



Artigo original

Análise das notificações espontâneas dos incidentes ocorridos em um hospital de ensino

Analysis of spontaneous notifications of incidents that occurred in a teaching hospital

Rafael Gomes Sousa¹ , Frederico Andrade Marques¹ , Mirela Lopes Figueiredo¹ , Kênia Alencar Fróes Esteves¹ , Simone Guimarães Teixeira Souto¹ , Annie Victória Souza Soares¹  e Charles Caldas Silva² .

¹Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros-MG, Brasil.

²Centro Universitário FUNORTE, Montes Claros-MG, Brasil.

Resumo

Objetivo: avaliar as ocorrências de incidentes notificados espontaneamente em um hospital de ensino de Minas Gerais. **Materiais e Métodos:** estudo retrospectivo, descritivo, quantitativo, realizado em um hospital mineiro de ensino. A amostra foi composta por 375 incidentes notificados entre 2017 a 2019. **Resultados:** a prevalência foi de 12,2 por 1000 internações, tendo sido evidenciada maior frequência nos respectivos setores: Clínica Médica, Serviços Diagnósticos e Imagem e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Houve maior ocorrência de notificações relacionadas à falha na assistência e nos medicamentos. As principais causas foram atribuídas a fatores humanos. **Conclusão:** houve um leve aumento no número de notificações gerais ao longo dos anos. Apesar disso, a mudança cultural acerca da segurança do paciente ainda constitui um desafio e requer tempo na rotina da instituição.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Gestão da qualidade. Notificação. Enfermagem.

Abstract

Objective: to evaluate the occurrences of spontaneously reported incidents in a teaching hospital in Minas Gerais. **Materials and Method:** retrospective, descriptive, quantitative study, carried out in a teaching hospital in Minas Gerais. The sample consisted of 375 incidents reported between 2017 at 2019. **Results:** the prevalence of incidents was 12.2 per 1000 admissions, with a higher frequency in the respective sectors: Internal Medicine, Diagnostic and Imaging Services and Neonatal ICU. There was a higher occurrence of notifications related to failure in care and medications. The main causes were attributed to human factors. **Conclusion:** there was a slight increase in the number of general notifications over the years. Despite this, the cultural change regarding patient safety is still a challenge and requires time in the institution's routine.

Keywords: Patient safety. Quality management. Notification. Nursing.

Autor correspondente: Rafael Gomes Sousa | rafaelgsjp@gmail.com

Recebido em: 17/07/2022. **Aprovado em:** 22/11/2022.

Como citar este artigo: Sousa RG, Marques FA, Figueiredo ML, Esteves KAF, Souto SGT, Soares AVS, et al. Análise das notificações espontâneas dos incidentes ocorridos em um hospital de ensino. Bionorte. 2022 jul-dez;11(2):285-296. <https://doi.org/10.47822/bn.v11i2.466>



Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Em 2004, foi instituída a “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, que objetiva a conscientização para a melhoria da segurança dos cuidados, além da criação de políticas e estratégias na atenção à saúde^{1,2}. No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente coordena algumas metas de segurança dos cuidados de saúde. Promover a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção é um dos objetivos do programa³.

Evitar a ocorrência de incidentes com eventos adversos constitui um desafio para o aprimoramento da qualidade nas instituições hospitalares. As consequências de sua ocorrência vão desde prejuízos aos pacientes, aumento do tempo de internação até complicações no estado clínico que podem levar à morte. Além dos danos causados diretamente ao paciente, impõem consequências econômicas, pois elevam os custos e as despesas hospitalares⁴.

Sabe-se que o processo assistencial é complexo e depende da interação entre vários setores do serviço hospitalar. Uma das estratégias adotadas por diversos países e organizações de saúde para mensurar o grau de segurança do paciente é a notificação de eventos adversos pelos profissionais de saúde. Esses sistemas podem ser informatizados ou manuais e a notificação local consiste no registro da ocorrência dos incidentes ao setor responsável no serviço de saúde. Tal notificação pode contribuir na prevenção de incidentes semelhantes, por meio de um aprendizado com as fragilidades^{5,6}.

São fundamentais a capacitação e a atualização de profissionais quanto à importância do registro fidedigno e completo nos sistemas de informação em saúde. Reavaliações periódicas dos sistemas de informação também são necessárias, a fim de que constituam mecanismos eficazes de mensuração do desempenho e da qualidade dos serviços ofertados. Portanto, o simples ato de registrar demonstra que os profissionais de saúde reconhecem e identificam o incidente para, com isso, adotar medidas preventivas⁷.

Objetivou-se avaliar os incidentes notificados espontaneamente em um hospital de ensino de Minas Gerais.

Materiais e Métodos

Delineamento e cenário

Trata-se de estudo retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital de ensino, localizado na cidade de Montes Claros - Minas Gerais. A instituição é referência para o norte de Minas Gerais e sul da Bahia no atendimento às gestantes de alto risco, acidentes causados por animais peçonhentos, entre outros. Conta com 151 leitos para atendimento público. A instituição vem trabalhando com o gerenciamento da qualidade desde 2008 e, desde então, compõe, em sua organização administrativa, a Gerência de Qualidade⁸.

As notificações de incidentes são realizadas de forma espontânea, podendo ser anônima, por meio do sistema de gestão de ocorrências inserido no Sistema MV Soul. Podem ser realizadas por qualquer servidor da instituição, desde que este se cadastre no sistema mencionado. Após o recebimento da notificação, o Gerenciamento de Risco, vinculado ao setor da qualidade, classifica o tipo de incidente, atribui um responsável para o acompanhamento, define data para a análise e gerencia o cumprimento de prazos de implementação de barreiras. Usualmente, o responsável é o supervisor ou gerente do setor onde o incidente ocorreu.

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021.

Participantes

Nesta pesquisa, foram analisadas 375 notificações espontâneas de incidentes registrados entre os anos de 2017 a 2019. Optou-se por não incluir os dados de 2020 devido ao contexto pandêmico que afetou o número de notificações do hospital. Adotou-se o método de amostragem aleatória estratificada com partilha proporcional. Os critérios de inclusão das notificações foram: incidentes ocorridos no hospital entre janeiro de 2017 a dezembro de 2019 e classificados como eventos adversos pelo Gerenciamento de Risco. Já os critérios de exclusão diz respeito à ausência de detalhamento, preenchimento incompleto e encerramento pelo Escritório de Qualidade por não ser da área de atuação do setor. Com isso, fez-se necessária a exclusão de 15 notificações, resultando 375 na amostragem final.

Protocolo do estudo

Para melhor compreensão do estudo, são necessárias algumas informações sobre as variáveis:

a) Setor Notificado: Serviço de Apoio/Administrativo (Agência Transfusional, Farmácia, Fisioterapia, Serviço Social, Central de Material e Esterilização – CME e Almoxarifado), Bloco Cirúrgico, Bloco Obstétrico, Serviços Diagnósticos (Endoscopia, Laboratório de Análises Clínicas -

LAC, Laboratório de Análises Patológicas - LAP, Radiologia, Tomografia, Ultrassonografia), Clínica Médica (Clínica Psiquiátrica e Clínica Médica), Clínica Pediátrica, Clínica Cirúrgica, Maternidade, Pronto Socorro, Unidade de Terapia Intensiva – UTI Adulto e Unidade de Terapia Intensiva – UTI Neonatal.

b) Turno: Matutino – de 7 horas às 12 horas e 59 minutos; Vespertino – de 13 horas às 18 horas e 59 minutos; Noturno - de 19 horas às 6 horas e 59 minutos.

c) Gravidade do dano: Nenhum dano - um evento que ocorreu a um paciente, mas não chegou a resultar em dano. Dano leve - sintomas leves, perda de função ou danos mínimos. Dano moderado - paciente sintomático, com necessidade de intervenção, com aumento do tempo de internação. Dano grave - paciente sintomático, necessidade de intervenção para suporte de vida, causando diminuição da expectativa de vida.

d) Tipos de incidentes: agressão; aspiração (broncoaspiração); cirúrgico (cancelamento, relacionado ao procedimento, relacionado a complicações); transfusão (troca de hemocomponentes); evasão; exame (perda de amostra, atraso/não realização do exame, falha no laudo/resultado); falha na assistência (relacionado à avaliação médica, relacionado a procedimento de enfermagem, descumprimento de protocolos/normas institucionais, relacionado à dieta, óbito); flebite; identificação incorreta do paciente; infecções relacionadas à assistência de saúde; lesão (lesão por pressão, queimadura); acidente com material biológico; medicamento (administração, checagem, prescrição, dispensação, devolução, complicações medicamentosas, preparo); perda de dispositivo (cateteres, sondas, tubos/cânulas) e queda.

e) Causas: Foram consideradas as causas registradas no Sistema *MV Soul*, treze tipos de fatores: ausência de procedimento/protocolo, descumprimento de procedimento, dimensionamento inadequado de pessoal, descontinuidade do cuidado, sobrecarga de trabalho, falta de capacitação, comunicação ineficaz, ambiente tumultuado, superlotação, fator humano, ausência/falha de manutenção preventiva, número insuficiente de equipamento e complexidade de paciente.

Coleta de dados e procedimentos de análise

A coleta dos dados ocorreu por meio da leitura das ocorrências no Sistema de Gestão do *MV Soul* e transferidas para uma planilha do programa *Excell®* preparada para o estudo. Após essa etapa, os dados foram exportados para o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 24.0, no qual as análises foram realizadas por meio de estatística descritiva.

Aspectos éticos

Os procedimentos éticos cumpriram os regulamentos da Resolução 466/2012 e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), em 16 de novembro de 2020, sob parecer consubstanciado número 4.402.078.

Resultados

A amostra analisada foi composta de 375 incidentes notificados espontaneamente no período de 2017 a 2019 no referido hospital universitário. A prevalência atingiu 12,2 ocorrências por 1.000 internações. Observou-se que o número de notificações aumentou com o decorrer dos anos, sendo que 2017 corresponde a 105 (28%) da amostra, 2018 a (n=130) 34,7% e 2019 a (n=140) 37,3%; esses números representam uma média de 4,65% de crescimento anual de notificações. Os tipos de incidentes mais notificados foram relacionados à falha na assistência (n=126; 33,6%), seguidos por medicamentos (n=95; 25,3%) e exames (n=68; 18,1%), conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Tipos de incidentes de acordo com o ano de ocorrência, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2021.

Tipo de Evento	2017 n (%)	2018 n (%)	2019 n (%)	Total n (%)
Falha na assistência	42 (40)	48 (36,9)	36 (25,7)	126 (33,6)
Medicamento	29 (27,6)	28 (21,5)	38 (27,1)	95 (25,3)
Exame	18 (17,1)	28 (21,5)	22 (15,7)	68 (18,1)
Perda de dispositivo	0 (0,0)	7 (5,4)	16 (11,4)	23 (6,1)
Cirúrgico	7 (6,7)	2 (1,5)	2 (1,4)	11 (2,9)
Lesão	2 (1,9)	3 (2,3)	4 (2,9)	9 (2,4)
Queda	0 (0,0)	3 (2,3)	4 (2,9)	7 (1,9)
Evasão	1 (1,0)	3 (2,3)	3 (2,1)	7 (1,9)
Infecção	1 (1,0)	1 (0,8)	4 (2,9)	6 (1,6)
Transfusão	0 (0,0)	3 (2,3)	3 (2,1)	6 (1,6)
Aspiração	1 (1,0)	1 (0,8)	4 (2,9)	6 (1,6)
Flebite	1 (1,0)	2 (1,5)	2 (1,4)	5 (1,3)
Material biológico	1 (1,0)	1 (0,8)	1 (0,7)	3 (0,8)
Identificação do paciente	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	2 (0,5)
Agressão	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)
Total	105 (28,0)	130 (34,7)	140 (37,3)	375 (100,0)

Observou-se que a falha na assistência e medicamentos representam juntos mais da metade da amostra total (n=221; 58,9%). As ocorrências e situações que envolveram essas categorias podem ser analisadas isoladamente na Tabela 2, em que as falhas relacionadas a procedimentos de enfermagem (n=76; 60,3%), destacam-se como sendo a maioria no setor de assistência. Já nas

situações relacionadas aos incidentes de medicamentos, destacam-se as falhas durante a administração (n=48; 50,5%).

Tabela 2 – Ocorrências específicas dos incidentes de falha na assistência e medicamentos, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2021.

Ocorrência/situação notificada	2017 n (%)	2018 n (%)	2019 n (%)	Total n (%)
Relacionada à falha na assistência				
Relacionado a procedimento de enfermagem	36 (85,7)	31 (64,5)	9 (25,0)	76 (60,3)
Descumprimento de protocolos/normas institucionais	0 (0,0)	11 (22,9)	17 (47,2)	28 (22,2)
Relacionado à avaliação médica	4 (9,5)	5 (10,4)	8 (22,2)	17 (13,4)
Óbito	2 (4,7)	0 (0,0)	1 (2,7)	3 (2,3)
Relacionado à dieta	0 (0,0)	1 (2,0)	1 (2,7)	2 (1,5)
Total	42 (33,3)	48 (38,1)	36 (28,5)	126 (100,0)
Relacionado a medicamentos				
Falha na administração	22 (75,8)	8 (28,5)	18 (47,3)	48 (50,5)
Falha na dispensação	3 (10,3)	13 (46,4)	7 (18,4)	23 (24,2)
Falha na prescrição	3 (10,3)	3 (10,7)	10 (26,3)	16 (16,8)
Complicações medicamentosas	0 (0,0)	2 (7,1)	1 (2,6)	3 (3,1)
Falha na checagem	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,2)	2 (2,1)
Falha no preparo	1 (3,4)	1 (3,5)	0 (0,0)	2 (2,1)
Falha na devolução	0 (0,0)	1 (3,5)	0 (0,0)	1 (1,1)
Total	29 (30,5)	28 (29,4)	38 (40,0)	95 (100,0)

Apresentaram maior número de notificações as unidades de internação da Clínica Médica, com 94 (25,1%), seguidas dos Serviços Diagnósticos e Imagem, com 47 (12,5%) e UTI Neonatal com 46 (12,3%). Verificou-se o período da notificação, não do incidente, visto que as ocorrências não continham essa informação; 235 (62,7%) dos incidentes foram notificados no período matutino, 95 (25,3%) no turno vespertino e 45 (12%) no período noturno. Os incidentes geraram, principalmente, nenhum dano (n=211; 56,3%), seguidos por danos moderados (n=54; 14,4%), danos leves (n=50; 13,3%) e incidentes cujos danos não foram classificados (n=38; 10,1%). Tais resultados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Características anuais dos incidentes de acordo com o local da ocorrência, turno e gravidade da notificação, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2021.

Características/categorias	2017 n (%)	2018 n (%)	2019 n (%)	Total n (%)
Local da ocorrência				
Clínica Médica	37 (35,2)	30 (23,1)	27 (19,3)	94 (25,1)
Serviços Diagnóstico e Imagem	10 (9,5)	26 (20,0)	11 (7,9)	47 (12,5)
UTI Neonatal	1 (1,0)	16 (12,3)	29 (20,7)	46 (12,3)
Pronto Socorro	9 (8,6)	17 (13,1)	19 (13,6)	45 (12,0)
Serviços de Apoio/Administrativo	18 (17,1)	11 (8,5)	11 (7,9)	40 (10,7)
Maternidade	5 (4,8)	4 (3,1)	16 (11,4)	25 (6,7)
Clínica Pediátrica	8 (7,6)	11 (8,5)	6 (4,3)	25 (6,7)
Clínica Cirúrgica	7 (6,7)	3 (2,3)	11 (7,9)	21 (5,6)
UTI Adulto	5 (4,8)	7 (5,4)	2 (1,4)	14 (3,7)
Bloco Obstétrico	4 (3,8)	3 (2,3)	6 (4,3)	13 (3,5)
Bloco Cirúrgico	1 (1,0)	2 (1,5)	2 (1,4)	5 (1,3)

Total	105 (28,0)	130 (34,7)	140 (37,3)	375 (100,0)
Turno da notificação				
Matutino	50 (47,6)	82 (63,1)	103 (73,6)	235 (62,7)
Vespertino	34 (32,4)	33 (25,4)	28 (20,0)	95 (25,3)
Noturno	21 (20,0)	15 (11,5)	9 (6,4)	45 (12,0)
Total	105 (28,0)	130 (34,7)	140 (37,3)	375 (100,0)
Gravidade do incidente				
Nenhum Dano	51 (48,6)	86 (66,2)	74 (52,9)	211 (56,3)
Dano Moderado	8 (7,6)	21 (16,2)	25 (17,9)	54 (14,4)
Dano Leve	7 (6,7)	14 (10,8)	29 (20,7)	50 (13,3)
Não Classificado	34 (32,4)	3 (2,3)	1 (0,7)	38 (10,1)
Dano Grave	5 (4,8)	6 (4,6)	11 (7,9)	22 (5,9)
Total	105 (28,0)	130 (34,7)	140 (37,3)	375 (100,0)

A Tabela 4 revela as causas levantadas para os incidentes notificados. As principais origens estiveram relacionadas ao fator humano (n=26; 6,9%) e descumprimento de procedimento (n=17; 4,5%). É pertinente esclarecer que 67,2% (n=252) das notificações não foram analisadas pelos gestores, portanto não continham descrição da causa nem proposta de ação de controle para o incidente.

Tabela 4 - Causas apontadas para os incidentes após a análise dos gestores, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2021.

Causas	n	%
Incidentes não analisados	252	67,2
Fator Humano	26	6,9
Descumprimento de Procedimento	17	4,5
Descontinuidade do Cuidado	16	4,3
Complexidade de Paciente	13	3,5
Ausência/Falha de Manutenção Preventiva	11	2,9
Falta de Capacitação	10	2,7
Ausência de Procedimento/Protocolo	7	1,9
Sobrecarga de Trabalho	7	1,9
Comunicação Ineficaz	7	1,9
Dimensionamento Inadequado de Pessoal	3	0,8
Número Insuficiente de Equipamento	3	0,8
Ambiente Tumultuado	2	0,5
Superlotação	1	0,3
Total	375	100,0

Discussão

Os dados refletem uma média de 125 notificações de incidentes ao ano. Os incidentes com eventos adversos assistenciais são subnotificados no Brasil, considerando as estimativas nacionais de incidência de eventos. Entre os motivos para essa realidade apontam-se: o tempo exigido para notificar, medo das consequências de sua notificação, falta de *feedback*, incerteza sobre o que se notifica, falta de resultados e mudanças efetivas. No hospital estudado, percebe-se que, ao longo dos anos, o número de notificações foram obtendo um leve crescimento. Esse comportamento revela que, apesar de ser um crescimento brando, pode-se observar uma adesão gradual aos sistemas de



notificações⁹. A adesão da notificação está associada à maturidade dos profissionais e aculturação da política de segurança, através de uma gestão de cultura não punitiva e abordagem sistêmica do ocorrido¹⁰.

Ao caracterizar os tipos de incidentes mais notificados, identifica-se a falha na assistência como o mais expressivo e, dentre as ocorrências mais citadas dessa categoria, destacam-se os incidentes envolvendo os procedimentos de enfermagem. Alguns motivos podem ser apontados para o maior envolvimento dessa categoria, por exemplo: são os profissionais de maior contato direto com o paciente; a sobrecarga de procedimentos e longas jornadas de trabalho¹¹. O trabalho executado pela equipe de enfermagem é de extrema importância para o paciente, influenciando diretamente em sua recuperação e na prevenção das infecções hospitalares. Quando há falhas nesse processo ou não se realizam os procedimentos, como curativos e mudança de decúbito, o paciente é exposto a práticas não seguras de assistência, além de retardar a alta hospitalar, o retorno às atividades da vida diária e, conseqüentemente, um aumento nos custos hospitalares¹².

Os incidentes relacionados à cadeia medicamentosa também obtiveram números expressivos em notificações. Na literatura, encontram-se ratificações em que mencionam que os erros de medicação são responsáveis por achados preocupantes: estão presentes em 16,7% do total de incidentes, sendo o segundo mais frequente⁷. No contexto deste estudo, observou-se que a etapa da medicação em que mais ocorrem falhas é durante a sua administração. O conhecimento das etapas da medicação em que os erros são prevalentes é fundamental para a melhoria dos processos institucionais. No entanto, há evidências de que os profissionais não conhecem todos os erros de medicação, o que leva à alta incidência e baixa notificação¹².

Quanto aos setores mais notificados, destacam-se a unidade de internação da Clínica Médica, os Serviços de Diagnóstico e Imagem e a UTI Neonatal. Os percentuais da Clínica Médica e Serviços Diagnósticos são explicados por se tratarem dos setores com o maior número de leitos e de atendimentos diários da instituição, respectivamente. Há uma maior frequência, alto fluxo e rotatividade de pacientes e, conseqüentemente, o maior quantitativo de pacientes internados e atendidos nesses locais, o que justifica esses números⁴. Ao encontro com essa afirmativa, o Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu apontou a Clínica Médica como o setor com maior frequência de boletins de notificação de eventos adversos e número de ocorrências (12,8%)¹³.

Em relação aos incidentes que ocorrem em UTI Neonatal, sabe-se que estes são influenciados por vários fatores, incluindo condições relacionadas à gravidade dos pacientes

neonatais e à necessidade de decisões urgentes e de alta complexidade¹⁴. Além disso, há própria especificidade do tratamento intensivo neonatal, permeando o manuseio excessivo pela equipe multiprofissional e, principalmente, no que concerne ao uso medicamentoso. A preparação do medicamento para ser administrado ao paciente é complexa, exige a dosagem certa, ajustamento diário com o ganho ou a perda de peso, com a maturidade metabólica e função excretora de cada recém-nascido, intervalos rigorosos de medicamentos e estreita margem terapêutica¹⁵.

Na análise do período do dia em que as notificações foram realizadas, constatou-se diferença entre as proporções de notificações da manhã em comparação com outros turnos. O turno matutino isolado apresentou duas vezes mais notificações que o vespertino e cinco vezes a mais que o noturno. Esses dados estão em conformidade com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, cujo relatório aponta que 58,9% das notificações efetuadas em seu sistema oficial de ocorrências foram relatadas durante o dia¹⁶. Outro achado semelhante relata que o matutino relaciona-se ao período em que são executadas várias ações, como consultas, procedimentos, cuidados, exames e visitas médicas e de enfermagem; relaciona-se também ao maior número de profissionais nas unidades, principalmente enfermeiros por atuarem em maior número no período diurno e serem responsáveis por grande parte das notificações¹⁷.

No que se refere à gravidade dos incidentes, evidenciou-se que a maioria das notificações classificadas não esteve associada a ocorrências cuja gravidade gerou algum dano. Entretanto, soma-se um percentual de 32,6% das ocorrências notificadas que apresentaram danos de gravidade leve à grave; além das ocorrências não classificadas, permanecendo uma incógnita quanto à gravidade desses incidentes. Nesse sentido, confirma-se o fato de que o ambiente hospitalar ainda apresenta inúmeros riscos à saúde dos pacientes, os quais podem agravar seu estado de saúde¹⁸.

Apesar da limitação referente à falta de dados da maioria das análises, podem-se verificar algumas causas para os incidentes que tiveram sua análise concluída. Apontam-se para as causas de fator humano e descumprimento de procedimento como os principais resultantes de incidentes. Os gestores de recursos humanos e da gestão da qualidade devem estar em contato contínuo com os colaboradores do hospital, com vistas tanto à obtenção de informações sobre segurança do paciente quanto ao treinamento e gerenciamento de equipes^{11,19,20}.

Portanto, para realizar uma assistência de qualidade, é necessário que os processos de trabalho sejam revisados e os profissionais sejam capacitados e treinados por meio de educação permanente, sendo importante também que a instituição disponibilize tecnologias que possam

favorecer esse aprimoramento. Afinal, a mudança cultural constitui um desafio e demanda tempo na rotina dos hospitais^{21,22}.

Os resultados devem ser considerados à luz de certas limitações. Trata-se de um estudo de análise retrospectiva de dados, em que as subnotificações representam um fato a ser considerado. Em termos de variáveis, foi frequente a ausência de informações, o que pode ter dificultado um conhecimento mais fidedigno da realidade estudada. A amostra, embora representativa, foi restrita a um único hospital, o que dificulta a generalização dos resultados.

Este estudo pode contribuir para o avanço no conhecimento relacionado à qualidade em saúde, à segurança do paciente e ao gerenciamento de risco. Espera-se que este trabalho possa sensibilizar profissionais acerca da cultura de notificação, inclusive em ambientes não hospitalares, como na atenção primária²³.

Conclusão

Sinalizou-se aumento gradual no número de notificações ao longo dos anos, resultado de uma paulatina adesão dos profissionais acerca da cultura de notificações na instituição. A falha na assistência relacionada aos procedimentos de enfermagem revela uma realidade que requer especial atenção para essa classe, com trabalhos que envolvam treinamentos e educação permanente. Os incidentes da cadeia medicamentosa reafirmam a complexidade do sistema de medicação e a necessidade de estratégias para torná-lo mais seguro. Essa situação indica a necessidade de implementação de ações efetivas de distintas naturezas que garantam a segurança do paciente.

Contribuição dos autores

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e se declararam responsáveis por todos os aspectos do trabalho, inclusive garantindo sua exatidão e integridade.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. World Health Organization (WHO). The International Classification for Patient Safety (ICPS): taxonomy – more than words. Geneva: WHO, 2009.



2. Magalhães-Costa E, Lobão W, Ribas C, Passos N. Segurança do paciente em serviços de saúde: uma análise na cidade de Salvador, Bahia. *Rev SOBECC*. 2020 abr;25(1):17-24. Available from: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/536>>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 482, de 1o de abril de 2014. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*. 2013;2(1):1-4. Available from: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html>.
4. Furini A, Nunes A, Dallora M. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. *Rev Gaúcha Enf*. 2019;40(1):18-28. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317> .
5. Reis G, Hayakawa L, Murasaki A, Matsuda L, Gabriel C, Felix de Oliveira M, *et al.* Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. *Texto Contexto - Enferm*. 2017;26(2):35-42. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000340016>.
6. Alves M, Carvalho D, Albuquerque G. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(8):2895-908. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>.
7. Figueiredo M, Oliveira e Silva C, Brito M, D'Innocenzo M. Análise da ocorrência de incidentes notificados em hospital-geral. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):111-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0574>.
8. Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes. Sobre o Hospital. 2019. Available from: <http://unimontes.br/unidades/hospital-universitario/>.
9. Maia C, Freitas D, Gallo L, Araújo W. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiol Serv Saúde (Online)* 2018;27(2):201-16. Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200004>.
10. Ferezin T, Ramos D, Caldana G, Gabriel C, Bernardes A. Análise da Notificação de Eventos Adversos em Hospitais Acreditados. *Cogit. Enferm. (Online)*. 2017;22(2):21-34. Available from: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49644>>.
11. Silva A, Alves M, Sanches R, Terra F, Resck Z. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. *Saúde debate* 2016;40(11):292-301. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611123>.
12. Duarte S, Stipp M, Silva M, Oliveira F. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm (Online)*. 2015;68(1):144-54. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>.
13. Silva L, Terra F, Macedo F, Santos S, Maia L, Batista M. Notificação de eventos adversos: caracterização de eventos ocorridos em uma instituição hospitalar. *Rev Enferm UFPE on line*. 2014;8(9):1-10. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10020> .
14. Souza J, Vituri D. Notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente como ferramenta de gestão para a mudança da cultura organizacional. *REAS*. 2019;17(237):1-10. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/237>.
15. Lanzillotti L, Seta M, Tavares Andrade C, Mendes Junior W. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. *Ciênc Saúde Colet (online)*. 2015;20(3):937-946. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.16912013>.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 15: Incidentes relacionados à assistência à saúde - 2016. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.

17. Munhoz O, Andolhe R, Souza Magnado T, Dalmolin G, Pasa T. Perfil dos pacientes e dos incidentes em unidade de clínica cirúrgica. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2018;12(2):416-23. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230813>.

18. Göttems L, Gomes dos Santos M, Carvalho P, Amorim F. Estudo dos casos notificados como incidentes em um hospital público de 2011 a 2014. *Rev Esc Enferm.* 2016;50(5):861-7. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600021>.

19. Neto A, Antunes F, Oliveira Lima G, Nóbrega T, Cortez de Sena B, Medeiros R. Análise das notificações de eventos adversos em um hospital privado. *Enf Global [Internet].* 2019;18(3):314-43. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/325571>.

20. Pena M, Melleiro M. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. *Rev Enferm UFSM.* 2018; 8(3):416-23. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25432>.

21. Novaretti M, Santos E, Quitério L, Daud-Gallotti R. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(5):692-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>.

22. Araujo M, Lunardi Filho W, Silveira R, Souza J, Barlem E, Teixeira N. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. *Rev Enf Foc.* 2017;8(1):52-6. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.984>.

23. Amaro M, Bohomol E. Notificação de eventos near miss na atenção primária à saúde. *Rev Enf Foc.* 2021;11(5):172-8.