

## A SUBNOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A ASSISTÊNCIA A SAÚDE

### UNDERREPORTING OF ADVERSE EVENTS RELATED TO HEALTH CARE

Doriane Gonçalves de Sá <sup>1</sup>

#### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A segurança do paciente deve ser mantida durante todo o período de acompanhamento do caso e tal problemática está diretamente relacionada à qualidade na assistência em saúde. As EA consistem em danos ao paciente não relacionados à evolução natural da doença, e precisam ser notificados, apreciados, controlados e resolvidos, pois a abordagem da segurança do paciente está em contínua expansão. **OBJETIVO:** discutir a subnotificação de EA e as principais causas relacionadas a tal ocultação. **METODOLOGIA:** O presente estudo caracteriza-se por ser uma revisão integrativa da Literatura científica que irá abordar as falhas de notificação de Eventos Adversos em ambiente hospitalar, focando e caracterizando os principais fatores casuais associados esta ocultação. As bases de dados científicas utilizadas para pesquisa foram: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e o *Pubmed* com buscas datados nos últimos 7 anos (2015 a 2022). Foi dada maior atenção para estudos que envolvesse seres humanos, em português e que tratassem do tema subnotificação dos EA. Foram excluídos estudos de revisão ou que no resumo percebe fuga do objeto do presente estudo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os EA existem em grande escala em ambientes de saúde e a subnotificação foi vista um dos principais problemas relacionados, se tornando um agravante para a segurança do paciente. A falta de recursos físicos e humanos, problemas de gestão, medo causado por relações hierárquicas foram citados como os principais problemas dentro deste contexto.

**PALAVRAS-CHAVE:** Eventos Adversos, Notificação, Segurança do Paciente.

#### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Patient safety must be maintained throughout the case follow-up period and this problem is directly related to the quality of health care. AEs consist of damage to the patient that is not related to the natural evolution of the disease, and need to be reported, appreciated, controlled and resolved, as the approach to patient safety is in continuous expansion. **OBJECTIVE:** to discuss AE underreporting and the main causes related to such concealment. **METHODOLOGY:** This study is characterized by being an integrative review of the scientific literature that will address the reporting failures of Adverse Events in the hospital environment, focusing on and characterizing the main casual factors associated with this concealment. The scientific databases used for research were: Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Pubmed with searches dated in the last 7 years (2015 to 2022). More attention was given to studies involving human beings, in Portuguese and that dealt with the underreporting of AEs. Review studies or those that in the summary perceive an escape from the object of the present study were excluded. **FINAL CONSIDERATIONS:** AEs exist on a large scale in health environments and underreporting was seen as one of the main related problems, becoming an aggravating factor for patient safety. The lack of physical and human resources, management problems, fear caused by hierarchical relationships were cited as the main problems within this context.

**KEYWORDS:** Adverse Events, Notification, Patient Safety.

<sup>1</sup> Mestranda em Ciências da Saúde Coletiva pela ACU – Absolute Christian University. Especialização em Especialização em Enfermagem em Emergência pela Universidade Castelo Branco, UCB Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas, UFAL. **E-mail:** dorianegoncalves@hotmail.com. **Currículo Lattes:** lattes.cnpq.br/0507907096830215

## INTRODUÇÃO

Eventos Adversos (EA) associados à assistência à saúde consistem em incidentes com potencial para causar lesão ou dano ao paciente durante a intervenção assistencial, podendo ser um erro, iatrogenia ou negligência, portanto, não intencional. Sendo assim a EA se torna a incapacidade de realizar uma ação planejada conforme pretendida ou a aplicação incorreta de um plano proposto (FEREZIN et al, 2017; ANVISA, 2013).

A organização mundial de saúde (OMS) define a segurança do paciente como fenômeno de plena necessidade para redução a um mínimo aceitável de danos desnecessários, ou seja, eventos adversos. A falta de segurança do paciente está associada a iatrogênicas refletindo na qualidade de vida do paciente, sua família e seu contexto social, impactando no SUS, nos recursos financeiros e nas organizações hospitalares (SILVA et al, 2016).

Os EA que mais repercutem na segurança dos pacientes as Infecções Relacionadas à Assistência de Enfermagem (IRAS), os eventos adversos relacionados à medicação, a administração ou dose errôneas, erros de diagnóstico, falhas na comunicação profissional, troca na realização de procedimentos principalmente invasivos (lateralidade) e retenção de corpos estranhos. Neste contexto, percebe-se que mostrando que os enfermeiros e médicos são os profissionais que mais realizam ações assistenciais no âmbito hospitalar e isso requer cautela e seguimento de normas (ANVISA, 2013; SILVA et al, 2016).

Como notado, a segurança do paciente deve ser mantida durante toda a evolução do seu caso e este fenômeno está ligada a qualidade na assistência em saúde. Visto como danos ao paciente não relacionados à evolução natural da doença, a os EA precisam ser notificados, apreciados, controlados e resolvidos, pois a abordagem da segurança do paciente está em contínua expansão, e a qualidade da assistência está atrelada à identificação de tais EA. Fragilidades sistêmicas devem

ser reconhecidas, pois a prática da notificação está respaldada na legislação brasileira e garante melhor assistência a saúde (BRASIL, 2016; DULTRA et al., 2017).

Frente ao exposto, o objetivo do presente estudo foi discutir a subnotificação de EA e as principais causas relacionadas a tal ocultação de dados tão valiosos. O objetivo foi alcançado por meio de uma revisão da literatura. A pergunta norteadora foi: quais fatores estão associados a subnotificação de EA.

## OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi discutir a subnotificação de EA e as principais causas relacionadas a tal ocultação

## METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se por ser uma revisão integrativa da Literatura científica que irá abordar as falhas de notificação de Eventos Adversos em ambiente hospitalar, focando e caracterizando os principais fatores casuais associados esta ocultação. De acordo com Matias-Pereira (2019), a metodologia deve necessariamente fornecer o detalhamento da pesquisa, mostrar claramente o caminho percorrido pelo autor até chegar aos objetivos propostos, pois é a lógica do procedimento científico.

As bases de dados científicas utilizadas para pesquisa foram: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e o Pubmed com buscas datados nos últimos 7 anos (2015 a 2022). Foi dada maior atenção para estudos que envolvesse seres humanos, em português e que tratassem do tema subnotificação dos EA. Foram excluídos estudos de revisão ou que no resumo percebe fuga do objeto do presente estudo.

Os descritores utilizados nos mecanismos de busca, em português, foram: “Eventos Adversos”, “Notificação”, “Segurança do Paciente”. Os mesmos descritores foram utilizados em inglês para o Pubmed.

Na sessão resultados e discussões se pode perceber os achados da busca.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Scielo, quando utilizados os três descritores associados encontrou-se 22 estudos. Posteriormente foram lidos os títulos e resumos para fazer uma triagem inicial e, assim, excluí-se 12 estudos, em seguidos foram instituídos os critérios de elegibilidade para seleção dos estudos. No PubMed, utilizando os mesmos descritores em associação (em inglês), localizou-se e selecionou-se 3 estudos. Após serem utilizados os critérios de exclusão e inclusão foram selecionados 7 estudos que compuseram os resultados da presente pesquisa.

A segurança do paciente está ligada às melhorias para a qualidade na assistência em saúde. As EA são danos ao paciente não relacionados à evolução natural da doença, o que demonstra a importância do controle de agravos frene à recuperação do paciente. A abordagem da segurança do paciente está em contínua expansão, visto que a qualidade da assistência está atrelada à identificação de EA, com o foco de detecção para controle e não na punição pessoal, haja vista que erros (DULTRA et al., 2017).

As fragilidades e falhas sistêmicas devem ser reconhecidas, pois gera segurança, visto que a prática da notificação está respaldada na legislação brasileira, a qual solicita detalhamento das características do EA por meio da ferramenta eletrônica NOTIVISA (BRASIL, 2016; DULTRA et al., 2017).

Torna-se importante avaliar a taxa de prevalência de EA caracterizada pelo predomínio dos casos com pequeno grau de gravidade e alta evidência para a evitabilidade. No estudo realizado por Nazáio et al. (2022), que consistiu em um estudo transversal com subsequente rastreamento de casos em pacientes críticos, empregando a metodologia do Canadian Adverse Events Study. A lesão por pressão foi o evento

mais prevalente de acordo com a análise e busca ativa e não notificado pela equipe.

É importante destacar que o estudo supracitado (NAZÁRIO et al., 2022) avaliou a prevalência de casos que não foram notificados com EA, ou seja, isso mostra que existe uma subnotificação ou negligência de tais casos, sugerindo que o problema é maior do que nós podemos observar.

Com auxílio de rastreadores, a busca ativa resultou em prevalência oito vezes maior quando comparada à notificação espontânea. Ou seja, além da relevância dos dados epidemiológicos, o estudo demonstra a importância deste método de análise, que se configura em um importante instrumento para o gerenciamento de ações em prol da segurança do paciente (NAZÁRIO et al. 2022).

O medo, insegurança ou vergonha também foi citado como um dos aspectos que podem gerar subnotificações por parte dos profissionais, ou seja, pode-se sugerir que existem falhas na postura institucional punitiva/falta de amparo. A precária cultura de segurança surge em situações quando não se promove o amparo dos profissionais ou quando a instituições não os vê como segundas vítimas do sistema. O medo citado nos estudos demonstra a qualidade da relação hierárquica entre e as fragilidades entre as lideranças e seus subordinados (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

Em outro estudo 70,1% dos profissionais relataram que alguns erros de medicação não são notificados por medo da reação dos enfermeiros responsáveis (ALVES; CARVALHO, 2019).

Santos, Júnior e Silva (2022) realizaram um estudo descritivo-qualitativo realizado com 31 profissionais da Unidade de Terapia Intensiva adulto, por meio de entrevista de caráter individual com posterior análise de conteúdo. Os resultados desta avaliação qualitativa demonstraram que a comunicação na equipe interprofissional é fundamental na desmistificação dos processos que envolvem a

notificação dos EA. A comunicação interprofissional categoria profissional e distanciando-se se dá entre as mesmas categorias profissionais, mas se distancia da interprofissionalidade.

A equipe reconheceu as fragilidades como os (des)conhecimentos de como comunicar EA e as melhorias que os processos bem estruturados promovem na Segurança do Paciente, sendo um fator positivo na segurança. Os autores sugerem a Educação Permanente como resposta e treinamentos, manutenção e formalização dos processos instituídos para melhoria do cuidado (SANTOS; JÚNIOR; SILVA, 2022).

A Literatura mostrou que um dos principais fatores dificultadores foi a falta de recursos materiais e humanos. Um estudo mostrou que enfermagem reclamaram do número insuficiente de profissionais de saúde. Este problema gera sobrecarga de atividades nos profissionais em vigência e implica em subnotificação, uma vez que esse registro não é percebido como prioritária frente aos cuidados diretos ao paciente (PAIVA et al., 2015).

A subnotificação esteve associada a má postura da liderança frente ao erro. Atitudes intimidadoras geram conflito e culminam na negligência dos casos ou resoluções incabíveis. Torna essencial, por parte das lideranças, atitudes inclusivas, de apoio e educadoras. Este ponto merece maior reflexão, uma vez que a ocultação das EA é algo reconhecido pela equipe de enfermagem, e tais profissionais reconhecem que o relato desses eventos é importantes e tem consequências (MASCARENHAS et al., 2019).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os EA existem em grande escala em ambientes de saúde e a subnotificação foi vista um dos principais problemas relacionados, se tornando um agravante para a segurança do paciente. A falta de recursos físicos e humanos, problemas de gestão, medo causado por

relações hierárquicas foram citados como os principais problemas dentro deste contexto.

Urge melhor caracterização de eventos adversos no intuito de se promover a implementação de estratégias gerenciais para a redução de incidentes, fortalecendo a cultura de segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

ALVES MD, CARVALHO DS, ALBUQUERQUE GS. **Barriers to patient safety incident reporting by Brazilian health professionals: an integrative review.** Cienc Saude Coletiva, v.24, n.8, p.2895-908, 2019.

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde.** 2013. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGUANC\\_A\\_DO\\_PACIENTE/modulo5.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGUANC_A_DO_PACIENTE/modulo5.pdf).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde.** Brasília (DF): ANVISA; 2016 [citado 2019 Set 20]. [Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente>» <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente>.

DUTRA, DD, DUARTE MC, ALBUQUERQUE KF ET al. **Adverse events in Intensive Care Units: bibliometric study.** J Res Fundam Care Online, v.9, n.3, p.669-75, 2017

FEREZIN, T. P. M., et al. **Análise da notificação de eventos adversos em hospitais acreditados.** Cogitare Enfermagem. v. 22, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/>

MASCARENHAS FA, ANDERS JC, GELBCKE FL et al. **Facilidade e dificuldade dos profissionais de saúde frente ao processo de notificação de eventos adversos.** Texto Contexto Enferm., v.28, e20180040, 2019.

NAZÁRIO, S. DA S. et al. **Caracterização de eventos adversos hospitalares: busca ativa versus notificação espontânea.** Cogitare Enfermagem, v. 27, n.2, 2022.

PAIVA MC, POPIM RC, MELLEIRO M. M. et al. **Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de**

**eventos adversos.** Rev Lat Am Enfermagem, v.22, n.5, p.747-54, 2014.

SANTOS, M. L. R. DOS.; CORREA JÚNIOR, A. J. S.; SILVA, M. V. S. DA. **Comunicação de eventos adversos e trabalho interprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: entre o ideal e o (não) realizado.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.26, p.22 26, 2022.

SILVA, A. T., et al. **“Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro”.** Saúde em Debate. v.40, n.111, p. 292–301, 2016. Disponível em: [ABSOLUTE REVIEW - V. 14. N. 01. MARÇO. 2023 - ISSN: 2674-662X](http://www.scielo.br/pdf/sdeb/SIMAN AG, CUNHA SG, BRITO MJ. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. Rev Esc Enferm USP, v.51, e03243, 2017.</a></p></div><div data-bbox=)