

Perfil de notificações de segurança do paciente em um hospital emergência do Rio de Janeiro

RESUMO

Este estudo tem como objeto as notificações de eventos adversos recebidas pelo núcleo de segurança do paciente de um hospital e emergência do Rio de Janeiro, o objetivo principal é avaliar os incidentes notificados, espontaneamente, no hospital. A metodologia utilizada foi estudo seccional das notificações de eventos de segurança do paciente, com análise de todos os registros enviados ao NSP no período de 2015 a 2018. Os dados foram analisados e organizados em quadros, estratificadas por ano, tipo de evento, descrição do evento e setores da unidade onde ocorreram. Foram feitas 248 notificações como riscos clínicos. Apesar de ser um estudo inicial, aponta para a necessidade de aprofundamento das análises com base em indicadores de qualidade e segurança para que medidas corretivas e preventivas sejam planejadas e implantadas no hospital. As discussões apontam para necessidade de fortalecimento dos NSP e melhorar a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

DESCRITORES: Segurança do Paciente; Assistência à Saúde; Gerenciamento de Riscos.

ABSTRACT

This study aims to report adverse events received by the patient safety center of a hospital and emergency in Rio de Janeiro, the main objective is to evaluate spontaneously reported incidents in the hospital. The methodology used was a cross-sectional study of patient safety event notifications, with analysis of all records sent to the NSP from 2015 to 2018. The data were analyzed and organized into tables, stratified by year, type of event, patient description, event and sectors of the unit where they occurred. 248 reports were made as clinical risks. Despite being an initial study, it points to the need for further analysis based on quality and safety indicators so that corrective and preventive measures are planned and implemented in the hospital. Discussions point to the need to strengthen NSPs and improve quality of care and patient safety.

KEYWORDS: Patient Safety; Health Care; Risk Management.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo informar los eventos adversos recibidos por el centro de seguridad del paciente de un hospital y una emergencia en Río de Janeiro, el objetivo principal es evaluar los incidentes informados espontáneamente en el hospital. La metodología utilizada fue un estudio transversal de notificaciones de eventos de seguridad del paciente, con análisis de todos los registros enviados al NSP de 2015 a 2018. Los datos se analizaron y organizaron en tablas, estratificadas por año, tipo de evento, descripción del paciente, evento y sectores de la unidad donde ocurrieron. Se realizaron 248 informes como riesgos clínicos. A pesar de ser un estudio inicial, señala la necesidad de un análisis adicional basado en indicadores de calidad y seguridad para que las medidas correctivas y preventivas se planifiquen e implementen en el hospital. Las discusiones señalan la necesidad de fortalecer los NSP y mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del Paciente; Atención de Salud; Gestión de Riesgos.

RECEBIDO EM: 11/11/2019 APROVADO EM: 12/11/2019

Marcelo da Silva Dehoul

Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem pelo PPGENF Unirio, Rio de Janeiro, Brasil.

Priscila Handem

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Unirio, Rio de Janeiro, Brasil.

Ádane Domingues Viana

Enfermeira, doutoranda em enfermagem pelo PPGENF BIO – Unirio, Rio de Janeiro, Brasil.

Andréa da Silva Gomes Ludovico

Enfermeira, doutoranda em enfermagem pelo PPGENF BIO – Unirio, Rio de Janeiro, Brasil.

Teresa Tonini

Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva pela UERJ, Rio de Janeiro, Brasil.

Lêda Cezar

Médica, Mestre em saúde pública pela Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.

INTRODUÇÃO

Há tempos, as questões de segurança têm tido atenção de planejadores e executores envolvidos com a qualidade dos cuidados em saúde. A partir dos anos 2000, essa temática foi impulsionada no relatório *Errar é Humano* (AIOM, 1999), com a comprovação dos altos custos provocados por incidentes em saúde às pessoas e instituições. Dois anos após, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) lança a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em busca de um esforço mundial para favorecer as normas e práticas de segurança do paciente, focadas em um conjunto de iniciativas e desafios, a fim de minimizar ou solucionar os incidentes geradores de danos decorrentes dos cuidados em saúde.

Como um dos 193 Estados-membros da OMS, o Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio de Portaria Ministerial n.º 529/2013, com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional⁽¹⁾. Através de Resolução Colegiada (RDC-36), como uma das estratégias deste Programa, há a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde, cabendo-lhes a implantação de programas de segurança institucionais que visam difundir as diretrizes de segurança, capacitar as equipes, promover integração multiprofissional, identificar e monitorar riscos clínicos e não clínicos, implementar protocolos e monitorar indicadores, e analisar e avaliar incidentes ocorridos, sinalizando àqueles com danos aos pacientes (eventos adversos) ao sistema nacional de notificação - NOTIVISA⁽²⁾.

A OMS conceitua Segurança do Paciente como a redução, a níveis aceitáveis,

do risco de um dano desnecessário acontecer associado ao cuidado em saúde⁽³⁾. Portanto, todos os atores sociais devem ter a (pre) ocupação em reduzir a possibilidade de ocorrência de um evento, evitando o dano ao paciente, compreendido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesões, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo assim ser físico, social ou psicológico^(2,4).

De acordo com estudos no Brasil e em Portugal, estima-se que 7,6% e 11% dos pacientes atendidos sofram um evento adverso, sendo que 42 a 66% poderiam ter sido evitados. Os danos causados aos pacientes durante a assistência geram maior permanência, necessidades de maiores intervenções e aumento de custos hospitalares, além disso há o custo social para o paciente, pelo afastamento do trabalho e da família^(5,6).

Capacitar equipes de saúde para que reconheçam, registrem e reportem situações de risco e de incidentes é uma das atribuições dos NSP. Por vezes, profissionais desses núcleos fazem busca ativa de incidentes, percorrendo os setores, se reunindo e discutindo com as equipes de saúde sobre a assistência em saúde, pois eles são as melhores fontes de conhecimento para se entender e prevenir os riscos e para a notificação de incidentes. Analisar essas notificações é uma estratégia positiva para melhoria da segurança do paciente, dado o grau de aprendizagem coletiva com a identificação dos fatores contribuintes às falhas e fragilidades da assistência prestada e com as reflexões para a definição de mudanças em prol de prevenção de incidentes no sistema e fortalecimento da cultura de segurança na instituição⁽⁷⁾.

Incidentes são categorizados, segundo seu tipo e consequências para o paciente, em circunstância notificável, quase inci-

dente (near miss), incidente sem danos, e incidente com danos. Essa última categorização é nomeada de evento adverso (EA), devendo ser notificada à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através de o sistema informatizado de notificação (NOTIVISA).

Barreiras locais levam à subnotificação dos incidentes. Os motivos mais prevalentes estão relacionados à baixa evidência de esforços empreendidos para melhoria, ao pouco feedback sobre as estratégias definidas para solução dos problemas, ao medo dos profissionais em sofrer punições, ao precário conhecimento sobre o que e como notificar os incidentes, à alta sobrecarga de trabalho, ao baixo comprometimento das lideranças e frágil coesão dos profissionais envolvidos na assistência^(7,8).

Altas taxas dessas subnotificações caracterizam limitações na gestão do sistema hospitalar. A identificação de riscos à saúde da clientela, o monitoramento de indicadores de qualidade, a implantação de medidas preventivas à exposição de riscos e a capacitação dos profissionais de saúde para melhoria dos processos requerem o mapeamento dos incidentes notificados no NSP, quando se almeja a incorporação da segurança do paciente como uma cultura institucional^(9,10).

Dessa forma, como questão norteadora perguntamos: Qual o perfil das notificações de segurança do paciente recebidas pelo NSP? E o objetivo principal, neste estudo, foi avaliar os incidentes notificados, espontaneamente, em um hospital municipal do Rio de Janeiro-RJ.

METODOLOGIA

Estudo seccional das notificações de incidentes de segurança do paciente, com análise de todos os registros enviados ao

NSP de um grande hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil, no período de 2015 a 2018.

Foi eleito, como cenário deste estudo, uma unidade hospitalar pública localizada na região central da cidade, o que caracteriza o fácil acesso, de atendimento de urgências e emergências de baixa, média e alta complexidades à população de toda faixa etária, do município e das regiões metropolitanas do Rio de Janeiro. Conta, atualmente, com aproximadamente 400 leitos entre clínicos e cirúrgicos, sendo 28 leitos de terapia intensiva, realizando em torno de 600 cirurgias por mês, e atendendo em média 700 pacientes/dia.

A equipe do hospital conta com 1598 funcionários, sendo a equipe de enfermagem composta por 838 profissionais, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem. Quanto ao vínculo, temos a maioria de estatutários, com contrato de prestação de serviços para médicos de algumas especialidades. A unidade presta-se ainda como unidade de formação do programa de residência médica para várias clínicas e como campo de estágio curricular de instituições de ensino credenciadas à Secretaria de Saúde, nos níveis técnico e de Graduação.

O NSP, implantado em 2015 nessa unidade, conta com apenas dois profissionais exclusivos, uma médica e um enfermeiro, e 06 profissionais que complementam sua carga horária a serviço do setor.

O período de análise eleito representa a totalidade dos quatro primeiros anos após a implantação do NSP na referida unidade hospitalar. As informações foram obtidas do banco de dados do núcleo de segurança do paciente, que registra e rastreia as notificações realizadas por todos os 30 setores do hospital. A notificação de eventos é espontânea, podendo ser anônima ou ter identificação do profissional notificador, pode ser feita por qualquer integrante da equipe de saúde, através de impresso próprio composto por duas partes: uma com as orientações e principais esclarecimentos sobre eventos de segurança e, outra para a descrição do ocorrido. Esses impressos são distribuídos nos setores, e estão disponíveis a todos os profissionais também na su-

pervisão de enfermagem e na sala do NSP.

Após serem preenchidas, as fichas de notificação são encaminhadas ao NSP, sendo primariamente analisadas pelos componentes do núcleo, que lançam as informações em seu próprio banco de dados e, quando pertinentes, são inseridas no Sistema Nacional de Notificações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (NOTIVISA). A partir desses registros, as notificações são analisadas e encaminhadas aos tratamentos específicos para cada situação. As formas de tratamento não são objeto desse estudo.

Este estudo está atrelado ao projeto de pesquisa de mestrado, inscrito no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UNIRIO), sobre avaliação de cultura de segurança do paciente, possuindo aprovação do CEP desta universidade sob o n.º 3.585.183.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As notificações foram organizadas em quadros, estratificadas por ano, tipo de evento, descrição do evento e setores da unidade onde ocorreram. Neste período, foram encaminhadas ao NSP 248 notificações consideradas como riscos clínicos à segurança do paciente.

A notificação constitui a comunicação de uma informação relevante para a segurança do paciente, é voluntária e garante a total confidencialidade dos dados relatados e seu arquivamento. Afirmamos ainda que a notificação foi uma medida que atraiu a atenção dos profissionais pelo fato de lhes ter dado voz e entenderem que fazem parte do processo de cuidar em segurança. Essa não foi a única ferramenta de segurança aplicada, mas foi, sem dúvida, uma maneira direta que pôde contribuir para a melhoria da cultura de qualidade e segurança.

Com a implantação do NSP, foi feita uma intensa campanha de mobilização da unidade para a questão de segurança, com capacitações, apresentação do tema e seus desdobramentos, orientações quanto aos protocolos, principalmente de identificação e prevenção de queda. Durante os pri-

meiros dois anos, o projeto “Terça Segura” garantiu que o tema da segurança fosse discutido, levantado, aprendido e ensinado pela equipe, quando, a cada semana, durante à tarde, acontecia a discussão de um tema ligado à segurança.

Observou-se que a categoria que mais notificou incidentes foi a enfermagem, com algumas poucas notificações feitas por outros profissionais. Fato este corroborado por estudos no Brasil e no exterior, onde a notificação de eventos está centrada na figura do enfermeiro e sua equipe, deixando aos serviços de saúde, o desafio de sensibilizar os outros profissionais para sua participação no processo de notificação, reduzindo a subnotificação, e favorecendo o envolvimento de diferentes níveis hierárquicos neste movimento em prol da segurança⁽⁷⁾.

Desse total de 248 notificações, em 2015 foram 80, em 2016 foram 73, em 2017 tivemos 44 e em 2018, um total de 51 incidentes notificados.

Analisando o Quadro 1, observa-se que o grande montante de notificações aconteceu em 2015, ano de implantação do NSP. Talvez pela novidade, as notificações de qualquer evento ou situação que representasse risco eram apresentadas. Nos outros anos, tivemos menos notificações, proporcionalmente, entretanto, notamos um direcionamento mais apurado para os riscos clínicos, que podem representar a abordagem ampliada das estratégias educativas implantadas para a segurança do paciente.

Conforme podemos observar no Quadro 1, tivemos 18 casos referentes à farmacovigilância que, de acordo com a ANVISA, refere-se ao processo sistemático de detectar, avaliar, compreender e prevenir riscos de efeitos adversos dos medicamentos durante seu período de comercialização, relacionando-se a reações adversas ou queixa técnica/desvio de qualidade. A tecnovigilância compreende a detecção de eventos adversos relacionados a efeitos não intencionais ou indesejáveis com uso de equipamentos e materiais durante a prática clínica, e foram registrados 37 casos. Os casos de hemovigilância consistem em alertar, avaliar e acompanhar inciden-

tes transfusionais imediatos ou tardios, tendo sido apurados 13 casos. Em 180 notificações, observamos casos de situações de risco onde ocorreu a detecção de circunstâncias com probabilidades de se tornarem incidentes relacionados a comportamentos e/ou procedimentos.

No estudo, as notificações de farmacovigilância se referem, em sua maioria, a queixas técnicas e desvios de qualidade, a tecnovigilância aos eventos relacionados às falhas agudas de equipamentos e suas manutenções, situações essas de menor impacto direto e de dano aos pacientes. Em contrapartida, os incidentes de hemovigilância, mesmo em menor número, apontam para maiores riscos de falhas e danos aos pacientes. As situações de risco abarcam todas as outras possibilidades de riscos, estando atreladas a comportamentos, o que justifica uma intensiva e constante preocupação com a educação permanente e à formação técnica dos profissionais, e às questões relacionais e subjetivas do processo de trabalho em saúde.

Além disso, os casos de farmaco, hemo e tecnovigilância já possuem uma orientação de abordagem “sentinela” estruturada

através do sistema nacional de notificação e vigilância. Destoam destes, os casos relacionados às situações de riscos que possuem uma abordagem tímida quanto ao seu rastreamento, acompanhamento e prevenção, questões essas que devem ser aprimoradas com o uso contínuo e massivo do sistema NOTIVISA.

No Quadro 2, observamos a classificação dos eventos por sua característica em provocar danos, sendo a Circunstância Notificável (CN) aquela situação com potencial para dano ou lesão; o Near Miss (NM), o incidente que não chegou a atingir o paciente; e o incidente sem danos (IN), aquele que atingiu o paciente sem provocar danos; e o Evento Adverso (EA) aquele incidente que resulta em dano ao paciente, sendo este reversível, irreversível ou óbito.

Nota-se que, apesar do número de notificações gerais ter reduzido na série histórica com decréscimo em 2016 e queda significativa em 2017, o número de EA notificados apresentou aumento proporcional, demonstrando que pode ter havido uma seleção mais apurada “do que” seria importante notificar, ou ainda, apontar para um efetivo aumento dos eventos com

danos aos pacientes.

Observa-se também que se considerarmos os números de atendimentos/ internações da instituição, ousa-se dizer que talvez alguns eventos, principalmente os de baixo potencial de dano, não tenham sido notificados nos últimos anos. Esse fato nos remete ao pensamento de um melhor entendimento da equipe quanto aos conceitos dos eventos e, por outro lado, em um descrédito nos resultados esperados para esses registros, quando não há adesão da alta gestão às questões de segurança do paciente.

Percebe-se ainda que o maior volume de notificações é de circunstâncias notificáveis, principalmente nos primeiros 2 anos, ou seja, situações com potencial de erro grande que quando noticiadas (percebidas) param a sequência de possíveis danos. Nos anos subsequentes, ocorre uma queda do número de CN e um ligeiro aumento dos outros tipos de eventos, evidenciando um acréscimo no potencial gerador de danos.

Entre suas possíveis utilizações, os dados notificados devem gerar informações para identificar padrões e tendências sobre a segurança do paciente, priorizando

Quadro 1. Distribuição de eventos por tipo e ano. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2015-2018

ANO CARACTERÍSTICA	2015		2016		2017		2018		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
FÁRMACO	11	13,75	03	4,10	02	4,54	02	3,92	18
TECNO	13	16,25	08	10,95	13	29,54	03	5,88	37
HEMO	03	3,75	02	2,73	06	13,63	02	3,92	13
S. DE RISCO	53	66,25	60	82,19	23	52,27	44	86,27	180
TOTAL	80	32,25	73	29,43	44	17,74	51	20,56	248

Nota: FARMACOVIGILÂNCIA (FV), TECNNOVIGILÂNCIA (TV), HEMOVIGILÂNCIA (HV) E SITUAÇÃO DE RISCO (SR)

Quadro 2. Distribuição dos eventos pela sua característica e ano. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2015-2018

ANO TIPO EVENTO	2015		2016		2017		2018		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
EA	20	25	28	38,35	20	45,45	25	49	93
IN	13	16,25	03	4,1	07	15,9	08	15,68	31
NM	08	10	03	4,1	04	9	06	11,7	21
CN	39	48,75	39	53,42	13	29,54	12	23,52	103
TOTAL	80		73		44		51		248

Nota: EA-Evento Adverso; IN- Incidente sem danos; NM- Near Miss; CN- Circunstância Notificável.

a aprendizagem contínua e a indução do enfrentamento dos problemas identificados, além da adoção de medidas de gerenciamento dos riscos. Assim, será possível desenvolver soluções com o intuito de evitar que danos aos pacientes em serviços de saúde venham a se repetir, criando um ciclo virtuoso para a melhoria da qualidade e segurança do paciente⁽¹⁾.

CONCLUSÃO

Após analisar os eventos de segurança, pode-se concluir que o perfil das notificações traçado aponta para o aumento dos eventos com dano e pode ser entendido como o principal fator para direcionar as estratégias de melhoria da qualidade e da segurança dos pacientes, quebrando a cadeia de eventos adversos e revela, para a alta gestão, os fatores contributivos que devem ser trabalhados para a melhoria global de assistência em saúde, no hospital em questão. Essa avaliação remete ainda à necessidade de aprofundar as análises de causa raiz de cada evento, para que as causas sejam realmente entendidas e facilitem o planejamento de ações na busca constante pelo

Ressaltamos a grande importância dos trabalhos realizados pelo Núcleo de Segurança do Paciente na trajetória contínua de avaliação dos eventos de segurança, na busca pela mudança do status da qualidade e segurança do paciente [...]

aprimoramento da segurança do paciente.

Com base nas informações e análises contidas nesse estudo, apontamos algumas ações estratégicas, embasadas nas legislações nacionais e diretrizes definidas pela OMS, tais como: o investimento em educação para a qualidade e segurança, avaliação e substituição das tecnologias obsoletas para o cuidado seguro e melhoria e implementação dos protocolos de segurança para cirurgias seguras e segurança das prescrições, uso e administração de medicamentos.

Ressaltamos a grande importância dos trabalhos realizados pelo Núcleo de Segurança do Paciente na trajetória contínua de avaliação dos eventos de segurança, na busca pela mudança do status da qualidade e segurança do paciente no maior hospital de urgência e emergência da América Latina, e sugerimos a realização de um estudo que aponte o impacto econômico dos eventos adversos com danos, a fim de avaliar a interferência dos gastos desnecessários nos processos assistenciais, melhorando a saúde financeira do hospital e, ainda, para fazer inferências ao sistema de saúde no aprimoramento das suas leis e regulamentações. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Programa Nacional de Segurança do Paciente. Documento de referência. Brasília (DF): MS, Fiocruz, ANVISA, 2014.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC n° 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.
3. Mendes Júnior WV, et al. Qualidade dos serviços de saúde no SUS – Relatório Final. QualISUS, 2013.
4. Oliveira OJ. Gestão da Qualidade: tópicos avançados. São Paulo: Cengage Learning; 2009.
5. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. BMC Health Serv Res [Internet]. 2014 [cited 2016 May 18]; 14:311. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/311>.
6. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care [Internet]. 2009 [cited 2016 May 18]; 21(4):279-84. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzp022>
7. Alves, MFT, Carvalho, DS, Albuquerque, GSC. Motivos para não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. Ciênc. Saúde coletiva [Internet]. 2019 [acesso em 15 nov 2019]; 24(8). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000802895&script=sci_arttext&tlng=pt.
8. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2017 [acesso em 15 nov 2019]; 51:e03243. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>.
9. Lorenzini E, Santi JAR, Bão ACP. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2014 June [cited 2019 June 27]; 35(2):121-127. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000200121&lng=en.
10. Figueiredo ML, Silva CSO, Brito MFSF, D'Innocenzo M. Análise da ocorrência de incidentes notificados em hospital-geral. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 Feb [cited 2019 June 27]; 71(1):111-119. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100111&lng=en.