

## ANÁLISE DO PERFIL DOS EVENTOS ADVERSOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Ana Jessyka Nascimento<sup>1</sup>  
Thais Ferreira Barros<sup>2</sup>  
Mona Lisa Menezes Bruno<sup>3</sup>

### INTRODUÇÃO

Profissionais de saúde lidam diariamente com questões que envolvem a segurança do paciente nos serviços hospitalares. Nos últimos tempos, o assunto tem se tornado tendência mundial, sendo a mídia responsável por versar mais a respeito deste assunto, principalmente, porque os erros que põem em xeque a segurança do paciente, em sua grande maioria, podem ser evitados.

Os eventos adversos (EAs) podem ser entendidos como incidentes não intencionais, porém preveníveis, que ocorrem durante a intervenção assistencial e que resultam em danos ao cliente, podendo gerar um comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou algum efeito nocivo, como doença, lesão, incapacidade, ou morte, podendo este ser de caráter físico, social e/ou psicológico (CARNEIRO et al., 2011).

Os EAs também trazem prejuízos financeiros relacionados ao tratamento e tempo de permanência do paciente. Um estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos na Atenção (IBEAS) mostrou que 10,5 % dos pacientes hospitalizados sofrem algum tipo de EA, e destes, 58,9% poderiam ter sido evitados (BRASIL, 2013).

No cenário brasileiro, as discussões sobre a temática puderam ser observadas no início de 2002, quando foi criada a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que tem a participação voluntária e possui a finalidade de notificar eventos adversos e queixas técnicas referentes à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância (OLIVEIRA et al., 2014).

Através da experiência vivenciada pela criação de Rede Brasileira de Hospitais Sentinela em 2002, em 2013 foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que foi instituído através da Portaria nº 529/13, do Ministério da Saúde e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013, que regulamenta e viabiliza as ações para a segurança do paciente nos atendimentos de saúde. Assim, tanto a Rede como a Portaria impulsionaram a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde através da execução do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), ações essas que foram pensadas e criadas exatamente para apoiar e oferecer subsídios para o desenvolvimento de serviços hospitalares com um maior grau de segurança para seus pacientes (BRASIL, 2013; BRASIL, 2010).

Quando se faz uma análise da assistência à saúde prestada nos hospitais brasileiros, percebe-se que os erros e suas consequências são consideravelmente maiores, devido à

---

Este resumo expandido é resultado de um projeto de pesquisa.

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, autora principal, [jessykanascimento12@gmail.com](mailto:jessykanascimento12@gmail.com);

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, coautora, [thais.ferreira.b@gmail.com](mailto:thais.ferreira.b@gmail.com);

<sup>3</sup> Enfermeira orientadora: Mestre, Chefe do setor gestão da qualidade e vigilância em saúde HUWC, [monalisa\\_bruno@hotmail.com](mailto:monalisa_bruno@hotmail.com).

precariedade dos serviços prestados, à falta de dimensionamento adequado de pessoal, à carga horária excessiva e à má remuneração dos profissionais (OLIVEIRA, 2014).

Nesse contexto, a segurança do paciente tornou-se um assunto de importância, com ênfase nos EAs. Com isso os profissionais de enfermagem devem adotar no seu cuidado evidências científicas e seguir as diretrizes presentes na literatura, buscando assim uma minimização na ocorrência de EAs.

Nessa perspectiva, os problemas da pesquisa giram em torno da ocorrência dos EAs e das atitudes que os profissionais assumem para minimizar sua ocorrência, assim como suas atitudes posteriores frente a um EA.

Diante do cenário que permeia a segurança do paciente, em especial a ocorrência dos EAs, o estudo permitirá conhecer o perfil insitucional, portanto será uma forma de fortalecimento para a melhoria da prática. E acredita-se que esta pesquisa contribuirá para a investigação de fatores de risco, fontes e causas dos eventos adversos, auxiliando assim, na implantação de medidas mais efetivas no que se refere a melhoria na qualidade da assistência. Com as considerações apresentadas, este estudo tem como objetivo caracterizar os eventos adversos ocorridos em um Hospital Universitário de Fortaleza.

## **METODOLOGIA (OU MATERIAIS E MÉTODOS)**

Foi realizada uma pesquisa do tipo documental, retrospectiva, descritiva, com uma abordagem quantitativa.

O estudo foi constituído pelos EAs registrados nos documentos da Gerência de Risco de um Hospital Universitário de Fortaleza, assim como nos registros arquivados no sistema vigihosp que ocorreram entre maio a agosto de 2016.

Crítérios de exclusão: fichas ilegíveis, incorretas ou incoerentes ao assunto, fichas de notificação fora do período da pesquisa.

Crítérios de inclusão: notificações enviadas no período de maio a agosto de 2016, notificações enviadas por profissionais de saúde.

O registro desses eventos é voluntário e realizado pelas diversas categorias dos profissionais de saúde, com a finalidade de notificar o evento para a Gerência de Riscos.

Para a coleta das informações das notificações, foi criado um instrumento de coleta com a intenção de captar as principais informações de cada notificação.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro a maio de 2019, após a aprovação do comitê de ética e pesquisa, a partir da leitura sistemática dos registros das notificações encaminhadas a Gerência de Riscos do hospital, assim como nos registros online do vigihosp, extraindo registros que evidenciavam a ocorrência de um EA.

Os dados coletados foram inseridos em planilha no programa Microsoft Office ExcelR 2007 e analisados e organizados no StatisticalPackage for the Social Sciencesversion (SPSS) – Statisticsversion 20. Os resultados serão organizados em forma de estatísticas descritivas e inferenciais apresentados em tabelas e gráficos que possibilitaram a comparação entre os dados expostos, objetivando uma visão ampla sobre o perfil dos eventos adversos ocorridos no Hospital Universitário.

## **DESENVOLVIMENTO**

A ocorrência de incidentes que comprometem a segurança do paciente configura-se em desafio premente em todas as instituições que prestam serviços de assistência à saúde. O incidente pode ser sem dano ou com dano.

O tema segurança do paciente vem sendo cada vez mais enfatizado dentro das instituições e entre os profissionais de saúde, na busca incessante na qualidade da assistência prestada e a ocorrência do menor número possível de incidentes evitáveis.

A notificação dos eventos é relevante para a segurança do paciente, pois a uma maneira dos profissionais relatarem os incidentes e/ou eventos adversos em saúde. A análise das notificações permite a aprendizagem organizacional, possibilitando que as causas sejam identificadas e evitadas, a partir da revisão e melhoria dos processos assistenciais (FURINI et al., 2019).

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).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste estudo foram analisadas 45 notificações, ocorridas entre os meses de maio a agosto de 2016, em um hospital universitário.

Quanto ao local de ocorrência os incidentes notificados, estes foram mais frequentes nas unidades das clínicas médicas que representaram 18 (40%) das notificações, seguido pelas clínicas cirúrgicas 10 (22,22%) dos casos, depois UTIs com 7 (15,55%), logo após centro cirúrgico 6 (13,33%), depois recepção pré-anestésica com 3 (6,66%) e por último, outros com 1 (2,22%).

O incidente de maior prevalência observado neste estudo foi a flebite 11 (24,44%) dos casos, seguida de queda 10 (22,22 %) do total de incidentes. Logo após, cirurgia, infecções relacionadas à assistência de saúde e lesões de pele, cada uma destas representando 6 (13,33%) das notificações. Depois, terapia nutricional, com 5 (11,11%) dos casos, e por último, identificação do paciente com 1 (2,22%).

Na análise dos incidentes notificados em relação ao sexo, observou-se que não houve diferença relevante na distribuição entre mulheres 23 (51,11%) e homens 22 (48,88%), corroborando com o estudo realizado por Merino et al. (2011) na Espanha, que também não encontrou essa diferença significativa entre os sexos.

No presente estudo a presença de incidentes notificados predominou em pacientes entre a faixa etária de 20 a 59 anos (52,94%), enquanto os pacientes de 60 anos ou mais representaram (35,30%) dos incidentes notificados, e a faixa etária de 0 a 09 anos representou (11,76%) dos casos. Tais dados diferem dos encontrados em outra pesquisa, onde a prevalência foi em pacientes com idade superior a 62 anos (MERINO et al, 2011).

Quanto a quem realizou as notificações, destacam-se os enfermeiros que foram responsáveis por 36 (80%) das notificações, seguidos pela equipe médica 6 (13,33%) e depois outros profissionais 3 (6,66%) dos casos notificados. Esses resultados são bem parecidos com os de um estudo realizado por Furini (2019), que em outro hospital identificou que os enfermeiros também foram os profissionais que mais notificaram 76,6%. 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.

Um incidente pode ser sem dano, com dano (ou evento adverso) ou potencial evento adverso (near miss) (CAPUCHO, 2019). Neste estudo 25 (55,55%) dos casos, foram classificados como incidente sem dano. 16 (35,55%) foram classificados como incidente com dano e 4 (8,88%) dos casos foram classificados como potencial evento adverso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo contribui na produção de conhecimento acerca de tema amplamente discutido no espectro mundial, a Segurança do Paciente. Diante da análise dos incidentes notificados, sugere-se que as instituições de saúde trabalhem em busca de uma assistência sem riscos para o paciente, a partir do qual começa o planejamento de ações para a promoção da Segurança do Paciente. Para tanto, faz-se necessário o envolvimento da direção e de todos os profissionais dos diferentes níveis operacionais.

Os enfermeiros destacaram-se como os principais responsáveis por notificar os incidentes, deduzindo que a responsabilidade pela segurança do paciente não é compartilhada igualmente por todas as equipes. Vale destacar que a notificação dos incidentes não é de responsabilidade apenas dos enfermeiros, a notificação dos fatos indesejáveis deve ocorrer por qualquer um da equipe multiprofissional. Evidenciou-se a escassez de notificações por médicos, sendo apenas 13,33% dos incidentes registrados no período, valor este muito baixo diante do papel que exerce este profissional na terapêutica do paciente.

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 às 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.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente; Eventos adversos; Incidentes; Notificação de risco; Assistência de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. 1ª edição. Brasília, DF, 2013. Disponível em: [http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1Assistencia_Segura.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Estratégias para segurança do paciente em hospitais e clínicas. Brasília (DF); 2010. Disponível em: [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br).

CAPUCHO, Helaine Carneiro. Near miss: quase erro ou potencial evento adverso?. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1272-1273, Oct. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000500027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500027&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500027>.

CARNEIRO, Fernanda Salerno. et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; 19(2):204-11. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a21.pdf>.

FURINI, Aline Cristina Andrade; NUNES, Altacílio Aparecido; DALLORA, Maria Eulália Lessa do Valle. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180317, 2019. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200419&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200419&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 July 2019. Epub Apr 29, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>.

Merino P, Álvarez J, Martín MC, Alonso, Gutiérrez S. Adverse events in Spanish intensive care units: the SYREC study. Int J Qual Health Care. 2011;24 (2):105-13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22190588>.

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, Mar. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 July 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.