

# EVENTOS ADVERSOS: ESTRATÉGIAS E INCENTIVOS PARA NOTIFICAÇÕES HOSPITALARES

Adverse events: strategies and incentive for hospital notifications

Aline Aparecida Oliveira Moreira<sup>1</sup>, Gisele Carvalho Remondi<sup>2</sup>, Maria Claudia do Carmo Ortega<sup>3</sup>, Silvana Verlingue<sup>4</sup>, Natália Najara Conceição Ortega<sup>5</sup>

1. Universidade Estadual de Londrina. Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2621-7078>.
2. Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0458-7753>.
3. Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4451-1780>.
4. Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2137-1110>.
5. Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1229-5902>.

**CONTATO:** Aline Aparecida Oliveira Moreira | Rua das Orquídeas, 75 | Londrina | Paraná | Brasil | CEP 86042-180 | E-mail: [alineaoliveira@yahoo.com.br](mailto:alineaoliveira@yahoo.com.br)

**COMO CITAR** Moreira AAO, Remondi GC, Ortega MCC, Verlingue S, Ortega NNC. Eventos adversos: estratégias e incentivos para notificações hospitalares. R. Saúde Públ. 2018 Jul.;1(1):101-107.



**COPYRIGHT** Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

**RESUMO** O presente trabalho é um relato de experiência sobre os incentivos e estratégias adotadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente, para promoção de ações que resultem no aumento no número de notificações de eventos adversos. Objetivou-se avaliar os resultados das estratégias adotadas para notificação de eventos adversos no Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade. Foram realizadas diversas ações a fim de promover a identificação

de incidentes relacionados à segurança do paciente. A mais efetiva constitui-se na criação de formulário simplificado e instalação de urnas em locais estratégicos. A partir dos resultados obtidos, verificou-se um aumento significativo das notificações, ampliação dos notificadores e diversificação dos eventos relacionados que interferem na qualidade da assistência. O advento destas novas informações possibilitam o (re) direcionamento de ações para melhoria da assistência e segurança do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Segurança do Paciente. Gerenciamento de segurança. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Hospitais.

**ABSTRACT** The present work is an experience report on the incentives and strategies adopted by the Patient Safety Center to promote the reporting of adverse events. The objective of this study was to evaluate the results of strategies adopted to report adverse events at the Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade. Several actions were taken to promote the identification of incidents related to patient safety. The most effective one is the creation of a simplified form and installation of ballot boxes at strategic locations. From the results obtained, there was a significant increase in notifications, increase of notifiers, and diversification of related events that interfere in the quality of care. The advent of this new information allows (re)directing actions to improve patient care and safety.

**KEYWORDS:** Patient Safety. Safety Management. Quality Indicators, Health Care. Hospitals.

## INTRODUÇÃO

**A** busca pela qualidade do cuidado à saúde envolve o compromisso de instituições e profissionais com a garantia da segurança do paciente. Mudanças na cultura e no processo de trabalho relacionam-se diretamente com a redução dos riscos inerentes à prestação da assistência, um sistema complexo de relações passível de erros e/ou eventos adversos<sup>1</sup>.

O Ministério da Saúde brasileiro define eventos adversos como incidentes no processo de assistência ao usuário que resultam em dano à saúde<sup>2</sup>. Por sua vez, os erros consistem em falhas na execução de uma ação planejada. Os termos se diferenciam pelo fato de que os eventos adversos remetem-se ao resultado do cuidado e podem ser decorrentes de erros no processo de prestação da assistência à saúde<sup>1</sup>.

A elaboração de protocolos específicos, a implementação de ações que sirvam como barreira de segurança e a educação permanente em consonância com as necessidades da equipe são estratégias simples e efetivas para a prevenção e redução de riscos e danos nos serviços de saúde hospitalares. Compreender os riscos e as características da assistência hospitalar contribui com elementos importantes para a melhoria da assistência prestada<sup>3</sup>.

Uma forma das instituições incentivarem o relato dos incidentes é fazer uso de um sistema de notificação de eventos adversos, que interliga ações a fim de detectar e analisar eventos adversos e situações de risco, além de auxiliar no direcionamento de quais atividades educacionais devem ser desenvolvidas para melhorar a segurança

de pacientes durante sua internação. Entretanto, estudos assinalam que, devido à subnotificação, esse tipo de sistema não capta a totalidade dos eventos adversos que ocorrem nas instituições<sup>4</sup>.

Torna-se importante identificar as causas que levam à subnotificação dos eventos adversos, para determinar as estratégias a serem desenvolvidas no intuito de encorajar a notificação dos eventos observados e, conseqüentemente, promover a política de segurança do paciente da instituição.

Ao considerar os desafios impostos pela subnotificação em todos os níveis dos serviços de saúde, o objetivo deste trabalho foi avaliar os resultados das estratégias adotadas para notificação de eventos adversos no Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade, Londrina-PR.

## ANÁLISE CONTEXTUAL

A cidade de Londrina, situada no estado do Paraná, conta com uma complexa rede de assistência à saúde, sendo referência para municípios localizados na região norte do estado e em estados vizinhos.

Nesta rede de atenção à saúde, encontra-se o Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade – Hospital Zona Sul de Londrina (HZS), um hospital público de nível secundário vinculado à Superintendência de Unidades Próprias (SUP) da Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Referência em atendimentos para o SAMU e SIATE na média complexidade, o HZS está localizado na região sul de Londrina e funciona com porta aberta, atendendo casos de urgência e emergência, além de atendimento cirúrgico eletivo nas seguintes especialidades: ginecologia, vascular, otorrinolaringologia, plástica, infantil, mastologia, cirurgia geral e odontologia. O Pronto Socorro atende clínica médica, trauma e pediatria, entre outros. A média de atendimentos por mês é de 568 internações, 229 cirurgias eletivas e 2.435 atendimentos de Pronto Socorro.

O HZS segue o Sistema de Gestão da Qualidade adotado pela SUP e o cumprimento

de normas e padrões estabelecidos por órgãos regulamentadores para prestar uma assistência assertiva e de qualidade dentro de suas competências. Diante da Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – RDC nº 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde<sup>5</sup>, iniciou-se, na instituição, um processo para atender a esta normativa.

No mesmo ano da publicação da RDC nº 36 foi criado no HZS um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). À época, o processo para monitoramento dos eventos adversos iniciava com a notificação dos indicadores manualmente por cada setor assistencial, onde exclusivamente o enfermeiro realizava o preenchimento da planilha com descrição dos casos ocorridos. Posteriormente, o NSP realizava a análise dos indicadores em busca retrospectiva dos casos e realizava as notificações.

Em 2016, a planilha com os indicadores foi digitalizada e disponibilizada na rede interna dos setores assistenciais. A partir disto, iniciou-se um acompanhamento dos casos notificados e busca ativa deles. Ainda assim, o NSP estimava que houvesse subnotificação dos casos, uma vez que permanecia apenas o enfermeiro sendo o responsável pela notificação.

No ano de 2017, a primeira ação a fim de tentar ampliar a cultura de notificação foi associar à planilha de indicadores uma pasta colorida com os formulários de notificação e descrição das condutas adotadas diante dos eventos notificáveis. As pastas coloridas identificadas com letras grandes foram entregues em cada setor, com intenção de sensibilizar toda a equipe a realizar a notificação. Diariamente era realizada a busca ativa dos casos que se encontravam preenchidos na planilha e na pasta de notificações. A segunda ação constituiu-se na integração do NSP ao Comitê da Qualidade (CQ), obtendo a nomenclatura de Comitê da Qualidade e Segurança do Paciente (CQSP). Sendo assim, uniram-se esforços para a melhoria contínua e promoção da cultura da notificação dos incidentes.

Apesar da melhora do número de notificações, ainda assim havia inquietação do CQSP, pois o

enfermeiro permanecia como o único notificador no processo. Na busca por melhor adesão às notificações, o CQSP optou por criar uma urna e impresso simplificado para notificação de qualquer evento ou achado que pudesse interferir na qualidade da assistência e segurança do paciente. A proposta ampliava a notificação dos eventos para além do que é exigido pela ANVISA<sup>6</sup>.

Assim, o CQSP, com o apoio da direção do hospital, criou urnas com materiais disponíveis na própria instituição e um impresso de notificação de eventos adversos simplificado, permitindo inclusive o anonimato do notificador. O enfoque foi a notificação sem medo da punição, pois as ações que resultariam não teriam caráter punitivo.

Após um mês da instalação das urnas, foi realizada uma avaliação da potencialidade das estratégias adotadas, incluindo a comparação das notificações dos meses de fevereiro dos três últimos anos (2016, 2017 e 2018).

## RESULTADOS

A implantação das urnas foi feita em locais estratégicos de todos os setores do serviço, tanto assistenciais quanto administrativos. A divulgação deste novo meio de notificação foi realizada nos setores durante a instalação das urnas, no recolhimento das notificações das pastas setoriais, nos treinamentos realizados, por meio de mídias sociais e de mural específico (Figura 1). Foi ressaltada que a notificação não tem o objetivo de gerar punição.

As estratégias propostas pelo CQSP para melhorar a quantidade e qualidade das notificações relacionadas à segurança do paciente revelaram um resultado positivo ao longo dos anos. Contudo, observou-se que a estratégia da utilização das urnas ocasionou um aumento expressivo do número de notificações. Tendo como base para avaliação o número de notificações realizadas no mês de fevereiro, observou-se que em 2016, 2017 e 2018 foram registradas duas, 15 e 70 notificações, respectivamente.

**Figura 1.** Folder de divulgação da urna de notificação de eventos adversos do Hospital Zona Sul de Londrina-PR.



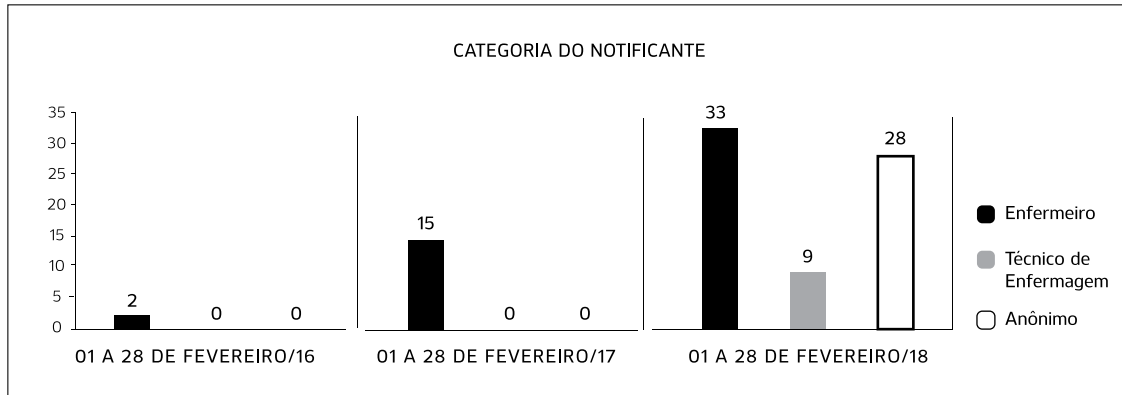
Fonte: Elaborada pelos autores (2018)

Além de aumentar o número mensal das notificações, outra intenção era a ampliação dos servidores notificadores para além dos enfermeiros. Esta meta também foi alcançada, visto que, com as urnas, profissionais de nível médio e aqueles que têm receio em identificar-se também fizeram notificações (Figura 2).

Outro aspecto importante foi a ampliação das categorias dos incidentes notificados. Com as estratégias utilizadas anteriormente, prevaleciam os eventos adversos e, em menor escala, os incidentes sem dano. Com o advento da urna, foi possível ampliar o conhecimento sobre os vários casos, que possivelmente estavam subnotificados na instituição. Estas novas informações possibilitam o (re)direcionamento de ações para melhoria da assistência e segurança do paciente (Figura 3).

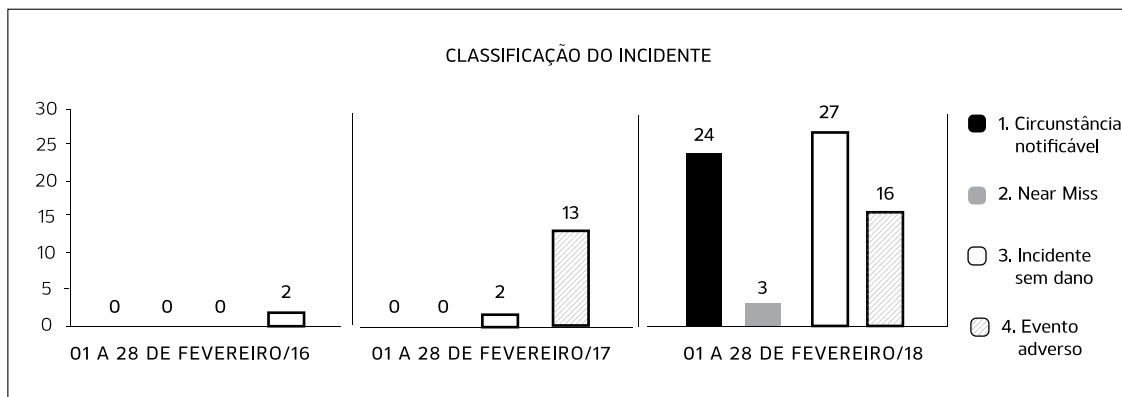
Ao analisar as características de cada notificação realizada no mês de Fevereiro/2018, verifica-se o predomínio das notificações

**Figura 2.** Categoria dos profissionais que realizaram as notificações dos eventos adversos nos meses de fevereiro de 2016 a 2018.



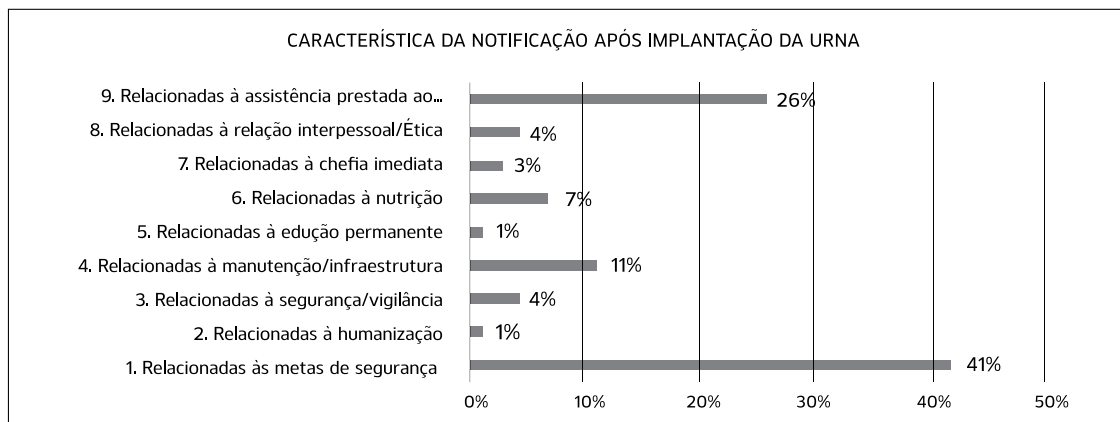
Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

**Figura 3.** Classificação dos incidentes notificados nos meses de fevereiro de 2016 a 2018.



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

**Figura 4.** Características das notificações realizadas por meio da urna no mês de fevereiro de 2018



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

relacionadas às metas de segurança, contudo, em números expressivamente maiores que os encontrados anteriormente. Foram também elencados outros pontos importantes (Figura 4) para a identificação das fragilidades do hospital, favorecendo um planejamento de ações adequado à situação exposta.

A urna favoreceu não apenas a notificação dos itens necessários às metas de segurança, como também constitui um canal aberto para o funcionário elencar fatores que interferem na qualidade da assistência, sem o medo de expor um colega de trabalho ou um membro da equipe para sua chefia.

## REFLEXÃO

A cultura de segurança precisa ser desenvolvida nas instituições brasileiras com urgência, visto que no país apenas em 2013 foi publicado o Programa Nacional de Segurança do Paciente<sup>2</sup>, contudo em 2004 já havia sido criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com a finalidade de estabelecer metas, diretrizes e estratégias relacionadas ao tema pela Organização Mundial de Saúde<sup>7</sup>

O estabelecimento de uma cultura de segurança contribui para um trabalho seguro nos serviços por meio da comunicação efetiva, do compartilhamento de conhecimento e do trabalho em equipe, principalmente porque a maior parte dos eventos adversos seriam evitáveis<sup>8</sup>.

Os profissionais de saúde têm consciência da importância das notificações dos eventos adversos, contudo observa-se resistência ocasionada pelo medo e desconhecimento dos objetivos do processo. Além disso, prejudica a notificação o fato dos atores envolvidos não se empoderarem de seus respectivos papéis no âmbito da segurança do paciente nas instituições hospitalares<sup>9</sup>.

A observância de alguns aspectos pode contribuir para diminuição das subnotificações, como o uso formulários claros e concisos, a confidencialidade dos casos e o anonimato nas notificações, por promover segurança ao profissional que realmente não terá caráter punitivo. O plano de ação realizado pela chefia responsável para tratamento da notificação é outra estratégia utilizada frente ao incidente<sup>9,10</sup>.

Deste modo, a confecção de urnas com materiais recicláveis disponíveis na própria instituição não ocasionou ônus; pelo contrário, revelou-se uma ferramenta simples e útil para incentivar as notificações dos eventos adversos e agregar ao processo de gestão um novo canal de comunicação para a comunidade hospitalar sem receio de julgamentos e punição.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de melhoria da qualidade da assistência é dinâmico e contínuo. A adoção de ações de incentivo das notificações para evidenciar os eventos adversos proporcionou o conhecimento de vários incidentes que estavam subnotificados na instituição, não se limitando apenas nas metas de segurança do paciente. A ação mostrou-se um canal efetivo de comunicação adotado pelos trabalhadores, evidenciando atividades e atitudes que precisam ser corrigidas e melhoradas no cotidiano da instituição.

## REFERÊNCIAS

1. Souza VS, Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare Enferm.* 2015; 20(3): 475-482.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529 de 01 de abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente. *Diário Oficial da União*, 02 abr. 2013.

3. Sartor GD, Silva BF, Masiero AV. Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. *Cogitare Enferm.* 2016; 21(esp):01-08.
4. Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMC. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. *Rev Latinoam Enf.* 2014 Oct; 22(5):747-754.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC Nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Oficial da União*, 26 jul. 2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
7. World Health Organization. Patient Safety. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. Geneva: WHO; 2009.
8. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 18(7):2029-2036.
9. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP.* 2017; 51: e03243.
10. Lorenzini E, Santi JAR, Bão ACP. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014; 35(2):121-127.

---

RECEBIDO: 02/03/2018

ACEITO: 16/05/2018