

## PERFIL DAS NOTIFICAÇÕES DOS EVENTOS ADVERSOS NO CEARÁ DE 2014 A 2019

Thais Ferreira Barros <sup>1</sup>  
Mayara Maria Alencar <sup>2</sup>  
Ana Jessyka Nascimento<sup>3</sup>  
Lívia Cintia Maia Ferreira <sup>4</sup>  
Carla Nayanna Alves Lima <sup>5</sup>

### RESUMO

Segurança do paciente é definida pela Organização Mundial da Saúde como “reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”. Desde 2014 as notificações desses eventos são obrigatórias no Brasil. Objetivou-se analisar a ocorrência de eventos adversos e suas características no estado do Ceará entre os anos de 2014 a 2019. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, documental e retrospectivo sobre os eventos adversos nos serviços de saúde do Ceará, ocorridos entre os anos de 2014 a 2019. Os dados foram coletados através do Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e as tabelas feitas através do Microsoft Excel®. Os resultados demonstraram que as falhas durante a assistência à saúde (20,2%) e as úlceras por pressão (19,2%) representam o maior número de eventos adversos notificados. Os incidentes ocorrem em sua maioria nos hospitais (97,2%) no período do dia (58,8%). Pode ser acarretado algum grau de dano ao paciente no acontecimento desses incidentes (56,2%). Óbitos relacionados aos eventos adversos aconteceram por falhas durante a assistência à saúde (53,3%), por quedas do paciente (11,1%) e por falhas durante o procedimento cirúrgico (4,4%). Concluiu-se que nos anos de 2014 a 2019 os eventos adversos ocorridos no estado têm o perfil de ocorrência de falhas durante à assistência nos hospitais durante o dia e que acarretam algum grau de dano ao paciente e que os óbitos que acontecem estão relacionados às falhas na assistência.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente, Eventos Adversos, Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

Alguns indicadores vêm sendo utilizados como forma de avaliar e monitorar a qualidade da assistência, dentre eles a taxa de eventos adversos (EA) que permitem aos profissionais de saúde perceber se os resultados organizacionais atendem as expectativas e necessidades dos clientes (LIMA *et al.*, 2015). A segurança do paciente é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal - UFC, [thais.ferreira.b@gmail.com](mailto:thais.ferreira.b@gmail.com);

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, [mayaraalencar76@gmail.com](mailto:mayaraalencar76@gmail.com);

<sup>3</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal - UFC, [jessykanascimento12@gmail.com](mailto:jessykanascimento12@gmail.com);

<sup>4</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal - UFC, [liviacintia@outlook.com](mailto:liviacintia@outlook.com);

<sup>5</sup> Orientador: Assistente Social. Pós-graduada em Serviço Social, Política Social e Seguridade Social - [carlanayanna@hotmail.com](mailto:carlanayanna@hotmail.com).

ao cuidado de saúde” e o EA como “incidente que resulta em dano ao paciente” (OMS, 2014, p. 7).

Estudos revelaram a ocorrência de cerca de 421 milhões de hospitalizações e 42,7 milhões de eventos adversos referentes ao cuidado em saúde. A estimativa é que dois terços destes aconteçam em países de média e baixa renda. Outros estudos revelam a associação de óbitos e EA em serviços de saúde (MAIA *et al.*, 2018).

Visto os inúmeros prejuízos causados aos clientes, percebe-se a importância da notificação por meio dos profissionais de enfermagem. É considerável que estes profissionais se conscientizem da implicação positiva na qualidade da assistência que se dá por meio da notificação. Esta permite a aprendizagem com o incidente cometido, detecção e monitoramento de futuros erros e auxílio na busca de soluções relativos à assistência. O sistema de notificação integra ações que objetivam conhecer, analisar e prever os riscos para ocorrência de EA com a finalidade de melhorar a segurança do paciente. Ainda que o sistema possua benefícios, muitos profissionais não o utilizam (ARAÚJO *et al.*, 2016).

Apesar de serem obrigatórios os registros de notificações sobre EA no Brasil desde junho de 2014 através do Sistema de Notificação para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) a sua incidência relacionada à assistência de saúde ainda é pouco investigada (MAIA *et al.*, 2018).

Discussões sobre a melhoria da segurança do paciente e redução de danos desnecessários vêm ganhando mais espaço enquanto ações são implementadas como a instituição do Plano de Segurança do Paciente baseado em quatro eixos fundamentais que são estimular a prática assistencial segura, envolvimento do cidadão, inclusão do tema no ensino e incremento de pesquisa no tema. A expansão da cultura de segurança em instituições é a vertente para alcançar um cuidado seguro e de qualidade para todos (DE BORBA NETTO E SEVERINO, 2016).

Diante do exposto, identificou-se a necessidade de fomentar a discussão sobre o tema de forma a mostrar a relevância da notificação pelos profissionais de saúde de modo a melhorar a qualidade da assistência. E objetivou-se analisar a ocorrência de eventos adversos e suas características no estado do Ceará entre os anos de 2014 a 2019.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, documental e retrospectivo com base nos dados, sobre notificações de eventos adversos no estado do Ceará, coletados por meio do

Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária - NOTIVISA, disponibilizado no sítio eletrônico <http://portal.anvisa.gov.br/notivisa>.

O período escolhido data da implantação do NOTIVISA, em 2014, até o ano atual a fim de se traçar um perfil das notificações dos últimos 5 anos. Para a construção do artigo foram utilizadas as variáveis: tipo de incidente, tipo de serviço, unidades hospitalares, número de óbitos, turno, grau de dano e *never events*.

A partir dos dados obtidos realizou-se uma análise dos registros, e em seguida traçou-se um perfil das notificações dos eventos adversos entre 2014 e 2019. As tabelas foram construídas por meio do programa Microsoft Excel®.

Por se tratar de um banco de dados secundários de domínio público, não foi necessário submeter o projeto à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

## **DESENVOLVIMENTO**

É reconhecida a utilidade dos sistemas de vigilância frente aos eventos graves. Com isso, é fundamental o empenho no gerenciamento dos dados de EA que causam mortes para ter respostas para as famílias ou ainda para promoção de melhorias nos serviços visando o cuidado seguro. Aspectos como o conhecimento através das notificações motivado pela promoção da cultura de segurança deve ser ferramenta fundamental para a vigilância sanitária (MAIA *et al.*, 2018).

O somatório de hospitais como principais notificadores, escassez de dados e baixa oportunidade de registro faz-se atentar para ações de vigilância junto aos serviços objetivando abordagens operantes e rápidas nos incidentes que levam a óbitos (MAIA *et al.*, 2018).

Conhecendo, estudando, gerenciando e controlando os fatores de risco dos EA fazem com que a equipe multidisciplinar possa implementar medidas preventivas além de tratamentos eficazes. As evidências científicas funcionam como estímulo e forma de conscientização para esses profissionais. Nessa pretensão ao cuidado excelente e de qualidade a prevenção dos eventos adversos é um dos maiores desafios e metas a se cumprir pelos profissionais da assistência (LIMA E BARBOSA, 2015).

É indispensável a mudança na abordagem aos profissionais frente aos episódios de EA, mudando a abordagem punitiva pela aprendizagem contínua. Um estudo realizado pelo autor, mostrou que a maioria dos profissionais de enfermagem de um hospital em Sergipe conceituou insatisfatoriamente o que é um EA, além de revelar que muitos não têm

compreensão dos erros e ainda há alguns pelos quais estes erros não são percebidos. Percebeu-se que profissionais demonstrando deficiência no conhecimento sobre o tema colaboraram para a percepção não favorável à cultura de segurança do paciente e uma necessidade de ações de educação continuada (ARAÚJO *et al.*, 2016).

A sobrecarga de trabalho somada a quantidade insuficiente de profissionais constitui uma das principais causas de incidentes ocorridos. A notificação é uma forma de comunicação simples e prática apesar de ainda ser negligenciada, mesmo existindo o conhecimento de uma importância pelos profissionais que optam pela subnotificação. A excelência do cuidado não chega por meio da busca e punição de culpados, mas prevenindo e analisando erros (ARAÚJO *et al.*, 2016).

A cultura de segurança nos hospitais, no Brasil, é recente, sendo imprescindível fazer um diagnóstico nas unidades e fortalecer a discussão do tema junto com profissionais e clientes. São fatores para a solidificação dessa cultura ser um ambiente de aprendizagem organizacional e ter as culturas de notificação e justiça. Nota-se, que a notificação é fator fundamental para a implantação da cultura de segurança. Os baixos índices de notificações sugerem que os profissionais tem medo de repreensão, punição, humilhação e mudanças organizacionais (DE BORBA NETTO E SEVERINO, 2016).

Assim, objetivando analisar a ocorrência de eventos adversos e suas características no estado do Ceará entre os anos de 2014 a 2019 (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

São de suma importância as anotações e os registros de enfermagem devendo ser valorizados pela mesma, já que são base da comunicação entre a equipe sobre intercorrências no processo de assistência. Os EA que ocorrem no Brasil além de frequentes podem ser em sua maioria evitados e geram danos para o paciente e para as organizações, mostram estudos (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Alguns setores compartilham que um número reduzido de profissionais se posiciona frente a um incidente, notificando apenas aos colegas de serviço e mesmo assim não expõem sua visão durante a condução do evento. A mecanização do cuidado justifica o exposto. A demonstração de falta de atitude e liderança fazem com que o julgamento crítico se perca. Há a necessidade de incentivo à tomada com objetivo de minimizar danos gerados (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

**Tabela 1.** Números de casos por tipo de incidentes.

<b>TIPOS DE INCIDENTE</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>%</b>
<b>Outro</b>	<b>2.289</b>	<b>26,88</b>
<b>Falhas durante a assistência à saúde</b>	<b>1.725</b>	<b>20,26</b>
<b>Úlcera por pressão</b>	<b>1.632</b>	<b>19,16</b>
<b>Falha na identificação do paciente</b>	<b>849</b>	<b>9,97</b>
<b>Queda do paciente</b>	<b>779</b>	<b>9,15</b>
<b>Falha na administração de dietas</b>	<b>666</b>	<b>7,82</b>
<b>Falhas nas atividades administrativas</b>	<b>213</b>	<b>2,50</b>
<b>Queimaduras</b>	<b>175</b>	<b>2,05</b>
<b>Falha na documentação</b>	<b>66</b>	<b>0,78</b>
<b>Falhas durante procedimento cirúrgico</b>	<b>51</b>	<b>0,60</b>
<b>Falhas ocorridas em laboratórios clínicos/patologia</b>	<b>44</b>	<b>0,52</b>
<b>Acidentes do paciente</b>	<b>18</b>	<b>0,21</b>
<b>Falhas no cuidado/ proteção do paciente</b>	<b>6</b>	<b>0,07</b>
<b>Falhas na administração de O2 ou gases medicinais</b>	<b>3</b>	<b>0,03</b>
<b>TOTAL</b>	<b>8.516</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária – NOTIVISA, 2014 a 2019.

A tabela 1 mostra o panorama geral do número de incidentes por tipo que foram notificados. A categoria outros possui 26,88% do total, sendo a maior delas. As falhas durante a assistência à saúde representam 20,26% e se somadas aos 19,16% das notificações que representam as úlceras por pressão exprimem a maior parte dos eventos adversos notificados no estado.

A falha na identificação do paciente aparece em quarto lugar com 9,97% das notificações. As quedas são 9,15%, às falhas na administração de dietas 7,82%, as falhas nas atividades administrativas 2,50%, seguidas das queimaduras que são 2,05%.

As falhas na documentação, falhas durante o procedimento cirúrgico, falhas ocorridas em laboratórios, acidentes do paciente, falhas no cuidado e proteção do paciente e falhas na administração de O2 ou gases medicinais somam os outros 2,21% dos eventos notificados.

**Tabela 2.** Número de incidentes por tipo de serviço.

TIPOS DE SERVIÇO	Nº INCIDENTES	%
Hospital	8.313	97,62
Outros	85	1,00
Serviços de hemodiálise	43	0,50
Clínicas	28	0,33
Ambulatórios	26	0,31
Radiologia	10	0,12
Serviço exclusivo de urgência e emergência	6	0,07
Laboratório de análises	4	0,04
Medicina nuclear	1	0,01
<b>TOTAL</b>	<b>8.516</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária – NOTIVISA, 2014 a 2019.

A tabela 2 apresenta-se a correlação entre o número de eventos adversos ocorridos e o tipo de serviço, revelando que a maioria, isto é 97,62% ocorrem nos hospitais, 1,00% representam a categoria outros e o restante, ou seja 1,38% indicam os incidentes ocorridos nos serviços de hemodiálise, clínicas, ambulatórios, radiologia, serviços exclusivos de urgência e emergência, laboratórios de análises e medicina nuclear.

**Tabela 3.** Número de incidentes por turno.

TURNO	INCIDENTES
Noite/madrugada (19 às 7h)	18,80%
Dia (7 às 19h)	58,80%
Não sabe informar	22,50%

Fonte: Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária – NOTIVISA, 2014 a 2019.

Na tabela 3 constatou-se que a maior parte (58,80%) aconteceram no período do dia de 7 horas da manhã às 19 horas da noite. Seguido dos casos onde o notificador não soube informar o horário do incidente 22,50% e por fim o horário da noite/madrugada de 19 horas da noite até 7 horas da manhã representando 18,80% das notificações.

**Tabela 4.** Número de incidentes por grau de dano.

GRAU DE DANO	Nº INCIDENTES	%
Nenhum	3.727	44,00
Leve	4.090	48,28
Moderado	541	6,39
Grave	113	1,33



**TOTAL** **8.471** **100**

Fonte: Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária – NOTIVISA, 2014 a 2019.

A tabela 4 aponta o grau de dano dos incidentes notificados, evidenciando que em 44,0% dos casos não houve nenhum dano ao cliente. Por outro lado 56,0% dos eventos acarretou algum tipo de dano ao paciente, sendo deste 48,28% danos leves, 6,39% danos moderados e 1,33% danos graves.

**Tabela 5.** Número de óbitos por tipo de incidente.

INCIDENTE	ÓBITOS	%
Falhas durante a assistência à saúde	24	53,3
Outro	12	26,7
Queda do paciente	5	11,1
Falhas no cuidado/ proteção do paciente	2	4,4
Falhas durante procedimento cirúrgico	2	4,4
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária – NOTIVISA, 2014 a 2019.

A tabela 5 traz informações sobre o número de óbitos por tipo de incidente, mostrando que 53,3% ou seja 24 de 45 mortes aconteceram por falhas durante a assistência à saúde. 26,7% na categoria outros, 11,1% por quedas do paciente, 4,4% por falhas no cuidado/ proteção do paciente, a mesma quantidade (4,4%) por falhas durante o procedimento cirúrgico.

**Tabela 6.** Número de incidentes por faixa etária.

FAIXA ETÁRIA	Nº INCIDENTES	%
Até 17 anos	1.926	22,6
18 a 55 anos	2820	33,1
56 a >85 anos	3.770	44,3
<b>TOTAL</b>	<b>8516</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária – NOTIVISA, 2014 a 2019.

A tabela 6 representa a quantidade de eventos por faixa etária no Ceará, mostrando que 44,3%, isto é, quase metade dos EA ocorrem em pacientes que estão entre 56 e mais de 85 anos de idade. O restante se dividindo entre 33,1% que ocorrem de 18 a 55 anos e mais 22,6% que acontecem nas crianças e jovens de 0 a 17 anos.

**Tabela 7.** Números de *never events* por tipo.

<b>NEVER EVENTS</b>	<b>QUANTIDADE</b>
<b>N3 - cirurgia no lado errado</b>	<b>70</b>
<b>N4 - cirurgia no paciente errado</b>	<b>16</b>
<b>N6 - retenção não intencional de corpo estranho em paciente após cirurgia</b>	<b>6</b>
<b>N9 - úlcera por pressão estágio III</b>	<b>5</b>
<b>N10 - úlcera por pressão estágio IV</b>	<b>2</b>
<b>N11 - óbito intraoperatório</b>	<b>1</b>
<b>N14 - suicídio ou tentativa dentro do serviço de saúde</b>	<b>1</b>
<b>N17 - óbito em parto de baixo risco</b>	<b>1</b>
<b>N19 - óbito por queimadura de qualquer fonte durante a assistência</b>	<b>1</b>

Fonte: Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária – NOTIVISA, 2014 a 2019.

A tabela 7 mostra os *never events* ocorridos no Estado por tipo e expõe que do total 70 deles são cirurgias que são realizadas no lado errado, 16 são cirurgias que acontecem no paciente errado, 6 são retenção não intencional de corpo estranho em pacientes após a cirurgia, 5 são úlceras por pressão em estágio III, 2 são úlceras por pressão em estágio IV, 1 é morte no intraoperatório, 1 suicídio ou tentativa dentro do serviço de saúde, 1 óbito em parto de baixo risco e 1 óbito por queimadura de qualquer fonte durante a assistência.

Estudos corroboram que há o predomínio de incidentes e eventos relacionados a procedimentos e processos clínicos, relacionadas a gravidade do paciente e à carga de trabalho (OLIVEIRA *et al.*, 2016)

No Brasil, nos primeiros anos de obrigatoriedade de notificação, os óbitos por eventos adversos representaram 0,6% sendo sua prevalência em adultos e idosos que encontravam-se internados na ocorrência. A principal causa dos incidentes foram as falhas durante a assistência, mesmo que estes provavelmente sejam subnotificados. Cerca de metade dos EA foram as falhas durante a assistência, mas como é um aspecto geral não permite que intervenções e melhorias sejam buscadas. Já as informações sobre óbitos que viriam a servir de complemento aos dados são escassos (MAIA *et al.*, 2018).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**



Concluiu-se com este trabalho que nos anos de 2014 a 2019 os eventos adversos ocorridos no estado do Ceará têm o perfil de ocorrência de falhas durante à assistência nos hospitais durante o dia e que acarretam algum grau de dano ao paciente e que os óbitos que acontecem estão relacionados às falhas na assistência. Apesar de recentes o sistema de notificação e a cultura de segurança do paciente já são bem presentes nas realidades dos hospitais do Ceará, e as notificações são de extrema importância para o fomento de dados que servem de base para implementação de ações e projetos que visam a segurança do paciente, a melhoria dos serviços e da assistência prestadas nos hospitais como um todo. Percebe-se que existem vários estudos em andamento sobre a temática, mas que ainda sim há uma lacuna no conhecimento dos profissionais em relação ao conceito de evento adverso e de como identificá-lo, o que constitui um desafio ao saber que o profissional de saúde é fundamental por ser o notificador dos incidentes.

Além disso, os dados e a literatura mostram que os profissionais ainda tem o medo como barreira em relação aos sistemas de notificação, ainda veem os eventos como erros e a busca dos sistemas de informação como uma busca por culpados que devem ser punidos. Isso tem que ser desmistificado de modo a se implantar uma cultura de segurança do paciente de forma integral, o que virá a beneficiar tanto a equipe de saúde como a assistência e os pacientes.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 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 em: 09 jul. 2019.

ARAUJO, Jamilly Santos et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para a sua notificação. *Cogitare Enfermagem*, Paraná, v. 21, n. 4, 2016. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45404>. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45404> >. Acesso em: 09 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Notificações em Vigilância Sanitária. Bem-vindo ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária. Disponível em: < <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm> >. Acesso em: 09 jul. 2019.

DE BORBA NETTO, Fernanda Colares; SEVERINO, Fernanda Gadelha. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 29, n. 3, p. 334-341, 2016. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.p334>. Disponível em: < <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5230> >. Acesso em: 09 jul. 2019.

LIMA, Camila Santos Pires; BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 222-228, maio 2015. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.6076>. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v23n2a13.pdf> >. Acesso em: 09 jul. 2019.

MAIA, Christiane Santiago et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 27, n. 2, p. 1-10, maio 2018. Instituto Evandro Chagas. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200004>. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222018000200308&script=sci\\_](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222018000200308&script=sci_) > Acesso em: 09 jul. 2019

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. Tomada de decisão de enfermeiros frente a incidentes relacionados à segurança do paciente. Cogitare Enfermagem, Paraná, v. 21, n. 3, 2016. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.45683>. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45683> > Acesso em: 09 jul. 2019.