

**EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À  
ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UM SERVIÇO HOSPITALAR**  
*ADVERSE EVENTS RELATED TO HEALTH CARE IN A  
HOSPITAL SERVICE*

**RESUMO**

Identificar os eventos adversos relacionados à assistência à saúde de pacientes internados no ano de 2016. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, retrospectivo, do tipo transversal. Em 2016 houve 3.078 internações hospitalares, foram notificados 1.064 incidentes / eventos em pacientes, 228 eventos adversos. Os principais eventos adversos notificados foram erros na administração de medicação endovenosa, seguido pelas lesões de pele adquirida durante a internação e infecções hospitalares. Os eventos adversos identificados mais prevalentes foram os leves, podendo ser classificados como evitáveis. Apesar do resultado encontrado, o risco da subnotificação deve ser monitorado, pois eventos adversos não notificados prejudicam o diagnóstico da segurança dos pacientes, desqualifica o cuidado e traz prejuízos aos pacientes. A utilização de instrumentos de notificação de eventos adversos pela instituição, além da adoção de outras estratégias para estimular a notificação através da educação para a equipe de saúde, pode contribuir para o acompanhamento e controle das ocorrências e para a elaboração de medidas preventivas e aplicação de protocolos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Iatrogenia. Dano ao paciente. Segurança do paciente. Serviço hospitalar de Enfermagem.

**ABSTRACT**

To identify adverse events related to health care of hospitalized patients in 2016. This is a quantitative, descriptive, retrospective, cross-sectional study. In 2016 there were 3,078 hospital admissions, 1,064 patient incidents / events, 228 adverse events were reported. The main adverse events reported were errors in the administration of intravenous medication, followed by skin lesions acquired during hospitalization and hospital infections. The most prevalent adverse events identified were mild and could be classified as preventable. Despite the result found, the risk of underreporting should be monitored, as unreported adverse events impair the diagnosis of patient safety, disqualify care and harm patients. The use of adverse event reporting tools by the institution, in addition to the adoption of other strategies to encourage notification through education for the health team, can contribute to the monitoring and control of occurrences and the development of preventive measures and application of protocols.

**KEYWORDS:** Iatrogenesis. Harm to the patient. Patient safety. Hospital Nursing Service.

**INTRODUÇÃO**

A segurança do paciente é essencial na qualidade, no cuidado e na assistência em saúde. A pertinência da aceitação dos eventos / incidentes ocorridos, diante de resultados desfavoráveis ao paciente, principalmente elevando a morbidade

**Cleverson Claudionor de Fraga<sup>1</sup>**

Enfermeiro. Secretaria de Estado da Saúde e Santa Catarina.

**Cladis Loren Kiefer Moraes<sup>2</sup>**

Doutora. Docente da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul.

e mortalidade nos sistemas de saúde, apresenta um desafio para os serviços de saúde e segurança (WEGNER; PEDRO, 2012; DUARTE *et al.*, 2015; ROQUE *et al.*, 2016). As instituições terciárias de saúde caracterizam-se como serviços complexos, onde vários fatores contribuintes podem gerar a ocorrência de eventos / incidentes relacionados à assistência em saúde (FELDMAN; BORROMOL, 2014).

O Programa de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP), categorizando dez classes de informações relativas à segurança do paciente, com intuito de favorecer a aprendizagem e melhorar a segurança nos diversos sistemas de atendimento (WHO, 2009).

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS define que evento / incidente representa um prejuízo que acomete ou envolve o paciente sem gerar dano, quando este resultar em dano por comprometimento de estruturas ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo (físico, social ou psicológico) denomina-se eventos adversos (EAs) (WHO, 2009; BRASIL 2014). O EA é o prejuízo que resulta em dano não intencional decorrente da assistência e não relacionado à evolução natural da doença de base do paciente (WHO, 2009; BRASIL 2014). No que tange a magnitude do dano, podem-se ser classificados em sem dano, dano leve, moderado, grave e óbito (WHO, 2009).

Nos últimos quinze anos vários estudos têm sido realizados em diversos países sobre os EAs. Em nove hospitais públicos pesquisados em Portugal foram analisados 4.225 prontuários oriundos de cerca de 180 mil internações ocorridas em 2013, em 1.029 prontuários foram identificados um ou mais EAs. A incidência de EAs foi de 12,5% (SOUSA, *et al.*, 2018).

Em 2018 na Irlanda realizou-se estudo retrospectivo dos EAs em 1.874 prontuários selecionados na rede pública hospitalar, a cada 100 admissões verificam-se 12,2% EAs. Há indícios que a falta de conscientização sobre a importância da notificação dos EAs, associada ao medo de represálias e a ausência de educação continuada nas instituições, incentive a subnotificação (RAFTER, 2017).

Na Inglaterra em 2017 houve 23.991.193 internações, em 64% admissões não ocorreu registro de EAs, EAs múltiplos foram registrados em 22,7% admissões, 15% dos admitidos ocorreram mais de 2 eventos adversos (REI, *et al.* 2017). Os resultados dos estudos sobre EAs tem sido representativos e significativo quando comparados a estudos internacionais (4% a 17%) (PAIVA, 2017).

No Brasil a prevalência de eventos adversos relacionados à assistência à saúde tem sido pouco investigada, mas são de notificação obrigatória pela equipe de saúde desde junho de 2014 e devem ser registradas no Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária (NOTIVISA), sob a responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (ANVISA, 2014).

Diante das informações e reflexões apresentadas, nossa pergunta de pesquisa é: Qual a prevalência de eventos adversos (EAs) notificados em uma instituição de saúde hospitalar?

O objetivo deste estudo é identificar os EAs relacionados à assistência aos pacientes internados no ano de 2016, em um hospital localizado na Grande Florianópolis.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, descritivo, retrospectivo, do tipo transversal, envolvendo de eventos adversos notificados em um hospital geral da rede privada.

Para definição do cenário de estudo levou-se em consideração ser um hospital que desenvolve estratégias de melhoria da qualidade e possui uma comissão de gerenciamento de riscos. A instituição de saúde se localiza na Grande Florianópolis, possui 30 leitos para atendimento de pacientes adultos, sendo

especializada em Clínica Médica e Cirúrgica de Alta Complexidade, conta também com uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com oito leitos.

Definiu-se que evento/incidente é algo (substância, objeto ou sistema para produzir mudança) que aconteceu com um paciente e lhe diz respeito, não acarretando lesões prolongadas ou aumento no tempo de internação. Já o evento adverso (EAs) é algo (substância, objeto ou sistema para produzir mudança) que acometeu ao paciente de forma indesejável, prejudicial, danosa, não proposital, que comprometeu a segurança do paciente, entretanto, pode ou não, se configurar falha do profissional ou da equipe envolvida no atendimento. O EAs tem desfecho de lesões mensuráveis, maior tempo de internação e/ou óbito (WHO, 2009).

O período do estudo foi de janeiro a dezembro de 2016. Com a definição do recorte temporal do estudo, os dados foram coletados nas Fichas de Notificação de Incidente/Evento Adverso, preenchidas manualmente e arquivadas na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar disponíveis entre abril e maio de 2017. Foram também verificados nos prontuários dos pacientes internados em 2016 subnotificações de eventos/incidentes, assim como EAs não notificadas pela equipe de saúde (ANVISA 2014; 2016).

Em 2016 ocorreram 3.078 internações na instituição hospitalar. Foram notificados 1.064 eventos / incidentes. Neste total foram notificados 228 EAs que geraram danos e envolveram pacientes.

A amostra do estudo resultou em 1.064 eventos / incidentes, sendo 228 EAs.

As variáveis coletadas foram:

- Natureza do evento / incidente relacionado à medicação/fluidos; endovenosa (EV);
- Evento adverso relacionado à fluidoterapia (dose errada, medicamento errado, não administrado, reação adversa ao medicamento (RAM));
- Natureza do evento / incidente relacionado a lesões de pele adquirida na instituição, infecção hospitalar; lesões de pele anteriores à internação;
- Evento adverso relacionado a lesões de pressão (LPP): LPP estágio 1, LPP estágio 2, lesão por fricção, Flictena, *Skin Tears*, dermatite de contato, LPP estágio 3, LPP estágio 4; LPP não classificável; LPP tissular profunda.
- Evento adverso relacionado à identificação do paciente; sondas e drenos; flebites; nutrição; queda; outros.

Em seguida os dados foram colocados em uma planilha do programa *Excel XP@ 2007*, procedendo-se o cruzamento dos dados com os locais de coletas, descartando-se duplicidade de informações.

Após o procedimento, utilizou-se o programa *Epi Info 3.5.1* do *Centers for Disease Control* e os dados foram analisados com estatística descritiva (frequência e percentagem).

Os resultados estão apresentados em 3 (três) tabelas, com valores absolutos e percentuais, conforme a estatística descritiva do tipo frequência absoluta e relativa e discutidas com a literatura atualizada sobre o tema do estudo.

O desenvolvimento do estudo atende às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética de Ética do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina sob Parecer de nº 1.984.693 em 27 de março de 2017.

## RESULTADOS

Em 2016 foram internados 3.078 pacientes na instituição hospitalar do estudo. Ocorreu à notificação de 1.064 eventos / incidentes, uma média de 2,9 eventos / incidentes para cada paciente internado no período.

Quanto aos EAs as pesquisadoras encontraram 228 EAs, constata-se que 67(29%) não infringiram danos permanentes e/ou aumentaram o tempo de permanência dos pacientes no hospital. Já 161(71%) EAs infringiram danos, permanentes e/ou aumentaram o tempo de permanência dos pacientes no hospital.

Dos 161 EAs notificados, 126(78%) foram danos leves, 26(16%) foram moderados e 9(6%) foram danos graves.

Entre os eventos/incidentes, prevalecem aqueles relacionados à medicação/fluidos endovenosos (EV).

Ao considerarmos especificamente os EAs, houve predomínio das lesões de pele adquirida, seguida por Infecção Hospitalar, lesões de pele prévia à internação e os erros relacionados à medicação.

Os eventos/incidentes e/ou EAs menos prevalentes foram aqueles relacionados a quedas e a outros. Tabela 1.

Dos 161 EAs notificados, 126(78%) foram danos leves, 26(16%) foram moderados e 9(6%) foram danos graves.

Cada classe de eventos apresenta um detalhamento, ou seja, a identificação do tipo de EAs. Quanto ao detalhamento da classe relacionada à medicação/fluidos EV são considerados os processos de dispensação, diluição, administração e monitoramento de medicamentos.

**Tabela 1.** Distribuição dos eventos / incidentes e EAs identificados no hospital, quanto à natureza. Grande Florianópolis/SC, 2016.

Natureza Variáveis	Eventos Adversos n= 161	
	n	%
Lesões de Pele Adquirida na Instituição	44	27,3
Infecção Hospitalar	34	20
Lesões de Pele Anteriores a Instituição	33	21,1
Medicação/ Fluidos Endovenosos (EV)	20	12,4
Identificação do Paciente		
Sondas e Drenos	15	9,3
Flebite	10	6,2
Nutrição	5	3,1
Queda	2	1,2
Outros	3	1,8
Total	161	100

**Fonte:** Dados coletados nas Fichas de Notificação de Eventos. Março e Abril/2017.

A tabela 2 apresenta a distribuição dos eventos relacionados à medicação/Fluidos EV considerando também a gravidade do dano.

**Tabela 2.** Distribuição dos EAs segundo detalhamento. Grande Florianópolis/SC, 2016.

		n	%
		(59)	(100)
Fluidoterapia	Seguimento		
Dose errada	sem dano	31	52,6
Medicamento errado	sem dano	3	5
	Leve	15	25,4
Não administrado	sem dano	5	8,5
	Leve	4	6,8
RAM	Moderado	1	1,7

**Fonte:** Dados coletados nas Fichas de Notificação de Eventos. Março e Abril/2017.

Abreviação na tabela: Reação Adversa à Medicação (RAM).

Quanto ao detalhamento da classe de lesão de pele adquirida na instituição, a tabela 3 evidencia a distribuição dos eventos de lesões de pele adquiridas, bem como a gravidade do dano é possível observar como característica a presença de danos considerados leves em detrimento ao moderado e grave.

**Tabela 3:** Distribuição dos EAs, segundo detalhamento. Grande Florianópolis/SC, 2016.

		N	%
		(44)	(100)
Lesões de Pele	Seguimento		
Adquiridas			
LPP categoria 1	Leve	15	34
LPP categoria 2	Leve	9	20
Flictena	Leve	10	23
Lesão por Fricção	Leve	3	7
<i>Skin Tears</i>	Leve	2	5
Dermatite de contato	Leve	2	5
LPP categoria 3	Moderado	2	5
LPP categoria 4	Grave	1	2
LPP não classificável	Grave		
LPP tissular profunda	Grave		

**Fonte:** Dados coletados nos prontuários. Março e Abril/2017.

**Abreviação na tabela:** Lesão de Pele por Pressão (LPP).

No detalhamento da categoria lesão de pele anterior a instituição (internação) foram 33(20%) dos EAs ocorridos naquele ano. Destes 25(76%) EAs resultaram em dano leve e 8(24%) como dano moderado.

Relacionado ainda ao detalhamento da lesão de pele, a maior prevalência foi da Lesão de Pele por Pressão (LPP) categoria 1 com 15 casos, seguidos de LPP categoria 2 com 9 casos, LPP categoria 3 com 2 casos e com menor prevalência

a dermatite de contato com 2(3%) caso. Houve 1(3%) caso notificado na categoria LPP categoria 4, quando ocorre grave lesão ao paciente.

Na categoria das Infecções Hospitalares, predominam às relacionadas ao sítio cirúrgico com 18(53%) casos, pneumonias com 10(29%) casos e com uma menor prevalência as infecções do trato urinário com 4(12%) casos e sepse com 2(6%) casos. Considerando a gravidade do dano, prevalece o dano leve constituindo 14(41%) casos de EAs, seguidos pelo moderado com 13(38%) casos e grave com 7(21%) casos.

Considerando o número de cirurgias realizadas durante o ano e o número de prevalência de infecção, tem-se a taxa de infecção em cirurgias limpas de 0,32 (7/2135x100), em cirurgias potencialmente contaminadas de 1,34 (9/667x100) e nas contaminadas uma taxa de 1,86 (2/107x100). No que se refere à gravidade do dano, evidenciou-se que nas infecções de sítio cirúrgico houve o predomínio do dano moderado em 11(61%) casos, seguidos pelo dano grave com 6(33%) casos e 1(6%) caso de dano leve.

Nas infecções do trato respiratório, há uma maior prevalência de pneumonia nosocomial não relacionada à ventilação mecânica (VM) com 6 casos e apenas 1 caso de pneumonia relacionada a VM, totalizando 7(70%) casos de pneumonias adquiridas na instituição. As pneumonias comunitárias totalizam 3(30%) casos. Na análise da gravidade do dano das pneumonias tem-se 9(90%) casos com danos leves e 1(10%) caso apresentou-se como dano moderado.

Analisando a prevalência nas infecções de trato urinário, a mais frequente foi não relacionada à sonda vesical de demora com 3(75%) casos e 1(25%) caso associado ao uso do dispositivo vesical. Quanto à gravidade destes EAs todos foram classificados como dano leve.

Ocorreram duas infecções por sepse no ano, sendo uma clínica com dano moderado e uma laboratorial secundária a corrente sanguínea com dano grave. As infecções hospitalares resultam de agravamento da condição clínica do paciente, exige aumento no tempo de internação, reinternação ou reoperação nos casos de próteses. Esta categoria recebe a maior prevalência de danos moderados atribuídos em 13(50%) dos 26 casos, e graves com 7(78%) dos nove casos identificados no ano com este tipo de dano.

Os EAs relacionados à identificação do paciente ocupam o quinto lugar em prevalência entre o quantitativo geral e o segundo mais prevalente entre os eventos sem danos. Dois detalhamentos foram elencados: o registro em prontuário errado com 13(62%) casos e falha no protocolo de segurança por pulseira de identificação com dados errados com 8(38%) casos. Não foi atribuída gravidade do dano aos eventos desta natureza.

Considerando os EAs com sondas e drenos, foram observados 15(7%) casos no ano. Destes 13(87%) casos com dano leve e 2(13%) com dano moderado. Considerando o detalhamento desta natureza, a maior incidência foi de retiradas não programadas (acidentais) do dispositivo de Sonda Nasoenteral (SNE) pelo paciente com 7(47%) casos, seguido de retirada por obstrução de SNE com 3(20%) casos.

As retiradas não programadas de Sonda Nasogástrica (SNG), de gastrostomia e de acesso venoso profundo respectivamente obtiveram menor prevalência. Foi evidenciado um caso de problemas com o balão da sonda vesical de demora, sendo o incidente classificado como dano moderado.

Os incidentes com flebites foram exclusivamente compostos por EAs com dano leve, representando 10(4%) casos dos 161 EAs. A instituição adota o sistema de detalhamento das flebites, segundo a escala de *Maddox*, portanto 6(60%) casos foram de intensidade 1 e 4(40%) casos com intensidade 2 (BITTENCOURT *et al.*, 2018).

Quanto à ocorrência de eventos relacionados à Nutrição, foi possível observar que houve 2(40%) casos de dieta via oral não prescrita e 3(60%) casos de dieta enteral não administrada. Não houve registros de EAs desta natureza.

Quanto aos eventos e eventos adversos relacionados à queda, foi observada uma menor prevalência e quanto à gravidade não houve diferença quanto ao tipo de dano causado (leve) ou sem dano (50%). Três incidentes ocorreram por queda da própria altura e um no banheiro.

A categoria “outros”, predominantemente atingiu pacientes cirúrgicos, sendo uma lesão de mucosa oral após extubação, fratura de pododáctilos após transferência de maca e neuropraxia de nervo radial, com causa indefinida identificada em pós-operatório imediato. Atribuíram-se danos graves para neuropraxia e os demais foram danos leves.

## DISCUSSÃO

No Brasil o Ministério da Saúde, através do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) atua na validação de protocolos, guias e manuais que consolida a segurança do paciente durante atendimento nas diferentes áreas, como: infecções relacionadas à assistência à saúde; procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; processos de identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2013) Cabe também ao CIPNSP recomendar estudos e pesquisas relacionados à segurança do paciente e avaliar o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). (BRASIL, 2013).

O EA deve ser notificado à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no sistema de notificações (NOTIVISA), que é um sistema informatizado acessado por profissionais, instituições e indivíduos, que podem notificar problemas relacionados ao uso de tecnologias, de processos assistenciais, produtos para a saúde, incidentes e EA (SIMAN *et al.*, 2017).

Entre 2007 e 2011, um estudo realizado a partir de dados epidemiológicos encontrados em uma revisão da literatura e encomendado pela OMS, destaca que ocorreram aproximadamente 421 milhões de internações no mundo, a cada ano do recorte temporal estima-se aproximadamente 42,7 milhões de EAs relacionados à assistência à saúde. Pelo menos dois terços dos EAs ocorreram em países de média e baixa renda (MAIA *et al.*, 2018).

Estudos estimam que os eventos incidam em pacientes hospitalizados impactando sobre o tempo de permanência e a mortalidade (BRASIL, 2014; MAIA *et al.*, 2018). Os serviços terciários de saúde apresentam resultados e discutem ideias sobre os eventos / incidentes dentro do âmbito hospitalar, em particular a caracterização do dano, tornando-os EA acometidos ao paciente (ROQUE *et al.*, 2016; FIGUEIREDO, 2018).

A ocorrência dos EAs não significa, necessariamente, a presença de erro, estes podem ser passíveis do processo assistencial concomitantemente ao quadro clínico ou / e pela tomada de decisão do paciente. Porém, destaca-se que a maioria dos incidentes que atingem os pacientes pode ser classificada como evitável. Isto enfatiza o fator prevenível desses eventos, por meio da adoção de estratégias de saúde para segurança do paciente.

A frequência de eventos evitáveis pode, contudo, não apenas gerar em dano ao paciente, mas convergir em problemas à Instituição e à equipe de saúde com aspectos éticos e legais relacionados (ROCHA *et al* 2016; GÖTTEMS *et al*, 2016).

Em Londres, investigou-se 23.991.193 internações no sistema Medicare entre 2009 e 2011. Em 15.359.436(64%) das internações não foram notificados evento / incidente. Já em 5.446.000(22,7%) das internações foram notificados evento / incidente e em 3.118.855(13%) pacientes sofreram um ou mais EAs (REI, 2017). A incidência de EAs ainda é um grande desafio para os serviços de saúde, principalmente no nível terciário da atenção à saúde. Os resultados do estudo mostram que a ocorrência de eventos afetou 2,5% dos pacientes internados, constatando uma taxa de subnotificação quando confrontados com estudo em outros países desenvolvidos, que revela uma média de eventos adversos de 3-17% de pacientes hospitalizados (WHO, 2009; REI, 2017).

A análise dos dados apresentados, ações gerenciais que possam dirimir subnotificações, planos de ações educativas são implantadas enfatizando a cultura da segurança, a prevenção e a notificação. A liderança é importante ferramenta para implantação da cultura de notificar, incentivar a abordagem sistêmica, buscar falhas e corrigi-las em equipe (REI, 2017).

No nosso estudo o tipo de EAs gerado mais prevalente foi o leve, no entanto ainda assim, deve haver constante preocupação em diminuir as estatísticas de ocorrência, a fim de qualificar o trabalho em saúde e evitar prejuízos aos pacientes. Ressalta-se, a evolução possível para dano de maior grau se não forem adotadas medidas que minimizem o problema (BRASIL, 2014; ANVISA, 2015).

Em 2003, uma pesquisa retrospectiva realizada em três hospitais na cidade do Rio de Janeiro, os pesquisadores analisaram 1.103 registros selecionados aleatoriamente, 7,6% foram os EAs encontrados e 8,5% foi à taxa de mortalidade nos referidos hospitais MAIA *et al.*, 2018).

O dano grave constitui um dano de maior impacto, mas sua incidência foi menor, corroborando as confirmações científicas de outros estudos (PARANAGUÁ *et al.* 2013; MATTOS *et al.*, 2015). A verdade é que no escopo da segurança do paciente, não deve haver danos, sejam eles leves, moderados ou graves.

Nos países europeus, outras variáveis também são preocupantes. Na Inglaterra, estudo realizado entre 2005 e 2009 no *Stafford Hospital*, chama a atenção quanto ao quantitativo e qualidade da equipe de enfermagem. O Reino Unido tem optado pela austeridade econômica, diminuindo o número de enfermeiros e contratando maior número de auxiliares de enfermagem. O *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) desenvolveu vários estudos sobre revisões em enfermarias de adultos, constatando maior número de EAs com elevado desfecho de morte (GRIFFITHS, *et al.* 2018).

Estudo realizado em hospitais da Finlândia constata que a alta carga de trabalho influencia na ocorrência de EAs e mortalidade do paciente. Os pesquisadores sugerem a relação próxima da enfermagem e o paciente, aliando a supervisão para constatar-se a ocorrência de EAs, eliminando-se o controle e a punição (FAGERSTRÖM *et al.* 2018).

Países como a Austrália, Canadá, Estados Unidos da América e Reino Unido possuem ótimo sistema de notificação com preenchimento eletrônico (SIMAN *et al.*, 2017).

No estudo realizado em um hospital universitário na Zona da Mata Mineira, localizado no estado de Minas Gerais, está implantado o sistema de notificação de evento / incidente. Alguns aspectos são enfatizados para melhoria da notificação, como formulário claro, com informações específicas e com preenchimento rápido. Itens como a orientação profissional que todo profissional da área da saúde é notificador e o anonimato dos notificantes. Os pesquisadores verificam que é vantajosa a qualidade dos relatos quando são realizados eletronicamente, não apresentam rasuras e aumenta o interesse em notificar (SIMAN *et al.*, 2017).

Em Portugal no ano de 2013, ocorreram 180.000 mil internações. Estudo realizado em 4.250 prontuários selecionados aleatoriamente em dezessete hospitais portugueses, identificou-se 12,5% de EAs nos prontuários. Dos 39% EAs foram infecções hospitalares, 26,7% procedimentos cirúrgicos e 9,8% medicamentos. Os pesquisadores destacam o impacto casuístico e clínico, econômico e social dos EAS, assim como a necessidade de estratégias racionais para a melhoria da qualidade e segurança. A adoção de medidas básicas como o uso de feixes para inserção e manutenção de cateteres venosos centrais e urinários, higienização das mãos, *checklist* cirúrgico e medicamentoso, influenciam em grande parte na segurança do paciente (SOUSA *et al*, 2018). Os incidentes envolvendo medicamentos se constituem, de acordo com os achados na realidade deste estudo, por fragilidades no decurso multiprofissional de aquisição, manipulação, administração e monitoramento do processo medicamentoso. Os envolvidos são coparticipes na prevenção de erros que porventura possam acometer o paciente. Os eventos adversos relacionados a medicamentos são os que mais atingem pacientes hospitalizados (ANVISA, 2016; RAFTER, 2017).

Sobre o dano leve, o paciente tem consequência sintomática, perda de função ou dano mínimo a intermédio de curta duração, com ou sem intervenção mínima necessária. O dano moderado já necessita de intervenção para a consequência resulta com aumento de estadia, danos permanentes ou de longa duração e/ ou perda das funções. O grave se faz de modo sintomático, requerendo intervenção para manter a vida, ou grande intervenção médico/cirúrgica, grandes danos permanentes ou em longo prazo, perda da função ou encurtamento da esperança de vida. E por fim o óbito, classificação autoexplicativa onde a probabilidade do óbito foi causada ou adiantada pelo incidente indesejável (WHO, 2009).

No estudo realizado em Portugal em 2013 foram identificados 12,5% de EAs, 67,4% não resultou em qualquer perda funcional ou incapacidade, e foram resolvidos durante o período intra-hospitalar. Uma proporção pequena, mas significativa de pacientes morreu ou experimentou uma incapacidade permanente (SOUSA *et al.*, 2018).

Estudo realizado em Unidade de Terapia Intensiva em Rio Branco no estado do Acre aponta que o risco de óbito em pacientes que sofreram EA não infecciosos não se deve ao número de eventos que o mesmo sofreu, mas, sim, à gravidade do paciente e à presença de comorbidades (GADELHA *et al*, 2018).

As lesões de pele representam um problema de grande magnitude para os pacientes hospitalizados, uma vez que contribuem para o aumento da permanência e risco de desenvolver outras complicações, gerando maior dano aos pacientes. A enfermagem possui a atribuição de cuidar de forma científica, seguindo boas práticas, ao que compete a prevenção e tratamento de lesões de pele, tanto na esfera assistencial quanto de promoção de saúde. O reforço de medidas preventivas e de baixo custo não se restringe apenas a mudanças de decúbito, integridade do lençol que recobre a cama, dentre outros, mas de estratégias e equipe especializada e multidisciplinar na abordagem do paciente internado (FONSECA, 2014).

Observa-se, na realidade deste estudo, que as adversidades no processo perioperatório não aparecem com prevalência de erros e acidentes, o que requer atenção à prática da segurança cirúrgica. Isto diz respeito à educação para a saúde, na manutenção de equipes cirúrgicas seguras.

O volume de atendimento de pacientes no campo deste estudo teve predomínio de internações de pacientes para cirurgias limpas (69%), eletivas, com tempo médio de internação inferior a 2 dias. É reduzida a demanda de pacientes de internação prolongada e da densidade de incidência de uso de dispositivos

invasivos. Foi possível analisar que a taxa de infecção anual foi de 1,10%. Isso reafirma a ação da instituição em contribuir na execução de melhorias da aplicabilidade dos processos, para redução deste indicador, pela baixa ocorrência (COSTA *et al.*, 2016).

O Gerenciamento de Risco fundamenta-se em atividades de identificação e caracterização de perigos e causas, bem como o grau dos riscos desses perigos e organização de medidas de redução dos equívocos e avaliação posterior da eficiência e eficácia de medidas realizadas. A segurança no desenvolvimento do processo de trabalho assistencial de saúde requer ultrapassar desafios, como a realização de pesquisa inter-relacionada clínica e epidemiológica na instituição de estudo. E, nesta perspectiva, os protocolos clínicos estruturados com base em evidências científicas fortalecem a prática do cuidado atenta, qualitativa e de resolutividade de casos. O Gerenciamento de Risco necessita dar atenção ao ambiente de trabalho da equipe de enfermagem, promovendo bem-estar aos trabalhadores e segurança aos pacientes (LAKE *et al.*, 2019).

Esta realidade advém do compartilhamento multiprofissional do conhecimento e das competências específicas e também da constatação de problemas prevalentes. Este estudo traz a termo que os eventos / incidentes e EAs que emergiram não demonstram somente erros causados por imperícia e/ou negligência dos profissionais. Mas os equívocos de informação, na deficiência de aquisição do conhecimento, na gestão de materiais em qualidade e quantidade necessária à demanda assistencial. Compreendem desta maneira, falhas na execução e no planejamento (LORENZINI *et al.*, 2014).

Prescrições podem ser exaustivas em quantidade, o conveniente é estabelecer prioridades, prestação do cuidador, anotação da evolução e notificação dos EAs. Treinamento metodológico que enfatizem a necessidade da notificação dos EAs, o trâmite da notificação e as ações desenvolvidas posteriormente, reforçam a importância da equipe de saúde de despertar para a notificação, utilizando pensamento crítico para o alcance da qualidade do cuidado e da segurança do paciente (GONZÁLEZ, 2018).

Importante ressaltar que uma atenção à saúde de qualidade requer a participação ativa das pessoas que recebem a assistência e de todos os profissionais envolvidos na atividade do cuidado. Os pacientes e famílias precisam participar das decisões sobre o tratamento, compreender sua situação para auxiliar na prevenção e redução de erros.

A pesquisa teve como limitações a subnotificação de eventos que pode interferir na diminuição da frequência de registros de casos menor do que o observado<sup>(24)</sup>. Um dos obstáculos da notificação pode ser a necessidade de se colocar o nome do notificador ao preencher a notificação. Quando unificamos critérios, definições e o trânsito das notificações, a atividade tende a garantir a qualidade do preenchimento, a aprendizagem através dos erros e a segurança do paciente (LOBOS *et al.*, 2016).

A partir da análise das fichas de notificação constata-se que alguns EAs haviam sido devidamente registrados no prontuário, no entanto sem gerar uma notificação para a Instituição. Esta limitação é inerente aos estudos retrospectivos de prontuários e pode ter subestimado a incidência de pacientes com EAs no recorte temporal selecionado. Há necessidade de investimento em grupos de investigação multidisciplinar (auditória) que envolvam também acadêmicos, com a finalidade de investigar, avaliar impactos e propor intervenções a partir de evidências científicas das EAs (LOBOS *et al.*, 2016; JENSEN *et al.*, 2019).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria das notificações de EAs desse estudo se relaciona a medicamentos, por ser esta uma prática predominante nos estabelecimentos de saúde de alta complexidade ou de nível terciário de atenção à saúde, prejuízos que podem ser facilmente evitáveis. Infere-se que ocorram subnotificações dos EAs que afetam os pacientes internados na instituição.

Destaque para a necessidade de estímulo à cultura de segurança, pela necessidade de compreensão por parte dos profissionais acerca das definições de eventos / incidentes e eventos adversos, além da necessidade de notificação do agravo.

A cultura de segurança do paciente no que diz respeito às notificações, ainda é denotada em grande parte pelo caráter do erro e da punição. Não há avaliação de forma plena do processo, gerando subnotificação pelo profissional ou equipe de saúde, que acredita apenas no *feedback* punitivo e não em uma estratégia de melhoria da qualidade dos processos de trabalhos na assistência ao paciente.

Na instituição investigada, as fichas de notificação são preenchidas manualmente, o método eletrônico de preenchimento das fichas de notificação tende a fornecer informação imediata, controle da gravidade do dano, elaboração e aplicação de protocolos de segurança ao paciente.

A captação de recursos materiais e humanos para a prevenção de agravos e promoção da segurança do paciente nas instituições de saúde contribuirá no controle das ocorrências e assim no planejamento de medidas preventivas.

Estudos posteriores podem ser indicados, como o papel do enfermeiro no monitoramento diário de EAs, a vigilância de causas e danos gerados, definir com a equipe de saúde estratégias para reduzir a incidência. Envolver a equipe de saúde, estudantes e familiares a desenvolverem e adotarem medidas que melhorem a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.

Sugere-se novo estudo afim de verificar os eventos adversos atualmente na instituição pesquisada como forma de identificar a evolução dos processos de notificação. Desta forma, um novo estudo seria interessante afim de verificar os eventos adversos atualmente na instituição pesquisada como forma de identificar a evolução dos processos de notificação. Da mesma forma a identificação das notificações de eventos adversos na referida instituição possibilita identificar avanços e/ou fragilidades na qualidade da assistência prestada aos pacientes no momento atual.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. **Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. Brasília: ANVISA, 2014. Disponível em:  
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo-Medicamentos.pdf> Acesso: 14 mar. 2017.

ANVISA. Segurança do paciente. **Notificar**. Brasília: ANVISA, 2014. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/notificacoes> Acesso em: 02 jan. 2017.

ANVISA. Notificações em Vigilância Sanitária. **Notivisa**. Brasília: ANVISA, 2014. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/notivisa> Acesso em: 02 jan. 2017.

ANVISA. **Avaliação dos indicadores nacionais das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência microbiana do ano de 2015**. Boletim de segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 14.

Brasília: ANVISA, 2016. Disponível em:  
<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/boletim-de-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-13-avaliacao-dos-indicadores-nacionais-das-infeccoes-relacionadas-a-assistencia-a-saude-iras-e-resistencia-microbiana-do-ano-de-2015>

AZEVEDO, Francino. *et al.*, Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 256-62, 2013. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/en\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/en_09.pdf) Acesso em: 09 jun. 2017.

BITENCOURT, Elessandra. S. *et al.* Prevalence of phlebitis related to the use of peripheral intravenous devices in children. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 1, e49361, 2018. Disponível em:  
[https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49361/pdf\\_en](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49361/pdf_en) Acesso em: 10 nov. 2018.

BRANCO FILHO, J. R. C. B. Segurança do paciente no cenário mundial e no Brasil: uma breve revisão histórica. *In*: FONSECA, Ariadne da Silva; PETERLINE, Fábio Luiz; COSTA, Daniela Akemi; (org). **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari Livraria e Editora; 2014. 1-10 pp.

BRASIL. Presidência da República. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 02 abr. 2013, Seção 1, p.43-44 Publicado em 12/04/2013. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html) Acesso: 26 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente**. [Internet]. 2014. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf) Acesso: 24 maio 2018.

FONSECA, Ariadne da Silva; PETERLINE, Fábio Luiz; COSTA, Daniele Akemi; (org). **Segurança do Paciente**. 1. ed. São Paulo: Martinari Livraria e Editora, 2014. p.191-204.

COSTA, Eliana. A. M.; *et al.*; Incidência de eventos adversos cirúrgicos em hospital dia. **Revista Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 40, n. Supl. 1, p. 154-67, 2016.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Adverse events and safety in nursing care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 1, pp. 136-46, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/en\\_0034-7167-reben-68-01-0144.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/en_0034-7167-reben-68-01-0144.pdf) Acesso em: 20 out. 2016.

FELDMAN, Liliane Bauer; BOHOMOL, Elena. Disclosure - um evento adverso ocorreu! O que fazer. *In*: FONSECA, Ariadne da Silva; PETERLINE, Fábio Luiz; COSTA, Daniele Akemi; (org). **Segurança do Paciente**. 1. ed. São Paulo: Martinari Livraria e Editora, 2014.

FIGUEIREDO, Mirela. L. *et al.* Analysis of incidents notified in a general hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 111-9, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/0034-7167-reben-71-01-0111.pdf> Acesso em: 10 nov. 2018.

FONSECA, Ariadne da Silva. Teoria do Erro: Erro e os profissionais de saúde. *In*: FONSECA, Ariadne da Silva; PETERLINE, Fábio Luiz; COSTA, Daniele Akemi; org. (organizadoras). **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari Livraria e Editora; 2014.

FAGERSTRÖN, Lisbeth; *et al.*, Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observation study from Filand. **BMJ Open**, Londres, v. 8, n. 4, e016367, Abr 2018. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/4/e016367.full.pdf> Acesso em: 06 maio 2017.

GADELHA, Gilcelene. *et al.* Risk factors for death in patients with non-infectious adverse events. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3001, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/0104-1169-rlae-26-e3001.pdf> Acesso em: 23 fev. 2019.

GONZÁLEZ-SAMARTINO, Maribel. *et al.* Precisión y exhaustividad del registro de eventos adversos mediante una terminología de interfase. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, e03306, 2018. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reeusp/v52/0080-6234-reeusp-S1980-220X2017011203306.pdf> Acesso em: 10 ago. 2019.

GÖTTEMS, Leila. *et al.* A study of cases reported as incidents in a public hospital from 2011 to 2014. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 861-7, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/0080-6234-reeusp-50-05-0863.pdf> Acesso em: 10 nov. 2018.

GRIFFITHS, Peter. *et al.* Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. **BMJ Quality Safety**, Londres, v. 28, n. 8, p. 609-17, 2018. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/28/8/609>. Acesso: 14 mar. 2019.

JENSEN, Elisabeth. *et al.* Social robots, robotic assistants, and home health monitoring devices: a gerontological research perspective. **Research in Gerontologica Nursing**, Nova Jersey, v. 12, n. 4, p. 163-6, 2019.

LAKE, Eileen. *et al.* A meta-analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and 4 sets of outcomes. **Medical Care**, Massachusetts, v. 57, n. 5, p. 353-6, Maio 2019. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005650-201905000-00006> Acesso em: 10 ago. 2019.

LOBOS, L. O.; FEBRÈ, N. Prevalence of adverse events in a hemodialysis unit. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, e18237, 2016. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v24/0717-9553-cienf-24-7.pdf> Acesso em: 10 maio 2017.

LORENZINI, E.; SANTIB, J. A. R.; BÃO, A. C. P. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 121-7, Jun. 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/44370/29941> Acesso em: 10 ago. 2017.

MAIA, Christiane. S.; *et al.*; Registry of adverse events related to health care that results in deaths in Brazil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 3, e2017320, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n2/en\\_2237-9622-ress-27-02-e2017320.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n2/en_2237-9622-ress-27-02-e2017320.pdf)

MATTOS, Rachel. M *et al.* Educação em saúde aos trabalhadores de enfermagem e acompanhantes sobre prevenção e tratamento de lesões de pele em dois hospitais de Petrolina-PE. **Interfaces Revista de Extensão UFMG**, Minas Gerais, v. 3, n. 1, p. 22-32, jul/dez, 2015. Disponível em: <https://www.ufmg.br/proex/revistainterfaces/index.php/IREXT/article/view/44/pdf> Acesso em: 06 maio 2017.

PAIVA, Sofia Guerra. **Eventos adversos nos hospitais portugueses Avaliação da potencial associação com os diagnósticos de admissão e procedimentos realizados**. Orientador: Paulo Sousa. 2017. 146 f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2017.

PARANAGUÁ, Thatianny. *et al.* Prevalence of no harm incidentes and adverse events in a surgical clinic. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 256-62.2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/YbFxpNPzY4HvCZDQvHrZbCrK/?format=pdf&lang=en> Acesso em: 28 abr. 2018.

RAFTER, Natasha. *et al.* The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals—a retrospective record review study. **BMJ Qual Saf.**, London v. 26, n. 2, p. 111-9, Fev 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5284341/> Acesso em: 30 abr. 2018

REI, Alice. *et al.* Investigating adverse event free admissions in medicare inpatients as a patient safety indicator. **Ann. Surg.**, Philadelphia, v. 265, n. 5, p. 910-5, Maio 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27192350> Acesso em: 30 abr. 2018.

ROCHA, Franciele. *et al.* Tipos e causas de erros no processo de medicação na prática assistencial da equipe de Enfermagem. **Revista Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 17, n. 1, 76-86, Jan/Jun 2016. Disponível em: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/viewFile/358/325> Acesso em 10 abr. 2016. Acesso em: 12 mar. 2017 .

ROQUE, Keroulay *et al.* Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, pp. e00081815, Out 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n10/1678-4464-csp-32-10-e00081815.pdf> Acesso em: 20 nov. 2016.

SIMAN, Andreia. *et al.* The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, e 03243, Out 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-51-e03243.pdf> Acesso em: 28 abr. 2018.

SOUSA, Paulo. *et al.* Patient and hospital characteristics that influence incidence of adverse events in acute public hospitals in Portugal: a retrospective cohort study. **Int J Qual Health Care**, Oxford, v. 30, n. 2, p. 137, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5890867/> Acesso em: 30 abr. 2018.

WEGNER, Willian.; PEDRO, Eva. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, pp. 427-34, Maio/Abr 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/a02v20n3.pdf> Acesso em: 20 out. 2016.

WHO. **Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente**. Ginebra: WHO, 2009. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf) Acceso en: 10 dez. 2016.

**Recebido em:** 21-08-2019

**Aceito em:** 06-12-2024