



Estudo dos casos notificados como incidentes em um hospital público de 2011 a 2014

A study of cases reported as incidents in a public hospital from 2011 to 2014

Estudio de los casos notificados como incidentes en un hospital público de 2011 a 2014

Leila Bernarda Donato Göttems^{1,2}, Maria do Livramento Gomes dos Santos², Paloma Aparecida Carvalho³, Fábio Ferreira Amorim⁴

Como citar este artigo:

Göttems LBD, Santos MLG, Carvalho PA, Amorim FF. A study of cases reported as incidents in a public hospital from 2011 to 2014. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5):861-867. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600021>

¹ Escola Superior de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Brasília, DF, Brasil.

² Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

³ Centro Universitário do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

⁴ Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Analyzing incidents reported in a public hospital in the Federal District, Brasilia, according to the characteristics and outcomes involving patients. **Method:** A descriptive and retrospective study of incidents reported between January 2011 and September 2014. **Results:** 209 reported incidents were categorized as reportable occurrences (n = 22, 10.5%), near misses (n = 16, 7.7%); incident without injury (n = 4, 1.9%) and incident with injury (adverse events) (n = 167, 79.9%). The average age of patients was 44 years and the hospitalization time until the moment of the incident was on average 38.5 days. Nurses were the healthcare professionals who most reported the incidents (n = 55, 67%). No outcomes resulted in death. **Conclusion:** Incidents related to blood/hemoderivatives, medical devices/equipment, patient injuries and intravenous medication/fluids were the most frequent. Standardizing the reporting processes and enhancing participation by professionals in managing incidents is recommended.

DESCRIPTORS

Patient Safety; Risk Management; Quality of Health Care; Health Services Evaluation.

Autor correspondente:

Leila Bernarda Donato Göttems
Edifício Fepecs - SMHN, Quadra 03
CEP: 70710-907 - Brasília, DF, Brasil
leila.gotttems@gmail.com

Recebido: 01/02/2016
Aprovado: 23/09/2016

INTRODUÇÃO

O Sistema de Notificação de Incidentes (SNI) é instrumento fundamental para aperfeiçoamento da segurança do paciente⁽¹⁻²⁾. Embora a implantação do SNI nos serviços de saúde seja relativamente recente, sua importância já está bem demonstrada por meio de experiências exitosas em indústrias que operam em ambientes que possam gerar incidentes de alto risco, como as de aviação e as usinas nucleares⁽¹⁻⁴⁾. Na área da saúde, o conceito subjacente ao SNI é relativamente simples, pois obter as informações sobre as situações de risco às quais o paciente foi exposto durante a prestação dos cuidados possibilitam o conhecimento de como e por que estes podem ser prejudicados em nível organizacional, permitindo que os fatores causais sejam identificados e evitados. Assim, essas informações propiciam o aperfeiçoamento dos serviços e reduzem a probabilidade da ocorrência de novos incidentes^(1-2,4).

No contexto do SNI na área da saúde, os incidentes que devem ser notificados são compreendidos como qualquer circunstância ou evento que resultou ou poderia ter resultado em dano à saúde desnecessário ao paciente. Podem ser oriundos de atos intencionais ou não intencionais, sendo que os erros são os incidentes não intencionais por definição⁽⁵⁻⁶⁾. Entende-se por dano à saúde o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade, disfunção ou morte, podendo ser físico, social ou psicológico⁽⁶⁾.

A Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente é descrita em 10 classes que fornecem uma compreensão global do domínio da segurança do paciente. Tem como objetivo representar um ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua, realçando a identificação do risco, a prevenção, a detecção, a redução do risco, a recuperação do incidente e a resiliência do sistema⁽⁶⁾.

Neste sentido, as duas classes iniciais, tipo de incidente e consequências para o paciente, em conjunto, destinam-se a agrupar os incidentes de segurança do paciente em categorias com significado clínico. A classe tipo de incidente é um termo descritivo para uma categoria que é composta de incidentes de natureza semelhante, agrupada devido a características compartilhadas, em relação às quais existe consenso, tais como incidente do “processo/procedimento clínico” ou “medicação/fluido endovenoso”. A classe consequências para o paciente contém os conceitos que dizem respeito ao impacto sobre o paciente e que é inteira ou parcialmente atribuível a um incidente. As consequências para o paciente podem ser classificadas de acordo com o tipo de dano, o grau de dano e o impacto social e/ou econômico⁽⁶⁾.

O grau de danos pode ser classificado em: nenhum (consequência no doente é assintomática ou sem sintomas detectados e não necessita tratamento); ligeiro (consequência no doente é sintomática, com sintomas ligeiros, perda de funções ou danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem intervenção ou com uma intervenção mínima requerida); moderado (consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção, aumento na estadia, causa danos permanentes ou em longo prazo, ou perda de funções);

grave (consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico-cirúrgica, encurta a esperança de vida ou causa grandes danos permanentes ou em longo prazo ou perda de funções); morte (morte foi causada ou antecipada em curto prazo pelo incidente)⁽⁶⁾.

Um incidente pode ser uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente com danos (evento adverso). Ocorrência comunicável é uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente (exemplo: um desfibrilador na sala de emergência que não está funcionando); quase evento é um incidente que não alcançou o doente, com potencial dano à saúde interceptado antes que ocorra (erro na prescrição corrigido antes do medicamento ser administrado ao paciente); incidente sem danos é um incidente que chegou ao doente, mas não resultou em danos discerníveis (unidade de sangue transfundida, mas o sangue não era incompatível com o doente); incidente com danos (evento adverso) é um incidente que resulta em danos, decorrente da atenção à saúde, não intencional e nem relacionado à evolução natural da doença de base, que resulta no prolongamento do tempo de internação e/ou óbito (transfusão de unidade de sangue errada e a consequente morte por reação hemolítica)⁽⁶⁻⁷⁾.

Os eventos adversos (EA) têm importante impacto no Sistema Único de Saúde (SUS) por acarretar aumento na morbidade, na mortalidade, no tempo de tratamento dos pacientes e nos custos assistenciais, além de repercutir em outros campos da vida social e econômica de todos os países⁽⁸⁻¹⁰⁾. A notificação e aceitação da existência de EA facilitam a investigação da qualidade da assistência, pois falhas acontecem e são importantes para a avaliação dos serviços de saúde^(4,7,11-13). Ademais, a ocorrência de EA constitui-se em um fator importante para avaliação da segurança do paciente, que pode ser entendida como a redução a um mínimo aceitável de risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde⁽⁶⁾. São várias as correntes que relatam forte ligação entre a segurança e a qualidade em saúde^(9,11). Nessa perspectiva, a segurança é uma das dimensões da qualidade dos serviços de saúde, como atributo indissociável⁽⁹⁾. Assim, os sistemas de saúde que diminuem a um mínimo possível os riscos de dano ao paciente estão sem dúvida aumentando a qualidade dos seus serviços^(5,9,11).

O objetivo deste estudo foi analisar os incidentes notificados em um hospital público do Distrito Federal, as características dos pacientes envolvidos e os desfechos para o paciente, no período de 2011 a 2014.

MÉTODO

Realizou-se um estudo descritivo e retrospectivo dos incidentes notificados em um hospital público de grande porte do Distrito Federal, participante da rede de hospitais sentinela, no período de janeiro de 2011 a setembro de 2014. O protocolo de pesquisa foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal sob o número 144.024, sem necessidade de assinatura de Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido, dada a natureza retrospectiva e não intervencional do estudo.

Foram incluídos todos os incidentes notificados nos setores denominados Gerência de Risco e Comitê Transfusional durante o período do estudo, identificados por meio de análise documental dos diferentes instrumentos de notificações usados pelo hospital: fichas de notificação de incidentes, memorandos e anotações médicas, fichas de investigação de EA, planilhas com resumo das notificações *on-line*. Depois de identificado o incidente notificado, buscaram-se informações complementares nos prontuários dos pacientes quando havia envolvimento destes na notificação. O acesso a este material foi obtido na Gerência de Risco do hospital pelas pesquisadoras, que são enfermeiras e atuam no hospital, e por uma estudante do último período do curso de enfermagem. A coleta de informações foi realizada no período de setembro de 2014 a outubro de 2014.

Neste conjunto de documentos buscaram-se os seguintes dados: (1) características do paciente: sexo, faixa etária e permanência em dias de internação; (2) características do incidente: categoria do incidente (ocorrência comunicável, quase evento, incidente sem dano e incidente com dano – evento adverso), grau de dano (nenhum, ligeiro, moderado, grave e morte), e tipo do incidente (administração clínica, processo/procedimento clínico, documentação, infecções associadas aos cuidados de saúde, medicação/fluidos endovenosos, sangue/hemoderivados, nutrição, oxigênio/gás/vapor, dispositivos médicos/equipamento médico, comportamento, acidente do doente, infraestruturas/edifícios/instalações e recursos/gestão organizacional), em conformidade com os critérios descritos e estabelecidos pela Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da OMS⁽⁷⁾; (3) categoria do profissional que notificou e (4) local da ocorrência.

Ressalta-se que na ficha de notificação tem a opção para o notificador informar se houve dano ao paciente. O grau de dano foi classificado pela equipe de pesquisa (uma enfermeira do hospital, uma estudante do último ano do curso de enfermagem e uma enfermeira professora e pesquisadora da Universidade Católica de Brasília) no momento da investigação dos registros do prontuário do paciente.

Para análise estatística descritiva utilizou-se do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0.

RESULTADOS

Foram notificados 209 incidentes na Gerência de Risco (n = 104, 49,8%) e no Comitê Transfusional (n = 105, 50,2%) no período de janeiro de 2011 a setembro de 2014, que estão apresentados segundo a categoria e grau de dano na Tabela 1.

Nos EA com grau de dano ligeiro, houve maior incidência de reações transfusionais leves (n = 91, 69,5%), quedas (n = 20, 15,3%) e retirada não programada de sonda enteral (n = 8, 6,1%). Nos EA com grau de dano moderado, destacaram-se 10 reações transfusionais (33,3%) e oito úlceras por pressão (2,7%). Em relação aos EA com grau de dano grave, houve registro de quatro choques anafiláticos em decorrência de reação transfusional (66,6%), uma queda que resultou em fratura bilateral de fêmur com necessidade de

correção cirúrgica de grande porte, resultando em aumento do tempo de internação (16,7%), e uma parada cardiorrespiratória ocorrida após a retirada de acesso venoso central e realização de curativo (16,7%). Nenhum EA teve como desfecho o óbito.

Tabela 1 – Incidentes ocorridos segundo a categoria e grau de dano – Brasília, DF, Brasil, 2015.

Incidentes	N	%
Categoria		
Ocorrência comunicável	22	10,5
Quase evento	16	7,7
Incidente sem dano	4	1,9
Incidente com danos (evento adverso)	167	79,9
Grau do dano		
Nenhum	42	20,1
Ligeiro	131	62,7
Moderado	30	14,3
Grave	6	2,9
Morte	0	0
Total	209	100

Os incidentes notificados segundo a categoria profissional que notificou e o local da ocorrência estão na Tabela 2.

Tabela 2 – Incidentes segundo a categoria profissional que notificou e local da ocorrência – Brasília, DF, Brasil, 2015.

Variável	N	%
Categoria profissional		
Enfermeiro	55	26,3
Médico	12	5,7
Profissionais da ouvidoria	5	2,4
Técnico de Enfermagem	5	2,4
Fisioterapeuta	3	1,4
Farmacêutico	2	1
Sem informação*	127	60,8
Local onde ocorreu		
Internação	23	11
Psiquiatria	14	6,7
Unidade de Terapia Intensiva	14	6,7
Boxes do Pronto-socorro	5	2,4
Farmácia	4	1,9
Centro Neurocardiovascular	4	1,9

continua...

...continuação		
Variável	N	%
Ambulatório	3	1,4
Núcleo do Centro Cirúrgico	3	1,4
Emergência	3	1,4
Hemodinâmica	3	1,4
Neurocirurgia	2	1
Outros	7	3,5
Sem informação*	124	59,3
Total	209	100

*Não foi possível obter os dados por preenchimento incompleto ou incorreto da notificação.

Conforme se observa na Tabela 2, em 60,8% (n = 127) dos casos analisados não houve registro da categoria profissional responsável pela notificação e em 59,3% (n = 124) não se registrou o local da ocorrência do incidente notificado. Estes incidentes foram aqueles coletados no Comitê Transfusional, que utiliza uma planilha com dados diferentes das fichas de notificação utilizada pela Gerência de Risco.

Os enfermeiros foram responsáveis pela maioria das notificações (26,3%; n = 55), seguidos dos médicos (5,7%; n = 12), e o local da ocorrência mais citado foram as unidades de internação (11%; n = 23).

O perfil dos pacientes envolvidos nos incidentes sem dano e nos EA está descrito na Tabela 3. Em todas as variáveis analisadas (sexo, idade, tempo decorrido da internação até o momento do incidente, procedência) observaram-se dados em branco.

Tabela 3 – Perfil dos pacientes envolvidos nos incidentes sem dano e eventos adversos – Brasília, DF, Brasil, 2015.

Perfil dos pacientes	N	%
Sexo		
Feminino	82	47,9
Masculino	67	39,2
Sem informação*	22	12,9
Faixa etária		
Menor de 1 ano	4	2,4
1 a 15	9	5,2
16 a 25	21	12,3
26 a 35	14	8,2
36 a 45	23	13,4
46 a 60	26	15,2
		continua...

...continuação		
Perfil dos pacientes	N	%
Acima de 60	40	23,4
Sem informação*	34	19,9
Tempo de internação até o momento do incidente		
0 a 5 dias	10	5,9
6 a 15 dias	8	4,6
16 a 30 dias	11	6,4
31 a 40 dias	11	6,4
41 a 50 dias	10	5,9
51 a 60 dias	7	4,1
Acima de 60 dias	10	5,9
Sem informação*	104	60,8
Procedência		
Distrito Federal	74	43,3
Outras unidades da federação	23	13,4
Sem informação*	74	43,3
Total	171	100

*Não foi possível obter os dados por preenchimento incompleto ou incorreto da notificação.

Dos 209 casos de incidentes estudados, 38 são referentes à ocorrência comunicável (22) e quase evento (16). Estes são incidentes que não envolvem os pacientes, portanto, não aparecem nas tabelas referentes ao perfil dos pacientes.

Em relação aos tipos de incidentes notificados, segundo a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da OMS⁽⁶⁾, houve maior frequência de incidentes relacionados a sangue/hemoderivados (n = 105; 50,2%), seguidos de dispositivos médicos/equipamento médico (n = 34; 16,3%), acidente do doente (n = 31; 14,8%) e medicação/fluidos endovenosos (n = 21; 10%). Na categoria ocorrência comunicável, os incidentes mais frequentes foram relacionados a dispositivos médicos/equipamento médico (n = 19; 86,4%). Em relação a quase evento, houve maior frequência de incidentes relacionados a medicações/fluidos endovenosos (n = 14; 87,6%). Na categoria incidente sem dano, as notificações mais frequentes foram relacionados a medicações/fluidos endovenosos (n = 2; 50%). Em relação aos EA, a maioria foi relacionada à infusão de sangue/hemoderivados (n = 105; 62,9%), seguida de acidente do doente (n = 31; 18,6%) e dispositivos médicos/equipamento médico (n = 14; 8,4%), conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Classificação dos incidentes por tipo e categoria segundo a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da OMS – Brasília, DF, Brasil, 2015.

Tipos de incidente	Ocorrência Comunicável		Quase evento		Incidente sem dano		Incidente com dano (evento adverso)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Administração clínica	0	-	1	6,2	0	-	1	0,6	2	1,0
Processo/procedimento clínico	0	-	0	-	1	25	10	5,9	11	5,3
Documentação	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Infeções associadas aos cuidados de saúde	0	-	0	-	0	-	1	0,6	1	0,5
Medicação / fluido endovenoso	0	-	14	87,6	2	50	5	3,0	21	10,0
Sangue / hemoderivado	0	-	0	-	0	-	105	62,9	105	50,2
Nutrição	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Oxigênio / gás / vapor	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Dispositivos médicos / equipamento médico	19	86,4	1	6,2	0	-	14	8,4	34	16,3
Comportamento	0	-	0	-	1	25	0	-	1	0,5
Acidente do doente	0	-	0	-	0	-	31	18,6	31	14,8
Infraestruturas / edifícios / instalações	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Recursos / gestão organizacional	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Total	22	100	16	100	4	100	167	100	209	100

DISCUSSÃO

As altas taxas de EA no mundo inteiro, a elevação nos custos da assistência à saúde relacionada a tais eventos e a necessidade de ofertar serviços de saúde de qualidade têm levado a discussões a respeito da necessidade de mudanças na organização dos serviços de saúde a fim de diminuir os danos evitáveis e, conseqüentemente, os custos em saúde^(4-5,8-10).

No Brasil, a preocupação com a qualidade dos processos, práticas e tecnologias utilizados em serviços de saúde tem sido uma questão de alta prioridade governamental que nos últimos anos vem instituindo uma sequência gradativa e ordenada de ações voltadas para a segurança do paciente. Salienta-se que o quantitativo de incidentes notificados (209) no período analisado (3 anos), considerando-se o porte do hospital-caso (650 leitos), foi inferior ao quantitativo demonstrado na literatura, onde as taxas oscilam entre 7% e 16% no mundo desenvolvido⁽⁵⁾.

É importante ainda enfatizar que a maioria dos estudos calcula as taxas de EA a partir de busca ativa, o que caracteriza um método proativo de conhecer os incidentes. Neste estudo analisaram-se as notificações voluntárias, ou seja, um método reativo de conhecer os incidentes e que tende a encontrar números inferiores ao quantitativo real, uma vez que depende dos profissionais informarem as ocorrências para que estas passem a ser conhecidas. Este método de comunicação é considerado mais útil para a indução de alterações comportamentais, pois permite aprender com os próprios erros, no entanto apresenta limitações devido à necessidade de tempo, à falta de sistemas de informação adequados, ao medo de litígio, à relutância das pessoas para relatar os próprios erros, à falta de

conhecimento sobre a importância dos eventos e à falta de mudanças após a notificação⁽¹²⁾.

Entre os incidentes notificados, houve predomínio de EA, seguido de ocorrência comunicável. Neste aspecto, a literatura é divergente, ocorrendo predomínio de um tipo de evento sobre outro a depender das características intrínsecas da organização estudada⁽¹³⁻¹⁵⁾. Estudos realizados no Brasil mostram predomínio de casos de quase evento, seguidos de eventos adversos e incidente sem dano⁽¹⁴⁾; incidente sem dano seguido de ocorrência comunicável, eventos adversos e quase eventos⁽¹⁵⁾. No hospital-caso, a maior quantidade de EA em relação aos outros tipos de incidentes pode ser explicada por ser um hospital de ensino com grande investimento nas atividades de conscientização dos profissionais e estudantes⁽¹⁵⁾.

Em relação ao grau de dano, houve predomínio de dano ligeiro e moderado, ocorrendo poucos casos de dano grave, achado que se encontra de acordo com outros estudos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Nenhum incidente analisado no estudo resultou em morte. Vale ressaltar que essa classificação se refere a EA, pois ocorrência comunicável, quase evento e incidente sem dano, não causam nenhum dano⁽⁶⁾.

Os enfermeiros foram responsáveis pela maioria das notificações, seguidos dos médicos, o que se encontra de acordo com estudo no Brasil⁽¹⁶⁾. Do mesmo modo, a maior ocorrência de incidentes nas unidades de internação encontra-se em conformidade com estudos prévios^(12,17). No estudo realizado em hospitais do Rio de Janeiro foi evidenciado que 86,2% dos incidentes ocorreram nas unidades de internação, e no estudo realizado em um hospital do sul do Brasil, de um total de 755 casos analisados, 64,8% foram neste mesmo local^(12,17).

Os tipos de incidentes com maior ocorrência foram os relativos a sangue/hemoderivados, acidentes com o paciente, problemas com equipamentos médico-hospitalares e medicações/fluidos endovenosos. A transfusão de hemocomponentes é um procedimento complexo, que está associado a um risco significativo de complicações, entre elas as reações transfusionais, tais como as reações febris não hemolíticas e as alérgicas⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Os incidentes relacionados a medicações/fluidos endovenosos estão, neste estudo, em quarto lugar em relação à frequência de notificações. Os eventos relacionados às medicações estão entre as falhas mais frequentes nos cuidados em saúde e a probabilidade de um indivíduo sobreviver a uma internação hospitalar livre da ocorrência destes eventos poderá variar de acordo com o tempo de internação^(16,20). No entanto, na maioria das ocasiões, suas ocorrências podem ser evitadas nas três principais fases do processo de medicação – prescrição, dispensação e administração. Desse modo, devem ser elaborados e disponibilizados procedimentos operacionais atualizados para a dispensação de medicamentos, com destaque especial para os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, além de ser necessário investir em propostas de educação continuada para as equipes com o objetivo de fortalecer a cultura de segurança e de não punição^(5,20-21).

A existência de EA que comprometem a segurança do paciente é atualmente um grande desafio para o aprimoramento da qualidade da assistência na área da saúde⁽¹⁰⁾. Nesse aspecto, é importante conscientizar os profissionais de saúde quanto à notificação dessas ocorrências, assim como instituir práticas gerenciais não punitivas, estimular o olhar crítico e investigativo sobre as falhas existentes no sistema e promover correções pelo próprio serviço por meio de ações que visem à segurança do paciente^(5,9,11-14).

Uma das limitações do estudo refere-se à dificuldade de recuperação das informações, especialmente de dados referentes às notificações no Comitê Transfusional devido às características e aos tratamentos diferenciados em

relação ao modo de notificação neste setor. Recomenda-se a realização de estudos em relação às reações transfusionais e demais incidentes separadamente, a fim de se conhecer melhor suas características e taxa de notificação em relação à taxa esperada.

O SNI do hospital-caso possibilitou a obtenção de informações para subsidiar a avaliação dos serviços, a formulação de estratégias preventivas e o fortalecimento da cultura de segurança com a consequente prevenção de danos para a saúde do paciente. Contudo, observou-se que ainda há necessidade de padronizar as formas de notificação, com elaboração, divulgação e atualizações de protocolos e de procedimentos operacionais padrões, bem como a capacitação das equipes dos diferentes setores assistenciais.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que o hospital-caso ainda apresenta um número reduzido de notificações em relação às taxas encontradas na literatura. A categoria de incidente mais frequente foi o evento adverso, com predomínio de dano leve, seguido de ocorrência comunicável, quase evento e incidente sem dano. Os tipos de incidente mais frequentes foram relacionados a sangue/hemoderivados, seguidos de acidente do doente, que ocorreram sobretudo nas unidades de internação do hospital. A maioria dos incidentes foi notificada por enfermeiros e médicos. Nenhum incidente analisado no estudo resultou em morte.

Observou-se que o SNI do hospital-caso utiliza mais de um instrumento para notificação, com diferenças nas informações que devem ser preenchidas. O aperfeiçoamento deste sistema pode melhorar a qualidade dos dados que são informados. Sugere-se que as ações de divulgação, assim como as estratégias de sensibilização e de educação permanente dos profissionais sejam reforçadas, a fim de aumentar o número de notificações e com isso as possibilidades de reconhecimento dos riscos no hospital-caso. A adoção de estratégias de aprendizado organizacional com os incidentes ocorridos tem sido amplamente utilizada para esta finalidade.

RESUMO

Objetivo: Analisar os incidentes notificados em um hospital público do Distrito Federal, segundo as características e os desfechos quando envolveram pacientes. **Método:** Estudo descritivo e retrospectivo dos incidentes notificados entre janeiro de 2011 e setembro de 2014. **Resultados:** Notificados 209 incidentes categorizados em ocorrência comunicável (n = 22, 10,5%), quase evento (n = 16, 7,7%), incidente sem dano (n = 4, 1,9%) e incidente com dano (eventos adversos) (n = 167, 79,9%). A idade média dos pacientes foi de 44 anos e o tempo da internação até o momento do incidente teve média de 38,5 dias. Os enfermeiros foram os que mais notificaram (n = 55, 67%). Nenhum desfecho resultou em morte. **Conclusão:** Os incidentes relacionados a sangue/hemoderivados, dispositivos/equipamento médico, acidentes do doente e medicação/fluidos endovenosos foram os mais frequentes. Recomenda-se padronizar os processos de notificação e potencializar a participação dos profissionais no manejo dos incidentes.

DESCRITORES

Segurança do Paciente; Gestão de Riscos; Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los incidentes notificados en un hospital público del Distrito Federal, según las características y los resultados cuando involucraron a pacientes. **Método:** Estudio descriptivo y retrospectivo de los incidentes notificados entre enero de 2011 y septiembre de 2014. **Resultados:** Notificados 209 incidentes categorizados en consecuencia comunicable (n = 22, 10,5%), casi evento (n = 16, 7,7%), incidente sin daño (n = 4, 1,9%) e incidente con daño (eventos adversos) (n = 167, 79,9%). La edad media de los pacientes fue de 44 años y el tiempo de la estancia hospitalaria hasta el momento del incidente tuvo promedio de 38,5 días. Los enfermeros fueron los que más notificaron (n = 55, 67%). Ningún resultado causó muerte. **Conclusión:** Los incidentes relacionados con sangre/hemoderivados,

dispositivos/equipo médico, accidentes del enfermo y medicación/fluidos endovenosos fueron los más frecuentes. Se recomienda estandarizar los procesos de notificación y potenciar la participación de los profesionales en el manejo de los incidentes.

DESCRIPTORES

Seguridad del Paciente; Gestión de Riesgos; Calidad de la Atención de Salud; Evaluación de Servicios de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Pham JC, Girard T, Pronovost PJ. What to do with healthcare incident reporting systems. *J Public Health Res* [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 31];2(3):e27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4147750/>
2. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* [Internet]. 2000 [cited 2014 Jan 31];320(7237):768-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10720363>
3. MacDonald RD. Articles that may change your practice: crew resource management. *Air Med J*. 2016;35(2):65-66.
4. Van Spall H, Kassam A, Tollefson TT. Near-misses are an opportunity to improve patient safety: adapting strategies of high reliability organizations to healthcare. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;23(4):292-6.
5. Capucho HC, Cassiani SH De B. The need to establish a national patient safety program in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 31]; 47(4):791-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/en_0034-8910-rsp-47-04-0791.pdf
6. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: Final Technical Report [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2015 Dec 20]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
7. Capucho HC. Near miss: quase erro ou potencial evento adverso? *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2015 Dec 20];19(5):1272-3. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_27.pdf
8. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Adverse events: analysis of a notification instrument used in nursing management. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2016 Jan 31];44(2):286-93. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_07.pdf
9. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2013 [citado 2014 jan. 31];18(7):2029-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>
10. Tomás VS, Chanovas BM, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T. Evadur: eventos adversos ligados a la assistência em los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias* [Internet]. 2010 [citado 2014 Jan 31];22(6):415-28. Disponible en: http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_18.pdf
11. Hanskamp-Sebregts M, Zegers M, Vincent C, van Gurp PJ, Vet HC, Wollersheim H. Measurement of patient safety: a systematic review of the reliability and validity of adverse event detection with record review. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 01];6(8):e011078. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5013509/>
12. Lorenzini E, Santi JAR, Bão ACP. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 31];35(2):121-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgef/v35n2/1983-1447-rgef-35-02-00121.pdf>
13. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHB. Patient safety: a comparison between handwritten and computerized voluntary incident reporting. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 31];34(1):164-72. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgef/v34n1/en_21.pdf
14. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Azevedo Filho FM. Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 31];26(3):256-262. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/en_09.pdf
15. Carneiro FS, Bezerra ALQ, Camargo, Silva AEBC, Souza LP, Paranaguá TTB, Branquinho NCS. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2011 [citado 2014 jan.31];19(2):204-11. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf>
16. Roque KE, Melo ECP. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2011 [citado 2014 jan. 31];15(3):595-601. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a22v15n3.pdf>
17. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2013 [citado 2014 jan. 31];59(5):421-8. <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n5/v59n5a06.pdf>
18. Claro CM, Krococzk DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Adverse events at the Intensive Care Unit: nurses' perception about the culture of no-punishment. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2014 Jan 31];45(1):162-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en_23.pdf
19. Sharma DK, Datta S, Gupta A. Study of acute transfusion reactions in a teaching hospital of Sikkim: A hemovigilance initiative. *Indian J Pharmacol* [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 03];47(4):370-4.
20. Silva AEBC, Reis AMM, Miaso AI, Santos JO, Cassiani SHB. Adverse drug events in a sentinela hospital in the State of Goiás, Brazil. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2014 Jan 31];19(2):378-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/21.pdf>
21. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 31];68(1):144-54. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/en_0034-7167-reben-68-01-0144.pdf