

INCIDENTES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Incidents related to health care in an emergency hospital

Incidentes relacionados con la atención de salud en un hospital de emergencia

Cristiana Vilete Barbosa¹, Iara Barreto Bassi², Ana Carolina Amaral de Castro Hadad³

Como citar este artigo:

Barbosa CV, Bassi IB, Hadad ACAC. Incidentes relacionados à assistência à saúde em um hospital de emergência. 2021 jan/dez; 13:1447-1452. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10042>.

RESUMO

Objetivos: analisar as notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde em um hospital de urgência e emergência. **Métodos:** estudo transversal analítico, com as fichas de notificação de incidentes registradas pelo Núcleo de Segurança do Paciente, no período de Janeiro de 2017 a Junho de 2018. Foram aplicados testes de regressão logística simples e múltipla, os quais associaram a variável resposta “dano ao paciente” a um ou mais fatores. **Resultados:** das 385 notificações, 53% foram incidentes com dano. Houve prevalência de eventos classificados como “outros” (30,9%) e das “falhas de procedimento” (17,9%). Os dados demonstraram associação estatística entre ocorrência de evento com dano e o óbito. **Conclusão:** tornam-se imprescindíveis esforços voltados à capacitação dos profissionais para o conhecimento dos processos corretos de notificação, das práticas para prevenção de incidentes e promoção da segurança do paciente.

DESCRITORES: Segurança do paciente; Gestão da segurança; Qualidade da assistência à saúde; Notificação; Serviços médicos de emergência.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the notifications of incidents related to health care in a hospital of urgency and emergency. **Methods:** analytical cross-sectional study, consisted by the incident notification forms, recorded by the Patient Safety Center, from January 2017 to June 2018. Simple and multiple logistic regression tests were applied, which associated the variable “damage to the patient” to one or more factors. **Results:** 385 notifications were recorded, 53% were incidents with damage. There was a prevalence of events classified as “other” (30.9%) and “procedural failures” (17.9%). The data demonstrated a statistical association between the occurrence of an event with damage and death. **Conclusion:** efforts aimed at training professionals to become aware of the correct notification processes, practices for preventing incidents and promoting patient safety become essential.

DESCRIPTORS: Patient safety; Safety management; Quality of health care; Notification; Emergency medical services.

- 1 Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência pelo Programa de Residência Multiprofissional da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG. Belo Horizonte – MG - Brasil.
- 2 Fonoaudióloga. Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Analista de Gestão de Assistência à Saúde da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG. Belo Horizonte – MG - Brasil.
- 3 Enfermeira. Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Especialista em Gestão de Urgência e Emergência pelo Hospital Sírio Libanês. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG. Belo Horizonte – MG - Brasil.

RESUMEN

Objetivos: analizar las notificaciones de incidentes relacionados con la atención de salud en un hospital de urgencia y emergencia. **Métodos:** estudio transversal analítico, compuesto por los formularios de notificación de incidentes, registrados por el Centro de Seguridad del Paciente, desde enero de 2017 hasta junio de 2018. Se aplicaron pruebas de regresión logística simples y múltiples, que asociaron la variable “daño al paciente” a uno o más factores. **Resultados:** se registraron 385 notificaciones, el 53% fueron incidentes con daños. Hubo una prevalencia de eventos clasificados como “otros” (30,9%) y “fallas de procedimiento” (17,9%). Los datos demostraron una asociación estadística entre la ocurrencia de un evento con daño y muerte. **Conclusión:** los esfuerzos dirigidos a capacitar a los profesionales para que sean conscientes de los procesos de notificación correctos, las prácticas para prevenir incidentes y promover la seguridad del paciente se vuelven esenciales.

DESCRIPTORES: Seguridad del paciente; Administración de la seguridad; Calidad de la atención de salud; Notificación; Servicios médicos de urgencia.

INTRODUÇÃO

As discussões sobre segurança do paciente, gestão de riscos e melhoria da qualidade assistencial têm ganhado crescente importância em âmbito mundial, e ocupado papel de destaque dentro das organizações hospitalares, especialmente no que tange à prevenção e controle de eventos relacionados à assistência à saúde e no desenvolvimento de uma cultura que privilegie a segurança do paciente¹⁻².

Durante a assistência à saúde, os pacientes podem estar expostos à ocorrência de eventos adversos (EA), que podem gerar lesões, comprometimento e incapacidade temporária ou permanente, disfunção física, psicossocial, prolongamento do tempo de internação e até a morte³⁻⁵.

As falhas associadas à assistência têm afetado países de diferentes níveis de desenvolvimento. No mundo, estima-se que cerca de 42,7 milhões de EA ocorram anualmente⁶. Nos países desenvolvidos, os dados apontam que um em cada seis pacientes hospitalizados seja vítima de algum incidente relacionado a falhas na segurança do paciente⁵. A situação é agravada nos países em desenvolvimento, onde poucas são as evidências, e que possivelmente, milhões de pacientes sofrem lesões incapacitantes ou morrem em decorrência de EA⁷⁻⁹.

No Brasil, as discussões sobre segurança do paciente iniciaram-se em 2002, com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)¹⁰. Em 2009, houve a implantação do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Notivisa), que possibilitou melhor controle e o monitoramento das falhas em âmbito nacional, e em 2013, por meio da Portaria nº 529 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) como estratégia para o monitoramento e a prevenção de danos assistenciais¹⁰⁻¹¹. Posteriormente, houve a publicação da RDC 36/2013, que implementou os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) para cumprimento de metas, vigilância, monitoramento, notificação, educação permanente, controle e prevenção dos riscos relacionados à assistência³⁻⁴.

A literatura aponta que a notificação e análise dos incidentes é uma ferramenta extremamente útil para a gestão de risco, vigilância e monitoramento. Os dados obtidos com as notificações podem gerar informações que possibilitem às instituições o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento dos problemas identificados, visando melhoria da qualidade assistencial e promoção da segurança do paciente^{2,7}.

Apesar dos avanços, ainda há problemas de ordem organizacional, estrutural, educacional e profissional, que refletem na ocorrência de falhas assistenciais e que limitam o processo de coleta e sistematização dessas informações. No contexto hospitalar, percebe-se a necessidade do desenvolvimento de intervenções que contemplem sistemas de notificação eficientes, análise e acompanhamento dos incidentes, e processos educativos que estimulem os profissionais ao reconhecimento do evento, do dano, e à notificação adequada^{1,7,12,14}.

Frente a esse desafio, em um contexto da gestão do cuidado, da promoção da qualidade assistencial e da segurança do paciente, o estudo tem por objetivo descrever e analisar as notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde em um hospital referência no atendimento de urgência e emergência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal analítico de dados secundários, conduzido em um hospital de alta complexidade, com 425 leitos, no município de Belo Horizonte – MG.

Os dados foram obtidos por meio de um banco de dados estruturado com as notificações de eventos relacionados à assistência à saúde que foram fornecidas pelo NSP da instituição. A amostra foi constituída por todas as fichas de notificação, registradas junto ao NSP no período de Janeiro de 2017 a Junho de 2018. Foram excluídas notificações que não apresentavam o número de registro do paciente, por impossibilitar a busca de informações adicionais no prontuário eletrônico.

Foram estudadas as variáveis:

- 1) Resposta: dano ao paciente (incidentes sem dano, incidentes com dano/EA, incidentes em que não sabe se houve dano).
- 2) Relacionadas ao paciente: idade, sexo, clínica principal, tempo de permanência hospitalar após a ocorrência do evento, tempo de permanência hospitalar total, desfecho final (alta, óbito, transferência).
- 3) Relacionadas ao incidente: setor de ocorrência, categoria do evento (grupo e subgrupo), tempo de ocorrência do evento após admissão hospitalar, tempo de notificação do evento ao Notivisa, ações tomadas após a identificação e notificação do evento, identificação do profissional notificador (sim, não).

Para melhor compreensão, os incidentes foram categorizados em grupos e subgrupos conforme padronização da instituição, com base nas orientações da ANVISA^{3,11}, em eventos relacionados a: 1) Equipamentos e material médico; 2) Processo transfusional; 3) Cadeia medicamentosa; 4) Lesão

de pele; 5) Queda; 6) Falha na identificação do paciente; 7) Falha na documentação; 8) Falha no suporte ventilatório; 9) Perda, obstrução, deslocamento de dispositivos invasivos; 10) Falha de procedimento; 11) Falha cirúrgica; 12) Outros.

Após a coleta de informações adicionais, os dados foram reestruturados no programa *Microsoft Excel* 2010 e posteriormente exportados para o software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 24.0. A análise estatística descritiva foi realizada por meio de frequência observada e relativa, medidas de tendência central e dispersão. Foram aplicados testes de regressão logística simples e múltipla, os quais associaram a variável resposta “dano ao paciente” com um ou mais fatores. Também foi reportado o *odds ratio* (OR) para quantificar essas associações. O nível de significância adotado nas análises foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Os procedimentos éticos em pesquisa foram seguidos conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 07 de Junho de 2018, sob parecer 2.698.416 e CAAE 90734418.8.0000.5119.

RESULTADOS

Na instituição em estudo, as notificações de incidentes são realizadas de maneira voluntária, por meio do preenchimento manual das fichas de notificação.

No período em estudo foram registradas 390 notificações, e houve perda amostral de cinco notificações. Das 385 notificações analisadas, 285 (74%) foram incidentes com pacientes do sexo masculino e 100 (26%) sexo feminino. A média de idade foi 42,6 anos (DP 22,1). Sobre a especialidade clínica, 128 (33,2%) pacientes estavam sob os cuidados da neurocirurgia, 56 (14,5%) cirurgia geral e 55 (14,3%) ortopedia. A maioria das notificações foram registradas pelo Bloco Cirúrgico 96 (24,9%) e Unidade de Terapia Intensiva- UTI adulto 85 (22%). Os resultados detalhados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil epidemiológico e clínico dos incidentes registrados em um hospital de Urgência e Emergência - Janeiro 2017 a Junho 2018. Belo Horizonte - MG, Brasil, 2019

	Variável	N	%
Sexo	Masculino	285	74
	Feminino	100	26
Clínica principal	Neurocirurgia	128	33,2
	Cirurgia Geral	56	14,5
	Ortopedia	55	14,3
	Cirurgia Plástica	52	13,5
	Clínica Médica	40	10,4
	Toxicologia	15	3,9
	Pediatria	14	3,6
	Cirurgia Cardiovascular	9	2,3
	Cirurgia da Mão	4	1
	Otorrinolaringologia	4	1
	Cirurgia Bucomaxilofacial	3	0,78
	Outros/ não informado	3	0,78
	Oftalmologia	2	0,52

	Variável	N	%
Setor de ocorrência	Bloco Cirúrgico	96	24,9
	UTI Adulto	85	22
	Ambulatórios	65	16,9
	Sala de Emergências Traumáticas	46	11,9
	Radiologia	39	10,1
	Internação	19	4,9
	Outros/ não informado	16	4,2
	Sala de Emergências Clínicas	13	3,4
	UTI Pediátrica	6	1,5

Os incidentes ocorreram, em média, 7,5 dias (DP 17,1) após a admissão hospitalar. Após a ocorrência do evento, os pacientes tiveram, em média, mais 19,8 dias (DP 30,5) de internação.

A média do tempo total de permanência hospitalar foi de 27,3 dias (DP 37,6). A média de tempo entre a ocorrência do evento e a sua notificação ao Notivisa foi de 22,7 dias (DP 11,3).

Em relação ao tipo de incidente, 119 (30,9%) foram classificados como “outros”, 69 (17,9%) como “falhas de procedimento”. As “falhas durante a assistência à saúde” foi o subgrupo com maior prevalência, compreendendo 148 (37,9%) do total das notificações. Os resultados detalhados para os grupos e subgrupos dos incidentes são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Grupos e subgrupos dos incidentes notificados em um hospital de Urgência e Emergência - Janeiro 2017 a Junho 2018. Belo Horizonte - MG, Brasil, 2019

	Categoria dos eventos (grupos e subgrupos)	n	%
	Equipamento/material médico	16	4,2
	Queixa técnica de equipamento/material/ tecnologia hospitalar	16	100
	Falha de procedimento	69	17,9
	Relacionado ao processo cirúrgico	11	15,9
	Falha durante transferência e transporte de paciente	8	11,6
	Falhas durante a assistência à saúde	30	43,5
	Perda/Troca de amostra bioquímica ou laboratorial	8	11,6
	Pneumotórax/Barotrauma iatrogênico	7	10,1
	Relacionado à punção de acesso vascular	2	2,9
	Relacionado ao acesso de via aérea	3	4,3
	Falha na documentação	29	7,5
	Relacionada ao prontuário	28	96,5
	Não especificado/Não informado	1	3,5
	Falha na identificação	16	4,2
	Relacionadas à pulseira de identificação ou identificação no leito	16	100
	Falha no processo transfusional	2	0,52
	Indisponibilidade e identificação errada do hemocomponente	2	100
	Lesão de pele	24	6,2
	Lesão por pressão (LPP)	9	37,5
	Lesão de córnea/Lesão por parasitas/ Outras lesões	5	20,8

Categoria dos eventos (grupos e subgrupos)	n	%
Lesão associada à contenção mecânica/ Dispositivos médicos	10	41,7
Outros	119	30,9
Falhas durante a assistência à saúde	117	98,3
Não especificado/Não informado	1	0,84
Suicídio	1	0,84
Perda/deslocamento/obstrução de dispositivo invasivo	43	11,2
Perda/Obstrução acidental de dispositivo intravascular	28	65,1
Perda/Obstrução de drenos e sondas	15	34,9
Queda	16	4,2
Leito/cadeira/própria altura	16	100
Cadeia medicamentosa	33	8,6
Dose errada/Não administrado	12	36,3
Identificação/Rotulagem inadequada	3	9,1
Medicamento errado	6	18,2
Paciente errado	1	3
Prescrição errada	5	15,2
Via de administração errada	3	9,1
Não especificado/Não informado	3	9,1
Suporte ventilatório	18	4,7
Falhas durante a assistência à saúde	1	5,5
Perda/obstrução de dispositivos respiratórios (TQT, TOT)	3	16,6
Pneumotórax/Barotrauma iatrogênico	2	13,3
Reintubação em menos de 24 horas	12	66,6
TOTAL	385	

Em relação ao desfecho final, 264 (68,5%) pacientes obtiveram alta hospitalar e 121 (25,5%) evoluíram a óbito.

Em 204 (53%) notificações, o incidente gerou dano ao paciente. Desses, 62 (30%) evoluíram a óbito, sendo: dois (3%) óbitos imediatamente após a ocorrência do EA; dois (3%) um dia após o EA; e oito (13%) de dois a dez dias após o EA. Em 112 (29%) notificações, os notificadores não souberam avaliar se houve dano ao paciente, desses, 28 (25%) evoluíram a óbito. Em 69 (18%) foi assinalado que não houve dano ao paciente, desses, oito (12%) evoluíram a óbito.

Na análise da relação entre a variável resposta “incidente com dano/EA” e o desfecho final “óbito”, observou-se relação estatisticamente significativa ($p=0,020$; $OR=2,9$). De maneira que, pacientes que sofreram EA têm 2,9 mais chances de evoluir a óbito, quando comparados aos pacientes que sofreram incidentes sem danos. As demais variáveis não foram consideradas fatores de risco ou proteção para o desfecho final.

Na análise da relação entre variável resposta “incidentes que não sabe se houve dano” com o desfecho final “óbito”, os resultados apontam associação estatística ($p=0,015$; $OR=3,9$). Pacientes que sofreram incidentes no qual o notificador não soube determinar a presença de dano têm 3,9 vezes mais chances de óbito, quando comparado aos incidentes sem dano. Essa variável também apresentou associação com o setor de notificação – Unidade de internação ($p=0,018$).

As notificações feitas por profissionais da unidade de internação têm maior probabilidade de não saber identificar se houve dano ao paciente, quando comparados aos eventos que ocorreram nos demais setores.

Sobre as condutas tomadas após a ocorrência do incidente, 142 (37%) notificações indicou que houve orientação e (ou) treinamento do profissional ou equipe envolvida, 120 (31%) conduziram notificação/orientação do setor/coordenação e 123 (32%) não informaram.

Em 243 (63%) das notificações, o profissional notificador se identificou.

DISCUSSÃO

Sabe-se que os incidentes assistenciais são subnotificados no Brasil, e possivelmente este estudo retrata esta realidade. A literatura aponta que a subnotificação está associada a fatores como: o sistema de notificação utilizado, à metodologia passiva e voluntária, desconhecimento, sentimento de culpa ou medo e não adesão à cultura de segurança do paciente^{2,13-15}.

Um estudo que comparou as metodologias de notificação apontou maior adesão dos profissionais ao método informatizado, no qual o notificador é identificado. O fato foi explicado pela cultura de segurança adotada pela instituição. Além disso, a utilização de um sistema informatizado pode facilitar e agilizar o processo de notificação⁷. No entanto, independente da metodologia escolhida, o importante é assegurar que esta seja acessível, fácil, clara e desburocratizada¹⁴.

Percebe-se um padrão no perfil epidemiológico e clínico dos pacientes, que acompanha os resultados de estudos conduzidos em hospitais de emergência. As emergências traumáticas é uma das causas externas que mais leva a morbimortalidade, especialmente entre jovens do sexo masculino¹⁶⁻¹⁷.

O Bloco Cirúrgico e a UTI adulto foram os setores que mais notificaram. Estudos apontam que as características desses setores estão correlacionadas com o maior número de ocorrência de incidentes, uma vez que são unidades críticas, que participam de inúmeros processos assistenciais a pacientes graves e utilizam grande número de insumos, materiais e tecnologias. Tais fatores fazem com que os profissionais ali inseridos tenham melhor capacidade de observação, percepção, avaliação e notificação dos incidentes^{13,18}.

Sobre o tempo para a ocorrência do incidente, resultado semelhante foi encontrado na literatura, em média, 10 dias a partir da data de admissão hospitalar¹⁷. Pacientes com período de internação igual ou superior a nove dias têm 34 vezes mais chance de sofrer EA que as internações com período inferior¹⁹. No contexto do atendimento de emergência, os pacientes apresentam tempo de internação elevado devido às condições clínicas e maior necessidade de intervenções diagnóstico-terapêuticas, aumentando assim, o risco para ocorrência de incidentes²⁰⁻²¹.

Percebe-se uma forte relação entre a ocorrência de incidentes e o prolongamento do tempo de internação. Estima-se um aumento de 20 a 30 dias de internação²¹⁻²². A extensão no período de permanência hospitalar, além dos impactos financeiros, aumenta a exposição do paciente aos

riscos assistenciais, deixando-o mais vulnerável a ocorrência de novos incidentes²¹⁻²².

Após a ocorrência do incidente, o NSP deve comunicar ao Sistema Notivisa, em até 72 horas os óbitos relacionados à EA, e até o 15º dia útil do mês subsequente os demais incidentes¹⁰. Um estudo brasileiro sobre EA que resultaram em óbito apontou que, em média, os NSP demoram 63 dias para reportar o incidente¹³. O cumprimento dos prazos determinados permite melhor atuação do NSP, por estimular a busca ativa e a monitorização dos riscos¹⁰. A utilização de um sistema de notificação informatizado pode contribuir ao agilizar o processo, possibilitando o reconhecimento precoce pelo NSP e a tomada de decisões em tempo hábil⁷.

A maior parte dos incidentes foi classificada como: “outros”, “falhas de procedimentos” e “falhas durante a assistência à saúde”, o que também foi identificado em outros estudos^{13,23}. A inespecificidade dessas classificações limitam o reconhecimento do real cenário dos incidentes assistenciais. A literatura aponta que problemas relacionados ao formulário de notificação, a falta de clareza na descrição dos incidentes e as lacunas de conhecimento dos profissionais quanto aos conceitos, descrições e terminologias presentes na ficha de notificação, comprometem o processo de notificação^{13-14,23}.

Na identificação de fichas incompletas, mal descritas ou eventos classificados de maneira incorreta, espera-se que o NSP acompanhe por meio de busca ativa em prontuários e com os profissionais envolvidos no evento, e quando se fizer necessário, deve-se conduzir a reclassificação desses eventos. A partir dessas intervenções será possível reconhecer as reais causas e circunstâncias do evento, possibilitando intervenções específicas e a busca por melhorias que assegurem a segurança do paciente. Além disso, faz-se necessário repensar a metodologia de notificação adotada, haja vista a necessidade de minimizar generalidades e garantir a qualidade dos dados descritos nas notificações⁴.

No Brasil, estudos efetivos que demonstrem a real letalidade dos EA e os impactos dos danos gerados ainda são escassos, especialmente pela metodologia de notificação e acompanhamento adotado pelas instituições¹³. Neste estudo foi observado que a maioria dos incidentes gerou dano ao paciente, e que houve associação estatisticamente significativa entre a ocorrência do EA e mortalidade. A literatura já demonstra que a ocorrência de EA implica em aumento da chance de óbito²¹. Os dados reforçam o grave problema dos EA e a necessidade de ações voltadas para o processo assistencial e redução de incidentes.

Os resultados também apontam para a necessidade de capacitação e sensibilização dos profissionais quanto ao reconhecimento do dano. Neste estudo observou-se associação entre incidentes no qual não se sabia o dano e a mortalidade. Embora a ficha de notificação utilizada pela instituição possibilite aos profissionais assinalar que não sabem se houve dano, é imprescindível que o NSP investigue ativamente eventos assim classificados, devido à potencialidade de evoluírem com dano e desfecho desfavorável ao paciente⁴.

A falta de clareza quanto ao dano pode comprometer a assistência e o acompanhamento que será dispensado ao paciente. Analisar e compreender corretamente o dano

gerado possibilita a equipe rever as práticas, planejar e melhorar o cuidado, intervir precocemente e de maneira oportuna nas complicações geradas e prevenir a ocorrência de novos incidentes^{1-2,13}. Adicionalmente, a visão punitiva que a notificação ainda gera nos profissionais, pode ser o fator contribuinte para omissão do real dano causado. Fomentar estratégias de educação permanente, de segurança do paciente e a desconstrução da visão punitiva pode contribuir na melhoria da qualidade qualitativa e quantitativa das notificações^{2,14}.

A literatura aponta que os incidentes sem danos são menos relatados, embora ocorram com maior frequência dentro das instituições. O fato do incidente não ter causado danos ao paciente, não diminui sua importância e a necessidade de notificação e investigação. Seu registro deve ser estimulado, por possibilitar o reconhecimento das fragilidades da instituição e a implantação de medidas preventivas que assegurem a qualidade assistencial¹⁴.

Em relação às condutas adotadas após a ocorrência do incidente, percebe-se que em geral, os serviços utilizam uma abordagem pessoal para resolver as falhas, o que já está claramente descrito na literatura como não sendo a estratégia mais efetiva^{9,11}.

Após a identificação e comunicação de um incidente, um plano de ação amplo com abordagem sistêmica deve ser estruturado, tomando por base a identificação das causas principais, dos riscos envolvidos, das fragilidades e dos fatores contribuintes^{1,11}. Neste processo, é imprescindível que o evento seja analisado sob a ótica de falhas nos processos de trabalho, de problemas ocupacionais, de infraestrutura e tecnologia, e que, além da equipe assistencial, gestores, coordenadores e chefias também sejam envolvidos^{1,9,24}. Essas condutas podem auxiliar no desenvolvimento de estratégias para qualificar a segurança assistencial e reduzir riscos aos pacientes.

Este estudo apresenta como limitação o número de incidentes notificados, especialmente pelo fato de as notificações serem passivas e assistemáticas. Percebe-se também, limitações no instrumento de notificação, que induz a classificações generalizadas dos incidentes. Sugere-se, o desenvolvimento de estudos com delineamento longitudinal, por produzirem melhores evidências, favorecendo a identificação e análise dos incidentes, dos danos e suas repercussões.

CONCLUSÃO

A ocorrência de incidentes assistenciais representa um sério problema para os serviços de saúde, especialmente pela associação dos eventos com dano e o óbito. Apesar desta constatação, a subnotificação ainda é uma realidade. Neste estudo pôde-se inferir a subnotificação, especialmente ao se considerar a característica do atendimento de urgência e emergência.

O estudo possibilitou concluir sobre a real necessidade de se estabelecer metodologias que assegurem notificações com melhor qualidade de preenchimento, que sejam reportadas mais rapidamente, que haja um acompanhamento prospectivo dos incidentes e suas vítimas, além do desenvolvimento de ações educativas e preventivas eficazes, especialmente junto à equipe de enfermagem que participa ativamente desses processos.

REFERÊNCIAS

1. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM da, Oliveira FT de. Adverse events and safety in nursing care. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2018 feb 06]; 68(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>.
2. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [Internet]. 2017 [cited 2018 feb 06]; 51: e03243. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016045503243>.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº 36 de 25 de julho de 2013. Diretoria Colegiada, RDC. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União, 26 jul 2013; Seção 1:32 [acesso em 10 de fevereiro 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde [Internet]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2016 [acesso em 08 de fevereiro 2018]; 68p. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6++Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-fd1-401f-b7fd-7371e495755c>.
5. World Health Organization (WHO). Conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report [Internet]. 2009 [cited 2018 feb 08]; 154 p. Available from: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
6. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ qual. saf.* (Online). [Internet]. 2013 [cited 2019 feb 10]; 22:809-815. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001748>.
7. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHB. Patient Safety: a comparison between hand written and computerized voluntary incident reporting. *Rev. gaúch. enferm.* [Internet]. 2013 [cited 2019 jan 17]; 34(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100021>.
8. Mendes W, Pavao ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. The feature of preventable adverse events in hospitals in the State of Rio de Janeiro, Brazil. *AMB rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2013 [cited 2018 feb 10]; 59(5). Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.03.002>.
9. Nunes FDO, Barros LAA, Azevedo RM, Paiva SD. Patient safety: how nursing is contributing to the issue? *Rev. Pesqui.* (Univ. Fed. Estado Rio J., Online). [Internet]. 2014 [cited 2018 feb 07]; 6(2). Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5091163>.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática [Internet]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2017 [acesso em 08 de fevereiro 2018]; 168p. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1++Assist%C3%Aancia+S-gura++Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>.
11. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde [Internet]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2017 [acesso em 08 de fevereiro 2018]; 92p. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7++Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>.
12. Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, El-Assady R, et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ.* [Internet]. 2012 [cited 2019 feb 6]; 344: e832. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.e8322>.
13. Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araújo WN. Registry of adverse events related to health care that results in deaths in Brazil, 2014-2016. *Epidemiol. serv. saúde.* [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Jan 09]; 27(2): e2017320. Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200004>.
14. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Barriers to patient safety incident reporting by Brazilian health professionals: an integrative review. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2019 [cited 2020 jan 07]; 24(8). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>.
15. Souza VS, Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Errors and adverse events: the interface with health professionals' safety culture. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 17]; 20(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40687>.
16. Preis L, Lessa G, Tourinho F, Santos J. Mortality epidemiology for external causes in the period 2004 to 2013. *Rev. enferm. UFPE on line.* [Internet]. 2018 [Cited 2019 jan 12]; 12(3). Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a230886p716-728-2018>.
17. Souza RF, Alencar IGM, Alves AS. Adverse events in the intensive care unit. *Rev. enferm. UFPE on line* [Internet]. 2018 [cited 2019 jan 12]; 12(1). Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a25205p19-27-2018>.
18. Sousa RS, Pontes LPP, Maia JLB, Araújo HAWP, Rocha TPO, Diniz RP. Risk management in techno vigilance: analysis of reports from a sentinel hospital. *Rev. enferm. UERJ.* [Internet]. 2017 [cited 2019 jan 10]; 25: e22730. Available from: <https://doi.org/10.12957/ruerj.2017.22730>.
19. Teixeira CC, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Pagotto V. Factors related to the occurrence of adverse events in hospitalized elderly patients. *Rev. baiana enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2019 feb 08]; 32: e25772. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25772/16991>.
20. Ortega DB, D'Innocenzo M, Silva LMG, Bohomol E. Analysis of adverse events in patients admitted to an intensive care unit. *Acta Paul. Enferm.* (Online). [Internet]. 2017 [cited 2019 jan 15]; 30(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700026>.
21. Roque KE, Tonini T, Melo ECP. Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. *Cad. Saúde Pública* (Online). [Internet]. 2016 [cited 2019 jan 10]; 32(10): e00081815. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081815>.
22. Porto S, Martins M, Mendes W, Travassos C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Rev. port. saúde pública.* [Internet]. 2010 [acesso em 17 de Janeiro 2019]; (10). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/228506531_A_magnitude_financeira_dos_eventos_adversos_em_hospitais_no_Brasil.
23. Hoefel HHK, Echer IC, Lucena ADF, Mantovani VM. Patient safety incidents occurred during nursing care. *Rev. epidemiol. controle infecç.* [Internet]. 2017 [cited 2019 jan 20]; 7(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v7i3.8558>.
24. Figueiredo ML, Oliveira e Silva CS, Brito MFSF, D'Innocenzo M. Analysis of incidents notified in a general hospital. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2019 jan 11]; 71(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0574>.

Recebido em: 26/05/2020

Revisões requeridas: 21/12/2020

Aprovado em: 04/01/2020

Publicado em: 01/10/2021

Autora correspondente

Cristiana Vilete Barbosa

Endereço: Hospital João XXIII

Núcleo de Ensino e Pesquisa – NEP

Av. Alfredo Balena, 400, Santa Efigênia

Belo Horizonte/MG, Brasil

CEP: 30.130-100

Email: cris_vilete@yahoo.com.br

Divulgação: Os autores afirmam não ter conflito de interesse.