

# EVENTOS ADVERSOS E QUEIXAS TÉCNICAS NOTIFICADOS A UM NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

## ADVERSE EVENTS AND TECHNICAL COMPLAINTS NOTIFIED TO A PATIENT SAFETY CORE

Maristela Anjos Ribas<sup>a\*</sup>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7414-9885>

Gilmara Araújo Chaves<sup>c\*\*\*</sup>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3722-8952>

Paulo Henrique Ribeiro Fernandes Almeida<sup>b\*\*</sup>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9369-0690>

Gisele Da Silveira Lemos<sup>d\*</sup>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8987-0245>

manjosribas@gmail.com, henriqueribeiro.farm@gmail.com, gilmarachaves@gmail.com, giselesilveiralemos@gmail.com  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia<sup>a</sup>, Universidade Federal de Minas Gerais<sup>b</sup>, Secretaria Municipal De Saúde De Jequié<sup>c</sup>

Data de Submissão :29/07/2019

Data de Aceite: 14/11/2019

### RESUMO

**Introdução:** As notificações de eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) são importantes ferramentas na garantia da qualidade assistencial. **Objetivo:** Avaliar as notificações de EA e QT realizadas ao núcleo de segurança do paciente (NSP) de um hospital público de ensino. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal, realizado em um hospital de ensino, referência regional para 26 municípios do Sudoeste da Bahia. Foram coletadas todas as notificações de EA e QT recebidas pelo NSP referentes aos anos 2016 e 2017. A tabulação e análise dos dados foi realizada com auxílio do software EpiData (3.1) e SPSS (25.0). Foi adotado um nível de significância estatística de  $p < 0.05$ . **Resultados:** Observou-se que 91,8% das notificações corresponderam a EA e 8,2% a QT. Pacientes do sexo masculino estiveram mais envolvidos em EA (60,8%). Dentre os EA, a lesão por pressão foi o mais notificado (38,2%). A Unidade de Terapia Intensiva e os profissionais de enfermagem foram a unidade e categoria profissional que mais notificaram (37,4 e 61,4%, respectivamente). O tempo gasto entre o incidente ou EA e a sua notificação estiveram estatisticamente associados ao tipo de EA e evolução do paciente. **Conclusão:** A avaliação das notificações encaminhadas ao NSP no período estudado reforçou a necessidade de se empreender medidas que melhorem a cultura e os cuidados referentes à segurança do paciente na instituição.

**Palavras-chave:** Notificação; segurança do paciente; Farmacovigilância.

### ABSTRACT

**Introduction:** Adverse events (AE) and technical complaints (TC) notifications are important tools to ensure quality in health care. **Objective:** Evaluate AE and TC notifications submitted to the Patient Security Center (PSC) of an educational public hospital. **Materials and methods:** Cross-sectional study, carried out in a teaching hospital, regional reference for 26 municipalities in the Southwest of Bahia. All the notifications of AE and TC received by the PSC for the years 2016 and 2017. The data were tabulated and analyzed using the software EpiData (3.1) and SPSS (25.0). **Results:** It was observed that 91.8% of the reports corresponded to AE and 8.2% to TC. Male patients were more involved in AE (60.8%). Among the AE, pressure injury was the most reported (38.2%). The Intensive Care Unit and the nursing professionals were the unit and professional category that most reported (37.4 and 61.4%, respectively). Among the AE, pressure injury was the most reported (38.2%). The Intensive Care Unit and the nursing professionals were the unit and professional category that most reported (37.4 and 61.4%, respectively). The time elapsed between the incident or AE and its notification were statistically associated with the type of AE and patient evolution. **Conclusion:** The evaluation of the notifications sent to the PSC during the period studied reinforced the need to take measures that improve the culture and care regarding patient safety in the institution.

**Keywords:** Notification; patient safety; Pharmacovigilance

## Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) elevou os eventos adversos (EA) ao patamar de problema de saúde pública mundial, sendo responsáveis por inúmeros danos a pacientes e prejuízos financeiros às instituições de saúde. Os EA, danos causados ao paciente durante a assistência à saúde, estão entre as cinco primeiras causas de óbitos nos Estados Unidos da América (EUA) e Brasil, apresentando este, uma das maiores ocorrências de EA evitáveis<sup>1,2</sup>. A literatura traz que países como Nova Zelândia, Japão, Cingapura e Dinamarca chegaram a relatar que cerca de 10% das hospitalizações estavam associadas a EA<sup>3</sup>.

As queixas técnicas (QT), juntamente com os EA, têm contribuído com o crescimento da morbimortalidade, custos assistenciais, bem como outros prejuízos à instituição hospitalar bem como aos pacientes<sup>4</sup>. Assim, a notificação voluntária desses eventos compõe uma base para que os gestores de risco e segurança do paciente possam propor ações baseadas no aprendizado institucional com os erros, incidentes e EA ocorridos, garantindo a qualidade assistencial<sup>5</sup>.

Os núcleos de segurança do paciente (NSP) devem atuar na gestão de riscos, competindo a estes a identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos a que os pacientes estão submetidos<sup>6</sup>. Sendo assim, as notificações compõem uma das atribuições dos NSP das instituições de saúde e possuem caráter obrigatório. Ainda assim, o Brasil apresenta poucas investigações de EA envolvidos na assistência à saúde<sup>7-8</sup>.

Tendo em vista a relevância e as consequências danosas que os EA trazem, o exercício das notificações é uma importante ferramenta para gestão de riscos, despertando as unidades de saúde para a tomada de medidas que garantam a segurança do paciente na assistência à saúde, a fim de evitar prejuízos todos os envolvidos. Desta forma o objetivo deste trabalho foi avaliar as notificações de EA e QT ao NSP de um hospital público de ensino.

## Metodologia

### TIPO DE ESTUDO E LOCAL DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo-analítico.

A pesquisa foi realizada em um hospital público de ensino, sendo referência em assistência hospitalar, de média e alta complexidade, para 26 municípios da Base Regional de Saúde Sul, na região Sudoeste da Bahia. Realizava atendimento em 170 leitos, divididos em Clínica Médica, Neurologia, Clínica Cirúrgica e Ortopédica, Pediatria, Psiquiatria, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Urgência e Emergência.

O NSP da unidade foi criado em setembro de 2015, sendo composto por uma equipe multiprofissional de saúde: cinco enfermeiros, três médicos, dois farmacêuticos, um fisioterapeuta e um nutricionista.

### POPULAÇÃO E COLETA DE DADOS

Os dados analisados foram coletados das fichas de notificação de EA e QT, realizadas por profissionais e direcionadas ao NSP, referentes aos anos 2016 e 2017, abrangendo todas as notificações direcionadas ao NSP independente de sua notificação ou não ao Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA).

### INSTRUMENTOS DE COLETA E VARIÁVEIS

Para a coleta de dados foram utilizados dois formulários, baseados nos dados utilizados pelo NOTIVISA e do NSP para EA e QT. Foi realizado um ensaio piloto para verificar a adequação do formulário, não necessitando alterações, sendo as avaliações realizadas neste ensaio incluídas na população.

As denominações utilizadas neste trabalho foram: EA - incidentes que atingem o paciente causando danos. E quando não houve dano ao paciente denomina-se incidente sem dano; e os incidentes que não chegaram a atingir o paciente - *near miss*<sup>9</sup>.

As QT foram definidas como notificações de suspeita de qualquer alteração ou irregularidade

de caráter técnico ou legal que é percebida em um produto ou empresa e pode oferecer riscos à saúde do paciente<sup>4</sup>.

Os EA avaliados nas notificações foram: identificação do paciente; lesão por pressão e estágio da lesão; cirurgia; queda; transfusão sanguínea; falha na comunicação; exames complementares; eventos relacionados a medicamentos (eventos envolvendo a prescrição, uso, administração, não administração, dispensação e ausência) e outros eventos.

Com a finalidade de favorecer a análise dos dados, notificações com a classificação para “outros eventos”, foram quando possível reclassificadas a EA específicos disponíveis na ficha de notificação.

Para as notificações de QT foi coletada a categoria do notificador; produto motivo da notificação; classificação para QT ou EA; tipo de QT; data da identificação do problema; local; estabelecimento de saúde; data de fabricação e validade do produto ou equipamento e presença do número de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para o produto.

A variável dependente analisada foi notificação de EA e QT e as variáveis independentes: sexo, raça e idade do paciente; unidade de internação; tempo de internação; tipo de EA; dano do EA; grau do dano; evolução do paciente; envio da notificação ao NOTIVISA; existência de resposta da ANVISA, ação do NSP em relação ao EA, tipo de notificador, tipo de QT e produto motivo da notificação.

#### ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram tabulados no software EpiData versão 3.1 e analisados estatisticamente pelo software IBM *Statistical*

*Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0, 2017 (IBM Corp, Armonk, Estados Unidos da América), utilizando valores de frequência relativas e absolutas, média e desvio padrão (DP). Para avaliar a associação entre a variável dependente e variáveis independentes, foram utilizados o teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson buscando um nível de significância em um p-valor < 0,05, quando adequados, para variáveis categóricas, e para comparação de variáveis contínuas, foi utilizado o teste t-Student para amostras independentes ou análise de variância (ANOVA).

#### CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos vigentes, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com CAAE: 29780014.8.0000.0055 e parecer nº 703.376 (anexo I).

#### Resultados

O total de notificações enviadas ao NSP no período avaliado somaram 232, das quais 91,8% correspondem a notificações de EA e 8,2% a QT. Dos EA e QT notificados 61,5% e 38,5% eram do ano de 2016 e 95,2% e 5,8% de 2017, respectivamente. Os dados correspondentes às variáveis sociodemográficas podem ser observados na Tabela 1.

A média de tempo de internação dos pacientes foi de 16,04±16,03 dias, sendo que pacientes do sexo feminino representaram o grupo que permaneceu internado pela maior média de tempo (18,95±2,30) comparado com o sexo masculino (14,12±1.44).

Tabela 1 – Distribuição percentual das variáveis sociodemográficas referentes às notificações realizadas ao NSP de um hospital público de ensino. Bahia, Brasil, 2016-2017.

Variáveis sociodemográficas	%
<b>Sexo (n=212)</b>	
Masculino	60,8
Feminino	39,2

Variáveis sociodemográficas	%
<b>Raça (n=177)</b>	
Branca	20,3
Não branca	79,7
<b>Idade (n=206)</b>	
0 - 18	3,4
19 - 59	53,4
≥ 60	43,2
<b>Unidade de internação (n=203)</b>	
Clínica médica	19,7
Clínica cirúrgica	10,8
Clínica neurológica	16,7
UTI	37,4
Emergência	9,9
*Outras	5,4

Fonte: Elaboração dos autores. \*Outras: Pediatria e semi-intensiva. NSP: núcleo de segurança do paciente.

Os EA como lesão por pressão motivaram o maior número de notificações (Tabela 2). Este tipo de evento apresentou diferentes estágios de lesão, dos quais, 24,7% corresponderam a lesões de estágio I, 50,6% estágio II, 23,4% estágio III e 1,3% estágio IV. A classificação dos EA em “outros eventos” foi observada em 19,7% das notificações, das quais, 40,5% foram reclassificadas em EA relacionados à flebite; uso e ausência de medicamento; identificação do paciente e cirurgia.

Notificações de EA relacionados a medicamentos representaram 24% do total, sendo 78,4% correspondentes à ausência do medicamento, 11,8% a não administração, 3,9% para prescrição e administração e 1,9% ao uso.

Com relação à média de tempo gasto entre a ocorrência do incidente ou EA e a sua notificação verificou-se  $2,89 \pm 5,46$  dias. Esse tempo apresentou relação estatística significante com o tipo de EA e com a evolução do paciente.

Tabela 2 - Distribuição percentual das variáveis relacionadas aos incidentes/EA notificados ao NSP de um hospital público de ensino. Bahia, Brasil, 2016-2017.

Variáveis	%	*p-valor
<b>Tipo de evento (n=212)</b>		
Identificação do paciente	5,7	
Lesão por pressão	38,2	
Cirurgia	7,5	
Queda	4,2	
EA relacionados a medicamentos	24,1	<0,001
Flebite	5,7	
**Outros eventos	14,6	
<b>Consequências do EA (n=195)</b>		
Com dano	77,9	
Sem dano	22,1	<0,001

Variáveis	%	*p-valor
<b>Grau do dano (n=182)</b>		
Nenhum/Leve	57,7	
Moderado	32,4	<0,001
Grave/Óbito	9,9	
<b>Evolução do paciente (n=167)</b>		
Recuperado/Em recuperação	93,4	
Recuperado com sequelas/ Óbito	6,6	<0,001
<b>EA prolongou a internação (n=136)</b>		
Sim	55,1	
Não	44,9	0,230

Fonte: Elaboração dos autores. \*\*outros: exames complementares; extubação acidental; falhas na comunicação; transfusão sanguínea, dieta e outros. NSP: núcleo de segurança do paciente. EA: eventos adversos. \*Teste qui-quadrado de Pearson.

Em relação à ação do NSP frente aos EA, não foram encontradas informações documentadas a respeito, sendo identificadas apenas comunicações internas, as quais representaram 3% das ações.

Tabela 3 - Distribuição percentual das variáveis relacionadas aos notificadores, e ações do NSP referentes a notificações de um hospital público de ensino. Bahia, Brasil, 2016-2017.

Variáveis	%	*p-valor
<b>Notificação enviada ao NOTIVISA (n=213)</b>		
Sim	87,3	
Não	12,7	<0,001
<b>Resposta da ANVISA (n=188)</b>		
Sim	1,1	
Não	98,9	<0,001
<b>Ação do NSP em relação ao EA (n=200)</b>		
Comunicação interna	3,0	
Sem informação de resposta	97,0	<0,001
<b>Função do notificador (n=202)</b>		
Enfermeiro	61,9	
Farmacêutico/Médico	1,5	
Técnico de enfermagem	24,8	<0,001
Estagiário	11,9	

Fonte: Elaboração dos autores. NSP: núcleo de segurança do paciente. EA: eventos adversos. NOTIVISA. \*Teste qui-quadrado de Pearson.

Das QT notificadas, 15,8% foram motivos de EA (Tabela 4), em que artigos médico-hospitalares que apresentaram falhas/defeitos favoreceram a ocorrência de dano ao paciente. As QT que não corresponderam à ocorrência de EA, estão

relacionadas a desvio na qualidade de produtos. Dos EA ligados a problemas de equipamentos observou-se a ocorrência de infecção por placa; osteomielite e dificuldades respiratórias.

Tabela 4 - Distribuição percentual das variáveis relacionadas as QT enviadas ao NSP de um hospital público de ensino. Bahia, Brasil, 2016-2017.

Variáveis	%	*p-valor
Produto motivo da notificação (n=19)		
Artigo Médico-Hospitalar	57,9	0,001
Cosmético	5,3	
Produto motivo da notificação (n=19)		
Equipamento Médico-Hospitalar	15,8	0,001
Medicamento	10,5	
Saneantes	10,5	
Queixa técnica ou evento adverso (n=19)		
Queixa técnica	84,2	0,003
Evento adverso	15,8	
Presença de N° do registro na ANVISA (n=19)		
Sim	94,7	0,000
Não	5,3	

Fonte: Elaboração dos autores. NSP: núcleo de segurança do paciente. \*Teste qui-quadrado de Pearson.

## Discussão

Com base nos resultados foi possível notar que o número de EA notificado no ano de 2016 foi inferior ao de 2017. Esse fato pode ser explicado pelo período de implantação do NSP na instituição hospitalar, uma vez que antes desta implantação inexistia, na instituição, uma política e cultura para a prática de notificações de EA, QT e outros incidentes.

A cultura punitiva ainda existente nas instituições de saúde tem feito com que haja negligência com relação às notificações de EA e muitos profissionais além de desconhecerem o que deve ser relatado, também apresentam dificuldade em reconhecer o erro por temerem as possíveis punições<sup>10-11</sup>. A importância das informações, referentes a problemas em produtos e empresas, também devem ser notificadas, pois serve como subsídio para qualificação dos fornecedores e implementação de medidas para segurança do paciente<sup>12</sup>.

Os pacientes que sofreram EA ou incidentes foram em sua maioria do sexo masculino e em idade produtiva, esse achado pode estar relacionado com a alta frequência de internamento por “causas externas”, e também por ser o hospital de alta complexidade, referência em traumatologia-ortopedia, situando-se às margens de duas rodovias federais (BR 116 e BR 330), sendo as vítimas de acidentes automobilísticos rodoviários direcionadas para atendimento nesta instituição<sup>13</sup>.

A UTI apresentou o maior número de notificações de EA. Os pacientes internados nessa unidade compõem um grupo com o estado de saúde em situação crítica, com necessidade de cuidados especializados e complexos, portanto, estão mais vulneráveis à ocorrência de EA<sup>14</sup>. Adicionalmente, a literatura mostra que os profissionais que trabalham em UTI apresentam melhor cultura de segurança do paciente<sup>14</sup>, o que proporciona um maior número de notificações neste setor.

A unidade de emergência foi responsável pelo menor número de notificações de EA. Achados preocupantes, pois esse menor número pode

não corresponder à ausência de falhas, e sim a subnotificação pela unidade, uma vez que a dinâmica dos setores de emergência em hospitais, está associada à elevada demanda de pacientes e deficiência de recursos humanos. Nesse sentido, existe uma sobrecarga de trabalho que favorece a ocorrência de falhas provenientes do cuidado e limitações de prioridade para as notificações<sup>15</sup>.

A lesão por pressão estágio II, em que há perda de espessura parcial da pele com exposição da derme, foi o EA mais observado no estudo. Esse resultado pode estar relacionado com a longa permanência dos pacientes nas unidades de internamento e que quando acometidos por estas lesões têm chances aumentadas de maiores períodos de hospitalização, gerando custos adicionais para a instituição hospitalar e diferentes tipos de danos aos pacientes, familiares e instituição de saúde<sup>16</sup>.

A lesão por pressão é considerada uma das cinco maiores causas de danos ao paciente hospitalizado<sup>17</sup>. Esse EA dificulta a recuperação do paciente, além de torná-lo mais passível de contrair infecções e osteomielite<sup>18</sup>. A prevenção da lesão por pressão consiste em um indicador chave da qualidade da enfermagem<sup>19</sup> onde deve-se dar enfoque nas diretrizes e protocolos baseados em evidências atuais<sup>17</sup>.

A ausência de medicamentos foi a segunda maior causa de notificações, das quais não foram em totalidade denominadas EA, uma vez que não acarretaram danos diretos ao paciente, sendo então consideradas situações de incidentes sem danos ou quase erro (*near miss*). Este incidente pode estar atrelado a inúmeros fatores, dentre eles a atividade de aquisição do ciclo logístico que representa uma ação complexa da assistência farmacêutica uma vez que o abastecimento de medicamentos deve ser mantido na mesma proporção em que é utilizado<sup>20</sup>.

As falhas logísticas que envolvem a ausência de medicamento compõem ocorrências comuns em instituições públicas de saúde. Para o gerenciamento desses desabastecimentos se faz imperativo uma ação atuante da comissão de farmácia e terapêutica na unidade hospitalar<sup>21</sup>.

Outros EA relacionados a medicamentos representam uma pequena parcela das notificações. A observação que deve ser feita

é de que a notificação espontânea dos EA a medicamentos compreende o principal método de se detectar sinais em farmacovigilância, todavia, no que diz respeito a reações adversas a medicamentos, o desconhecimento, insegurança e indiferença são consideradas as principais causas de subnotificação<sup>22</sup>. Características como estas podem justificar o resultado da presente pesquisa, em que EA ligados ao uso de medicamentos consistiu no menor número de notificações.

A maior parte dos incidentes notificados relatava dano ao paciente, dentre estes podemos citar um dano grave evidenciado, foi a administração do medicamento vancomicina a um paciente com insuficiência renal aguda. Constava na prescrição a administração a cada seis dias, porém foi administrado a cada seis horas. A falta de atenção, desconhecimento e sobrecarga de trabalho podem estar relacionadas a EA dessa natureza<sup>11</sup>.

Notificações que relataram possíveis associações de EA com óbito corresponderam a 2,7% do total das 182 notificações que apresentaram informações sobre o grau do dano. Esse dado não apresentou elevada variação com estudos sobre óbitos que podem estar associados a EA no Brasil, os quais têm variado entre 0,6% e 2,9%<sup>8,23</sup>.

Em mais da metade dos pacientes, o EA foi causa de aumento da permanência no ambiente hospitalar. O tempo de internação prolongado traz não apenas danos ao paciente, mas o aumento dos custos associados ao cuidado nas unidades hospitalares, sendo verificados valores acima 200,5% com o atendimento de pacientes vítimas de EA em comparação aos que não experimentaram o evento<sup>24</sup>. Dados de um estudo que avaliou o impacto dos EA na mortalidade e tempo de internação trouxeram que 50% dos pacientes que sofreram EA tiveram o aumento de um a quatro dias no tempo de internação e que 48% tiveram o aumento de dez dias ou mais<sup>25</sup>.

As notificações encaminhadas ao NSP e que não puderam ser enviadas ao NOTIVISA, corresponderam às notificações com ausência de informações importantes acerca do incidente ou EA, bem como notificações de EA que não foram provenientes do serviço prestado na unidade estudada. Informações pertinentes ao incidente

devem ser apresentadas de forma completa nas notificações, mas de acordo com avaliações, muitas notificações apresentam baixa qualidade dos relatos, bem como variações dos termos gerados e ausência de clareza das informações<sup>26</sup>.

As respostas da ANVISA, com relação aos EA, corresponderam a apenas 1,1% das notificações, as quais estavam relacionadas aos EA considerados graves. Os EA que envolveram óbito devem ser investigados e notificados aos NOTIVISA em até 72 horas após a ocorrência<sup>8</sup>, todavia foi encontrada no presente estudo apenas uma notificação que motivou o desenvolvimento de relatório a respeito de um óbito que poderia estar relacionado a uma falha na assistência.

No que diz respeito às ações do NSP frente aos EA e incidentes notificados verificou-se uma pequena parcela de respostas. Situações que foram observadas durante o estudo que existe uma deficiência com relação aos recursos humanos disponíveis para o funcionamento de uma equipe atuante nas ações do NSP, uma vez que apenas um profissional que coordena o NSP fica responsável por enviar as notificações ao NOTIVISA, encaminhar respostas aos notificadores, bem como gerenciar todas as demais atividades do NSP do hospital estudado.

O *feedback* que o NSP deve dar aos profissionais é uma importante ferramenta na construção de uma comunicação clara, que possibilite discussões a respeito das condutas tomadas com relação aos EA, bem como medidas para promover a segurança do paciente<sup>27</sup>. Um estudo que avaliou a cultura de segurança por parte dos profissionais de saúde constatou que o conhecimento sobre mudanças que ocorreram após a notificação dos EA nunca ou raramente ocorreu, destacando que o retorno relacionado a EA aos notificadores não é uma prática comum<sup>28</sup>.

A notificação voluntária por parte dos profissionais traz uma característica positiva de atuação da equipe frente ao processo de cuidado e segurança do paciente. Dentre os profissionais de saúde, os que mais notificaram foram os enfermeiros e técnicos de enfermagem, esse resultado pode ser explicado pelo fato destes profissionais estarem em maior número nos hospitais, bem como possuir maior proximidade com o paciente e ter mais conhecimentos acerca

da importância de se notificar<sup>29</sup>. Demonstrando que as demais categorias profissionais, que atuam no cuidado hospitalar, devem ter uma maior inserção no processo de notificação de EA.

O período de tempo desde a implantação do NSP na unidade de estudo sugere que muitos profissionais ainda necessitam adquirir o hábito de notificar incidentes e EA. Ações educativas devem ser adotadas a fim de incentivar e valorizar a participação dos profissionais nas notificações, uma vez que a educação continuada auxilia na prevenção de EA, bem como na qualidade da assistência<sup>30</sup>.

A incorporação de tecnologias em saúde trouxe à tona a necessidade de monitorar e identificar problemas através das QT<sup>13</sup>. Quanto à notificação destas foi verificada uma baixa frequência, apesar do aumento desse tipo de notificação ao longo dos anos. Essa subnotificação pode estar associada à sobrecarga de trabalho, dificuldades em compreender os incidentes, falta de conhecimento, bem como a ausência de resposta ao notificador<sup>31</sup>.

As QT referentes a artigos médico-hospitalares foram as mais notificadas, corroborando com informações de que problemas relacionados a esses produtos e que foram notificados têm obtido um número cada vez maior no país<sup>31</sup>.

Este estudo apresentou limitações com relação à descrição das informações referentes aos EA, bem como diagnóstico dos pacientes, os quais não puderam ser correlacionados aos EA e incidentes, uma vez que os notificadores fizeram o uso de siglas não padronizadas ou não identificaram os diagnósticos primários e secundários.

No entanto, as informações trazidas pelo presente estudo correspondem a importantes indicadores da qualidade e assistência à saúde evidenciados no hospital estudado. Esses indicadores visam despertar as unidades de gerenciamento de risco sobre a importância do desenvolvimento de estratégias que melhorem o processo de notificação a fim de se traçar medidas que promovam uma cultura positiva de segurança do paciente nas instituições de saúde e promover o aprendizado organizacional a partir dos incidentes.



## Conclusão

A avaliação das notificações encaminhadas ao NSP no período estudado reforçou a necessidade de se empreender medidas que melhorem a cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde. O incentivo à educação continuada, bem como uma comunicação eficiente com relação às falhas assistenciais podem compor importantes ações para o conhecimento sobre segurança do paciente por parte dos profissionais, levando-os a compreender a prática das notificações como uma oportunidade para o aprendizado organizacional em busca de qualidade para os serviços de assistência à saúde.

## Referências

1. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *British Medical Journal*. 2016; 3(353): i2139.
2. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB. Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Belo Horizonte: UFMG; 2017.
3. Hamilton JD, Gibberd RW, Harrison BT. After the Quality in Australian Health Care Study, what happened? *The Medical Journal of Australia*. 2014; 201(1): 22-26.
4. Oliveira CG, Rodas ACD. Tecnovigilância no Brasil: panorama das notificações de eventos adversos e queixas técnicas de cateteres vasculares. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2017; 22(10): 3247-3257.
5. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2017; 51: e03243.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. 1º Ed. Brasília (DF); 2017.
7. Ministério da Saúde (BR). Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de Jul. de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (DF); 2013.
8. Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araújo WN. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2018; 27(2): e2017320.
9. Lanzillotti LS, Andrade CLT, Mendes W, Seta MH. Eventos adversos e incidentes sem dano em recém-nascidos notificados no Brasil, nos anos 2007 a 2013. *Cadernos de Saúde Pública*. 2016; 32(9): e00100415.
10. Marinho MM, Radünz V, Rosa LM, Tourinho FSV, Ilha P, Misiak M. Resultados de intervenções educativas sobre segurança do paciente na notificação de erros e eventos adversos. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2018; 32: e25510.
11. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2015; 68(1):144-154.
12. Gil RB, Chaves LDP, Laus AM. Gerenciamento de recursos materiais com enfoque na queixa técnica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2015; 17(1):100-7.
13. Gonçalves SS, Rodrigues HMS, De Jesus IS, Carneiro JAO, Lemos GS. Ocorrência clínica de interações medicamentosas em prescrições de pacientes com suspeita de reação adversa internados em um hospital no interior da Bahia. *Rev Aten Saúde*. 2016;14(48):32-39.
14. Serafim CTR, Dell'Aqua MCQ, Castro MCN, Spiri WC, Nunes HRC. Gravidade e carga de trabalho relacionadas a eventos adversos em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2017; 70(5):993-9.
15. Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto Contexto - Enfermagem*. 2015; 24(2): 432-441.
16. Paranaguá TTB, Bezerra QP, Queiroz AL, Silva BC, Azevedo AEF, Sousa FMG et al. Incidentes: instrumento de gerenciamento da assistência para a segurança do paciente em pronto socorro. *Revista Enfermeria Global*. 2014; (34):219-229.
17. Nascimento DC, Ferreira GAS, Silva JML, Pioli MT, Decio MRM. Registro de lesão por pressão: O que é abordado? *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2017; 15(4): 343-348.
18. Vasconcelos JMB, Caliri MHL. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. *Escola Anna Nery*. 2017; 21(1): e20170001.
19. Teixeira AKS, Nascimento TS, Sousa ITL, Sampaio LRL, Pinheiro ARM. Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação. *Revista Estima*. 2017; 15(3): 152-160.
20. Tirgari B, Mirshekari L, Forouzi MA. Pressure Injury Prevention: Knowledge and Attitudes of Iranian Intensive Care Nurses. *Advances in Skin & Wound Care*. 2018; 31(4): 01-08.
21. Raimundo EA, Dias CN, Guerra M. Logística de medicamentos e materiais em um hospital público do Distrito Federal. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*. 2015; 12(2): 61-69.
22. Magarinos-Torres R, Pagnoncelli D, Cruz Filho AD, Osorio-de-Castro CGS. Vivenciando a seleção de medicamentos em hospital de ensino. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2011; 35(1), 77-85.

23. Pal SN, Duncombe C, Falzon D, Olsson S. WHO strategy for collecting safety data in public health programmes: complementing spontaneous reporting systems. *Drug safety*. 2013; 36(2): 75-81.
24. Martins M, Travassos C, Mendes W, Pavão AL. Hospital deaths and adverse events in Brazil. *BMC Health Services Research*. 2011; 19(11): 01-08.
25. Porto S, Martins M, Mendes W, Travassos C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010; temat(10): 74-80.
26. Roque KE, Tonini T, Melo ECP. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2016; 32(10): e00081815.
27. Capucho HC; Arnas ER, Cassiani SHB. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2013; 34(1): 164-172.
28. Ferezin TPM, Ramos D, Caldana G, Gabriel CS, Bernardes A. Análise da notificação de eventos adversos em hospitais acreditados. *Cogitare Enfermagem*. 2017; 22(2): e49644.
29. Souza VS, Kawamoto AM, Oliveira LC, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem*. 2015; 20(3): 475-482.
30. Moreira IA, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Silva AEBC, Azevedo FMF. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre eventos adversos em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 2015; 23(4):461-467.
31. Oliveira APB, Oliveira ECS, Oliveira RC. Notificações da Gerência de Risco e sua contribuição para a Segurança do Paciente. *Cogitare Enfermagem*. 2016; 21(4): 01-08.

---

**Como citar este artigo:**

Ribas MA, Almeida PHRF, Chaves GA, Lemos GS. Eventos adversos e queixas técnicas notificados a um núcleo de segurança do paciente. *Rev. Aten. Saúde*. 2019; 17(62): 71-80.