

Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar



Notifications of adverse events: characterization of the events that occurred in a hospital complex

Notificación de eventos adversos: caracterización de los eventos ocurridos en un complejo hospitalario

Aline Cristina Andrade Furini^a
Altacílio Aparecido Nunes^b
Maria Eulália Lessa do Valle Dallora^a

Como citar este artigo:

Furini ACA, Nunes AA, Dallora MELV. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180317. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>.

RESUMO

Objetivo: Analisar as notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente.

Métodos: Estudo transversal com abordagem quantitativa, baseado nos dados do Gerenciamento de Risco de um complexo hospitalar, localizado no noroeste paulista, de agosto/2015 a julho/2016.

Resultados: Foram analisadas 4.691 notificações. O enfermeiro foi a categoria profissional que mais notificou (71%), seguido do médico (8%). O período mais frequente em que ocorreram as notificações foi o diurno. Houve diferença significativa da proporção de notificações entre os dias da semana. As notificações foram classificadas por motivo, com destaque para os medicamentos (17%), seguido de lesões de pele (15%) e flebite (14%). A maior frequência de notificações ocorreu nas unidades de Internação. Quanto à gravidade 344 eventos ocasionaram dano ao paciente, sendo a maioria de intensidade leve (65%).

Conclusão: As notificações espontâneas são uma importante fonte de informações e evidenciam a magnitude do problema relacionado aos incidentes em saúde.

Palavras-chave: Notificação. Segurança do paciente. Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT

Objective: Analyze incident notifications related to the patient's safety.

Method: Cross-sectional study with quantitative approach, based on data from the risk Management of a hospital complex, located in northwest São Paulo, from August 2015 to July 2016.

Results: 4,691 notifications were analyzed. Nurses were the professionals who notified the most (71%), followed by physicians (8%). The most frequent period in which the notifications occurred was the daytime. There was significant difference in the proportion of notifications between the days of the week. The notifications were classified by reason and the most prevalent were those related to medication (17%), followed by skin lesions (15%), and phlebitis (14%). The highest frequency of notifications occurred in the hospitalization units. In relation to severity, 344 events caused damage to the patient, most of which were of mild intensity (65%).

Conclusion: Spontaneous notifications are an important source of information, and highlight the magnitude of the problem related to health incidents.

Keywords: Notification. Patient safety. Quality of health care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las notificaciones de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Métodos: Estudio transversal con abordaje cuantitativo, basado en los datos del Gestión de Riesgos de un complejo hospitalario, ubicado en el noroeste paulista, de agosto de 2015 a julio de 2016.

Resultados: Se analizaron 4.691 notificaciones. El enfermero fue la categoría profesional que más notificó (71%), seguido del médico (8%). El período más frecuente en que ocurrieron las notificaciones fue el diurno. Hubo una diferencia significativa de la proporción de notificaciones entre los días de la semana. Las notificaciones se clasificaron por motivo, con destaque para los medicamentos (17%), seguido de lesiones de piel (15%), flebitis (14%). La mayor frecuencia de notificaciones ocurrió en las unidades de Internación. En cuanto a la gravedad 344 eventos ocasionaron daño al paciente, siendo la mayoría de intensidad leve (65%).

Conclusión: Las notificaciones espontáneas son una importante fuente de información, y evidencia la magnitud del problema relacionado con los incidentes en salud.

Palabras clave: Notificación. Seguridad del paciente. Calidad de la atención de salud.

^a Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Programa de Mestrado Profissional Gestão das Organizações de Saúde. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^b Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Os processos de cuidados à saúde devem conseguir reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de falhas e, por consequência, reduzir os danos evitáveis associados à assistência, garantindo a segurança do paciente. Os eventos adversos assistenciais constituem um problema de saúde pública, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽¹⁾.

A melhoria da qualidade consiste em fazer com que o cuidado em saúde seja seguro, efetivo, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo. O tema segurança do paciente ganhou relevância a partir da 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 devido a falhas da assistência médico-hospitalar⁽²⁾. No entanto, uma década após a publicação do relatório do IOM, os números de eventos adversos (EA) não diminuíram como esperado e desejável, apesar da implementação de algumas estratégias recomendadas, sobretudo a do relato e análise do incidente como forma a promover a aprendizagem pelo erro⁽³⁾.

A gravidade dos EA relacionados a assistência à saúde é de tal magnitude e impacto social que sensibilizou sistemas de saúde em todo o mundo, desencadeando uma ampla mobilização de órgãos governamentais e não governamentais para o controle e prevenção destas ocorrências, incluindo o Brasil⁽⁴⁾.

As consequências da insegurança do paciente vão além dos óbitos e inclui a morbidade e formas mais sutis de prejuízos como a perda da dignidade, do respeito e o sofrimento psíquico⁽⁵⁾. Ressalta-se a importância do tema, uma vez que estudos estimam que a ocorrência de EA relacionados à assistência à saúde afete de 4% a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos⁽³⁻⁴⁾. Nos Estados Unidos, um em cada 10 pacientes hospitalizados desenvolvem um EA⁽⁶⁾. Uma em cada duas cirurgias tem um erro ou um EA relacionado ao uso de medicação⁽⁷⁾.

No Brasil as causas mais frequentes de EA são por queda, administração incorreta de medicamentos, falhas na identificação do paciente, erros em procedimentos cirúrgicos, infecções e uso inadequado de dispositivos e equipamentos médicos⁽³⁾. Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional⁽⁸⁾.

A notificação dos eventos é relevante para a segurança do paciente, pois é uma maneira dos profissionais relatarem os incidentes e/ou EA em saúde. A análise das notificações permite a aprendizagem organizacional, possibilitan-

do que as causas sejam identificadas e evitadas, a partir da revisão e melhoria dos processos assistenciais⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Dessa forma, no Brasil, a fim de conhecer a realidade do país e realizar um diagnóstico situacional dos incidentes ocorridos, foi regulamentada a notificação e o monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde, que são realizadas por meio do Sistema de Informações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA)⁽¹¹⁾.

A inquietude em relação ao tema surgiu com o entendimento da magnitude do problema e pelo fato de acreditar que a subnotificação, ou seja, a não notificação de todos os eventos ocorridos, é uma oportunidade perdida para a correção das possíveis falhas existentes no processo o que coloca em risco a segurança do paciente. Com as considerações apresentadas, este estudo tem como objetivo analisar as notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente.

■ MÉTODO

Estudo transversal proveniente de dissertação⁽¹²⁾ com abordagem quantitativa, utilizando-se de base de dados do sistema de notificação do Gerenciamento de Risco de um complexo hospitalar universitário do interior do estado de São Paulo, no período de agosto de 2015 a julho de 2016. O complexo hospitalar estudado conta com 877 leitos, divididos em duas unidades, sendo A com 706 leitos destinados a assistência de alta complexidade de casos eletivos e B com 171 leitos destinados a assistência de alta complexidade de urgência e emergência. A amostra compreendeu 4691 notificações de incidentes e EA enviados ao Serviço do Gerenciamento de Risco do hospital de estudo, por meio do sistema informatizado de notificações voluntárias. Não foram previstos critérios de exclusão, deste modo, foram incluídos e analisados todos os incidentes notificados no período do estudo.

Para efeito de discussão dos resultados obtidos, quando pertinentes, as comparações entre variáveis foram realizadas com estatística analítica empregando o teste do Qui-quadrado para 2 proporções (teste Z), representando os valores por diferenças entre as mesmas com respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%). Foi também calculado o coeficiente de correlação de *Rank de Spearman*. O nível de significância empregado foi de 5%. Foi usado o *software MedCalc Statistical Software version 18.5* (*MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium*; <http://www.medcalc.org>; 2018).

A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, CAAE 59976116.6.0000.5440, sem necessidade de assinatura de Termo de Consentimen-

to Livre e Esclarecido dado à natureza retrospectiva e não intervencional do estudo.

■ RESULTADOS

No período do estudo, de agosto/2015 a julho/2016, foram recebidas pelo Gerenciamento de Risco 4691 notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente. A média foi de 391 notificações/mês (Desvio Padrão 27,83), mediana 394 notificações (1º quartil 383,75 e o 3º quartil 409,25).

Os enfermeiros foram os profissionais que mais notificaram 70,60% (n=3312), seguido dos médicos 7,95%

(n=373), oficial administrativo 4,73% (n=223) e do farmacêutico 4,35% (n=204), no total das duas unidades.

Na unidade A o período da manhã apresentou 45,42% (n=1.566) das ocorrências, sendo que no período da tarde o resultado foi 40,66% (n=1.402) dos casos e de 15,54% (n=480) no turno da noite. O que pode sugerir que, no hospital em estudo, o período diurno é o que concentra o maior número de procedimentos realizados, estando relacionado ao funcionamento do ambulatório e a intensa atividade das equipes, o que não ocorre no período da noite. Já na unidade B, o período mais frequente foi a tarde com 40,87% (n=508) dos incidentes, enquanto que a manhã apresentou 39,10% (n=486) e o período da noite 20,03% (n=249).

Tabela 1 - Número, porcentagem e nível de significância das notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente, segundo o período da ocorrência e dia da semana, especificado por unidade hospitalar, no período de ago. 2015 a jul. 2016. Ribeirão Preto - SP

	Unidade A	P ¹	Unidade B	P ¹	Total	P ¹
Período da ocorrência	n (%)		n (%)		n (%)	
Manhã	1566 (45,42)	<0,05 ^(a)	486 (39,10)	>0,05 ^(d)	2052 (43,74)	<0,05 ^(g)
Tarde	1402 (40,66)	<0,05 ^(b)	508 (40,87)	<0,05 ^(e)	1910 (40,72)	>0,05 ^(h)
Noite	480 (13,92)	<0,05 ^(c)	249 (20,03)	<0,05 ^(f)	729 (15,54)	<0,05 ⁽ⁱ⁾
Dia da semana						
Domingo	241 (6,99)	<0,05	123 (9,90)	<0,05	364 (7,76)	<0,05
Segunda-feira	598 (17,34)	>0,05	196 (15,77)	>0,05	794 (16,93)	>0,05
*Terça-feira	656 (19,03)	-	242 (19,47)	-	898 (19,14)	-
Quarta-feira	576 (16,71)	>0,05	193 (15,53)	>0,05	769 (16,39)	>0,05
Quinta-feira	603 (17,49)	>0,05	205 (16,49)	>0,05	808 (17,22)	>0,05
Sexta-feira	499 (14,47)	<0,05	163 (13,11)	>0,05	662 (14,11)	<0,05
Sábado	275 (7,98)	<0,05	121 (9,73)	<0,05	396 (8,44)	<0,05

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Legenda: P¹ Teste do Qui-quadrado de Pearson;

Comparação entre os períodos na Unidade A: (a) manhã x tarde, (b) manhã x noite, (c) tarde x noite;

Comparação entre os períodos na Unidade B: (d) manhã x tarde, (e) manhã x noite, (f) tarde x noite;

Comparação entre Unidade A e Unidade B: (g) manhã (h) tarde (i) noite.

*Referência (Terça-feira) – comparação entre dias da semana

Ao se analisar o dado da unidade A observou-se diferença significativa entre as proporções nos três períodos, ou seja, manhã versus tarde, manhã versus noite, e tarde versus noite. Já na unidade B, foi constatado diferença significativa entre manhã versus noite e tarde versus noite. A comparação entre manhã e tarde não foi significativa, ou seja, as proporções encontradas nestes dois períodos foram consideradas iguais.

Quando analisado o total das duas unidades A e B, constatou-se diferença entre as proporções de notificações

da manhã na unidade A e manhã na B e noite A e noite B. A comparação entre tarde unidade A e tarde unidade B não foi significativa, ou seja, não houve diferença.

Na análise geral, quanto ao dia da semana em que ocorreram as notificações, foram identificados 19,14% (n=898) na terça-feira, seguida da quinta-feira 17,22% (n=808) notificações, segunda-feira com 16,93% (n=794), quarta-feira com 16,39% (n=769), sexta-feira com 14,11% (n=662), e uma menor incidência nos sábados 8,44% (n=396) e nos domingos 7,76% (n=364), conforme tabela 1.

Tabela 2 - Motivo da notificação de incidentes relacionados à segurança do paciente em número e frequência, no período de ago. 2015 a jul. 2016. Ribeirão Preto - SP

Motivo da notificação	n (%)
Medicamentos	807 (17,20)
Lesões de pele	695 (14,82)
Flebite	650 (13,86)
Artigo Médico-Hospitalar	630 (13,43)
Queda	299 (6,37)
Hemoterápicos/Processo Transfusional	207 (4,41)
Eventos Relacionados à Cirurgia	100 (2,13)
Perda de dispositivo	46 (0,98)
Saneantes, Cosméticos e produtos de Higiene Pessoal.	30 (0,64)
Equipamento Médico Hospitalar	26 (0,55)
Vacina e Imunoglobulina	6 (0,13)
Evento Anestésico	5 (0,11)
Kit Reagente para Diagnóstico in vitro	3 (0,06)
Outros	1.187 (25,30)
Total	4.691

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A tabela 2 demonstra o motivo da notificação de incidentes relacionados à segurança do paciente, em número e frequência. Os principais motivos de notificação foram: "Outros" com 25,30% (n=1187), seguido de medicamentos com 17,20% (n=807) das notificações, lesões de pele 14,82% (n=695), flebite 13,86% (n=650), artigo médico-hospitalar 13,43% (n=630) e queda 6,37% (n=299). Os Hemoterápicos obtiveram 4,41% (n=207) das notificações e eventos relacionados à cirurgia 2,13% (n=100) das notificações.

Quanto ao local de ocorrência das notificações, o gráfico 1 demonstra os serviços notificadores das unidades hospitalares A e B, no período do estudo.

O gráfico 1 demonstra as notificações de incidentes relacionadas à segurança do paciente por grandes áreas.

Na unidade A os incidentes notificados foram mais frequentes nas unidades de Internação 47,19% (n=1.627), Apoio Diagnóstico e Terapêutico 7,66% (n=264), Terapia Intensiva 7,28% (n= 251). O Centro Cirúrgico ocupa a quarta colocação 6% (n=207), seguido do Apoio Técnico e Administrativo 3,48% (n=120) e Ambulatório 3,22% (n=111). As notificações não identificadas representam 25,17% (n=868) do total de notificações.

Na unidade B as unidades de Internação também se destacaram com o maior número de notificações 42,48% (n=528), seguida da unidade de Terapia Intensiva 30,49% (n=379) e do setor de Atendimento 9,41% (n=117). O Centro Cirúrgico ocupa também a quarta colocação 5,07% (n=63), e em menor número o Apoio Diagnóstico e Terapêutico 0,72% (n=9) e Apoio Técnico e Administrativo 0,56% (n=7). Um total de 25,17% (n=869) notificações na unidade A e 11,26% (n=140) na unidade B não foram identificadas quanto ao setor.

Quanto ao tipo de incidente, 344 foram classificados como Evento Adverso, e estes foram classificados de acordo com a gravidade do dano.

Conforme gráfico 2, 67,90% na unidade A e 54,79% na unidade B foram identificados como de grau leve, 28,04% na unidade A e 34, 25% na unidade B foram classificados de grau moderado, causando algum tipo de incapacidade temporária ou reversível, prolongando o tempo de internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo. 3,69% na unidade A e 4,11% na unidade B foram classificados como graves, onde foram necessárias intervenções médico-cirúrgicas, ou causaram danos permanentes aos pacientes e 0,37% na unidade A e 6,85% na unidade B levaram a óbito.

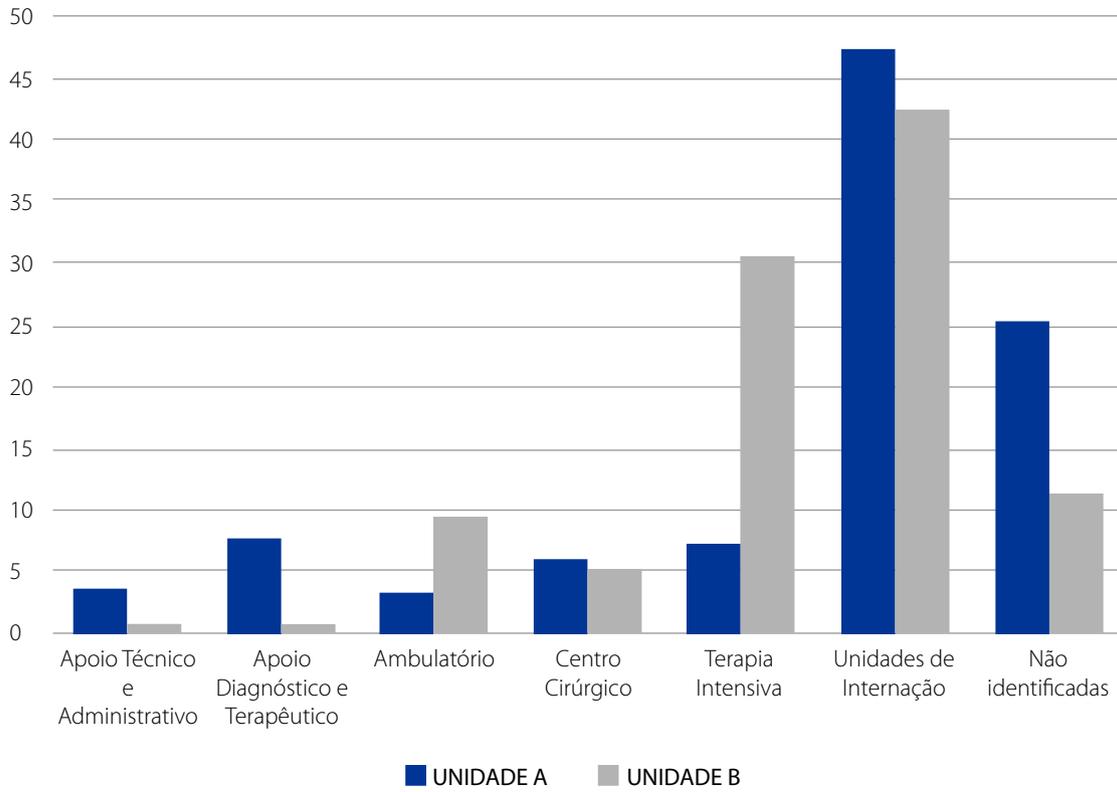


Gráfico 1- Percentual de notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente por grandes serviços/áreas, na unidade A e unidade B, no período de ago. 2015 a jul. 2016. Ribeirão Preto - SP

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

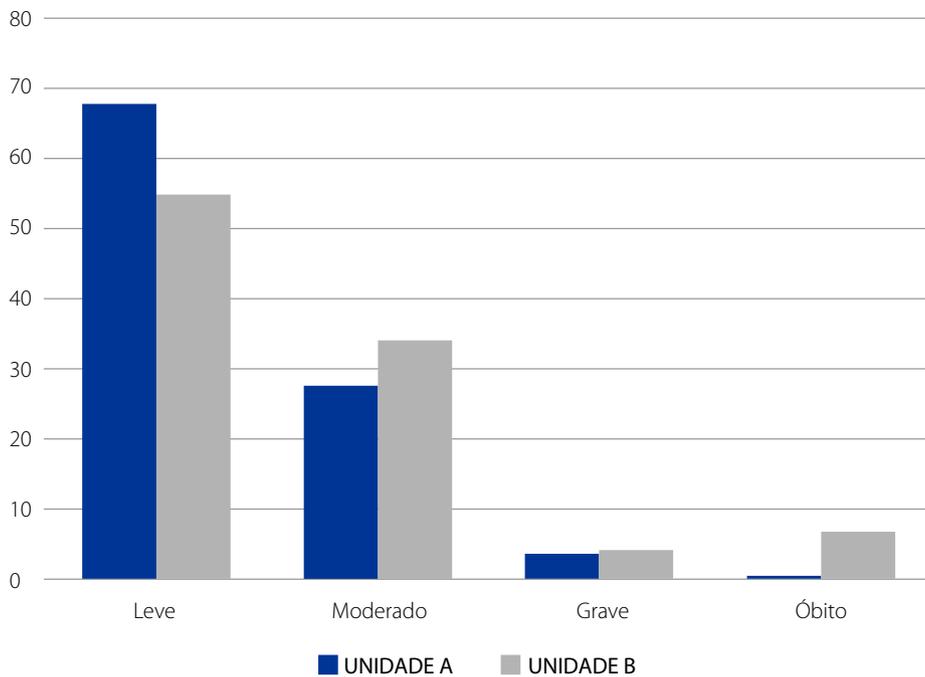


Gráfico 2 - Gravidade do dano dos eventos adversos relacionados à segurança do paciente, na unidade A e unidade B, no período de ago. 2015 a jul. 2016. Ribeirão Preto, SP

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

■ DISCUSSÃO

Quanto ao local de ocorrência das notificações, a unidade A foi responsável por 73,50% das notificações, seguida da unidade B com 26,50%. Estes percentuais estão coerentes com o porte das duas unidades uma vez que a unidade A possui 706 leitos, realizou 573.253 consultas e 25.294 internações, enquanto que a unidade B possui 171 leitos, realizou 38.182 atendimentos e 9.888 internações ao ano, dados referentes ao exercício de 2016.

Quanto à categoria profissional notificadora, um estudo realizado em 2012 no mesmo hospital referido nesta pesquisa, identificou que os enfermeiros também foram os profissionais que mais notificaram 76,6% (n=512) na implantação do sistema de notificações informatizadas. Já os médicos, contribuíam com 16,6% das notificações por meio do sistema manuscrito, na implantação das notificações informatizadas contribuíram com apenas 2,5%⁽¹⁷⁾.

Em análise de incidentes notificados em um hospital público do Distrito Federal, identificou-se que os enfermeiros foram responsáveis pela maioria das notificações 26,3%, seguido dos médicos 5,7%⁽¹⁰⁾. Todas as categorias profissionais possuem autorização para notificação de incidentes. De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, é responsabilidade e dever do profissional de enfermagem: “Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”⁽¹⁸⁾.

Do ponto de vista da equipe de enfermagem, a questão da segurança do paciente ou da notificação de incidentes, não pode ser atribuição restrita dos enfermeiros, mesmo sendo este o responsável pela coordenação e gerenciamento da assistência prestada. A enfermagem é a categoria profissional que está maior tempo ao lado do paciente, além de estar em maior número nos hospitais e possuir treinamento acerca da importância de registrar o processo de prestação de cuidados aos pacientes⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Os médicos relataram apenas 7,95% dos eventos, corroborando com outras pesquisas^(10,17). A escassez de notificações realizadas por médicos é provavelmente devido a uma série de razões baseadas em fatores culturais, medo ou desconhecimento, expectativa de culpa ou punição, por alegarem limitação de tempo e não saberem como relatar e a percepção de que a notificação possa não resultar em melhoria^(9-10,17). Os resultados apontam para a necessidade de avaliar as razões pelas quais os médicos não notificam, além de reforçar a necessidade de estratégias para estimular a notificação por parte desse profissional.

A notificação por outros profissionais é indicio do envolvimento destes na política de segurança do paciente.

Na análise do período da ocorrência das notificações no total das duas unidades A e B constatou-se diferença entre as proporções de notificações da manhã na unidade A e manhã na B e noite A e noite B. A comparação entre tarde unidade A e tarde unidade B não foi significativa, ou seja, não houve diferença. O maior número de notificações no período diurno está coerente com os dados da ANVISA, onde foi descrito que 58,9% das notificações foram relatadas durante o dia⁽¹³⁾.

Ao caracterizar as notificações em hospital de médio porte em Minas Gerais, identificou-se a prevalência de 40,2% notificações no período noturno e no período matutino 22,2%, o que difere do hospital em estudo⁽¹⁴⁾.

Em outra análise em uma unidade de clínica cirúrgica, do total de 2.396 ocorrências, 57% (n=1.365) foram no turno da manhã, 17,4% (n=416) à tarde, e no turno da noite 25,6% (n=615)⁽¹⁵⁾. Esses achados são semelhantes ao estudo em questão. Estes dados podem estar relacionados com o momento em que são executadas várias ações como consultas, procedimentos, cuidados, exames e visitas médicas e de enfermagem, ao maior número de profissionais nas unidades, principalmente enfermeiros por atuarem em maior número no período diurno e serem responsáveis por grande número de notificações.

Quanto ao dia da semana em que ocorreram as notificações, na unidade A, o Coeficiente de correlação de *Rank de Spearman* encontrado foi - 0,0714; p=0,8790, com IC95%: -0,782; - 0,720. A comparação entre os dias da semana foi significativa, portanto houve diferença entre eles. A redução do número de notificações no final de semana pode estar relacionada ao não funcionamento do ambulatório.

Na unidade B, o Coeficiente de correlação de *Rank de Spearman* encontrado foi -0,286; p=0,5345 com IC95%: -0,855; 0,595. A comparação entre os dias da semana foi significativa, uma vez que houve diferença entre os dias. Os atendimentos ocorrem todos os dias da semana, porém de acordo com dados da instituição, no período do estudo, o número de pacientes por dia da semana diminui aos sábados e domingos, sendo a média de atendimento durante a semana 2.365 e nos finais de semana 1.855.

Quanto ao motivo da notificação de incidentes, nos dados originais a opção “Outro” foi a mais assinalada, totalizando 1.689 notificações, porém, a análise dessas notificações possibilitou que 504 notificações fossem reclassificadas em campo apropriado específico no banco de dados desta pesquisa. Mesmo havendo no sistema a possibilidade de classificar o motivo do incidente, o notificador optou, talvez por facilidade, por assinalar o item “Outro”.

Em um estudo no Brasil foram descritos resultados semelhantes, onde 3.209 incidentes foram reportados na

opção "Outro" do sistema de informação, sendo posteriormente reclassificados de acordo com cada categoria específica do sistema⁽¹³⁾. Mesmo após a reclassificação percebe-se um número elevado de incidentes classificados como "Outros" (n=1.187). Isso pode ser devido à grande variedade de tipos de eventos ocorridos e à dificuldade em agrupar esse diverso tipo de incidentes relacionados ou não à assistência à saúde.

Neste estudo foi possível evidenciar a ocorrência de eventos adversos em medicamentos (EAMs) em 17,2%, sendo o motivo mais frequente das notificações e envolvendo diversas causas. Os EAMs, na maioria das vezes, podem ser evitados. É fundamental o compromisso contínuo dos profissionais de saúde envolvidos em cada passo do processo de medicação, podendo assim prevenir esses eventos dentro de suas respectivas responsabilidades.

Em estudo realizado em 2012, no mesmo hospital, foram analisadas as notificações manuscritas e informatizadas e identificou os erros de medicação como os incidentes mais relatados em ambos os sistemas⁽¹⁷⁾.

Nos achados de outra pesquisa, no entanto, os erros de medicação corresponderam a 63,6%⁽¹⁵⁾. Em estudo semelhante em hospital de grande porte os EAMs destacaram-se como o segundo mais frequente com 16,7% do total de incidentes⁽¹⁹⁾. Para prevenir e evitar a ocorrência de EAM, é necessário avaliar as causas, assim como fatores humanos e estruturais envolvidos neste processo de modo a permitir a implementação de barreiras de prevenção e diminuir os riscos para os paciente^(3,11).

As lesões por pressão (LPP) e as quedas estão entre os incidentes evitáveis, ou seja, poderiam ser prevenidos através da adoção de medidas preventivas e estratégias institucionais. Neste estudo representaram, respectivamente, 14,8% e 6,37%. Estas ocorrências podem trazer problemas para o paciente, familiares e instituições, dificultam a recuperação do paciente, aumentam o risco de infecção, prolongam a hospitalização e reduzem a independência e funcionalidade dos pacientes na realização das atividades diárias, além do sofrimento físico e emocional.

As LPP destacam-se como o terceiro tipo de evento mais notificado pelos Núcleos de Segurança do Paciente dos serviços de saúde do país, sendo que dos 53.997 incidentes, 10.210 (18,9%) corresponderam às lesões por pressão, no ano de 2016⁽¹³⁾, apesar de estarem relacionados à qualidade do cuidado, os fatores intrínsecos influenciam nos resultados alcançados.

Em estudo realizado em um hospital universitário no sul do Brasil as quedas representaram 45,4%⁽¹⁹⁾, e estão entre os principais incidentes registrados no NOTIVISA⁽¹³⁾. Estão associadas a vários fatores de risco, principalmente

em pacientes idosos hospitalizados, evidenciando a necessidade de aumentar a vigilância constante^(3,19).

No sistema de notificações do complexo hospitalar em estudo, o preenchimento do local de ocorrência não é obrigatório, sendo identificado somente à especialidade ao qual o paciente está aos cuidados. A identificação do local é importante para que ocorram medidas preventivas referentes aos incidentes e os profissionais devem ser melhor orientados para que este preenchimento ocorra. Os dados encontrados corroboram com outros estudos já realizados, onde foram evidenciados que os setores de internação representaram a maioria das notificações^(13,19), seguidos das unidades de Terapia Intensiva⁽¹³⁾. Em outra pesquisa, 59,3% das notificações não registraram o local do evento⁽¹⁰⁾.

Em estudo realizado em um hospital de porte semelhante detectou que as unidades de Terapia Intensiva foram as responsáveis pelo maior número de incidentes notificados no ano 2012 (34,4%), seguidas das unidades de Internação (21,2%)⁽²⁰⁾. As unidades de Terapia Intensivas são ambientes complexos destinados ao atendimento de pacientes graves. Já os atendimentos de emergência são ambientes onde podem ocorrer muitos erros, pois os profissionais podem não ter tempo para realizar os melhores cuidados e a vigilância adequada devido à superlotação da maior parte dos serviços e onde há pouca continuidade dos cuidados.

No Atendimento de Emergência, este estudo constatou 9,41% das notificações, índice superior ao relatado por outros autores (2,5%)⁽¹⁹⁻²⁰⁾. O setor de emergência ou urgência refere-se a um serviço especializado, que presta atendimento imediato a vários agravos a saúde em risco de complicações graves e ou risco iminente de morte.

Em relação à gravidade dos eventos na unidade A, ocorreu mais eventos graves do que na unidade B, entretanto ocorreram mais óbitos na unidade B. Pela análise estatística, constata-se que não houve diferença entre a gravidade dos eventos na unidade A e na B, ou seja, moderado x leve 0,92 (IC95%: 0,81 - 1,04; p>0,05), grave x leve 0,94 (IC95%: 0,69 - 1,27; p>0,05) e grave x moderado 1,02 (IC95%: 0,74 - 1,41; p>0,05).

Um hospital universitário, da Rede Sentinela, com 309 leitos de média e alta complexidade, a análise das notificações de incidentes, no período de um ano, constatou 5.672 registros de incidentes, 218 caracterizados como evento adverso, dos quais 170 (77,98%) com dano leve, 36 (16,51%) com dano moderado e cinco (2,29%) com dano grave. Com baixa prevalência, mas de maior impacto, sete (3,21%) eventos resultaram em óbito⁽¹⁶⁾. Percentual este maior do que o estudo em questão. Em estudo recente, dentre os incidentes notificados houve predomínio de EA, e em relação ao

grau de dano, o predomínio foi de dano leve e moderado corroborando com o estudo em questão⁽¹⁰⁾.

■ CONCLUSÃO

A análise em relação aos dias da semana evidenciou diferença significativa entre eles, com diminuição do número de notificações aos finais de semana em ambas as unidades. O dia da semana de maior registro de notificações ocorreu na terça-feira em ambas às unidades, e os dias de menor número de ocorrências foi domingo na unidade A e Sábado na unidade B.

As notificações ficaram centradas na figura do enfermeiro, deduzindo que a responsabilidade pela segurança do paciente não é compartilhada igualmente por todas as equipes. Vale destacar que a notificação de incidentes não é de responsabilidade de uma única categoria profissional. A notificação dos fatos indesejáveis deve ocorrer por profissionais da linha de frente, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Evidenciou-se a escassez de notificações por médicos, sendo apenas 8% dos incidentes registrados no período, valor este muito baixo diante do papel que exerce este profissional na terapêutica do paciente.

No sistema de notificação do complexo hospitalar não há registro de Potencial Evento Adverso, sendo necessário rever a possibilidade de inserção desta classificação nos incidentes, pois é um importante alerta para a melhoria dos processos. Os danos decorrentes de cuidados à saúde geram várias consequências tanto para o paciente, quanto para as instituições hospitalares como prolongamento do tempo de internação, incapacidades permanentes, processos e expressivo impacto nos gastos hospitalares.

O presente estudo contribui para a produção do conhecimento em relação ao tema, eventos adversos em saúde. Diante da análise dos dados, a notificação espontânea revelou-se um importante meio para a detecção de incidentes em saúde, por ser um método de baixo custo, envolver profissionais que prestam assistência ao paciente, e alertar para a promoção da segurança em ambientes hospitalares, além de ser um indicador para o gerenciamento da qualidade em seus serviços.

Quanto as limitações deste estudo, destacam-se as diferentes realidades de cada unidade, pois os dados divergem de um hospital para outro devido ao perfil e ao grande número de variáveis, no entanto, considera-se que não comprometeram os resultados ora apresentados. Nesse sentido, sugere-se que sejam realizados outros estudos, com aprofundamento das investigações, para que se possam criar novas estratégias que contribuam para evitar a ocorrência de incidentes e eventos adversos.

■ REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (CH). Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente: relatório técnico final. Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde, tradutor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; c2011 [citado 2018 jan 26]. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf>.
2. Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Healthcare in America. To err is human: building a safer health care system. Cohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000 [cited 2018 Jan 26]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>.
3. Sousa P, Mendes W, organizadores. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. v. 2.
4. Couto RC, Pedrosa TMG, Rosa MB. Erros acontecem: a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados. Belo Horizonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; 2016 [citado 2018 jan 26]. Disponível em: <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/5x5i1j985c5jwvcp.pdf>.
5. National Patient Safety Foundation (US). Free from harm: accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human. Boston: NPSF; 2015 [cited 2018 Jan 26]. Available from: <https://www.aig.com/content/dam/aig/america-canada/us/documents/brochure/free-from-harm-final-report.pdf>.
6. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Efforts to improve patient safety result in 1.3 million fewer patient harms: interim update on 2013 annual hospital-acquired condition rate and estimates of cost savings and deaths averted from 2010 to 2013 [Internet]. Rockville, MD: AHRQ; 2014 [cited 2017 Dec 30]. Publication n.15-0011-EF. 2014. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/28573/efforts-to-improve-patient-safety-result-in-13-million-fewer-patient-harms-interim-update-on-2013-annual-hospital-acquired-condition-rate-and-estimates-of-cost-savings-and-deaths-averted-from-2010-to-2013>.
7. Nanji KC, Patel A, Shaikh S, Seger DL, Bates DW. Evaluation of perioperative medication errors and adverse drug events. *Anesthesiology*. 2016;124(1):25-34. doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000904>.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário oficial da União da República Federativa do Brasil. 2013 abr 2 [citado 2013 mai 4];150(62 Seção 1):43-4. Disponível em: http://www.aecijerj.org.br/docs/portaria-529_2013.pdf.
9. Stavropoulou C, Doherty C, Tosey P. How effective are incident-reporting systems for improving patient safety? a systematic literature review. *Milbank Q*. 2015;93(4):826-66. doi: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12166>.
10. Göttems LBD, Santos MLG, Carvalho PA, Amorim FF. A study of cases reported as incidents in a public hospital from 2011 to 2014. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):861-7. doi: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342016000600021>.
11. Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2018 jan 30]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
12. Furini ACA. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um hospital universitário [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2018.

13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 15: Incidentes relacionados à assistência à saúde - 2016. Brasília: Anvisa; 2017 [citado 2018 fev 23]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+15/bb637392-4973-4e7f-8907-a7b3af1e297b>.
14. Silva LA, Terra FS, Macedo FRM, Santos SVM, Maia LG, Batista MHJ. [Notification of adverse event: characterization of events occurred in a hospital institution]. *J Nurs UFPE on line*. 2014 [cited 2018 Jan 30];8(9):3015-23. Portuguese. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10020/10404>.
15. Munhoz OL, Andolhe R, Magnago T, Dalmolin G, Pasa T. Profile of patients and incidentes in a surgical clinic unit. *J Nurs UFPE on line*. 2018 [cited 2018 Jan 17];12(2):416-23. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/230813/27847>.
16. Paranaçu TTB, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Azevedo Filho FM. Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(3):256-62. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000300009>.
17. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHB. Patient safety: a comparison between handwritten and computerized voluntary incident reporting. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):164-72. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100021>.
18. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2017 [citado 2018 jan 30]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.
19. Lorenzini E, Santi JAR, Bão, ACP. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(2):121-7. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.44370>.
20. Moura GMSS. Experiência: Monitoramento dos eventos adversos relacionados à assistência à saúde em Hospital Público no Brasil: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - RS. Porto Alegre: HCPA; 2014 [citado 2018 jan 26]. 57 slides. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/ea_monitoramentoRelacionadosAssistenciaSaudeHospitalPublico_GiselaMoura.pdf.

■ **Autor correspondente:**

Aline Cristina Andrade Furini
E-mail: furinialine3@gmail.com

Recebido: 29.08.2018

Aprovado: 04.12.2018