

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARIA EDUARDA DE SOUSA BRITO

**INCIDENTES RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE NO ESTADO DO
PIAUÍ**

PICOS – PI

2023

MARIA EDUARDA DE SOUSA BRITO

**INCIDENTES RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE NO ESTADO DO
PIAUI**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Gilberto Fernandes Pereira.

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

B862i Brito, Maria Eduarda de Sousa
Incidentes relacionados à segurança do paciente no estado do Piauí
[recurso eletrônico] / Maria Eduarda de Sousa Brito – 2023.
52f.

1 Arquivo em PDF
Indexado no catálogo *online* da biblioteca José Albano de Macêdo-CSHNB
Aberto a pesquisadores, com restrições da Biblioteca

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do
Piauí, Bacharelado em Enfermagem, Picos, 2023.

“Orientador: Dr. Francisco Gilberto Fernandes Pereira ”

1. Segurança do paciente. 2. Incidentes. 3. Notificação. I. Pereira, Francisco
Gilberto Fernandes. II. Título.

CDD 614

Emanuele Alves Araújo CRB 3/1290

MARIA EDUARDA DE SOUSA BRITO

**INCIDENTES RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE NO ESTADO DO
PIAUI**

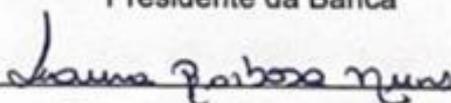
Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 28/03/23

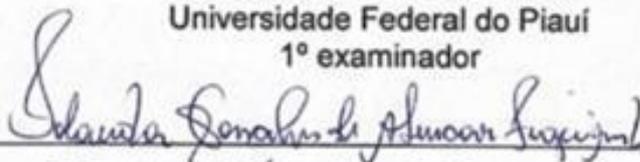
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Francisco Gilberto Fernandes Pereira
Universidade Federal do Piauí
Presidente da Banca



Enfa. Laura Barbosa Nunes
Universidade Federal do Piauí
1º examinador



Enfa. Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo
Universidade Federal do Piauí
2º examinador

Enfa. Priscila Martins Mendes
Universidade Federal do Piauí
Membro suplente

À Anísia Joana.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer fortemente a minha família e em especial a minha mãe **Anísia Joana de Sousa**, que sempre foi o meu alicerce e motivo da minha escolha em buscar um futuro melhor que, para além dessa realização, sempre será o grande motivo de todas as outras. Nunca mediu esforços para fazer com que eu chegasse até aqui, além de acreditar fielmente no meu potencial e, reciprocamente, não medirei esforços para lhe atribuir um sorriso no rosto. Agradeço ao meu avô **Valdir Joaquim de Sousa** pela sua mais doce e genuína torcida e incentivo. Eu os amo das estrelas às estrelas!

Possui um espaço singular no meu coração a minha madrinha **Arleth** que por muito me ajudou, assim como os meus tios **Maria Joana (Neta)** e **Raimundo Valdir**. Devo muito do meu amor e devoção às minhas queridas primas, as quais considero como irmãs e possuo um verdadeiro laço, **Camila Joana** e **Joana Maria (Nanda)**.

Sou grata pelas amizades que construí ao longo da graduação, essas foram especiais, pois juntos compartilhamos momentos de alegrias e fomos capazes de levantarmos uns aos outros nos momentos mais melancólicos.

Assim, direciono os meus agradecimentos: obrigada, **Aylla**, você foi a melhor dupla que alguém poderia ter, em todos os aspectos, sou grata pelo companheirismo. Também agradeço aos meus queridos **Ana Patrícia, Giovanna, Denise** e **Marcos Vinícius**, vocês foram peças fundamentais nessa jornada. Sempre serão pessoas especiais para mim. Vocês são brilhantes!

Agradeço as velhas e boas amizades que eu já havia feito durante o decorrer da vida e que sempre se fizeram presentes, saiba que possuo um apreço indescritível por vocês: **Ziloneide, Teresa Raquel** e **Alice Maria**.

À **Jakellinny Nunes** toda a minha gratidão por, quando sua estagiária, ter sido a melhor preceptora de todas. Sempre será uma das minhas referências de profissionalismo e ser humano.

Também agradeço ao Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva - Linha de Saúde do Adulto e Idoso e Tecnologias Educativas em Saúde por todo o aprendizado que adquiri quando integrante.

Ao meu querido orientador professor **Francisco Gilberto**, por repassar tantos ensinamentos e por acreditar em mim. Obrigada pela paciência e pela disponibilidade

em ajudar todas as vezes que precisei. Além de se tornar uma referência de profissional, tornou-se como ser humano!

Às professoras que compõem a banca **Laura, Iolanda e Priscila** por se disponibilizarem em contribuir com esse trabalho. Sou grata!

Meu muito obrigada!

*Sedare dolorem opus divinum est
(aliviar a dor é uma obra divina).*

- Hipócrates (460 a.C. - 377 a.C.)

RESUMO

A segurança do paciente implica na redução, a um mínimo aceitável, dos riscos de danos desnecessários associados ao cuidado. A amplitude que envolve a Segurança do Paciente destaca a importância do desenvolvimento de ações proativas voltadas para melhorias no âmbito da saúde. O aumento da complexidade e a fragmentação da assistência, a rápida expansão do conhecimento científico na área da saúde, o aumento da utilização de tecnologia e a mudança das necessidades de assistência em relação ao diagnóstico e tratamento, estão propiciando novos desafios para os profissionais. Os efeitos negativos dos eventos adversos são de tal magnitude e impacto social que levou sistemas de saúde, mundialmente, a provocar grande mobilização dos órgãos governamentais e não governamentais para a prevenção e monitoramento dessas ocorrências, como os relatórios de notificação. Objetivou-se com esse estudo, analisar os incidentes à assistência à saúde entre os anos de 2018 a 2020 no Estado do Piauí. Trata-se de um estudo retrospectivo, quantitativo e de análise documental, mediante as publicações do NOTIVISA. A coleta de dados se deu entre fevereiro a março de 2023. As variáveis coletadas foram referentes ao ano de notificação, faixa etária, tipo de incidente, mês da ocorrência, serviço de saúde, eventos adversos em ambiente hospitalar e grau do dano. Foi observado que a faixa etária mais acometida está entre 56 a 85 anos (3.456 – 45,9%). O evento adverso mais notificado é a Lesão por Pressão (2.368 – 31,5%) e broncoaspiração é o menos evidenciado (3 – 0,03%). O mês de fevereiro apresentou maior índice de notificação (775 – 10,3%), ao passo que o mês de maio é o que possui menos casos registrados (421 – 5,5%). O ambiente hospitalar é o responsável pelo número mais expressivo de notificações (7.087 – 95,7%), sendo a lesão por pressão o evento mais relatado nesse espaço (2.341 – 33,1%). Em relação ao grau de dano, os casos leves foram os mais evidenciados (2.466). Conclui-se que a implementação de estratégias para o diagnóstico de problemas ligados às falhas e suas raízes e estabelecer protocolos administrativos e assistenciais visando prevenir incidentes e reduzir o grau de dano que pesam ao paciente, apresentam-se como uma boa medida para contribuir com a segurança do paciente e uma assistência mais sistematizada.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Incidentes; Eventos adversos; Notificação.

ABSTRACT

Patient safety implies reducing, to an acceptable minimum, the risks of unnecessary harm associated with care. The breadth that involves Patient Safety highlights the importance of developing proactive actions aimed at improving health. The increase in the complexity and fragmentation of care, the rapid expansion of scientific knowledge in the health area, the increased use of technology and the changing needs of care in terms of diagnosis and treatment are providing new challenges for professionals. The negative effects of adverse events are of such magnitude and social impact that it has led health systems worldwide to provoke a great mobilization of governmental and non-governmental bodies for the prevention and monitoring of these occurrences, such as notification reports. The objective of this study was to analyze health care incidents between the years 2018 to 2020 in the State of Piauí. This is a retrospective, quantitative and document analysis study, based on NOTIVISA publications. Data collection took place between February and March 2023. The variables collected were related to the year of notification, age group, type of incident, month of occurrence, health service, adverse events in the hospital environment and degree of damage. It was observed that the most affected age group is between 56 and 85 years (3.456 – 45,9%). The most reported adverse event is Pressure Injury (2.368 – 31,5%) and bronchoaspiration (3 – 0,03%) is the least evidenced. The month of February had the highest notification (775 – 10,3%) rate, while the month of May has the fewest registered cases (421 – 5,5%). The hospital environment is responsible for the most significant number of notifications (7.087 – 95,7%), with pressure injuries being the most reported event in this space (2.341 – 33,1%). Regarding the degree of damage, mild cases were the most evident (2.466). It is concluded that the implementation of strategies for diagnosing problems related to failures and their roots and establishing administrative and assistance protocols aimed at preventing incidents and reducing the degree of harm they cause to the patient, are presented as a good measure to contribute to the patient safety and more systematized assistance.

Keywords: Patient safety; Incidents; Adverse events; Notification.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da notificação de incidentes segundo ano de ocorrência e faixa etária. Picos – PI, 2023.	29
Tabela 2: Distribuição dos incidentes segundo tipo e ano de notificação. Picos – PI, 2023.	30
Tabela 3: Frequência de incidentes notificados segundo mês de ocorrência. Picos – PI, 2023.	32
Tabela 4: Distribuição do número de incidentes segundo serviço de saúde. Picos – PI, 2023.	33
Tabela 5: Frequência de incidentes notificados em ambiente hospitalar segundo o tipo de evento e ano de notificação. Picos – PI, 2023.....	34
Tabela 6: Distribuição da notificação de incidentes segundo tipo, ano de ocorrência e grau do dano. Picos – PI, 2023.	36

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência nacional de vigilância sanitária

EA – Evento adverso

GGTES - Gerência-Geral de tecnologia em serviços de saúde

GVIMS - Gerência de vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde

ICPS - International Classification for Patient Safety

LPP – Lesão por pressão

MS – Ministério da saúde

NSP – Núcleo de segurança do paciente

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSP – Programa nacional de segurança do paciente

RDC – Resolução da diretoria colegiada

NOTIVISA - Sistema de notificações em vigilância sanitária

SNVS - Sistema nacional de vigilância sanitária

SP – Segurança do paciente

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral.....	16
2.2	Específicos	16
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1	Segurança do paciente.....	17
3.2	A importância da notificação de incidentes e eventos adversos nos ambientes de saúde e a ética profissional.....	19
3.3	Qualidade de dados de sistemas de relatórios eletrônicos	22
3.4	A importância de conceitos chaves, definições e termos preferidos ...	24
4	MÉTODO.....	26
4.1	Tipo de estudo.....	26
4.2	Período e local do estudo.....	26
4.3	População e amostra	27
4.4	Coleta, organização e análise de dados.....	27
4.5	Aspectos éticos.....	28
5	RESULTADOS	29
6	DISCUSSÃO	38
7	CONCLUSÃO.....	41
	REFERENCIAS.....	43
	APÊNDICES	49
	APÊNDICE A	50

1 INTRODUÇÃO

Situações que comprometem a Segurança do Paciente (SP) e colocam a vida das pessoas em risco nos ambientes de saúde, acontecem a todo momento, a nível global. Tais acontecimentos perpassam os números de acidentes de trânsito, câncer de pulmão ou AIDS. Quando o cenário é o Brasil, essas também merecem destaque, pois a sua situação não é menos grave, sendo classificado como um dos países em que mais ocorrem Eventos Adversos (EA) do mundo (ANDRADE et al, 2018). Assim, percebe-se nos últimos anos uma preocupação em relação as políticas voltadas para a melhoria da assistência, bem como a abordagem dos riscos à segurança desse público em especial (SILVA et al., 2016).

No final dos anos 90, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos publicou o relatório “*Errar é humano*”, sendo esse um ponto chave para a inquietação a assuntos relacionados à segurança do paciente, difundindo-se mundialmente (VILLAR; DUARTE e MARTINS, 2020). De acordo com Furini, Nunes e Dallora (2019), mesmo apesar dos avanços depois dessa publicação, duas décadas depois ainda surgiram novos desafios, pois os eventos adversos não diminuíram como o desejado e esperado, mesmo após a execução de algumas estratégias, especialmente os relatos e análises dos incidentes como meio de promover aprendizado pelo erro.

Andrade *et al* (2018) reforçam que a segurança do paciente implica na redução, a um mínimo aceitável, dos riscos de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde. Devido as situações que comprometem a recuperação dos clientes em unidades de internação hospitalar, como incidentes que acarretam em eventos adversos, os esforços das instituições de saúde para aumentar a qualidade da assistência estão cada vez mais elaboras. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS), devido tal problemática, recomendou a todos os países que desenvolvessem estratégias para a promoção do cuidado seguro, no intuito de reduzir os riscos e danos evitáveis ao paciente, decorrentes da assistência à saúde.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que implica saber desde a identificação correta do paciente a reduzir riscos de Lesão por Pressão (LP) (REIS *et al*, 2016). Em abril de 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), tendo como principal objetivo a implementação de iniciativas direcionadas à segurança do

paciente (BRASIL, 2013). A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), nº 36 de 2013, regulamenta as ações para a Segurança do Pacientes nos âmbitos de saúde, criando os Núcleos de Segurança do Paciente, que apresentam como uma de suas funções a promoção da Cultura da Segurança do Paciente, mediante a implementação de Planos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde (ANVISA, 2013).

A amplitude que envolve a Segurança do Paciente destaca a importância do desenvolvimento de ações proativas voltadas para melhorias no âmbito do cuidado em saúde. É importante compreender o que a temática representa para o alcance de tal objetivo. Daí em diante, torna-se viável a comoção pelas mudanças na prática diária dentro das instituições de saúde, impactando de forma positiva a segurança e assistência ao paciente, além de propiciar transformações na prestação dos serviços realizada pela equipe multidisciplinar (REBRAENSP, 2013).

A qualidade da atenção e a segurança do paciente são pontuadas, hoje em dia, como uma das grandes preocupações dentro do cuidado. A busca por melhorias é sempre contínua e indispensavelmente deve envolver não apenas profissionais da parte assistencial como os enfermeiros e médicos, mas sim todos os profissionais da instituição incluindo a parte administrativa e o próprio paciente, pois este é quem mais sabe da sua verdadeira situação e pode ser um ponto chave para evitar a ocorrência de incidentes (VELHO; TREVISIO, 2013).

Manter a segurança dos pacientes é fundamental para oferecer uma assistência de saúde de qualidade. No entanto, se por um lado as intervenções de cuidados de saúde buscam melhorar a assistência prestada, por outro, a combinação de processos, tecnologias e recursos humanos relacionados com o cuidado à saúde pode vir a se tornar um fator de risco para o surgimento de erros e eventos adversos (GOMES *et al*, 2012). Os efeitos negativos dos EA são de tal magnitude e impacto social que levou sistemas de saúde, mundialmente, a provocar grande mobilização dos órgãos governamentais e não governamentais para a prevenção e monitoramento dessas ocorrências (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019).

De acordo com Gomes *et al* (2012), o aumento da complexidade e a fragmentação da assistência, a rápida expansão do conhecimento científico na área da saúde, o aumento da utilização de tecnologia e a mudança das necessidades de assistência em relação ao diagnóstico e tratamento, estão propiciando novos desafios

para os profissionais e as organizações de saúde. Conseqüentemente, o risco dos pacientes se tornarem vítimas dos EA relacionados à assistência à saúde torna-se maior. Os descuidos com o paciente possuem conseqüências que vão além dos óbitos, podendo ser destacada a morbidade, a perda da dignidade, do respeito e o desconsolo psíquico (NPSF, 2015).

Nanji *et al* (2016) apontam que a ocorrência de eventos adversos atrelados a assistência à saúde atinge de 4% a 16% dos pacientes em ambiente hospitalar, dados referentes aos países desenvolvidos. Nas cirurgias, uma em cada duas acontece um erro ou um EA envolvendo o uso de medicação. Isto posto, é essencial, para a segurança do paciente, a notificação dos incidentes e/ou eventos adversos, sendo uma forma de relatar e registrar os acontecimentos. A análise das notificações concede a aprendizagem organizacional, desta maneira, fazendo que seja plausível a identificação das causas, tornando possível evitá-las (GÖTTEMS *et al*, 2016).

Portanto, no intuito de conhecer a realidade do Brasil e elaborar um diagnóstico situacional dos incidentes ocorridos, foi regido o monitoramento e a notificação dos incidentes relacionados à saúde em cada estado do país, que são publicados em relatórios por meio do Sistema de Informações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Destarte, justifica-se a elaboração do presente estudo pela inquietude em relação a noção da magnitude do problema e por acreditar que a subnotificação dos eventos adversos ocorridos, ou seja, a não notificação, impede a correção de possíveis falhas, desse modo, colocando em risco a segurança do paciente. Partindo dessa premissa, a pergunta que norteou essa pesquisa foi: qual a frequência e os tipos de incidentes ocorridos no Estado do Piauí entre os anos de 2018 a 2020 de acordo com os últimos dados do NOTIVISA?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os incidentes relacionados à assistência à saúde entre os anos de 2018 a 2020 no Estado do Piauí.

2.2 Específicos

- Comparar os registros de incidentes conforme faixa etária e ano de notificação;
- Identificar os incidentes segundo o tipo de evento, mês e ano de notificação;
- Estratificar os incidentes de acordo com o serviço de saúde onde ocorreram;
- Descrever os incidentes segundo o grau de dano.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para embasar teoricamente o objeto de estudo, a revisão de literatura será apresentada subdividida em quatro tópicos, sendo eles: Segurança do paciente; A importância da notificação de incidentes e eventos adversos nos ambientes de saúde e a ética profissional; Qualidade de dados de sistemas de relatórios eletrônicos e, por último, a importância de conceitos chaves, definições e termos preferidos.

Com isso, pretende-se evidenciar a necessidade e a importância das notificações dos incidentes e eventos adversos e contribuir de forma significativa para o progresso da segurança do paciente.

3.1 Segurança do paciente

Assuntos relacionados a segurança do paciente são emergentes mundialmente, pois tal temática envolve a preocupação com o respeito e dignidade do paciente, a qualidade do cuidado e a estabilidade do sistema de saúde. A extensão do problema é demonstrada pelos elevados casos de incidentes atrelados a assistência, com o potencial dos danos transitórios e permanentes, assim como os custos individuais e sociais (NORA e JUNGES, 2021).

No início dos anos 2000, a inquietação a temas relacionados a segurança do paciente propagou-se a nível global após o *Institute of Medicine* dos Estados Unidos lançar o relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System* (VILLAR; DUARTE e MARTINS, 2020). Lorenzini, Santi e Báó (2014) apontam que o relatório apresentava relatos de 44.000 a 98.000 óbitos americanos, por eventos adversos, que em sua maioria, poderiam ter sido evitados. Após tal publicação feita, a redução de incidentes e eventos adversos tornou-se de caráter urgente.

Dentro do conceito multidimensional de qualidade nos serviços de saúde, a segurança foi a última dimensão incluída de forma nítida. De acordo com a sua primeira definição, a segurança significava “ausência de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde”. Oito anos mais tarde a OMS expôs um consenso sobre taxonomia em segurança do paciente, assim, a definição evoluiu para “redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável” (GAMA et al, 2016).

Em relação a dimensão da qualidade, o Institute of Medicine define segurança do paciente como “ausência de lesões provocadas pela atenção à saúde, que supostamente deveria ser benéfica”, trazendo outras dimensões de qualidade como: efetividade, cuidados centrados no paciente, oportunidade, eficiência, equidade. Já a Organização Mundial de Saúde define segurança do paciente como já supracitado, e traz outras dimensões de qualidade como: efetividade, aceitabilidade, acessibilidade, eficiência e equidade (GAMA *et al*, 2018).

Em levantamento ao que pode acarretar comprometimento a segurança do paciente e ocasionar falhas e erros, estão a complexidade da assistência desenvolvida, o contínuo avanço tecnológico, deficiência no aperfeiçoamento dos profissionais, bem como do sentimento de desmotivação apresentado pelos mesmos e as subnotificações de incidentes sem danos ou que levaram a EA (ANDOLHE, 2013; DUARTE *et al*, 2015).

Deste modo, a segurança do paciente tem como objetivo principal a mitigação de eventos adversos, bem como de erros, negligências, omissões e falhas durante o processo assistencial que não chegaram a causar danos, mas que poderiam. Por conta disso, diversos países tornaram a segurança do paciente uma prioridade dentro dos sistemas de saúde, através dos achados em estudos epidemiológicos que salientaram o impacto das causas indesejadas por falhas na qualidade da atenção à saúde (GAMA *et al*, 2016).

No ano de 2019, a Organização Mundial de Saúde criou o Dia Mundial de Segurança do Paciente, comemorado no dia 17 de setembro. Esse dia se destaca como campanha global para fomentar a consciência sobre a segurança do paciente e influenciar as pessoas a mostrarem seu compromisso em aprimorar o cuidado em saúde e torná-la mais segura (GONG, 2022), contando como tema inicial “Segurança do paciente: uma propriedade de saúde global”, com o slogan “Vamos lutar pela segurança do paciente” (MARUXO, 2019).

A nível nacional, o conhecimento da magnitude dos EA relacionados à assistência, sensibilizou os formuladores de políticas de saúde para a instituição governamental de um Programa Nacional de Segurança do Paciente, onde é igualmente definida pela OMS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

Vicent, Burnett e Carthey (2013), ressaltam que a nível internacional, vários pontos para entender, medir e controlar os problemas de segurança do paciente têm

sido desenvolvidos. Um dos meios é a frequência de notificação de incidentes e evento adversos e o desenvolvimento de indicadores para verificar e monitorar o nível de segurança. Tais indicadores possuem o objetivo de identificar problemas ou oportunidades de melhoria, comparar as instituições e fiscalizar o impacto das eventuais intervenções.

3.2 A importância da notificação de incidentes e eventos adversos nos ambientes de saúde e a ética profissional

A literatura traz que os eventos adversos estão entre as cinco primeiras causas de óbitos nos Estados Unidos da América (EUA) e Brasil. Países como Nova Zelândia, Japão, Cingapura e Dinamarca chegaram a relatar que cerca de 10% das hospitalizações estavam associadas a EA (RIBAS *et al*, 2019).

Conforme Gong (2022), as notificações de incidentes ou eventos têm sido recomendadas como uma abordagem eficiente para a detecção de padrões, descoberta de fatores subjacentes e geração de soluções. Acredita-se que os sistemas de relatórios são importantes para compartilhar os dados dos incidentes e eventos coletados em um formato adequadamente estruturado. Por outro lado, a prevalência da subnotificação e a baixa qualidade dos relatórios tornaram-se um empecilho para alcançar o objetivo de prevenir e reduzir tais acontecimentos.

Já é de conhecimento que os eventos adversos têm contribuído com o aumento da morbimortalidade, custos assistenciais, prejuízos à instituição hospitalar assim como aos pacientes. Desta forma, notificar esses eventos de forma voluntária proporciona aos gestores de risco e de segurança do paciente ideias de como elaborar ações baseadas no aprendizado institucional com os incidentes, erros e eventos adversos, assegurando qualidade assistencial (SIMAN; CUNHA e BRITO, 2017).

A atuação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) devem identificar, analisar, avaliar, monitorar e comunicar os riscos a que os pacientes estão submetidos, com isso, é de caráter obrigatório, dentro das instituições de saúde, as notificações. Mesmo com essas informações, no Brasil ainda há pouca investigação de eventos adversos relacionados a saúde (MAIA *et al*, 2018).

Quando as notificações encaminhadas ao NSP não podem ser enviadas ao NOTIVISA, essas correspondem as notificações que tiveram ausência de informações

importantes quanto aos incidentes e eventos adversos. As informações necessárias sobre os incidentes e EA devem ser relatadas de forma completa, porém, muitas vezes, diante as avaliações, grande número de notificações apresenta baixa ou quase nenhuma qualidade de relatos, assim como ausência de clareza e variações dos termos gerados (ROQUE; TONINI e MELO, 2016).

Os problemas corriqueiros de relatórios eletrônicos se concentram principalmente na subnotificação e relatórios de baixa qualidade. A qualidade dos fatos relatados é tão significativa quanto a quantidade de submissão (GONG, 2022). Ribas *et al* (2019), aponta que apenas 1,1% das notificações recebem respostas da ANVISA em relação aos eventos adversos e, maioria delas, estão relacionadas aos EA considerados graves. Em relação as notificações de óbitos, essas devem ser informadas ao NOTIVISA em até 72 horas após o acontecimento.

Capucho, Arnas e Cassini (2013), trazem em seus trabalhos a notória importância do *feedback* que o NSP deve dar os profissionais, pois isso ajuda a construir uma comunicação mais acentuada, levando a discussões acerca de condutas que devem ser tomadas, assim como medidas para promover a segurança do paciente.

A partir de uma pesquisa, estudiosos avaliaram a cultura de segurança por parte dos profissionais de saúde, detectando que o entendimento sobre as mudanças após as notificações dos incidentes e eventos adversos, são inexistentes ou de acontecimento raro, desta forma, nota-se que o retorno de EA notificados não é uma rotina (FEREZIN *et al*, 2017).

Souza *et al* (2015), discorre que entre os profissionais de saúde que mais notificaram casos foram os enfermeiros e técnicos de enfermagem, pois se encontram em maiores números e possuem maior proximidade com os pacientes. Isto posto, as demais categorias profissionais devem ter uma maior atuação no processo de notificações de incidentes e EA.

Muitos profissionais precisam adquirir o hábito de notificar os incidentes e eventos adversos ocorridos. Tal ação está diretamente ligada a qualidade da assistência prestada (MOREIRA *et al*, 2015). Em concordância com Nora e Junges (2021), os profissionais carregam a obrigação de proteger os seus usuários contra os danos, oferecendo uma assistência segura e de qualidade, contudo, isso só será possível se os profissionais levarem a sério as questões éticas.

Algumas causas podem ser motivos que levam a negligência em relação as notificações dos eventos adversos, como: a cultura punitiva e o desconhecimento do que deve ser relatado, desta maneira, apresentando dificuldade em reconhecer o erro. Ribas *et al* (2019), aborda que a falta de atenção juntamente a sobrecarga dos profissionais pode contribuir para tais desventuras. Durante o seu estudo, o autor apresentou um caso de dano grave evidenciado, a administração de um medicamento não foi seguida da forma correta, trocando 6 dias de intervalo (prescrição correta) por 6 horas entre as doses.

A capacidade de reconhecer o erro e notificar está diretamente ligada a postura do profissional que se encontra prestando assistência, o que implica dizer que engloba aspectos éticos da profissão. Quanto a isso, ainda há lacunas no que se refere aos mesmos. A ética não compete apenas ao respeito a individualidade de cada paciente, mas também clínico e sanitário, impactando na qualidade dos serviços (NORA e JUNGES, 2021).

Uns dos princípios éticos são os princípios da não maleficência (obrigação moral de não causar danos ao paciente) e beneficência (obrigação moral de prevenir danos), isso torna a questão da segurança irremissível, ou seja, segurança e eficiência são requisitos de qualidade do cuidado (BONATO, 2011). Desta forma, aspectos éticos da segurança devem ser fixados nos serviços de saúde, assim, tornando possível o desenvolvimento de boas práticas.

Quando os incidentes não são relatados, a beneficência é colocada em xeque, pois, isso barra o acesso de outros profissionais às informações, assim, não tomando conhecimento do erro e vindo a repeti-los (LACHMAN, 2007). O princípio da não maleficência é violado em todos os incidentes ocasionados ao paciente (CHIOVITTI, 2011), incluindo a falta de honestidade após o evento adverso ter ocorrido (EAVES-LEANOS e DUNN, 2012).

Os achados científicos apontam que uma das causas que mais afetam os aspectos éticos da segurança do paciente são os fatores organizacionais, pois, estão relacionados com a incapacidade de ofertar a melhor assistência devido a escassez de recursos e alta rotatividade de profissionais (SINE e SHARPE, 2011).

Em consonância com Rubio-Navarro *et al* (2019), a maioria dos incidentes são causados devido à sobrecarga de trabalho, segundo relatos de enfermeiros. Ainda nessa perspectiva, a falta de atenção e de conhecimento concomitante a sobrecarga

de trabalho são causas reais que levam a infortúnios como os incidentes e eventos adversos.

De acordo com Pavlish e colaboradores (2015), os elementos que podem ser potencializadores da ética na segurança do paciente são: educação ética, habilidade de comunicação, formação acadêmica, comitês, sistemas de notificação e cultura organizacional. Em relação aos sistemas de notificação, esses colaboram com a criação ou alteração de protocolos para evitar que incidentes e EA venham acontecer no futuro. É importante que o sistema de notificação respeite a confidencialidade dos profissionais que relataram os casos (LACHMAN, 2007).

Os relatórios de serviços anônimos são reconhecidos como estratégias que melhoram as taxas de notificação dos incidentes, assim, mitigando riscos dos mesmos e falhas nos serviços de saúde (NORAS e JUNGES, 2021). Portanto, identificar, reconhecer e notificar os incidentes e eventos adversos, colabora com a segurança e proporciona uma assistência de qualidade, levando em consideração a postura e os aspectos éticos.

3.3 Qualidade de dados de sistemas de relatórios eletrônicos

Uma das principais preocupações no reporte de incidentes e eventos adversos têm sido a qualidade dos dados em relação à precisão, integridade e pontualidade (GONG, 2022), podendo acarretar em falhas no nível da usabilidade e funcionalidade. A qualidade dos dados em um sistema de relatórios é descrita como um conceito multidimensional (KANG e GONG, 2016).

Gong *et al* (2017, p. 894), trazem em seu trabalho a definição das dimensões de qualidade da seguinte maneira:

Precisão: o grau de proximidade de um determinado relatório de evento de segurança do paciente com o mundo real correspondente ocorrências. A precisão do relatório está sujeita a erros do usuário e limitações cognitivas na memória e raciocínio, incluindo, entre outros, erros tipográficos, deterioração da memória, atribuição causal e vieses retrospectivos. A precisão dos relatórios eletrônicos pode ser melhorada se esses fatores contribuintes forem incorporados em considerações de design com boa usabilidade e funcionalidade. Integridade: o grau em que um determinado relatório de evento de segurança do paciente inclui informações necessárias que descrevem o correspondente evento do mundo real de modo a ser suficientemente válido para fins de análise e geração de intervenção. A completude pode ser aprimorada se seus critérios forem explicitamente delineados e devidamente representado aos repórteres com a ajuda de recursos de interface. Pontualidade: o grau de qual um evento de segurança do paciente é relatado em tempo hábil para análise de causa raiz e geração

de intervenção em tempo real. A pontualidade pode ser melhorada melhorando a eficiência do processo de relatório e oferecendo um processo de revisão suave para gerar conhecimento acionável.

Um sistema de notificações bem elaborado tende a gerar dados de alta qualidade. Igualmente, um sistema de relatório eletrônico bem projetado poderia facilitar uma melhor qualidade dos dados para entender os eventos de segurança do paciente. Mesmo com tamanha importância, o assunto sobre os sistemas de relatórios eletrônicos de notificação tem sido abordado de forma fragmentada, o que afeta diretamente a acurácia dos mesmos (HUA; WANG e GONG, 2014).

Gong (2011) já trazia em seus trabalhos que a classificação e a definição usadas nos sistemas de relatórios exercem um papel fundamental para garantir a qualidade dos mesmos e pode até determinar se um evento é reconhecido ou ignorado. Em algumas situações, devido a incapacidade de identificar uma classificação ou definição adequada pode ocorrer casos de subnotificação. Nesse contexto, por muitas taxonomias não possuírem consistência, pode ser considerada uma barreira na interoperabilidade entre diferentes sistemas de relatórios eletrônicos. Um exemplo de subnotificação é considerar “outros” ou “diversos” como um incidente. Tal situação é um evento comum e virou um contratempo para as análises computadorizadas.

Atualmente, as classificações para os relatórios de eventos são consideradas difíceis para o entendimento e utilização, o que delimita a qualidade dos relatórios e pode levar a informações falsas e equivocadas. Além do mais, a alta carga horária de trabalho impede que os profissionais completem um relatório de significativa qualidade. Por último, mas não menos importante, o fornecimento de feedback oportuno não acontece de maneira regular, como processo de denúncia, análise de casos e intervenções recomendadas (YAO *et al.*, 2017).

A incapacidade de identificar e medir os eventos com precisão e consistência pode ser uma grande barreira para o progresso na qualidade e segurança do paciente. Os tipos de eventos podem ser diversos e dependerão do método e da fonte de dados usados para verificar os mesmos. Quanto maior o número de eventos comunicados, maior a probabilidade de os eventos raros serem capturados (CLAURE e MENDOZA, 2023). Em consonância com Gong (2022, p. 136), taxonomias, classificações e terminologias podem ser usadas para determinar o espectro de elementos de dados.

3.4 A importância de conceitos chaves, definições e termos preferidos

Uma das causas que têm comprometido a segurança do paciente é a compreensão e o uso inconsistente da linguagem, ou seja, conceitos similares possuem diferentes termos, por exemplo, “quase acidente” é constantemente confundido com “perto de acontecer”, outro exemplo é relacionado a erro, como “erro médico” para erros de violações e falhas no sistema, tais termos geralmente são usados abrangendo vários conceitos (RUNCIMAN *et al.*, 2009).

Por conta disso, a Classificação Internacional para Segurança do Paciente (ICPS) da OMS (RUNCIMAN *et al.*, 2009) e os Formatos Comuns da Agência de Pesquisa em Saúde e Qualidade (AHRQ) (ELKIN *et al.*, 2016) subsidiam conceitos, termos e estruturas vastamente aceitas dentro da segurança do paciente. Similar a Classificação Internacional de Doenças (CID), é de notória importância o uso de taxonomias nos relatórios de eventos. Desta maneira, é possível analisar a integração de dados, melhoria da qualidade dos dados e aprendizado.

Runciman *et al.*, (2009) abordam em seu trabalho os 48 conceitos-chaves e termos preferidos dentro da segurança do paciente que a ICPS definiu e, entre essas 48 definições, destacam-se:

- paciente: pessoa que recebe cuidados de saúde;
- segurança do paciente: a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável;
- serviços de saúde: serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorar ou restaurar a saúde;
- saúde: um estado de completo bem-estar físico, mental, social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade;
- segurança; a redução de danos desnecessários a um mínimo aceitável;
- evento; algo que acontece ou envolve um paciente;
- incidente de segurança do paciente: um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário a um paciente;
- erro: falha na execução de uma ação planejada conforme pretendido ou aplicação de um plano incorreto;
- risco: a probabilidade de ocorrência de um incidente;

-“*near miss*”, ou seja, um quase acidente: incidente que não atingiu o paciente, incidente sem danos; um incidente que atingiu um paciente, mas não resultou em nenhum dano perceptível;

- evento adverso: incidente que resultou em dano ao paciente, comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele decorrente;

- tipo de incidente: termo descritivo para uma categoria composta por incidentes de natureza comum, agrupados por recursos compartilhados e acordados e grau do dano; a gravidade e duração do dano e quaisquer implicações de tratamento resultantes de um incidente.

No tempo presente, as normas vigentes de segurança do paciente e taxonomias desenvolvidas contribuem para relatórios de eventos e são caracterizados de forma ampla (GONG, 2022) por tais núcleos: Conselho Nacional de Coordenação para Relatos de Erros de Medicação e Prevenção (NCC MERP), Comissão Conjunta de Acreditação de organizações de Saúde (JCAHO). Taxonomias de Eventos de Segurança do Paciente (PSET) (CHANG *et al.*, 2005), Taxonomia Preliminar de Erros Médicos em Clínicas Familiar (PTFP) (DOVEY *et al.*, 2002), Taxonomia Cognitiva de Erros Médicos (COG) (ZHANG *et al.*, 2004), Taxonomia de Erros Médicos para Terapia Intensiva Neonatal (NIC) (SURESH *et al.*, 2004). Taxonomia de Segurança do Paciente Pediátrico (PED) (WOODS *et al.*, 2005), Taxonomia de Erros de Enfermagem (TNE) (WOODS *et al.*, 2002), o Programa de Informações de Segurança e Relato de Eventos Adversos da FDA, o Programa de relatórios de segurança de produtos médicos da FDA para a saúde dos profissionais, pacientes e consumidores (MedWatch), Classificação Internacional para Segurança do Paciente (ICPS) (RUNCIMAN *et al.*, 2009) e AHRQ formatos comuns (ELKIN *et al.*, 2016).

A utilização adequada de conceitos-chaves com nítidas definições e os termos preferidos proporciona aos pesquisadores entender o trabalho uns dos outros e diminuir a dificuldade da sistemática da coleta, agregação e análise de informações relevantes. Apesar disso, à medida que a nossa compreensão se alarga e outras necessidades são apontadas, o refinamento das definições será necessário para que facilitem o entendimento e a transferência de informações entre o aumento da quantidade de pessoas atraídas pela segurança do paciente (GARDNER *et al.*, 2019).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo documental, quantitativo e retrospectivo, a partir da revisão das publicações do “Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde”, edições subintituladas “Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde” da Anvisa. Segundo Freire e Pattussi (2018), o estudo retrospectivo se refere a uma relação temporal, nesse caso, em consenso com Rêgo (2010), é quando o objeto do estudo já ocorreu.

De acordo com Silva (2010), o método quantitativo geralmente é observável, objetivo e possível de mensurar. Marujo (2013) traz a pesquisa quantitativa como dedutiva, objetiva e que testa teorias seguindo padrões. O método quantitativo possui a linguagem matemática como base na interpretação dos dados que busca resultados que se relacionam com a realidade empírica e as teorias que dão apoio ao estudo (MAQUES e MELO, 2017).

4.2 Período e local do estudo

Quanto ao período de condução do estudo, foi desenvolvido entre os meses de dezembro de 2022 a março de 2023. A pesquisa tem como local de estudo o Piauí, localizado no noroeste da Região Nordeste do Brasil, o estado tem como capital Teresina e possui uma população inteiramente urbana, estimada em 3.289.290 de pessoas, distribuídas em uma área de 251.755,485 km², que abrange 224 municípios. Entre os municípios existentes no estado, apenas Teresina e Parnaíba possuem população superior a 100 mil habitantes (IBGE, 2022).

No setor saúde, o Estado possui 11 regionais de saúde, que estão divididas em quatro macrorregiões: Litoral, Meio Norte, Semiárido e Cerrado. As ações de Alta Complexidade Ambulatorial, encontram-se, na sua maioria, localizadas na Capital do Estado – Teresina. Para o atendimento à saúde da população, dispõe de uma rede assistencial e de atenção composta de 2.650 estabelecimentos de saúde, incluídos nesse número 106 hospitais gerais; 22 hospitais especializados; 17 maternidades e leitos obstétricos distribuídos em 49 hospitais gerais (SESAPI, 2020).

4.3 População e amostra

Para o estudo foram considerados os dados referentes as notificações disponíveis no Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, na seção de Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde do sistema NOTIVISA ligado à Anvisa, com recorte temporal referentes aos anos de 2018 a 2020, no Estado do Piauí, Brasil (ANVISA, 2020). Ressalta-se que em decorrência da não integralização e consolidação por completo dos dados referentes aos anos posteriores a 2020, no momento da coleta de dados que nortearam a pesquisa, se optou por sua não inserção.

A população foi composta por todos os registros de incidentes relacionados à segurança do paciente ocorridos e notificados no referente Estado. Logo, a amostra foi composta pela totalidade da população, visto que os registros estão disponíveis na íntegra, e analisar os dados em sua totalidade conferiu maior robustez às inferências.

4.4 Coleta, organização e análise de dados

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2023, por meio de acesso aos dados secundários disponibilizados no Boletim do NOTIVISA (<https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/relatorios-dos-anos-anteriores>).

Os boletins são publicados pela Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS), da Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES/Anvisa) e possuem como meta disponibilizar resultados obtidos pela análise dos dados de incidentes relacionados à assistência à saúde, notificados ao longo de cada ano pelos NSP ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) por meio do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa).

O instrumento de coleta de dados consistiu em um formulário (APÊNDICE A), elaborado pela pesquisadora, contendo as seguintes variáveis:

- ano de notificação (2018, 2019, 2020);
- Faixa etária (menos de 28 dias a 4 anos, de 5 a 17 anos, de 18 a 55 anos, de 56 a 85 anos e mais de 85 anos);

- Tipo de incidente (lesão por pressão, queda do paciente, falhas durante a assistência à saúde, falhas na identificação do paciente, falhas envolvendo cateter venoso, falhas envolvendo sonda, evasão do paciente, falhas na documentação, falhas na atividade administrativa, acidente do paciente, falhas na administração de dietas, extubação endotraqueal acidental, falhas durante procedimentos cirúrgicos, queimaduras, falhas ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia, tromboembolismo venoso, broncoaspiração e outros);

- Mês de ocorrência (janeiro, fevereiro, março, abril, maio, junho, julho, agosto, setembro, outubro, novembro, dezembro);

- Serviço de saúde (hospital, serviço de hemodiálise, laboratório de análises clínicas, serviço exclusivo de urgência/emergência, ambulatório, clínicas, hemocentro ou agência transfusional, radiologia, serviço ou instituição de saúde mental ou psiquiátrica e outros);

- Eventos adversos em ambiente hospitalar (lesão por pressão, falhas envolvendo cateter venoso, falhas durante a assistência a saúde, queda do paciente, falhas envolvendo sonda, evasão do paciente, falhas na documentação, falhas nas atividades administrativas, acidentes do paciente, falhas na administração de dietas, extubação endotraqueal acidental, falhas durante procedimentos cirúrgicos, queimaduras, queimaduras de pacientes, broncoaspiração e outros);

- Grau do dano (nenhum, leve, moderado, grave e óbito).

Os dados foram dispostos em planilha no software Microsoft Excel® versão 2302 e foi realizada análise estatística descritiva com apresentação das frequências absoluta e relativa.

4.5 Aspectos éticos

Em relação aos aspectos éticos, este estudo analisou dados públicos, que foram dispostos pela Anvisa de forma agregada, o que não foi possível identificar a fonte geradora da informação, permanecendo a confidencialidade dos dados o que, dessa maneira, desobriga a autorização prévia por Comitê de Ética em Pesquisa e está de acordo com a Resolução da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) nº 510, 7 de abril de 2016 (BRASIL, 2016).

5 RESULTADOS

A Tabela 1 expõe a distribuição da notificação de incidentes segundo o ano de ocorrência e a faixa etária.

Tabela 1: Distribuição da notificação de incidentes segundo ano de ocorrência e faixa etária. Picos – PI, 2023.

Faixa etária	Ano de notificação							
	2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de 28 dias a 4 anos	283	9,6%	210	8,8%	188	8,5%	681	9,05%
De 5 a 17 anos	113	3,8%	150	6,3%	141	6,3%	404	5,3%
De 18 a 55 anos	1.015	34,4%	715	30,2%	632	28,5%	2.362	31,4%
De 56 a 85 anos	1.313	44,5%	1.065	44,9%	1.078	48,7%	3.456	45,9%
Mais de 85 anos	220	7,4%	227	9,5%	171	7,7%	618	8,21%
Total de notificações	2.944		2.367		2.210		7.521	

Fonte: dados da pesquisa. Notivisa – PI, 2018, 2019 e 2020.

Mediante aos dados expostos, o ano com a maior frequência de notificação foi 2018, com um total de 2.944 notificações. Por outro lado, ao analisar a faixa etária, verificou-se que o intervalo entre 56 a 85 anos foi o que concentrou maior número de ocorrências com 45,9% de notificações, ao passo que a idade entre 5 a 17 anos pontuou apenas 5,3%.

A tabela 2 demonstra a distribuição dos incidentes segundo o tipo de EA e a quantidade de registros a cada ano. A porcentagem dos EA foi atribuída de acordo com a soma total dos anos de 2018, 2019 e 2020.

Tabela 2: Distribuição dos incidentes segundo tipo e ano de notificação. Picos – PI, 2023.

Eventos adversos	Ano de notificação							
	2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lesão por pressão	642	27,1%	743	31,3%	983	41,5%	2.368	31,5%
Queda do paciente	278	37,8%	248	33,7%	209	28,4%	735	9,7%
Falhas durante a assistência à saúde	194	23,6%	304	37%	323	39,3%	821	10,9%
Falhas na identificação do paciente	58	16,7%	109	31,5%	179	51,7%	346	4,6%
Falhas envolvendo cateter venoso	-	-	177	39,5%	272	60,8%	447	5,9%
Falhas envolvendo sonda	-	-	87	46%	102	53,9%	189	2,5%
Evasão do paciente	-	-	67	62,6%	40	37,3%	107	1,4%
Falha na documentação	4	8%	32	64%	14	28%	50	0,6%
Falhas nas atividades administrativas	6	13,3%	14	31,1%	25	55,5%	45	0,5%
Acidente do paciente	7	23,3%	3	10%	20	66,6%	30	0,3%
Falhas na administração de dietas	18	32,7%	20	36,3%	17	30,9%	55	0,7%

Extubação endotraqueal acidental	-	-	7	41,1%	10	58,8%	17	0,2%
Falhas durante procedimentos cirúrgicos	23	71,8%	7	21,8%	2	6,25	32	0,4%
Queimaduras	2	40%	2	40%	1	20%	5	0,06%
Falhas ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia	-	-	-	-	5	100%	5	0,06%
Tromboembolismo venoso	-	-	-	-	5	100%	5	0,06%
Broncoaspiração	-	-	2	66,6%	1	33,3%	3	0,03%
Outros	1.712	75,8%	544	24,1%	-	-	2.256	30%

Fonte: dados da pesquisa. Notivisa – PI, 2018, 2019 e 2020.

Foram verificados registros de 17 eventos adversos diferentes, e dentre estes, a lesão por pressão (LPP) destaca-se como o que mais ocorreu aos usuários nos ambientes de saúde, inclusive com registros crescentes no passar dos anos: 2018 (27,1%); 2019 (31,3%); e 2020 (41,5%). Falhas durante a assistência à saúde também teve um valor expressivo de notificações, 821 registros.

Considerando as notificações com o menor número de incidentes ao longo dos anos, foi percebido que as queimaduras apresentaram um total de 5 notificações (0,06%). Por outro lado, os dados sinalizam que broncoaspiração foi o incidente com menos casos, perfazendo um total de 3 (0,03%) notificações, ressaltando-se que não houve registros no ano de 2018.

A Tabela 3 expõe a distribuição da notificação de incidentes segundo o mês de ocorrência.

Tabela 3: Frequência de incidentes notificados segundo mês de ocorrência. Picos – PI, 2023.

Mês	Ano de notificação						Total	
	2018		2019		2020			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Janeiro	250	41,8%	228	38,1%	120	20%	598	7,9%
Fevereiro	299	38,5%	218	28,1%	258	33,2%	775	10,3%
Março	213	36,4%	261	44,6%	110	18,8%	584	7,7%
Abril	299	56%	173	32,4%	61	11,4%	533	7%
Maiο	257	61%	92	21,8%	72	17,1%	421	5,5%
Junho	245	40,1%	185	30,3%	180	29,5%	610	8,1%
Julho	260	41,5%	215	34,3%	151	24,1%	626	8,3%
Agosto	222	35,8%	180	29%	217	35%	619	8,2%
Setembro	198	27,7%	175	24,5%	341	47,7%	714	9,4%
Outubro	278	40,9%	210	30,9%	191	28,1%	679	9%
Novembro	227	32,2%	221	31,4%	255	36,2%	703	9,3%
Dezembro	196	29,7%	209	31,7%	254	38,5%	659	8,7%

Fonte: dados da pesquisa. Notivisa – PI, 2018, 2019 e 2020.

Mediante a identificação dos dados, o mês de fevereiro apresentou o maior número de notificações, com um total de 775 (10,3%) casos registrados, sendo 2018 o ano com a maior porcentagem (38,5%). Por outro lado, o mês de maio apontou a menor frequência de notificação, com um total de 421 (5,5%) registros. Somando-se a isto, percebeu-se que dezembro foi o único mês que se destacou com números crescentes de notificação, passando de 29,7% em 2018, 31,7% em 2019 para 38,5% em 2020.

A tabela 4 esclarece quais são os serviços de saúde que aparecem nas notificações dos relatórios do Notivisa nos anos de 2018, 2019 e 2020.

Tabela 4: Distribuição do número de incidentes segundo serviço de saúde. Picos – PI, 2023.

Local	Ano de notificação							
	2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hospital	2.920	41,2%	2.200	31%	1.967	27,7%	7.087	95,7%
Serviço de hemodiálise	3	60%	-	-	2	40%	5	0,06%
Laboratórios de análises clínicas	1	100%	-	-	-	-	1	0,01%
Serviço exclusivo de urgência / emergência	-	-	149	54,3%	125	45,6%	274	3,7%
Ambulatório	-	-	4	50%	4	50%	8	0,1%
Clínicas	-	-	3	100%	-	-	3	0,04%
Hemocentro ou agência transfusional	-	-	2	28,5%	5	71,4%	7	0,09%
Radiologia	-	-	2	100%	-	-	2	0,02%
Serviço ou instituição de saúde mental ou psiquiátrica	-	-	1	100%	-	-	1	0,01%
Outros	1	7,1%	1	7,1%	12	85,7%	14	0,18%

Fonte: dados da pesquisa. Notivisa – PI, 2018, 2019 e 2020.

Nota-se que entre os ambientes de saúde, o hospital entra em destaque como o local que mais ocorreu incidentes nos anos de 2018, 2019 e 2020. Em 2018 apresentou um total de 2.920 notificações, com uma porcentagem de 41,2% da soma total em relação aos outros dois anos. No ano seguinte, o número diminuiu para 2.200 notificações (31%), o que continuou a decrescer no ano posterior, ou seja, em 2020

houveram a notificação de 1.967 casos (27,7%). Nesta circunstância, obtiveram a coleta de 7.087 incidentes no âmbito hospitalar, perfazendo um somatório de 95,7% total perante aos outros ambientes.

Dado que o hospital apresentou relevância quanto ao número de notificações em detrimento dos demais serviços, a tabela 5 retrata os números de eventos adversos segundo sua tipificação e ano de ocorrência nesse tipo de estabelecimento de saúde.

Tabela 5: Frequência de incidentes notificados em ambiente hospitalar segundo o tipo de evento e ano de notificação. Picos – PI, 2023.

Eventos adversos	Ano de notificação							
	2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lesão por pressão	642	24,4%	735	31,3%	964	41,1%	2.341	33,1%
Falhas envolvendo cateter venoso	-	-	172	38,9%	270	61%	442	6,2%
Falhas durante a assistência à saúde	194	28,7%	239	35,4%	241	35,7%	674	9,5%
Queda do paciente	276	38,8%	232	32,6%	203	28,5%	711	10%
Falhas na identificação do paciente	57	17,9%	93	29,33%	167	52,6%	317	4,4%
Falhas envolvendo sonda	-	-	82	45,8%	97	54,1%	179	2,5%
Evasão do paciente	-	-	23	100%	-	-	23	0,3%
Falha na documentação	-	-	29	100%	-	-	29	0,4%

Falhas nas atividades administrativas	-	-	11	100%	-	-	11	0,1%
Acidente do paciente	-	-	3	100%	-	-	3	0,04%
Falhas na administração de dietas	18	48,6%	19	51,3%	-	-	37	0,5%
Extubação endotraqueal acidental	-	-	7	100%	-	-	7	0,09%
Falhas durante procedimentos cirúrgicos	23	76,6%	7	23,3%	-	-	30	0,4%
Queimaduras	-	-	2	100%	-	-	2	0,02%
Queimadura de paciente	-	-	1	100%	-	-	1	0,01%
Broncoaspiração	-	-	2	100%	-	-	2	0,02%
Outro	1.710	75,8%	543	24,1%	-	-	2.253	31,9%

Fonte: dados da pesquisa. Notivisa – PI, 2018, 2019 e 2020.

Foram notificados 16 tipos de incidentes resultantes do serviço hospitalar, tendo a Lesão por Pressão (LPP) ocupado o destaque com frequências de 2.341 (33,1%) casos. Observou-se ainda que o ano de 2018 foi fundamental para o elevado número de registros, com 642 (24,4%).

Provavelmente, devido as dificuldades conceituais e operacionais para classificar e reconhecer os incidentes, houve uma expressiva quantidade de casos notificados como “outro” 2.253 (31,9%). Ao mesmo tempo com a evolução dos anos houve declínio, inclusive com ausência de notificações em 2020 para esse tipo de classificação.

Além dos tipos de incidentes, o grau do dano deve ser exposto, pois proporciona o entendimento do nível de atenção voltada para tais situações. À vista

disso, a tabela 6 exibe o grau dos incidentes ocorridos, são eles: nenhum, leve, moderado, grave e óbito.

Tabela 6: Distribuição da notificação de incidentes segundo tipo, ano de ocorrência e grau do dano. Picos – PI, 2023.

Tipo de incidente	Ano de notificação e grau do dano															Total
	2018					2019					2020					
	N*	L*	M*	G*	O*	N	L	M	G	O	N	L	M	G	O	
Queimaduras	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Falhas na documentação	4	-	-	-	-	31	1	-	-	-	-	-	-	-	-	36
Falhas nas atividades administrativas	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	21	1	3	-	-	31
Acidente do paciente	1	2	4	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	17	27
Falhas na administração de dietas	12	5	1	-	-	7	12	-	-	1	7	5	5	-	-	55
Falhas durante procedimentos cirúrgicos	-	11	11	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23
Falhas na identificação do paciente	55	2	1	-	-	104	4	1	-	-	121	35	23	-	-	346
Falhas durante a assistência à saúde	83	89	17	5	-	174	91	17	-	22	192	72	42	7	10	821
Queda do paciente	156	110	10	2	-	102	134	10	-	2	79	116	10	4	-	735
Lesão por pressão	22	465	141	14	-	8	587	141	7	-	65	542	316	60	-	2.368
Falhas envolvendo sondas	-	-	-	-	-	30	52	5	-	-	12	59	31	-	-	189
Falhas envolvendo cateter venoso	-	-	-	-	-	8	142	25	2	-	5	239	28	-	-	446
Evasão do paciente	-	-	-	-	-	64	3	-	-	-	29	9	2	-	-	107
Outros	436	1167	28	4	77	17	602	151	-	18	17	11	8	2	2	2.540
Total	774	1.853	213	26	78	647	1.628	350	9	43	549	1.090	469	73	29	

*Legenda: 1- Nenhum; 2 – Leve; 3 – Moderado; 4 – Grave; 5 – Óbito.

De acordo com os dados expostos na tabela 6, entre os três anos de notificação, os maiores números foram de casos leves com um total de 4.571, e em menor frequência os incidentes que levaram a casos graves, com 108 notificações. Quanto ao tipo de incidente, houve um valor expressivo em relação aos casos apontados como “outros”, com um quantitativo de 2.540. No entanto, a lesão por pressão, também, apresenta um elevado número de registros, onde foram notificados 2.368 casos.

Nota-se que, ao passar dos anos, o número de casos com danos leves e óbitos tiveram um declínio enquanto o número de casos moderados apresentou aumento na frequência de registros, e para os graves houve oscilação.

6 DISCUSSÃO

A notificação dos eventos adversos é um recurso de grande importância para o setor saúde, no entanto, ainda é comum se deparar com alguns percalços, como os sistemas de informação serem novos, o uso inadequado dos mesmos e a falta de treinamento dos profissionais.

60% dos incidentes ocorridos nas unidades de saúde do Brasil, são considerados evitáveis, no entanto, foi evidenciado que esses incidentes, especialmente os eventos adversos, tem contribuído para o crescimento de índices de morbimortalidade (SOUZA *et al.*, 2022). No estudo de Bates *et al.*, (2023), evidenciou que entre 978 eventos adversos, 222 foram considerados evitáveis e que, em cada quatro internações, aproximadamente, um quarto dos eventos foram evitados.

No que diz respeito a faixa etária, observou-se nesse estudo que os pacientes entre 56 a 85 anos tiveram a maior prevalência de registros. De acordo com Toffoletto *et al.*, (2016), as médias de idade mais acometidas pro EA variam de 72,2 a 83,4 anos. O estudo de Barbosa *et al.*, (2021) relata que a população idosa é responsável por uma proporção entre 34% e 64% dos incidentes resultantes em eventos adversos, corroborando com os dados encontrados no presente estudo, 45,9%.

A idade é responsável por uma pequena parte do crescimento da morbimortalidade, no entanto, os idosos estão em maior número nos serviços de saúde, conseqüentemente, tornam-se mais expostos a cuidados intensivos e de longa duração. Devido a isto, o risco de serem vítimas de eventos adversos se sobressai aos das outras faixas etárias.

Além da idade deve ser levado em consideração as condições de funcionalidade, cognitiva e patológicas dos mesmos. Entre os incidentes mais relatados na literatura e, em concordância com Teixeira *et al.*, (2017), a lesão por pressão é o evento adverso com maior frequência entre os pacientes acima de 60 anos hospitalizados.

Lesão por pressão e queda foram os incidentes com os valores mais expressivos na pesquisa, onde apresentaram, respectivamente, 31,5% e 9,7% dos casos relatados no Estado do Piauí. Esses dois incidentes são mais frequentemente notificados devido a facilidade de identificar o evento adverso e, conseqüentemente,

mais simples de registrar, tornando-se mais palpável por conta da existência de instrumentos como as escalas adequadas para realizar avaliações, desse modo, sendo possível identificar o dano provocado pelo evento de forma mais rápida.

Otto *et al.*, (2019) traz em seu estudo que, nacionalmente, a incidência de LPP é de 37% nas Unidades de Terapia Intensiva e 59,5% em traumatologia. Quanto aos índices de queda entre diferentes países, remetem diferença de registros deste indicador. Nos estudos mais recentes, a proporção de queda é de aproximadamente 6,63 quedas/1000 leitos (Rio *et al.*, 2022).

Em concordância com Moura *et al.*, (2020), as LPP são consideradas, internacionalmente, como um significativo evento adverso, sendo um expressivo desafio para os setores de saúde que precisam investir esforços no cuidado seguro. Rio *et al.*, (2022) aborda em seu estudo que as quedas possuem efeitos devastadores, para além dos pacientes, suas famílias, bem como nas organizações de saúde responsáveis pelo cuidado efetivo.

Eventos caracterizados como “outros” tiveram grandes números de registros, 30% dos casos notificados. Acredita-se que seja pela incapacidade de identificação do evento ou por não reconhecer como tal. A literatura aborda que os problemas corriqueiros de relatórios eletrônicos se concentram principalmente na baixa qualidade das informações ali reportadas (GONG, 2022).

Em relação ao período de notificação dos incidentes, abril e maio são os meses com menor número de casos registrados. Entende-se que seja devido as campanhas desenvolvidas o que, conseqüentemente, incentivam o registro das notificações. Por outro lado, foi possível observar um aumento no número de casos no mês de dezembro ao decorrer dos três anos de relatórios.

Ao que diz respeito ao local de acontecimento dos incidentes, o hospital apresenta-se como o âmbito mais propício para isso, pois é um ambiente que oferece serviço durante 24 horas, prestando cuidados simples, intermediário e de alta complexidade, onde encontra-se o funcionamento de equipes multi e interdisciplinares, desta forma, tornando a troca de informações muito maior, o que leva a uma maior quantidade de notificação.

A falta de registros nos outros setores pode ser um indicador de que treinamentos sejam necessários dentro desses ambientes. Qualifica-se como

necessária a investigação apurada quanto a isso, pois é imprescindível saber se realmente não ocorrem eventos adversos ou, inadvertidamente, não são notificados.

Em relação ao grau do dano, nesse estudo foi encontrado que o maior número de danos notificados foi “nenhum” dano ao paciente. No entanto, foi acordado que as taxas de danos moderados estão acendendo. Um estudo realizado por James (2013), avaliou 400.000 mortes prematuras associadas a danos evitáveis por ano. Os danos graves apresentam-se 10 a 20 vezes mais comuns do que os danos fatais.

Em consonância com Padroni *et al.*, (2020), os meios para a promoção da segurança do paciente podem ser realizados por diversas categorias profissionais. É de notório conhecimento que as notificações são importantes ferramentas que disponibilizam informações para identificar padrões e tendências dos incidentes e melhorar a qualidade e a segurança do paciente nesses serviços.

Através das análises e a notória carência de dados, julga-se que a subnotificação é um dos principais motivos da inconsistência de estudos e, conseqüentemente, da dificuldade na implantação de políticas e programas de segurança do paciente.

Observa-se na pesquisa em questão, lacunas nas notificações de alguns incidentes, bem como a inexistência do campo de alguns eventos nos relatórios, assim, estratégias que podem ajudar na diminuição das subnotificações podem ser: respostas não punitivas ao erro e gestão hospitalar, mas sim, em consenso com Serafim (2017), disponibilizar quantidade adequadas de materiais e com boa qualidade para os procedimentos, promover manutenção dos equipamentos e criar uma comissão responsável por medidas que visem manter a segurança do paciente.

7 CONCLUSÃO

Após a leitura e análise dos relatórios, constatou-se que, no Estado do Piauí, a idade mais acometida por eventos adversos está entre 56 e 85 anos. Os casos notificados como “outros” aparecem com o maior número de registros, exceto em ambiente hospitalar, sendo lesão por pressão. Entre os três anos analisados do relatório, 2018 ficou em maior destaque. O âmbito hospitalar entre os outros ambientes de saúde, abarcou maior parte das notificações. Em relação ao grau de dano, casos leves foram os que mais se desatacaram.

Em relação as limitações do estudo, casos registrados como “outros” dificultaram o entendimento de qual seriam os possíveis eventos adversos notificados. Com os dados presentes, não foi possível realizar estatísticas inferenciais e nem análises de tendencia, portanto, sugere-se a realização da análise de séries temporais nos futuros estudos.

O conhecimento acerca dos tipos de eventos adversos depende, diretamente, das estratégias de notificação das ocorrências e de processos de revisão de prontuários implantados nos serviços de saúde.

Portanto, é necessária a adoção de um comportamento de aprendizagem e capacitação contínua nos serviços de saúde, especialmente em âmbitos hospitalares, onde estão os maiores números de casos, de acordo com os dados. Busca-se que as notificações dos eventos adversos e sua análise atuem como agentes de melhoria dos processos assistenciais como forma de mitigar o dano ao paciente e reduzir gastos com complicações orgânicas ou legais.

A implementação de estratégias gerenciais para o diagnóstico de problemas ligados às falhas e suas raízes e estabelecer protocolos administrativos e assistenciais visando prevenir incidentes e reduzir o grau de dano que pesam ao paciente, apresentam-se como uma boa opção para contribuir com a segurança do paciente e uma assistência mais sistematizada.

Deve ser desmistificado o “medo de errar” baseado na cultura de segurança, onde os profissionais tornam-se preparados para lidar com as adversidades da prática de saúde e os serviços evoluam para um novo cenário na gestão em saúde e melhoria da qualidade de vida da população.

E, por fim, todos os eventos adversos devem ser notificados no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária por cada estabelecimento de saúde responsável. A notificação não apresenta qualquer caráter punitivo, no entanto, visa a melhora no processo de trabalho, à intervenção em possíveis falhas e ao levantamento de dados pelo monitoramento da Anvisa.

REFERENCIAS

- ANDRADE, L. E. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 61-172, 2018.
- ANDRADE, A. M. *et al.* Evolução do programa nacional de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Rev. Vigil. sanit. Debate**, v. 8, n. 4, p. 37-46, 2020.
- ANDOLHE, R. Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: estresse, coping e burnout da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos e incidentes. 2013. Tese (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) – **Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, SP, 2013.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. “Relatório dos anos anteriores”. 2020.
- BARBOSA, I. E. B. *et al.*, Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade Terapia Intensiva. **Rev Eletrônica Acervo Saúde**, n. 2, v. 12, p. 1-9, 2021.
- BATES, W. *et al.*, The safety of inpatient health care. **N Engl J Med**, vol. 388, n. 2, p. 142-153, 2023.
- BATISTA, O.M.A. *et al.* Complicações locais da terapia intravenosa periférica e fadiga associada em hospital brasileiro. **Revista Cubana de Enfermagem**, v. 34, n.3, 2018.
- BERNER, J. E. *et al.*, Repeated never events in plastic surgery: Can human factors help us understand why we fail? **Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS**, v. 73, n.1, p. 184-199, 2020.
- BONATO, V, L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 5, p. 319-31, 2011.
- BRASIL. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, 2013.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: **ANVISA**, 2016.
- CAPUCHO, H. C; ARNAS, E. R; CASSIANI, S. H. B. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, p. 164- 172, 2013.
- CHANG, A. *et al.* Patient safety event taxonomy: A standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. **Int J Qual Heal Care**, v. 17, n. 2, p. 95-105, 2005.
- CHIOVITTI, R. F. Theory of protective empowering for balancing patient safety and choices. **Nurs Ethics**, v. 18, n. 1, p. 88-101, 2011.

- CLAURE, R; MENDOZA, J. Reporting Adverse Events. *In*: RAMPERSAD, S. E; KATZ, C. B. **Patient Safety Quality Improvement in Anesthesiology and Perioperative Medicine**. Cambridge: Cambridge University Press, 2023, p. 50-63.
- DAUD, A; MOHAMAD, F; SOWTALI, S. N. Incidence of Phlebitis Among Adult Patients with Peripheral Intravenous Catheter in an East Coast Hospital Malaysia. **International Journal of Care Scholars**, v. 1, n. 2, p.5-8, 2018.
- DUARTE, S. C. M. *et al*. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev. Brasileira de Enferm.*, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.
- DOVEY, S. M. *et al*. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. **Qual Saf Heal Care**, v. 11, n. 3, p. 233-238, 2002.
- EAVES-LEANOS, A; DUNN, E. J. Open disclosure of adverse events: transparency and safety in health care. **Surg Clin North Am**, v. 92, n. 1, p. 163-77, 2012.
- ELKIN, P. L. *et al*. Improving patient safety reporting with the common formats: common data representation for patient safety organizations. **J Biomed Inform**, v. 64, p.116-121, 2016.
- FEREZIN, T. P. M. *et al*. Análise da notificação de eventos adversos em hospitais acreditados. **Cogitare Enfermagem**, v, 22, n. 2, p. 2017.
- FERNANDES, L. M; CALIRI, M. H. L. Using the braden and glasgow scales to predict pressure ulcer risk in patients hospitalized at intensive care units. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 16, n. 6, p. 973-8, 2008.
- FREIRE, M. C. M.; PATTUSSI, M. P. Tipos de estudos. *IN*: ESTRELA, C. Metodologia científica. Ciência, ensino e pesquisa. 3ª ed. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 2018. p.109-127.
- FURINI, A. C. A; NUNES, A. A; DALLORA, M. E. L. V. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40, 2019.
- GAMA, Z. A. S. *et al*. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 9, 2016.
- GARDNER, L. A. *et al*. Standardizing Falls Reporting: Using Data from Adverse Event Reporting to Drive Quality Improvement. **J Patient Saf**, v. 15, n. 2, p. 135-142, 2019.
- GOMES, A. V. O. *et al*. Efeitos adversos relacionados ao processo do cateterismo venoso central em unidade intensiva neonatal e pediátrica. **Rev. Eletr. Enf**, 2012.
- GONG, Y. Challenges and Opportunities of Patient Safety Event Reporting. **Ebook: Informática de acidentes e emergências**, v. 291, p. 133-150, 2022.
- GONG, Y; KANG, H; WU, X; HUA, L. Enhancing Patient Safety Event Reporting. **Applied Clinical Informatics**, v. 8, p. 893-909, 2017.
- GONG Y. Data consistency in a voluntary medical incident reporting system. **J Med Syst**, v. 35, n. 4, p. 609-615, 2011.

GÖTTEMS, L. B. D. *et al.* A study of cases reported as incidents in a public hospital from 2011 to 2014. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 5, p. 861-7, 2016.

HUA, L; WANG, S; GONG, Y. Text prediction on structured data entry in healthcare: a two-group randomized usability study measuring the prediction impact on user performance. *Appl Clin Inf. Y. Gong / Challenges and Opportunities of Patient Safety Event Reporting*. v. 5, n. 1, p. 249-263, 2014.

IBGE. **Estimativas da população**. Ministério da economia. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 22 mar. 2023.

INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. Washington (DC): **National Academy Press**, 2001.

KANG, H; GONG, Y. A novel schema to enhance data quality of patient safety event reports. **AMIA Annu Symp Proc**, p. 1840-1849, 2016.

LORENZINI, E; SANTI, J. A. R; BÁO, A. C. P. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 2, p. 121-7, 2014.

LACHMAN, V. D. Patient safety: the ethical imperative. **Dermatol Nurs**, v. 16, n. 6, p. 401-3, 2007.

LAMONT, T. *et al.*, Checking placement of nasogastric feeding tubes in adults (interpretation of x-ray images); summary of a safety report from the National Patient Safety Agency. **British Medical Journal**, v. 342, p. 1-4, 2011.

MAIA, C. S. *et al.* Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014- 2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 2, 2018.

MARQUES, K. A; MELO, A. F. F. Abordagens metodológicas no campo da pesquisa científica. **Blucher Education Proceedings**, v.2, n.1, p. 11-21, 2017.

MARUJO, N. A pesquisa em Turismo: Reflexões sobre as Abordagens Qualitativa e Quantitativa. **Revista de investigación en turismo y desarrollo local**, v. 6, n. 14, 2013.

MARUXO, H. B. Setembro de muitas cores: a Segurança do Paciente em Pauta. **Rev. Enf. Atual in derme**, 2019.

MedWatch Forms for FDA Safety Reporting | FDA, 2021.

Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014.

Ministério da Saúde. Portaria no 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, 2013.

MINUZZI, A. P, *et al.* Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 121-129, 2016.

- MILIANI K. *et al.* Peripheral Venous Catheter Related Adverse Events: Evaluation from a Multicentre Epidemiological Study in France (the CATHEVAL Project). **PLoS One**, v. 12, n. 1, 2017.
- MOREIRA, I. A. *et al.* Conhecimento dos profissionais de saúde sobre eventos adversos em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 23, n. 4, p. 461-467, 2015.
- MOURA, S. R. S. *et al.* Prevalência de lesão por pressão em um hospital geral. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. 1-8, 2020.
- NOCÊNCIO, J.S. *et al.* Flebite em acesso intravenoso periférico. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, n.1, p. 105-109, 2017.
- NANJI, K. C. Evaluation of perioperative medication errors and adverse drug events. *Anesthesiology*. v. 124, n. 1, p. 25- 34, 2016.
- NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION – NPSF (US). Free from harm: accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human. **Boston: NPSF; 2015.**
- NORA, C. R. D; JUGES, J. R. Segurança do paciente e aspectos éticos: revisão de escopo. **Rev. Bioét**, v. 29, n. 2, 2021.
- PAVLISH C. *et al.* Avenues of action in ethically complex situations: a critical incident study. **J Nurs Adm**, 2015.
- PEDRONI, V. S. *et al.* Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de hospital universitário **Rev Gaúcha Enferm**, 2020.
- REIS, G. A. X. Segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros gestores. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2016.
- REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. 1 ed: **Porto Alegre**, 2013.
- Resolução 510, de 07 de abril de 2016. **Diário oficial da união**, 2016.
- RÊGO, M. A. Estudos caso-controle: Uma breve revisão. **Gaz. Méd. Bahia**, v. 80, n. 1, p. 101-110, 2010.
- RIBAS, M. A. *et al.* Eventos adversos e queixas técnicas notificados a um núcleo de segurança do paciente. **Rev. Aten. Saúde**, v. 17, n. 62, p. 71-80, 2019.
- RIO, T. G. G. N. *et al.*, Queda Intra-Hospitalar E Danos Associados: Comparação Em Um Hospital Privado. **Critical Care & Emergency Surgery**, v. 11, n. 1, p. 22-25, 2022.
- RODRIGUES, D. L. *et al.*, Análise de uma estratégia de redução de subnotificações de evento adverso em um hospital. Teoria e Prática de Enfermagem: da atenção básica à alta complexidade. **Clentífica digital**, p. 60-72, 2021.
- ROQUE, K. E; TONINI, T; MELO, E. C. P. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 10, 2016.

- RUBIO-NAVARRO, A. *et al.* Ethical, legal and professional accountability in emergency nursing practice: an ethnographic observational study. **Int Emerg Nurs**, 2019.
- RUNCIMAN, W. *et al.* Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18 –26, 2009.
- SESAPI. Plano estadual de saúde 2020-2023. Disponível em: [http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/2109/PLANO_ESTADUAL_DE_SAUDE - 2020 - 2023.pdf](http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/2109/PLANO_ESTADUAL_DE_SAUDE_-_2020_-_2023.pdf). Acesso em: 22 Mar 2023.
- SERAFIM, C. T. R, *et al.* Severity and workload related to adverse events in the ICU. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 5, 942-948, 2017.
- SILVA, A. C. A. *et al.* A segurança do paciente em Âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enferm**, v. 1, p. 1-9, 2016.
- SILVA, G. C. R. F. O método científico na Psicologia: Abordagem qualitativa e quantitativa. **Jornal dos psicólogos**, 2010.
- SIMAN, A. G; CUNHA, S. G. S; BRITO, M. J. M. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2017.
- SINE, D. M; SHARPE. V. A. Ethics, risk, and patient-centered care: how collaboration between clinical ethicists and risk management leads to respectful patient care. **J Healthcare Risk Manag**, v. 31, n. 1, p. 32-37, 2011.
- SOUSA, A. F. L. *et al.* Monitoring of postoperative complications in the home environment. **Rev Rene**, v. 21, p. 1-8, 2020.
- SOUSA, P; MENDES, W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. **FIOCRUZ**, 2019.
- SOUZA, J. M. M. *et al.*, Notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde em crianças hospitalizadas. **Rev. Eletrônica trimestral de Enfermaria**, n. 67, p. 442-452, 2022.
- SOUZA, A. E. B. R. *et al.* Prevalência de flebites em pacientes adultos internados em hospital universitário. **Rev Rene**, v.16, n.1, p.114-22, 2015.
- Souza, V. S. *et al.* Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. p. 475-482, 2015.
- SURESH, G. *et al.* Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care. **Pediatrics**. v. 113, n. 6, p. 1609-1618, 2004.
- TAVARES, I. G. A. M. Segurança do paciente na internação hospitalar psiquiátrica: Mapeamento de eventos adversos. **Dialética**, p. 1-30, 2022.
- TEIXEIRA, C. C *et al.* Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos internados. **Rev baiana enferm**, v. 32, 2018.
- TEIXEIRA, A. K. S, *et al.* Incidência De Lesões Por Pressão Em Unidade De Terapia Intensiva em Hospital com Acreditação. **Revista Estima**. v. 15, n.3, p. 152-160, 2017.

THIELS, C. A. *et al.* Surgical never events and contributing human factors, *Surgery*. 515-521, 2015.

TOFFOLETTO, M. C. *et al.* Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n.6, p. 1039-1045, 2016.

VELHO, J. M; TREVISO, P. Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador. **Revista de Administração em Saúde**; v. 15, n. 60, p. 90-94, 2013.

VILLAR, V. C. F. L; DUARTE, S. C. M; MARTINS, M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 12, 2020.

VINCENT, C; BURNETT, S; CARTHEY J. The measurement and monitoring of safety: drawing together academic evidence and practical experience to produce a framework for safety measurement and monitoring. **London**: Health Foundation, 2013.

World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Geneva: **World Health Organization**, 2009.

WOODS, D. M. *et al.* Anatomy of a patient safety event: A pediatric patient safety taxonomy. **Qual Saf Heal Care**, v. 4, n. 6, p. 422-427, 2005.

WOODS, A; DOAN-JOHNSON S. Toward a taxonomy of nursing practice errors. *Nurs Manage*. p. 45-48, 2022.

YAO, B. *et al.* Leveraging Event Reporting Through Knowledge Support: A Knowledge-Based Approach to Promoting Patient Fall Prevention. **Stud Heal Technol Inf**, p. 973-977, 2017.

ZHANG J. *et al.* A cognitive taxonomy of medical errors. **J Biomed Inform**, v.37, n. 3, p. 193-204, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

1. Ano de notificação: () 2018 () 2019 () 2020

2. Quantidade de notificações conforme faixa etária

Menos de 28 dias a 4 anos: _____

De 5 a 17 anos: _____

De 18 a 55 anos: _____

De 56 a 85 anos: _____

Mais de 85 anos: _____

3. Quantidade de incidentes relacionados à segurança do paciente

Lesão por pressão: _____

Queda do paciente: _____

Falhas durante a assistência à saúde: _____

Falhas na identificação do paciente: _____

Falhas envolvendo cateter venoso: _____

Falhas envolvendo sonda: _____

Evasão do paciente: _____

Falhas na documentação: _____

Falhas nas atividades administrativas: _____

Acidente do paciente: _____

Falhas na administração de dietas: _____

Extubação endotraqueal acidental: _____

Falhas durante procedimentos cirúrgicos: _____

Queimaduras: _____

Falhas ocorridas em Laboratórios clínicos ou
de patologia: _____

Tromboembolismo venoso: _____

Broncoaspiração: _____

Outros: _____

4. Quantidade de incidentes conforme o mês de ocorrência

Janeiro: _____

Fevereiro: _____

Março: _____

Abril: _____

Mai: _____

Junho: _____

Julho: _____

Setembro: _____

Outubro: _____

Novembro: _____

Dezembro: _____

5. Quantidade de incidentes de acordo com o serviço de saúde

Hospital: _____

Serviços de hemodiálises: _____

Laboratório de análises clínicas: _____

Serviços exclusivos de urgência /emergência: _____

Ambulatórios: _____

Clínicas: _____

Hemocentro ou agência transfusional: _____

Radiologia: _____

Serviços ou instituição de saúde mental ou psiquiátrica: _____

6. Quantidade de Incidentes no âmbito hospitalar

Lesão por pressão: _____

Queda do paciente: _____

Falhas durante a assistência à saúde: _____

Falhas na identificação do paciente: _____

Falhas envolvendo cateter venoso: _____

Falhas envolvendo sonda: _____

Evasão do paciente: _____

Falhas na documentação: _____

Falhas nas atividades administrativas: _____

Acidente do paciente: _____

Falhas na administração de dietas: _____

Extubação endotraqueal acidental: _____

Falhas durante procedimentos cirúrgicos: _____

Queimaduras: _____

Queimadura de paciente: _____

Falhas ocorridas em Laboratórios clínicos ou
de patologia: _____

Broncoaspiração: _____

Outros: _____

7. Quantidade de incidentes conforme o Grau do dano

Nenhum: _____; Leve: _____; Moderado: _____; Grave: _____; Óbito: _____.



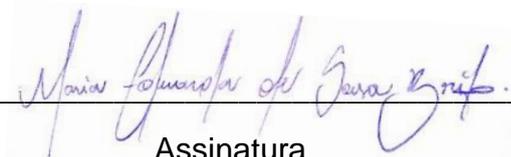
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

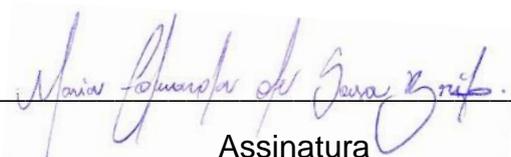
- () Tese
- () Dissertação
- (x) Monografia
- () Artigo

Eu, Maria Eduarda de Sousa Brito, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação **INCIDENTES RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE NO ESTADO DO PIAUÍ**, de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 18 de abril de 2023.



Assinatura



Assinatura