PAULA, Tatiana Cruz de; BOCHNER, Rosany; MONTILLA, Dalia Elena Romero. Análise clínica e epidemiológica das internações hospitalares de idosos decorrentes de intoxicações e efeitos adversos de medicamentos, Brasil, de 2004 a 2008. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 15, n. 4, p. 828–844, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/LznNg4Yd767tdYMpbK4rhdR>. Acesso em: 12 jun.2025.

PEREIRA, A. M. et al. Gestão de riscos na Atenção Primária: notificações, cultura de segurança e desafios estruturais. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 18, e4070, 2023. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ZQY357fz6cmbgCK9Mjpp4bK/>. Acesso em: 15 jun.2025.

PROQUALIS – Fiocruz. Notificação de eventos adversos na atenção primária: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2017. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/>. Acesso em: 14 jun.2025.

REIS, Gislene Aparecida Xavier dos et al. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, n. spe, p. e20180366,2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/687NqhqNBXyMc4J/?lang=pt>. Acesso em: 05 mai.2025.

RIBAS, MARISTELA ANJOS et al. Eventos adversos e queixas técnicas notificados

a um núcleo de segurança do paciente. Revista de Atenção à Saúde, v. 17, n. 62, 2019. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude). Acesso em: 14 jun. 2025.

SANTOS, B. M. dos et al. A comunicação como eixo estruturante na coordenação do cuidado na APS: desafios e possibilidades. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 3, p. 879-888, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Dxykm9SGPbphNMMMKVmTxZd>. Acesso em: 14 jun. 2025.

SILVA, A. B. S.; SOUZA, M. F.; OLIVEIRA, L. C.; et al. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941–1952, set. 2015. Disponível em :[https://www.scielo.br/j/csp/a/QScTxwKqm9hWmbxZQ3LWsmK/?utm\\_source](https://www.scielo.br/j/csp/a/QScTxwKqm9hWmbxZQ3LWsmK/?utm_source). Acesso em: 14 jun.2025.

SILVA, Letícia Aparecida Lopes Bezerra; MELO, Roberta Crevelário de; TOMA, Tereza Setsuko; ARAÚJO, Bruna Carolina de; LUQUINE JR., César Donizetti; MILHOMENS, Lais de Moura; BORTOLI, Maritsa Carla de; BARRETO, Jorge Otávio Maia. Adesão, barreiras e facilitadores no tratamento de hipertensão arterial: revisão rápida de evidências. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 47, e67, 14 abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.67>. Acesso em: 29 mai.2025.

SOUZA, M. M. de et al. Análise da qualidade das notificações de incidentes na atenção básica. Revista de APS, v. 23, n. 2, p. 123–131, 2020. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br>. Acesso em: 14 jun.2025. SPORTIELLO, L.; CAPUANO, A. Sex and gender differences and pharmacovigilance: a knot still to be untied. Frontiers in Pharmacology, Lausanne, v. 15, p. 1397291, 17 abr. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1397291>. Acesso em:14 jun. 2025