

A NOTIFICAÇÃO COMO IMPORTANTE RECURSO PRA EVITAR EVENTOS ADVERSOS EM SAÚDE

NOTIFICATION AS AN IMPORTANT RESOURCE TO AVOID ADVERSE HEALTH EVENTS

ISSN: 2674-662X. DOI: 10.29327/2334916.19.2-28

Doriane Gonçalves de Sá ¹

RESUMO

Os Eventos Adversos (EA) relacionados a assistência à saúde se tornaram um problema de saúde pública com potencial agravante reconhecido pela Organização Mundial de Saúde, uma vez que o cuidado em saúde deve ser seguro, efetivo, oportuno, eficiente e equitativo. 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. O objetivo do presente artigo é discutir a notificação como importante recurso pra evitar novos eventos adversos em saúde. Trata-se de uma revisão integrativa da Literatura científica que irá abordar a notificação de Eventos Adversos em ambiente hospitalar como forma de prevenção e manutenção da segurança do paciente. As bases de dados científicas utilizadas para pesquisa foram: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e o Pubmed com buscas datadas nos últimos 5 anos (2018 a 2023). A notificação de EA aumentou ao longo dos anos, e este dado não precisa necessariamente indicar o maior número de ocorrências, mas sim, um maior cuidado para com o registro. No pubmed utilizando a combinação dos 3 descritores obteve-se 183 resultados. Ao corrigir a característica temporal com busca no período dos últimos 5 anos (2018-2023) se obteve 53 resultados. Na Scielo, quando utilizados os três descritores associados encontrou-se 22 estudos. Ao final, sete estudos compuseram os resultados da presente pesquisa. Torna-se necessário registrar, gerir e coordenar a prática de notificação dos EA, pois os padrões de notificação podem gerar informações úteis quanto a percepção de risco ao paciente por parte dos profissionais de saúde. Os registros e a gestão destas informações se tornam importantes ferramentas de prevenção aos EA.

PALAVRAS-CHAVE: Adverse Events; Notification; Prevention.

ABSTRACT

The Adverse Events (AE) related to health care have become a public health problem with an aggravating potential recognized by the World Health Organization, since health care must be safe, effective, timely, efficient and equitable. The severity of AEs related to health care is of such magnitude and social impact that it has sensitized health systems around the world, triggering a wide mobilization of governmental and non-governmental bodies to control and prevent these occurrences, including Brazil. **Objective:** To discuss notification as an important resource to prevent new adverse health events. **Methodology:** This is an integrative review of the scientific literature that will address the reporting of Adverse Events in the hospital environment as a way of preventing and maintaining patient safety. The scientific databases used for research were: Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Pubmed with searches dated in the last 5 years (2018 to 2023). **Results:** AE notification has increased over the years, and this data does not necessarily need to indicate a greater number of occurrences, but rather greater care with the registration. In pubmed, using the combination of the 3 descriptors, 183 results were obtained. When correcting the temporal characteristic with a search in the period of the last 5 years (2018-2023), 53 results were obtained. In Scielo, when the three associated descriptors were used, 22 studies were found. In the end, seven studies composed the results of this research. **Final Thoughts:** It is necessary to register, manage and coordinate the AE reporting practice, as the reporting standards can generate useful information regarding the perception of risk to the patient by health professionals. The records and management of this information become important AE prevention tools.

KEYWORDS: Adverse Events; Notification; Prevention.

¹ 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

A assistência à saúde deve ser eficiente, segura e garantir um mínimo aceitável risco de falhas, reduzindo os danos evitáveis associados à assistência. A segurança ao paciente deve ser o foco, pois situações indesejáveis podem acarretar óbitos, morbidade, aumento do tempo de internação e prejuízos como a perda da dignidade, do respeito e o sofrimento psíquico (OMS, 2011; NPSF, 2015). Os estudos estimam que a ocorrência de eventos adversos (EA) em saúde afetem 4% a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos (SOUZA; MENDES, 2014; COUTO et al., 2016). Nos países em desenvolvimento o número pode ser maior, influenciado por fatores.

As infecções relacionadas à assistência de Enfermagem (IRAS) e os erros de medicação são os EA que mais repercutem na segurança dos pacientes. Outras falhas incluem: a administração ou dose errôneas, erros de diagnóstico, erros cirúrgicos, falhas na comunicação profissional, troca de procedimentos (lateralidade) e retenção de corpos estranhos. Os profissionais mais envolvidos nos casos são os que lidam diretamente com o paciente como enfermeiros, técnicos e médicos, ou seja, àquele envolvidos em ações assistenciais no âmbito hospitalar (ANVISA, 2013; SILVA et al, 2016).

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 (COUTO 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).

No tocante ao processo de notificação de EA, a resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 36, de 25 de julho de 2013, institui as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e estabelece a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em serviços de saúde. No mesmo ano foi publicada a RDC nº. 53, de 14 de novembro de 2013, que alterou o artigo 12 da RDC nº. 36/2013. Segundo esta alteração os serviços de saúde abrangidos pela norma têm o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para a estruturação dos NSP e elaboração do PSP e o prazo de 210 (duzentos e dez) dias para iniciar a notificação mensal dos eventos adversos.

A abordagem da segurança pode ser avaliada de diversas formas, portanto a qualidade da assistência também está atrelada à identificação de EA, com o foco de detecção para controle e não na punição pessoal, haja visto que é preciso aprender com erros e não criar uma cultura de punição. A notificação pretende garantir segurança do paciente e consequentemente melhor para a qualidade na assistência em saúde. As EA estiveram relacionadas à evolução natural da doença, o que pode alterar a evolução e à recuperação do paciente. (DULTRA et al., 2017).

Os EA relacionados a assistência à saúde se tornaram um problema de saúde pública, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011). Segundo o *Institute of Medicine* (2000), o cuidado em saúde deve seguro, efetivo, oportuno, eficiente e equitativo. Mesmo com tanto acesso à informação e campanhas para reduzir os EA, ao longo dos anos, os números não mostraram declínio, apesar da implementação estratégias recomendadas relacionada a notificação e análise do incidente como forma a

promover a aprendizagem pelo erro (SOUZA; MENDES, 2014).

Diante desta problemática e partindo da premissa que a notificação se torna importante para avaliar os casos e promover um processo pedagógico que evitem novos eventos, advoga-se a realização deste estudo para avaliar o efeito e importância dos EA quando notificados. Nestas perspectivas o objetivo deste estudo é discutir a notificação como importante recurso pra evitar novos eventos adversos em saúde. O objetivo foi alcançado por meio de uma revisão da literatura. A pergunta norteadora foi: A notificação de EA se torna um fator importante para sua prevenção?

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se por ser uma revisão integrativa da Literatura científica que irá abordar a notificação de Eventos Adversos em ambiente hospitalar como forma de prevenção e manutenção da segurança do paciente. 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 5 anos (2018 a 2023). Foi dado 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. Na sessão resultados e discussões se pode perceber os achados da busca.

Os descritores utilizados nos mecanismos de busca, em português, foram: “Eventos Adversos”, “Notificação”, “prevenção”, em português e Adverse Events, Notification, Prevention em inglês, para as buscas no *Pubmed*.

RESULTADOS

No *pubmed* utilizando a combinação dos 3 descritores obteve-se 183 resultados. Ao corrigir a característica temporal com busca no período dos últimos 5 anos (2018-2023) se obteve 53 resultados. 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 foram instituídos os outros critérios de elegibilidade para seleção dos estudos. Após serem utilizados os critérios de exclusão e inclusão foram selecionados 7 estudos que compuseram os resultados da presente pesquisa. A maioria dos estudos são estudos observacionais do tipo transversais.

A prevalência dos EA só pode ser observada por meio de dados secundários oriundo dos sistemas de notificação. Os estudos de Nazário et al. (2022) apresentaram dados de um estudo transversal com 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 o estudo mostrou falhas de notificação pela equipe.

A 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 e busca de informações. O mesmo estudo avaliou a prevalência de casos que não foram notificados com EA e estes dados reasentaram negligência por parte dos profissionais para com a importância do sistema de notificação (NAZÁRIO et al., 2022). Estas informações indicam que ainda existem barreiras para notificação dos EA, que o número pode ser muito maior do que o apresentado e que a cultura de punição pode estar atrelada a este fator.

Em um descritivo-qualitativo realizado com 31 profissionais da saúde atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto Santos, Júnior e Silva (2022) realizaram, por meio de entrevista de caráter individual, uma análise de conteúdo para entender a percepção destes profissionais quanto a notificação de EA. Os resultados demonstraram que a comunicação na equipe se tornou fundamental para desmistificação dos processos que envolvem a notificação e subnotificação. Ou seja, comunicação entre as diferentes categorias profissionais pode ser útil, mas na prática isto só ocorre entre trabalhadores das mesmas categorias profissionais, mas se distancia da interprofissionalidade.

Schaefer, Perkins e per (2022) buscaram caracterizar as notificações de pacientes resultantes de práticas inseguras de injeção por profissionais de saúde com a finalidade de sugerir ações recomendadas para prevenção e resposta. Neste estudo foram avaliados registros de eventos nos quais o teste de patógenos transmitidos pelo sangue ocorreu devido à exposição potencial a práticas inseguras de injeção por profissionais. As informações incluíram: estabelecimento(s) de assistência à saúde, tipo(s) de prática(s) insegura(s) de injeção, número de pacientes notificados, número de infecções associadas a surtos e se a evidência de transmissão pelo sangue motivou a notificação.

Os estudos supracitados exibiram que de 2012 a 2018 mais de 66.748 pacientes foram notificados para eventos envolvendo agulhas, injeções e administrações de fármacos, distribuídos em ocorrências que envolvem 38 eventos de notificação de pacientes. Dentre estes, vinte e cinco envolveram a reutilização de seringas e/ou agulhas na rotina de atendimento ao paciente e onze envolveram adulteração de medicamentos por um profissional de saúde. Durante a notificação, vários eventos (n=25) impulsionaram apenas a identificação de práticas inseguras de injeção, sem nenhuma documentação de possível infecção no momento da notificação. Infecções pelo vírus da hepatite B e/ou

vírus da hepatite C associadas a surtos foram documentadas em 11 dos eventos; 8 envolveram transmissão cruzada e 3 envolveram transmissão de provedor para paciente.

Ao longo dos anos ocorreram inúmeros casos de notificação quanto à potencial exposição a medicamentos ou equipamentos de injeção contaminados com sangue. Neste sentido, torna-se necessário que os gestores coordenem práticas seguras de injeção para prevenir novos eventos e que tais práticas utilizem estes dados disponíveis também na Literatura. (SCHAEFER; PERKINS; PERZ, 2022). Em outro estudo, que também envolveu avaliação de tais vias de administração de fármacos, exibiu 70,1% dos profissionais relataram que erros de medicação não são notificados por medo da reação dos enfermeiros responsáveis (ALVES; CARVALHO, 2019).

Tórre-perez et al. (2023) partiram da premissa que os sistemas de notificação de incidentes (IRs) são considerados promotores da cultura de segurança, assim, podem prevenir novos eventos. Os autores foram impulsionados pela retórica de que estes sistemas não têm sido contemplados para monitorar a percepção dos profissionais sobre os riscos relacionados à segurança do paciente. Assim, os autores buscaram caracterizar a evolução das notificações de incidentes em um hospital de referência de alta complexidade em Barcelona, afim de explorar a associação entre as características das notificações e a percepção do notificador sobre a gravidade e probabilidade de ocorrência dos incidentes.

No referido estudo, a principal unidade de análise foram as notificações notificadas. Os autores calcularam as razões de chances para estudar a associação entre o tipo de incidente, o momento do incidente, a categoria profissional do notificador, a gravidade do incidente notificado, probabilidade e risco calculado de incidentes. O registro mostrou um aumento anual e progressivo das notificações até 2018, com 6.379 eventos. Os registros incluíram dados como

quedas (21,22%), gestão médica e de procedimentos (18,91%) e Incidentes com medicamentos (15,49%). Os Farmacêuticos foram os notificadores mais frequentes. O estudo ratifica a importância de avaliar a ocorrência de notificação, pois os padrões de notificação podem informar a percepção de risco do paciente pelos profissionais e aumentar a conscientização sobre os equívocos em relação à segurança do paciente.

Com dados retrospectivos, Xelegati et al. (2019) citam 180 (16,9%) EA relacionados ao uso de equipamentos e materiais em um universo de notificação de 1.065 eventos. Dentre estes os eventos mais frequentes foram: perda de sonda de alimentação (45,0%), perda de cateter venoso central (15,5%). Em resposta a isto, as principais causas e ações imediatas registradas foram: perda da sonda de alimentação - retirada da sonda pelo paciente (53,1%) e reinserção do dispositivo (83,9%). Ou seja, nota-se que a notificação de ação imediata também contribui para a robustez da informação, bem como para o fortalecimento da prevenção.

Como visto, a notificação, a gestão destas informações e a investigação da ocorrência de eventos adversos relacionados ao uso de equipamentos e materiais na assistência pode prevenir e minimizar danos ao paciente (XELEGATI et al., 2019). Outros dados importantes também ratificam que os profissionais mais envolvidos nos casos de EA são os que lidam diretamente com o paciente em ambientes hospitalares, tais como enfermeiros, técnicos e médicos, ou seja, (ANVISA, 2013; SILVA et al, 2016). Sendo assim, cabe realizar um trabalho de gestão, educação e acompanhando destes profissionais que atuam na assistência hospitalar, no intuito de prevenir danos aos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se necessário registrar, gerir e coordenação a prática de notificação dos EA, pois os

padrões de notificação podem gerar informações úteis quanto a percepção de risco ao paciente por parte dos profissionais e aumentar a conscientização sobre os equívocos em relação à segurança do paciente.

A utilização de recursos em saúde é essencial para garantir uma boa assistência, mas também representa riscos quando tais recursos e os equipamentos são utilizados de forma inadequada, desrespeitando as recomendações técnicas, as manutenções preventivas e/ou especificações recomendadas. Identificar e gerir as informações relacionadas a EAs, bem como as causas, as ações tomadas e o grau de agravo gerado podem alertar os profissionais de saúde para a prevenção desse tipo de evento. O foco dos estudos também foi avaliar como ocorre o direcionamento dos programas de educação permanente nos serviços, minimizando danos aos pacientes e garantindo sua segurança.

Os EA existem em grande escala em ambientes de saúde e 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 sempre o incentivo a notificação e utilização destes dados no intuito de se promover a implementação de estratégias gerenciais para a redução de incidentes, fortalecendo a cultura de segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

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, 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>.

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/OSEGURANCA_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>.

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. Disponível em: <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/5x5i1j985c5jwscsp.pdf>.

DE LA TORRE-PÉREZ L, GRANÉS L, PRAT MARÍN, A. et al. A hospital incident reporting system (2016-2019): Learning from notifier's perception on incidents' risk, severity and frequency of adverse events. *J Healthc Qual Res*. 2023 Mar-Apr;38(2):93-104. doi: 10.1016/j.jhqr.2022.08.004. Epub 2022 Sep 21. PMID: 36151046.

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

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. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>.

National Patient Safety Foundation (US). *Free from harm: accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human*. Boston: NPSF; 2015. Available from: <https://www.aig.com/content/dam/aig/america-canada/us/documents/brochure/free-from-harm-final-report.pdf>.

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

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. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf>

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.

ROCCO C, RODRÍGUEZ AM, NOYA B. Elimination of punitive outcomes and criminalization of medical errors. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2022 Dec 1;35(6):728-732. doi: 10.1097/ACO.0000000000001197. Epub 2022 Oct 3. PMID: 36194145.

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.

SCHAEFER MK, PERKINS KM, PERZ JF. Patient Notification Events Due to Syringe Reuse and Mishandling of Injectable Medications by Health Care Personnel-United States, 2012-2018: Summary and Recommended Actions for Prevention and Response. *Mayo Clin Proc*. 2020 Feb;95(2):243-254.

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: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/>. Acesso em 04 fev. 2024.

SOUSA P, MENDES W, organizadores. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. v. 2.

TEIGNÉ D, MOURET D, LUCAS M. et al. Incidence des événements indésirables associés aux actes de soins et d'accompagnement en Ehpad: projet EHPAGE [Incidence of adverse events associated with technical care and support in French nursing homes: the EHPAGE project]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2019 Sep 1;17(3):243-253. Acesso em 04 fev. 2024. Acesso em 04 fev. 2024.

XELEGATI, R. et al. Eventos adversos relacionados ao uso de equipamentos e materiais na assistência de enfermagem a pacientes hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 53, p. e03503, 2019.