

ARTIGO ORIGINAL

ANÁLISE DE CIRCUNSTÂNCIAS NOTIFICÁVEIS: INCIDENTES QUE PODEM COMPROMETER A SEGURANÇA DOS PACIENTES

Marcella Rarumi Sagawa¹, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva², Juliana Carvalho de Lima³, Ana Lúcia Queiroz Bezerra⁴, Natália Nunes Costa⁵, Maiana Regina Gomes de Sousa⁶, Fernanda Raphael Escobar Gimenes⁷

RESUMO

Objetivo: identificar os incidentes do tipo circunstância notificável ocorridos em um hospital de ensino de Goiás.

Método: estudo descritivo, transversal, de análise retrospectiva de relatórios da equipe de enfermagem da unidade de clínica médica, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2015. Os dados foram coletados e registrados em instrumento semiestruturado e procedeu-se à análise descritiva. **Resultados:** foram encontradas 2.718 circunstâncias notificáveis, das quais 1.100 (40,5%) estavam relacionadas a Recursos/Gestão Organizacional, 844 (31,1%) a Dispositivos/Equipamentos Médicos, 270 (9,9%) a Documentação, 262 (9,6%) a Infraestrutura/Instalações, 109 (4,0%) a Comportamento, 80 (3,0%) a Medicamentos/Fluidos Endovenosos, 28 (1,0%) a Sangue/Hemoderivados, 17 (0,6%) a Dieta/Alimentação.

Conclusão: o estudo permitiu identificar alta frequência de situações com potencial para gerar danos aos pacientes internados, demonstrando fragilidades organizacionais e assistenciais que precisam ser discutidas pela gestão, de modo a promover melhorias no processo de cuidado e prevenção da ocorrência de incidentes.

DESCRITORES: Segurança do Paciente; Gestão de Riscos; Qualidade da Assistência à Saúde; Gestão da Qualidade; Cuidados de Enfermagem.


COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Sagawa MR, Silva AEB de C, Lima JC de, Bezerra ALQ, Costa NN, Sousa MRG de, et al. Análise de circunstâncias notificáveis: incidentes que podem comprometer a segurança dos pacientes. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2019 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61984>.




Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).


¹Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. 

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. 

³Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. 

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. 

⁵Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. 

⁶Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. 

⁷Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 

ANALYSIS OF NOTIFIABLE CIRCUMSTANCES: INCIDENTS THAT MAY COMPROMISE PATIENT SAFETY

ABSTRACT

Objective: To identify incidents defined as notifiable circumstances that occurred in a teaching hospital in Goiás.

Method: Descriptive cross-sectional study that uses retrospective analysis of reports made by the nursing team of a general medicine unit made in the January 2010-December 2015 period. Data was collected and recorded in a semi-structured instrument and descriptive analysis was performed.

Results: There were 2,718 notifiable circumstances, of which 1,100 (40.5%) were related to Resources/ Organizational Management, 844 (31.1%) to Medical Devices/Equipment, 270 (9.9%) to Documentation, 262 (9.6%) to Infrastructure/Facilities, 109 (4.0%) to Behavior, 80 (3.0%) to Medications/Intravenous Fluids, 28 (1.0%) to Blood/Blood derivatives, 17 (0.6%) to Diet/Food. *Conclusion:* The present study showed that situations with the potential to cause harm to hospitalized patients were very common, exposing organizational and care weaknesses that must be discussed by the management, so that improvements are implemented in the health care process and incidents are prevented.

DESCRIPTORS: Patient safety; Risk management; Health Care quality; Quality management; Nursing care.

ANÁLISIS DE CIRCUNSTANCIAS NOTIFICABLES: INCIDENTES QUE PUEDEN COMPROMETER LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

RESUMEN

Objetivo: identificar los incidentes del tipo circunstancia notificable que ocurrieron en un hospital de enseñanza de Goiás.

Método: estudio descriptivo, trasversal, de análisis retrospectivo de informes del equipo de enfermería de la unidad de clínica médica, hecho entre enero de 2010 y diciembre de 2015. Se obtuvieron los datos y estos se registraron por medio de instrumento semi estructurado, procediéndose al análisis descriptivo.

Resultados: se apuntaron 2.718 circunstancias notificables, de las cuales 1.100 (40,5%) se relacionaban a Recursos/Gestión Organizacional, 844 (31,1%) a Dispositivos/Equipos Médicos, 270 (9,9%) a Documentación, 262 (9,6%) a Infraestructura/Instalaciones, 109 (4,0%) a Comportamiento, 80 (3,0%) a Medicaciones/Fluidos Endovenosos, 28 (1,0%) a Sangre/Hemoderivados, 17 (0,6%) a Dieta/Alimentación.

Conclusión: el estudio permitió identificar alta frecuencia de situaciones con potencial para generar daños a los pacientes ingresados, lo que muestra fragilidades organizacionales y asistenciales que se necesitan discutir por la gestión, de manera que se promuevan mejoras en el proceso de cuidado y prevención de la ocurrencia de incidentes.

DESCRIPTORES: Seguridad del Paciente; Gestión de Riegos; Calidad de la Asistencia a la Salud; Gestión de la calidad; Cuidados de Enfermería.

INTRODUÇÃO

Os problemas ocorridos na assistência à saúde têm sido evidenciados em função da alta incidência de danos ocasionados aos usuários, sendo considerado um grave problema de saúde pública, em nível global. Estimativas apontaram que, anualmente, ocorrem cerca de 421 milhões de internações no mundo, ocasionando aproximadamente 42,7 milhões de eventos adversos⁽¹⁾.

Uma análise de notificações de incidentes ocorridos em ambientes de assistência à saúde de 26 estados norte-americanos e Washington, D.C., entre os anos de 2004 e 2015, revelou o total de 9.581 eventos sentinela, sendo a maior incidência (67%) em serviços hospitalares. A maioria desses incidentes é proveniente de notificação voluntária e acredita-se que representa apenas uma pequena proporção dos eventos que de fato ocorrem⁽²⁾.

Os incidentes são eventos ou circunstâncias que podem resultar em dano desnecessário ao paciente, podem ser decorrentes de atos intencionais ou não, e são constituídos por quatro tipos: circunstância notificável (CN), near-miss (quase-erro), incidente sem dano e evento adverso⁽³⁾.

A circunstância notificável é caracterizada como um evento, situação ou processo que tem potencial significativo para causar dano, mas não houve erro associado⁽³⁾. São situações como a falta de recursos humanos, problemas relacionados à manutenção de equipamentos e falhas na comunicação que precisam ser analisados, pois comprometem a segurança da assistência e podem levar à ocorrência de um evento adverso.

O near-miss é um incidente que não alcançou o paciente, pois foi detectado com antecedência. Já o incidente sem dano é aquele que atingiu o paciente, mas não causou danos. Por fim, o evento adverso é um incidente que resultou em dano ao paciente, podendo ser físico, social, ou psicológico⁽³⁾.

No Brasil, durante o período de junho de 2014 a junho de 2016, foram registrados 63.933 eventos adversos e destes, 96,9% foram notificados por hospitais e 0,6% resultaram em óbito⁽⁴⁾. Os eventos adversos podem ser derivados de circunstâncias notificáveis que se transformaram em falhas latentes dentro da instituição de saúde, por não terem seus riscos identificados, suas causas analisadas, suas prevalências interrompidas por medidas de melhoria e barreiras de prevenção. Portanto, a identificação de circunstâncias notificáveis é fundamental, pois se torna pré-requisito para a elaboração de estratégias e ações capazes de evitar a ocorrência de danos aos pacientes⁽⁵⁾.

Dentre as circunstâncias notificáveis mais prevalentes, são destacadas as condições de trabalho da equipe de enfermagem, em grande parte marcada pela inadequação do dimensionamento de pessoal e sobrecarga de trabalho - fatores estes que comprometem a qualidade do cuidado⁽⁵⁾. Esses incidentes podem ocorrer em qualquer ambiente de assistência à saúde, entretanto, em unidades de internação como Clínica Médica, local onde são atendidos pacientes sob os cuidados de diversas especialidades médicas e a atuação de grande quantidade de profissionais com as mais diversas formações, o ambiente torna-se altamente suscetível à ocorrência de incidentes.

Estudo realizado em Minas Gerais identificou que as unidades de internação apresentaram o maior número (21,1%) de notificação de incidentes⁽⁶⁾. Na região Sul do Brasil, as unidades de internação também foram os locais com maior frequência (64,8%) de notificação de incidentes⁽⁷⁾. Estudo realizado em unidade de internação de clínica médica apontou uma incidência de evento adverso por 100 pacientes admitidos de 10,2⁽⁸⁾. No Brasil, os setores de internação hospitalar estão entre os locais nos quais ocorrem mais eventos adversos com óbitos⁽⁴⁾.

A enfermagem é, quantitativamente, a maior força de trabalho na assistência à saúde, com constante proximidade dos pacientes, seja na sua atuação nos cuidados diretos, seja no gerenciamento dos serviços prestados, constituindo uma fonte potencial de informações a

respeito da ocorrência dos incidentes. Além disso, observa-se a relação direta da categoria com o tema segurança do paciente e suas estratégias para a prevenção de erros e redução de falhas nos cuidados de saúde⁽⁹⁾.

Destaca-se que estudos relacionados aos incidentes do tipo circunstância notificável ainda são escassos no Brasil, portanto a presente pesquisa teve como questão norteadora: quais as circunstâncias notificáveis são mais prevalentes em hospital de ensino?

A identificação deste tipo de incidente permitirá conhecer os principais problemas latentes na prestação de cuidados e promover uma atuação planejada e proativa, não esperando que erros e danos sejam causados aos pacientes para intervir e propor melhorias. Configurando uma grande e importante força de trabalho em saúde, a enfermagem precisa ser visionária e assumir posição ativa na busca de ações que transformem este panorama⁽¹⁰⁾ e promovam a cultura de segurança do paciente.

O presente estudo pretende colaborar com discussões direcionadas à prevenção da ocorrência de eventos adversos e à segurança dos pacientes. Desse modo, essa pesquisa tem como objetivo identificar os incidentes do tipo circunstância notificável ocorridos em um hospital de ensino de Goiás.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, realizado na clínica médica de um hospital de ensino de Goiânia – Goiás. A clínica médica dispunha de 59 leitos, divididos em 13 enfermarias, sendo duas destinadas ao isolamento de pacientes com doenças infecciosas. A unidade é responsável pelo atendimento de pacientes adultos, das seguintes especialidades médicas: cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, imunologia, nefrologia, oncologia, pneumologia e reumatologia. A equipe de enfermagem era composta por sete enfermeiros, sendo um exercendo cargo gerencial e os demais, assistenciais; e 56 técnicos de enfermagem cumpriam a carga horária de 30 horas semanais.

Os dados foram extraídos de registros de enfermagem, referentes ao período de janeiro de 2010 a dezembro de 2015. Ressalta-se que esse período foi anterior à constituição do Núcleo de Segurança do Paciente da instituição, quando não havia sistema e cultura de notificação de incidentes.

Os registros de enfermagem eram realizados em livros do tipo ata e continham informações gerais sobre o processo de trabalho da equipe de enfermagem como: passagens de plantão, comunicados internos, solicitações e anotações de intercorrências. Destaca-se que o ano de 2012 foi analisado apenas no período de janeiro a julho, devido ao desaparecimento dos demais livros. Ao todo, 17 livros foram analisados, contendo 400 páginas cada.

Foi realizada a leitura dos registros, buscando identificar as anotações relacionadas às ocorrências do tipo circunstâncias notificáveis. Quando detectadas, as CN eram transcritas na íntegra para um instrumento semiestruturado de coleta de dados, composto por itens que contemplavam informações sobre a data, horário do registro e da ocorrência do evento, quantidade de CN identificada em cada registro e categorias das circunstâncias notificáveis, conforme o processo e seu respectivo problema.

As CN foram classificadas e divididas em nove categorias, com base na Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP)⁽³⁾, descritas a seguir:

1. Documentação

Processo (documentos envolvidos): solicitações/requisições, fichas de prontuário, registro médico/avaliação/consulta, lista de verificação, formulários/certificados, instruções/informações/procedimentos/políticas, etiquetas/pulseiras de identificação, registro de

comunicação, laudos/resultados.

Problemas: documento ausente/não disponível, atraso no acesso ao documento, documento para paciente errado/documento errado, informação do documento incompleta/ilegível/ambígua.

2. Medicação/fluidos endovenosos (EV)

Processo: prescrição, preparação/dispensação, apresentação, entrega, administração, fornecimento/pedido, armazenamento, monitoramento.

Problemas: paciente errado, medicação errada, frequência errada, apresentação/formulação errada, via errada, dose errada, contraindicação, armazenamento errado, dose omitida, medicação vencida, reação adversa.

3. Sangue/Hemoderivados

Processo: prescrição, preparação/dispensação, apresentação, entrega, administração, fornecimento/pedido, armazenamento, monitoramento.

Problemas: paciente errado, produto errado, frequência errada, dose errada, etiqueta/instruções erradas, contraindicação, armazenamento errado, dose omitida, produto vencido, reação adversa.

4. Dieta/Alimentação

Processo: prescrição/requisição, preparação/produção, fornecimento/pedido, apresentação, dispensação, administração, armazenamento.

Problemas: paciente errado, dieta errada, quantidade errada, frequência errada, consistência errada, armazenamento errado.

5. Dispositivos/Equipamentos médicos

A CISP não define claramente quais os itens devem ser considerados dentro dessa categoria, dessa forma, para fins de categorização, foram considerados todos os materiais e equipamentos essenciais à assistência hospitalar em saúde, direta ou indireta, e incluídos também os produtos relacionados à rouparia (lençóis e roupas).

Problemas: acondicionamento/embalagem inadequada, ruptura de estoque (falta de estoque geral), inapropriado para a função, sujo/não esterilizado, falha/avaria, falta/quantidade insuficiente na unidade, não localizado/perda de conexões.

6. Comportamento

Processo: profissionais, pacientes e acompanhantes/familiares não cooperativos, pouco atenciosos/rudes/hostis/inconvenientes, ousados/imprudentes/perigosos.

Problemas: com uso/abuso de substâncias, assédio, discriminação, inconstante/ausente, dano infligido a si próprio/suicídio, agressão verbal/física/sexual, danos contra bens, ameaça de morte.

7. Exposição

Conceito ligado à vulnerabilidade do paciente frente ao seu estado de saúde, de modo que não consiga se defender de ameaças externas.

Problemas: força mecânica, mecanismo térmico, ameaça à respiração, exposição a substância química, outro mecanismo de lesão específico (exemplo: animais).

8. Infraestrutura/Instalações

Processo: tipo de estrutura/edifício/instalação (instalação elétrica, instalação hidráulica, falta de energia, falta de água, vazamento na rede de gases, indisponibilidade de elevador, problema na instalação de telefone e problema estrutural como forro, paredes etc.).

Problemas: inexistente, inadequado, danificado.

9. Recursos/Gestão Organizacional

Processo: carga de trabalho excessiva, adequação/disponibilidade de leitos, adequação/disponibilidade de serviços, adequação/disponibilidade de recursos humanos de enfermagem, organização da equipe/serviços, adequação/disponibilidade de protocolos. Problemas: inexistente, inadequado, excessivo.

A análise dos dados foi realizada em duas fases. Na primeira fase, a pesquisadora analisou o conteúdo dos registros, identificou a ocorrência de potenciais CN e as categorizou. Na segunda fase, os registros com potenciais CN foram analisados por dois revisores externos, especialistas em segurança do paciente, de forma independente, para confirmação da ocorrência de CN e da classificação quanto à sua categoria. Foi considerada CN apenas quando os dois especialistas concordaram com a pesquisadora. Em relação à categoria, prevaleceu a conclusão majoritária.

Os dados coletados foram digitados, armazenados e analisados descritivamente empregando-se o programa *Statistical Package For The Social Science* – SPSS, versão 19.0 para Windows e foram apresentadas as frequências absolutas e relativas.

Esse estudo está vinculado ao projeto “Análise de ocorrências de eventos adversos em um hospital da rede sentinela na região Centro-Oeste”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal da instituição, protocolo nº 064/2008.

RESULTADOS

Os dados coletados possibilitaram a identificação de 2.718 incidentes do tipo circunstância notificável, média de 453 por ano ou 37,7 por mês, ocorridos na unidade de clínica médica.

Na série histórica dos registros, visualiza-se um decréscimo de circunstâncias notificáveis em 2012, porém ressalta-se que neste ano não foram analisados os livros correspondentes ao período de agosto a dezembro. O cálculo de proporcionalidade para este ano evidencia aumento no número de CN para 475 em 12 meses. Portanto, identifica-se que os registros de enfermagem continuam em um crescente a partir de 2013, com maior expressividade em 2015 (superando a quantidade de registro dos demais anos), conforme apresentado na Figura 1.

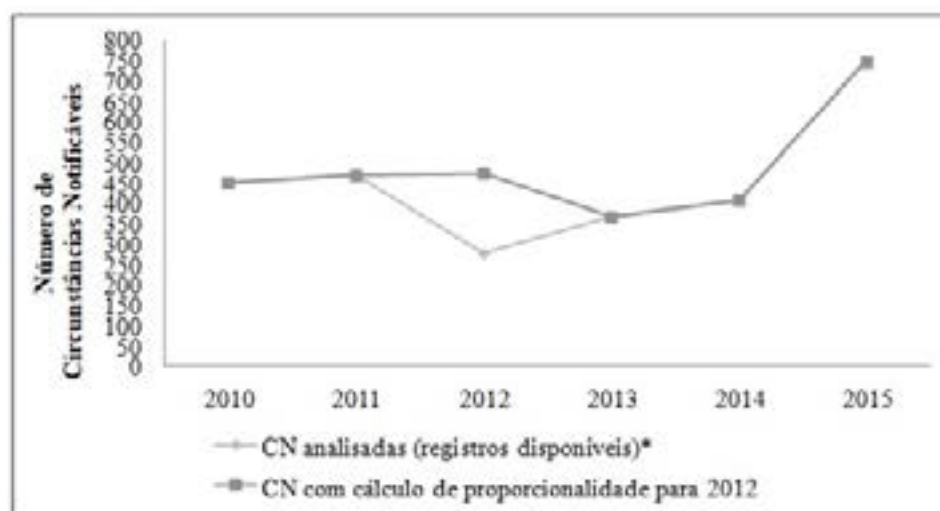


Figura 1 – Distribuição dos registros de circunstâncias notificáveis, segundo o ano de ocorrência. Goiânia, GO, Brasil, 2016

*Em 2012 foram analisados apenas 7 meses.

As circunstâncias notificáveis estão apresentadas segundo categoria e ano de ocorrência na Tabela 1. Cabe ressaltar que em um mesmo registro foram encontradas mais de uma circunstância notificável.

Tabela 1 – Distribuição de circunstâncias notificáveis ocorridas na unidade de clínica médica de um hospital de ensino, segundo categoria e ano de ocorrência. Goiânia, GO, Brasil, 2016

Categoria	Ano						Total	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	N	%
Recursos/Gestão Organizacional	206	155	148	141	167	283	1.100	40,5
Dispositivos/Equipamentos médicos	152	191	63	120	151	167	844	31,1
Documentação	35	27	26	32	23	127	270	9,9
Infraestrutura/Instalações	30	62	32	42	42	54	262	9,6
Comportamento	21	27	5	11	6	39	109	4
Medicação/Fluidos EV	4	1	3	12	5	55	80	3
Sangue/Hemoderivados	1	2	-	5	10	10	28	1
Dieta/Alimentação	-	3	-	3	2	9	17	0,6
Exposição	2	1	-	-	2	3	8	0,3
TOTAL	451	469	277	366	408	747	2.718	100

Observa-se nos resultados apresentados que as categorias de CN mais frequentes foram as relacionadas à “Recursos/Gestão Organizacional” (40,5%) e “Dispositivos/Equipamentos médicos” (31,1%). As circunstâncias notificáveis da categoria “Recursos/Gestão organizacional” foram analisadas conforme o tipo e sua distribuição no período (Tabela 2).

Tabela 2 – Circunstâncias notificáveis relacionadas a “Recursos/Gestão Organizacional” ocorridas na unidade de clínica médica de um hospital de ensino, segundo tipo e ano de ocorrência. Goiânia, GO, Brasil, 2016

Recursos/Gestão Organizacional	Ano						Total	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	N	%
Indisponibilidade de recursos humanos de enfermagem	78	70	91	81	88	106	514	46,7
Inadequação na organização do serviço	63	26	26	25	20	54	214	19,5
Indisponibilidade de leitos	32	22	14	15	22	53	158	14,3
Indisponibilidade de serviços	19	25	4	12	17	52	129	11,7
Carga de trabalho excessiva	14	12	13	8	20	18	85	7,7
TOTAL	206	155	148	141	167	283	1.100	100

Verifica-se que os incidentes relacionados a “Recursos/Gestão Organizacional” mais frequentes diziam respeito à inadequação da disponibilidade de pessoal na equipe de enfermagem (46,7%), envolvendo causas como faltas não justificadas, atestados, licenças, atrasos e saídas antecipadas, o que gerou redução de pessoal na equipe.

No que se refere à inadequação na organização dos serviços (19,5%), pontua-se a recorrência de falha na comunicação entre os membros da equipe e entre os serviços.

A deficiência na disponibilidade de leitos (14,3%) foi comum, principalmente no que diz respeito a leitos para a transferência de pacientes, com destaque para as Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Dessa forma, cuidados intensivos de pacientes em estado crítico, embora requisitados em ambiente especializado, foram prestados na própria unidade de clínica médica.

Quanto à indisponibilidade de serviços (11,7%), ressaltou-se a inadequação de serviços como o de higienização que, quando não realizado no momento solicitado, pode ser um fator causal para atrasos na realização dos procedimentos e aumento na incidência de infecções, dentre outras consequências. A indisponibilidade dos sistemas de informática (para lançar admissão/alta médica, por exemplo) também foi uma circunstância identificada.

No concernente à categoria “Dispositivos/Equipamentos médicos”, foram registradas um total de 844 ocorrências, correspondendo a 31,1% do total de circunstâncias notificáveis, descritas na Tabela 3.

Tabela 3 – Circunstâncias notificáveis do tipo “Dispositivos/Equipamentos médicos” ocorridas na unidade de clínica médica de um hospital de ensino, segundo tipo e ano de ocorrência. Goiânia, GO, Brasil, 2016

Dispositivos/Equipamentos Médicos	Ano						Total	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	N	%
Falta/Quantidade insuficiente na unidade	103	107	40	72	99	87	508	60,2
Falha/avaria	35	61	22	39	42	58	257	30,4
Não localizado/perda de conexões	8	14	1	6	3	11	43	5,1
Ruptura de estoque	5	8	-	1	7	6	27	3,2
Inapropriado para a função	1	1	-	2	-	4	8	0,9
Sujo/Não esterilizado	-	-	-	-	-	1	1	0,1
TOTAL	152	191	63	120	151	167	844	100

Os resultados apontaram que o evento identificado com maior frequência foi a falta e/ou a quantidade insuficiente de dispositivos/equipamentos médicos. Dentre os dispositivos/equipamentos médicos, foram citados: monitor multiparamétrico, oxímetro, aparelho de raio-X, tomógrafo, eletrocardiógrafo, aparelho de ultrassonografia, glicosímetro, aspirador, ventilador mecânico, desfibrilador, esfigmomanômetro, estetoscópio, kit de nebulização, unidade bolsa-válvula-máscara, luvas estéreis e de procedimentos, seringas, ataduras, gazes, roupas, lençóis, capotes, cama, maca, entre outros.

DISCUSSÃO

O alto número de CN identificado neste estudo é considerado preocupante, principalmente pela compreensão de que incidentes são subnotificados e todo evento adverso está relacionado a uma circunstância cujo potencial de dano não foi controlado. As metas assistenciais de segurança do paciente visam ao reconhecimento de situações perigosas antes que o dano se instaure.

Os resultados encontrados confirmam estudos do gênero que apontam as CN com grande expressividade de ocorrência. Estudo realizado em uma unidade de clínica cirúrgica, para analisar os incidentes ocorridos em 750 internações, identificou 1.291 CN em 635 (84,7%) internações⁽¹¹⁾.

Sobre a categoria "Recursos/Gestão Organizacional", a inadequação na disponibilidade do pessoal de enfermagem foi a principal CN identificada. Observa-se, porém, que a implementação de práticas seguras que reduzem os riscos à segurança do paciente é diretamente influenciada pelo dimensionamento do pessoal de enfermagem, qualificação e capacitação da equipe⁽¹²⁾.

Um estudo realizado no México verificou a desproporção entre o número de profissionais, o número de pacientes e a carga de trabalho excessiva como fatores de trabalho influenciadores no processo que leva ao evento adverso⁽¹³⁾. Outro estudo, realizado acerca das concepções da equipe de enfermagem sobre os riscos à segurança do paciente, demonstrou que carga de trabalho excessiva e dimensionamento inadequado de pessoal foram apontados como grandes riscos⁽¹⁴⁾.

O número insuficiente de recursos humanos pode contribuir para elevar o índice de absenteísmo em decorrência de ausências não previstas, o que aumenta ainda mais a sobrecarga de trabalho. Vale ressaltar que o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem deve considerar as características relativas ao serviço de saúde, ao serviço de enfermagem e ao paciente⁽¹⁵⁾.

Quanto à categoria "Dispositivos/Equipamentos médicos", entende-se que o controle inadequado do fluxo de materiais e a sua escassez implica na interrupção da assistência, levando a vivências estressantes para o paciente, família e profissionais. Além disso, existe um processo burocrático complexo para aquisição de novos materiais, o que afeta ainda mais a qualidade da assistência⁽¹⁶⁾.

A falta de manutenção de equipamentos também influencia na qualidade da assistência oferecida, uma vez que o processo de manutenção corretiva é mais lento que o processo de manutenção preventiva. Ressalta-se ainda a necessidade de envolvimento dos enfermeiros no processo de controle de materiais, já que sua atuação mais próxima da assistência permite com precisão o conhecimento da qualidade e das necessidades locais⁽¹⁶⁾.

Ressalta-se que foi constatado um aumento dos relatos com o passar dos anos, com considerável elevação em 2015, principalmente no que diz respeito às CN do tipo "Documentação" e "Medicação/Fluidos EV". Esse pode ser um indicador de que a enfermagem, atenta e preocupada com questões problemáticas que ocorrem na assistência à saúde, tenha se empenhado em registrar recorrentes incidentes dos tipos referidos.

O profissional de enfermagem é ator fundamental na instalação da cultura de segurança, dada as características de sua atuação, que operacionaliza os cuidados diretos ao paciente e, conseqüentemente, pode romper o ciclo de circunstâncias que levam ao dano.

Em relação às outras categorias de CN identificadas, embora menos prevalentes, reconhece-se a necessidade de intervenção nos processos que as ocasionam, de modo que a segurança do paciente seja alcançada de forma plena.

Existe uma tendência nos estudos de segurança do paciente para o redirecionamento do foco de análise, que muda o olhar exclusivo dos danos gerados e se volta em direção à procura e controle de situações que podem originá-los. A primeira estratégia para a implementação de uma cultura de segurança é a identificação dos riscos⁽¹⁷⁾, o relato de incidentes tem como objetivo a aprendizagem organizacional que poderia ser mais efetiva se os riscos que afetam a segurança do paciente também fossem relatados⁽¹⁶⁾, mudando a forma de gestão de riscos de reativa para proativa.

Além disso, a atitude dos profissionais de saúde deve ser ampliada, de modo a não restringir suas ações para a resolução de um problema isolado e que pode ser esquecido, mas encará-lo como parte de um sistema que leva ao dano e notificá-lo. Notificar essas situações de risco à segurança do paciente, além da simples atitude de resolvê-las imediatamente, permite reflexão sobre suas causas e proporciona a mudança organizacional, abrindo espaço para a instalação de uma cultura de segurança. No entanto, para que essas mudanças sejam efetivas, os relatos não podem se tornar simples documentos arquivados: precisam ser analisados e utilizados como subsídio para a elaboração de estratégias de prevenção⁽¹⁶⁾.

A existência de “erros comuns” não pode ser subestimada como uma normalização da rotina assistencial e os profissionais devem ser estimulados a relatá-los. O relato de situações de risco pode se configurar um obstáculo por tornar as atividades burocráticas mais complexas, em detrimento das atividades assistenciais. Contudo, faz parte da cultura organizacional que deve ser incentivada e apreendida pelos profissionais⁽¹⁸⁾.

O estudo apresentou limitações de um estudo com análise retrospectiva de dados, relacionadas à qualidade dos registros, pois muitos não possuíam informações detalhadas sobre as circunstâncias, o que dificultou o aprofundamento da investigação e gerou lacunas sobre as suas causas, consequências e condutas administrativas frente às ocorrências, entre outros. Embora o aprofundamento dos dados possa ter sido limitado, eles revelaram a existência de situação alarmante, uma vez que muitas circunstâncias possuíam alto potencial para causar danos aos pacientes.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a identificação de alta frequência de circunstâncias notificáveis em pacientes internados na unidade de clínica médica que vem persistindo ao longo de vários anos. As categorias mais prevalentes foram as relacionadas a “Recursos/Gestão Organizacional” e a “Dispositivos/Equipamentos Médicos”. Essas circunstâncias são riscos não controlados que podem diminuir a segurança e qualidade do cuidado prestado, demonstrando fragilidades organizacionais e assistenciais que precisam ser discutidas pela gestão, de modo a promover as melhorias na assistência e a prevenção da ocorrência de incidentes.

Os relatórios de enfermagem não possuem a finalidade de notificar incidentes aos órgãos competentes, porém por meio deles foi possível obter evidências que trouxeram à tona problemas diários que a enfermagem vivencia e que podem passar despercebidos à gestão. Logo, os relatórios de enfermagem são instrumentos que possuem importantes informações que podem fundamentar o planejamento de ações voltadas para a segurança do paciente.

O presente estudo gera conhecimento sobre situações de risco que, na maioria das vezes, são enfrentadas como dificuldades cotidianas dos profissionais de saúde de muitas instituições hospitalares. Essas situações necessitam ser analisadas pelos profissionais de saúde e gestores, com foco na prevenção de riscos, que vão além daqueles inerentes ao cuidado à saúde e na adoção de intervenções de melhoria na estrutura e nos processos assistenciais. Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos que abordem a circunstância notificável, investigando cada tipo, seus fatores contribuintes e consequências, conferindo

maior compreensão do impacto desses incidentes na qualidade e segurança da assistência.

REFERÊNCIAS

1. 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.* [Internet]. 2013 [acesso em 23 set 2018]; 22(10). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001748>.
2. The Joint Commission (TJC). Summary Data of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission. The Joint Commission. [Internet]. 2016 [acesso em 23 set 2018]. Disponível em: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Summary_4Q_2016.pdf.
3. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf TVD, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int. J. Qual. Health Care.* [Internet]. 2009 [acesso em 23 set 2018]; 21(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>.
4. Maia CS, Freitas DRC de, Gallo LG, Araújo WN de. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2018 [acesso em 28 mar 2019]; 27(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200004>.
5. Novaretti MCZ, Santos E de V, Quiterio LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2014 [acesso em 23 set 2018]; 67(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>.
6. Figueiredo ML de, Silva CS de O, Brito MFSF, D'Innocenzo M. Analysis of incidents notified in a general hospital. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2018 [acesso em 27 mar 2019]; 71(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0574>.
7. Lorenzini E, Santi JAR, Bão ACP. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2014 [acesso em 27 mar 2019]; 35(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.44370>.
8. Costa NN, Silva AEBC, Lima JC de, Barbosa MRS, Freitas JS de, Bezerra ALQ. O retrato dos eventos adversos em uma clínica médica: análise de uma década. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2016 [acesso em 27 mar 2019]; 21(n. esp). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45661>.
9. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM da, Oliveira FT de. Adverse events and safety in nursing care. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2015 [acesso em 23 set 2018]; 68(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>.
10. Pedreira MLG. Enfermagem para a segurança do paciente. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2009 [acesso em 23 set 2018]; 22(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000400001>.
11. Paranaguá TTB. Análise dos incidentes ocorridos na clínica cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2012.
12. Oliveira RM, Leitao IMTA, Aguiar LL, Oliveira ACS, Gazos DM, Silva LMS, et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [Internet]. 2015 [acesso em 23 set 2018]; 49(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100014>.
13. Zárate-Grajales R, Olvera-Arreola S., Hernández-Cantoral A, Corral SH, Sánchez-Angeles S, Labastida RV, et al. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico. *Enferm. univ* [Internet]. 2015 [acesso em 23 set 2018]; 12(2). Disponível em: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/51126/45831>.
14. Fassini P, Hahn GV. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. *Rev enferm. UFSM.* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 set 23]; 2(2). Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4966/3753>.

15. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 543, de 18 de abril de 2017- Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília (Brasil): COFEN; 2017.
16. Garcia SD, Haddad MCL, Dellaroza MSG, Costa DB da, Miranda JM de. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2012 [acesso em 23 set 2018]; 65(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200021>.
17. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS da, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. Esc. Anna Nery. [Internet]. 2014 [acesso em 23 set 2018]; 18(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.
18. Hewitt TA, Chreim S. Fix and forget or fix and report: a qualitative study of tensions at the front line of incident reporting. BMJ Qual Saf. [Internet]. 2015 [acesso em 23 set 2018]; 24(5). Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2015/03/06/bmjqs-2014-003279>.

Recebido: 02/10/2018

Finalizado: 17/06/2019

Autor Correspondente:

Ana Elisa Bauer de Camargo Silva

Universidade Federal de Goiás

R. 227, S/N – 74605-080 – Goiânia, GO, Brasil

E-mail: anaelisa@terra.com.br

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - MRS, AEBCS, JCL, ALQB, NNC, MRGS, FREG

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - MRS, AEBCS, JCL, ALQB, NNC, MRGS, FREG

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - MRS, AEBCS, JCL, ALQB, NNC, MRGS, FREG

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - MRS, AEBCS, JCL, ALQB, NNC, MRGS, FREG