

ARTIGO ORIGINAL

Incidentes de segurança ocorridos com pacientes durante o cuidado de enfermagem

Patient safety incidents occurred during nursing care

Incidentes de seguridad ocurridos con pacientes durante el cuidado de enfermeira

Heloisa Helena Karnas Hoefel,¹ Isabel Echer,¹ Amália de Fátima Lucena,¹ Vanessa Monteiro Mantovani²

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

²Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Recebido em: 21/11/2016 / Aceito em: 11/05/2017 / Disponível online: 04/07/2017

helocci@gmail.com

RESUMO

Justificativa e Objetivos: A segurança do paciente é preocupação mundial destacada nos últimos anos e seu estudo subsidia ações preventivas. O objetivo foi analisar os incidentes de segurança ocorridos com os pacientes durante o cuidado de enfermagem. **Métodos:** pesquisa documental descritivo-exploratória retrospectiva realizada em um hospital universitário do sul do Brasil. Foram classificados e analisados os documentos relacionados aos incidentes de segurança durante o cuidado de enfermagem na instituição. **Resultados:** foram analisados 82 incidentes, dos quais 43 (52%) foram classificados como eventos adversos e 39 (48%) como incidentes sem dano. Em 53 (64%) casos as causas dos incidentes ocorreram por erros, em 14 (17%) por violações e em 15 (18%) por falha no sistema. Os incidentes relacionados a procedimentos técnicos contribuíram com 67 (82%) ocorrências, sendo que em 38 (57%) ocorreram eventos adversos. **Conclusão:** identificados incidentes tanto com dano quanto sem dano durante os cuidados, causados em sua maioria por erros seguidos de violações ou falhas no sistema.

Descritores: Riscos ocupacionais. Cuidados de enfermagem. Acidentes e eventos biológicos. Segurança do paciente.

ABSTRACT

Background and Objectives: Patient safety is a worldwide concern that has been highlighted in recent years and its study subsidizes preventive actions. The objective was to analyze patient safety incidents that occurred during nursing care. **Methods:** This was a retrospective, descriptive-exploratory documentary study carried out at a university hospital in southern Brazil. The documents related to patient safety incidents occurred during nursing care at the institution were classified and analyzed. **Results:** A total of 82 incidents were analyzed, of which 43 (52%) were classified as adverse events and 39 (48%) as incidents without harmful consequences. In 53 (64%) cases, the causes of the incidents occurred due to errors, 14 (17%) due to violations and 15 (18%) due to system failure. Incidents related to technical procedures were responsible for 67 (82%) occurrences, and adverse events occurred in 38 (57%) of them. **Conclusion:** Incidents causing both adverse events and those with no harmful consequences during care were identified, mostly caused by errors, followed by violations or system failures.

Keywords: Occupational Risks. Nursing care. Biological Accidents and Events. Patient safety.

RESUMEN

Justificación y objetivos: La seguridad del paciente es preocupación mundial destacada en los últimos años y su estudio subsidia acciones preventivas. El objetivo fue analizar los incidentes de seguridad ocurridos con los pacientes durante el cuidado de enfermería.

Métodos: investigación documental descriptiva-exploratoria retrospectiva realizada en un hospital universitario del sur de Brasil. Se

R Epidemiol Control Infec, Santa Cruz do Sul, 7(3):174-180, 2017. [ISSN 2238-3360]

Please cite this article in press as: HOEFEL, Heloisa Helena Karnas et al. Incidentes de segurança ocorridos com pacientes durante o cuidado de enfermagem. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 3, ago. 2017. ISSN 2238-3360. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8558>>. Acesso em: 27 out. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/reci.v7i3.8558>.



clasificaron y analizaron los documentos relacionados con los incidentes de seguridad durante el cuidado de enfermería en la institución. **Resultados:** se analizaron 82 incidentes, de los cuales 43 (52%) fueron clasificados como eventos adversos y 39 (48%) como incidentes sin daño. En 53 (64%) casos las causas de los incidentes ocurrieron por errores, en 14 (17%) por violaciones y en 15 (18%) por falla en el sistema. Los incidentes relacionados con procedimientos técnicos contribuyeron con 67 (82%) ocurrencias, siendo que en 38 (57%) ocurrieron eventos adversos. **Conclusión:** identificados incidentes tanto con daño como sin daño durante el cuidado, causados en su mayoría por errores seguidos de violaciones o fallas en el sistema.

Palabras clave: Riesgos Laborales. Atención de Enfermería. Accidentes y Eventos Biológicos. Seguridad del Paciente.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma preocupação mundial que ganhou destaque nos últimos 15 anos, quando as instituições de assistência à saúde passaram a dar maior atenção à ocorrência de erros relacionados ao cuidado.¹ Muitos estudos abordam erros com medicamentos.²⁻⁴ Entretanto, outros tipos de eventos também têm sido estudados e evidenciam os riscos relacionados a procedimentos e processamento de materiais para uso em saúde.⁵⁻⁹

No Brasil, o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) representa a *Joint Commission Internacional* (JCI), que é a instituição que realiza mundialmente a avaliação de instituições hospitalares, com foco na segurança do paciente e na necessidade do gerenciamento desses riscos. Muitos hospitais brasileiros desejando essa avaliação preparam para serem acreditados pela JCI. Para isso, são desenvolvidos programas de melhoria da qualidade, os quais incluem estratégias para buscar resultados que demonstrem ações eficientes para segurança do paciente.¹⁰

A cultura de segurança é considerada como um recurso fundamental para cuidados seguros e eficazes com os pacientes. A implementação dessa cultura subjacente auxilia na aprendizagem contínua e trabalho em equipe eficaz, assim como é condutor chave de comportamentos de segurança que levam a redução de eventos adversos.¹¹ Uma das estratégias que podem ser implementadas para essa cultura é a criação de grupos institucionais, para discutir os incidentes de segurança identificados e adotar medidas preventivas para os mesmos.

Uma linha de pensamento que envolve os estudos que sugerem a compreensão de como os acidentes são causados e, portanto, de como podem ser evitados, evolui em diferentes estágios. O primeiro está associado à tecnologia, o segundo com comportamentos e erro humano, o terceiro com o socio-técnico, o quarto com cultura e o quinto com resiliência.¹² O acidente, dano, ou perda, é o último evento de uma cadeia de ocorrências, enquanto o evento é algo que acontece ou que envolve alguém. Quando há consequência, ou seja, poderia resultar ou resultou em danos, é reconhecido como um incidente de segurança. Esse incidente de segurança é também definido como quase falha ou quase evento quando não chega ao paciente e não causa dano e evento adverso quando causa dano ao paciente.¹

Com base nessas definições e na necessidade de prevenir tais eventos, alguns estudos recentes destacam a

importância da notificação dos eventos adversos, incluindo a sua compreensão e a identificação das causas.^{13,14} Isto é importante visto que o reconhecimento da ocorrência pelos profissionais de saúde é a base para o estabelecimento de uma cultura de segurança organizacional, com adoção de medidas de prevenção a eventos adversos.^{15,16} Impulsionadas pela relevância da temática, um grupo de enfermeiras de um hospital universitário do sul do Brasil, atualmente acreditado pela JCI, percebeu a necessidade de identificar as ocorrências de incidentes de segurança na instituição e de analisá-las, a fim de implementar medidas de prevenção e favorecer a segurança dos pacientes. Somado a isto, o processo de acreditação pela JCI pelo qual passava o hospital reforçou esta necessidade, visto que o cuidado aos pacientes deve estar focado na realização de procedimentos de forma correta e com resultados efetivos, prevenindo riscos e reduzindo ou eliminando erros durante o processo de trabalho.¹⁰⁻¹³

Diante disso, emergiu a seguinte questão: quais os incidentes de segurança identificados pela equipe de enfermagem? A fim de responder a este questionamento, realizou-se este estudo, com o objetivo de analisar os incidentes de segurança ocorridos com os pacientes durante o cuidado de enfermagem. Esse estudo contribuiu na obtenção de conhecimentos para subsidiar o planejamento e a implementação de medidas de prevenção de forma sistemática, de acordo com os tipos de riscos identificados, proporcionando maior segurança aos profissionais e pacientes.

MÉTODOS

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de uma pesquisa documental descritivo-exploratória retrospectiva, a qual favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos ou grupos, além de criar novas formas de compreender os fatos e conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos.

Esta pesquisa foi realizada de janeiro a dezembro de 2013, em um hospital público universitário do sul do Brasil, com aproximadamente 2.300 profissionais de enfermagem. O hospital assiste em média 2.800 internações de pacientes/mês, nas diversas especialidades médicas. Para o presente estudo, foram investigados os documentos com as descrições dos relatos de incidentes utilizado por um grupo de profissionais responsáveis pela discussão e análise dos riscos, erros e danos relacionados ao cuidado de enfermagem da instituição.

População e amostra

A população do estudo foi representada pelo censo dos casos notificados e discutidos pelo grupo multiprofissional formado com a finalidade de analisar os casos de incidentes de segurança relatados ao grupo de enfermagem do hospital. Os critérios de inclusão foram casos notificados, classificados como erros ou violações ou falhas no sistema. Foram excluídos os casos relacionados a quedas, uma vez que existe um grupo específico que estuda esse tipo de evento na instituição. Assim, o estudo contou com uma amostra de 82 incidentes de segurança.

Protocolo do estudo

A coleta de dados foi realizada a partir de um banco de dados que continha instrumentos preenchidos com informações sobre os incidentes de segurança notificados, incluindo a sua descrição e classificação de acordo com a sua natureza: Evento adverso - incidente com danos; Incidente sem dano ou quase falha; Quase evento - incidente que não causou nenhum dano e não chegou no paciente. Além disso, o instrumento incluía se a causa do evento foi erro, violação ou falha no sistema caracterizando uma circunstância de risco, quais os fatores contribuintes e quais as medidas adotadas em relação ao profissional; qual a gravidade do dano (nenhuma, fraca, moderada, severa e morte). Além disso, havia uma descrição sobre o comportamento do profissional acerca do ocorrido e a conduta administrativa adotada.

O critério utilizado para classificar os casos seguiu o preconizado pela OMS, o que também é recomendado pelo Ministério da Saúde, e utilizado na instituição em estudo conforme as definições descritas a seguir.^{17,18}

Quanto às causas do incidente:

Erro - quando não foi realizado plano ou aplicação incorreta de uma rotina ou projeto;

Violação ou infração - desvio deliberado de um procedimento operacional ou rotina, mesmo que não maldoso.

Quando não associados a erros ou infrações foi considerada:

Circunstância de risco - situação que pode influenciar um acontecimento por métodos operacionais, agente ou pessoa ou infraestrutura insuficiente ou inadequada.

Quanto à gravidade do dano:

Nenhum - resultado no paciente é não sintomático, sem detecção ou necessidade de tratamento.

Ligeiro - resultado no paciente é sintomático, com sintomas leves, perda de função, dano mínimo ou intermediário, sem necessidade ou mínima de intervenção (observação extra, investigação ou tratamento menor).

Moderada - resultado no paciente é sintomático, requer intervenção (tratamento ou cirurgia adicional), aumento de permanência na internação, perda de função permanente ou dano de longa duração.

Grave - resultado no paciente é sintomático, requer intervenção para salvamento ou maior intervenção cirúrgica ou clínica, reduz expectativa de vida ou causa adicional, aumento de permanência, perda maior de função

permanente ou dano maior de longa duração.

Morte - quando causada ou acelerada em pequeno período de tempo pelo incidente.

As informações coletadas foram digitadas e organizadas em um banco de dados do programa *Microsoft Excel 2010*[®].

Análise dos resultados e estatística

A análise dos incidentes de segurança foi previamente realizada em conjunto com os integrantes do grupo de profissionais, com base nos critérios da OMS, conforme descrito anteriormente.¹⁷ Para a análise de cada incidente, representantes da unidade onde o evento ocorreu foram convidados a participar do grupo multiprofissional. As informações geradas nessa análise compuseram o banco de dados, que posteriormente foi analisado por meio da estatística descritiva, para medidas de tendência central. O uso do teste de Fisher foi apenas para análise das variáveis referentes a erros e violações pois houve violações com dano em número inferior a cinco.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob número 23127 conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁹ Os autores assinaram Termo de Compromisso para utilização de dados e se comprometeram a manter o anonimato e quaisquer informações que identificassem os profissionais e pacientes envolvidos.

RESULTADOS

Foram analisadas 82 notificações, das quais 43 (52,5%) foram classificadas como eventos adversos e 37(45,5%) como incidentes sem dano e 2 (2%) quase eventos.

Em relação às causas, 53(64%) ocorreram por erros, 14 (17%) por violações e 15 (18%) por circunstâncias de risco (Tabela 1).

O teste da dependência entre as variáveis erros e violações com e sem danos não foi significativo ($p = 0,23$). Ou seja, os incidentes com ou sem danos ocorrem independentemente de serem por erros ou por violações.

Em uma das notificações de incidentes o cirurgião responsável marcou a sala cirúrgica informando que ocorreria um tipo de cirurgia, mas foi realizada ou-

Tabela 1. Classificação de incidentes sem dano e com dano, quase evento de acordo com as suas causas (erro, violação e falha no sistema). Porto Alegre, 2013.

Incidentes e causas	N	%
Incidente com dano/ erros	27	33
Incidente com dano/ violações	4	5
Incidente com dano/circunstância risco	13	16
Incidente sem dano/ erros	26	32
Incidente sem dano/ violação	10	12
Quase evento/ circunstância risco	2	2

tro procedimento na sala. A cirurgia foi realizada no paciente certo, mas a marcação indevida resultou em maior espera do outro paciente para as providências necessárias, pois este precisou de sangue que não havia sido pedido e de material diferente do previsto anteriormente.

Houve um caso de perda de material de biópsia, no qual existe um dano não mensurável, ou seja, necessidade de nova biópsia ou diagnóstico feito de outra forma ou ainda a possibilidade de ficar sem confirmação diagnóstica. A passagem de uma sonda em pessoa errada e a perda de uma aliança de casamento entregue ao suposto familiar a quem não foi solicitado a identificação e o objeto não foi devolvido são também exemplos de erros com danos de difícil mensuração.

Quanto aos tipos de incidentes de segurança, 65 (79,3%) das 82 notificações foram relacionados a procedimentos assistenciais que ocorreram durante algum cuidado direto aos pacientes, dois (3,4% foram quase eventos, 15 (18,3%) relacionados a administração de medicamentos, um ocorreu por um comportamento não ético e um por circunstância de risco. (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos incidentes relacionados a procedimento assistencial e a medicamento, de acordo com a causa dos mesmos (erro, violação ou falha no sistema). Porto Alegre, 2013.

Causas/Danos	Procedimento assistencial		Medicamento	
	N	%	N	%
Incidente com dano/ erros	21	80,8	6	19,2
Incidente sem dano/ erros	17	65,4	9	34,6
Incidente com dano/ violações	4	100	-	-
Incidente sem dano/ violação	10	100	-	-
Incidente com dano/circunstância risco	13	100	-	-
Quase evento/circunstância risco	2	100	-	-

Os incidentes relacionados a procedimentos assistenciais contribuíram com 67 (82%) ocorrências, sendo que em 38 (46%) ocorreram eventos adversos. Todos os 15 (18%) incidentes identificados com medicamentos foram associados a erros, sendo que em 9 (34,6%) deles não houve reação no paciente, isto é, incidente sem dano. A omissão de dose de antibiótico foi uma situação que envolveu o paciente e não resultou em dano físico direto ou visível, mas houve risco de evento adverso grave. Nos casos que resultaram em evento adverso evidente, houve um caso de flebite como consequência. Nessa ocasião não foi possível concluir se foi erro ou violação, pois não houve como identificar se o profissional sabia que teria que trocar um cateter e não trocou, ou se não sabia da necessidade deste procedimento. Portanto, a causa do incidente foi considerada como erro.

Nos 13 incidentes em que o motivo associado foi circunstância de risco gerando eventos adversos os mesmos ocorreram por indisponibilidade de material adequado

(coxins cirúrgicos específicos), tendo como evento adverso lesões de pele, principalmente úlcera de pressão.

Em relação à classificação da gravidade dos 44 eventos adversos, 33 (75%) foram moderados, 6 (13,6%) leves e 5 (11,6%) severos. Dos cinco eventos adversos severos, quatro ocorreram por erros e um por violação. Não houve registros de morte.

Quanto aos 37 (45,5%) incidentes considerados sem dano, em cinco situações houve intervenção imediata como interrupção de infusão de alimento em via endovenosa no exato momento em que se identificou o equívoco, preparo de dose maior do que a prescrita, preparo para infusão de soro com eletrólitos ao invés de puro, sangue com nome de paciente trocado que não foi instalado. Nos dois incidentes considerados quase eventos ou quase-falha em um caso houve esquecimento do material de biópsia na mesa cirúrgica, e em outro identificou-se que o material havia sido esterilizado em ciclo inadequado identificado no momento em que iria ser utilizado.

Em 35 (43%) casos há registros do comportamento do profissional responsável em relação ao incidente. Destes, 31 relataram pesar consigo mesmo pelo ocorrido. Houve três casos em que o profissional imputou a culpa ao familiar, ou na chefia, ou permaneceu inerte e sem reação, além de um caso que o profissional relatou que não achava importante.

Dentre os incidentes que foram classificados como erros e violações, o resultado foi uma demissão em um caso de incidente sem dano, pois os incidentes vinham se repetindo sem que a profissional considerasse importantes as orientações recebidas em relação aos eventos ocorridos. Nessa situação a profissional administrou glicerina na via endovenosa, mas a enfermeira responsável percebeu e interrompeu o fluxo antes que fosse infundido na corrente sanguínea do paciente.

Em 10 casos a decisão do grupo responsável por analisar os incidentes foi somente registrar em ficha de avaliação funcional do profissional o ocorrido. Destes, cinco receberam advertências por escrito e três receberam orientações técnicas, incluindo capacitação e revisão do procedimento operacional padrão para aquele cuidado. Em todos os casos identificados houve abordagem do profissional envolvido e suas respectivas chefias, no sentido de refletir sobre o ocorrido e pensar estratégias para evitar novo incidente.

Em 38 (46%) dos 82 incidentes os profissionais envolvidos identificaram 196 fatores que contribuíram para que o incidente ocorresse. A falha nos processos e a organização do trabalho foram as causas mais frequentes de incidentes com 101 (51,5%) dos 196 fatores, seguida da capacidade técnica e questões pessoais como distração e ansiedade durante a revisão da prescrição, da dose ou do preparo. Nos casos de erros com medicamentos há registro de que a dispensação por dose unitária reduziria o risco de incidente em 13 das 15 situações relacionadas a prescrição, dose confusa e preparo (Tabela 3).

Tabela 3. Fatores contribuintes para incidente segundo causas, Porto Alegre, 2013.

Fatores contribuintes	Violações		Erros		Circunstâncias de risco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Organização/processo de trabalho	16	15,8	55	54,5	30	29,7	101	100
Capacidade técnica	4	14,3	24	85,7	-	-	28	100
Pessoais/distração/ansiedade	2	9,5	19	90,5	-	-	21	100
Comunicação	5	27,8	13	72,2	-	-	18	100
Prescrição, dose confusa, preparo	-	-	15	100	-	-	15	100
Recursos humanos/ superlotação	2	15	11	84,6	-	-	13	100

*Alguns casos foram acompanhados de outras descrições como fatores contribuintes ao evento como, a superlotação da unidade, o final do plantão, problemas pessoais, ansiedade e engano.

DISCUSSÃO

A partir da publicação *Errar é Humano*, a cultura da segurança do paciente tornou-se mais forte.²⁰ O movimento incentiva a ideia de não punição, o que facilita identificar os incidentes por notificações voluntárias e permite buscar medidas que possam reduzir os riscos.

Por outro lado, hoje, em contraste com uma cultura que inicialmente teve como seu princípio orientador embora siga com a não punição hoje os experts defendem que em uma cultura justa a ignorância consciente de riscos claros para pacientes ou a má conduta grosseira é intolerável.²¹

A avaliação do erro, violação e mesmo em uma circunstância de risco depende do reconhecimento da pessoa que realizou ou estava envolvida em determinada ação ou procedimento, o que exigiu uma conversa/orientação para que a avaliação do caso pudesse ocorrer. No presente estudo, a marcação indevida da cirurgia foi considerada sem dano, mas sabe-se que acarreta sofrimento ao paciente. O dano psicológico também pode ter ocorrido nos casos de extravio de material de biópsia e a entrega da aliança de casamento ao suposto familiar. Embora nas definições da OMS essas situações sejam consideradas sem dano, o texto que subsidia as definições descreve os sofrimentos psicológicos como um evento adverso ocasional.¹

Do ponto de vista epidemiológico, a fim de prevenir novos casos, seria importante seguir os danos psicológicos pelas perdas e extravios ocorridos. No entanto, resta definir se devemos priorizar esse tipo de avaliação ou se o foco deve continuar nos casos com repercussão física, seguindo as definições. O risco percebido decorre das informações da realidade do processo sociocultural do indivíduo como influência de seus valores, personalidade, experiências, grau de exposição ao risco, além de seu nível social, econômico e cultural.¹⁹

No presente estudo, os incidentes com medicamentos foram notificados apenas quando classificados como erros. Não foram identificadas violações, o que levanta dúvidas quanto à supervisão de rotinas e protocolos pela equipe de enfermagem. Em estudos anteriores na mesma instituição foram identificadas violações por meio de observação direta relacionada à administração de antibióticos.^{3,4} Nesta pesquisa foi identificado que não era realizada a contagem do gotejo para velocidade de

infusão conforme rotina, assim como a administração de 20 ml de solução após o término do antibiótico para preencher o espaço morto do equipo. Assim, o paciente não recebia a totalidade da dose prescrita.

Embora os incidentes sem dano sejam definidos como tal, considera-se que o dano potencial existiu. Se os resultados fossem acompanhados em longo prazo, talvez fossem considerados eventos adversos a omissão de uma dose do medicamento, sonda em paciente errado, aliança entregue a pessoa errada. Em algumas situações o resultado pode ter causado alteração psicológica ou repercussões de difícil identificação. Neste último caso da aliança, foi classificado como sem dano devido à dificuldade de acompanhar o dano emocional ou mesmo financeiro porventura causado, embora previsto também na recomendação da OMS.⁸ Quanto à omissão de dose de antibiótico não foi determinado se houve reflexos na pressão seletiva de antimicrobianos e aumento da resistência bacteriana, o que demandaria novos estudos.^{3,4}

No caso de procedimentos técnicos que levaram a lesões de pele, embora considerados como circunstanciais, deve ser levado em consideração a dificuldade que a instituição pública tem em possuir coxins adequados, levando à utilização de materiais improvisados, os quais podem ter contribuído para a lesão de pele. Nesse caso, o incidente aconteceu por uma falha do sistema.

A falta de organização do trabalho é reconhecida como responsável por aumentar os riscos a pacientes e profissionais, visto que cada profissional necessita lidar com a situação conforme esta se apresenta. Isto é, às vezes quase imperceptível para alguém externo e configura uma circunstância de risco que não é mensurada, mas que certamente reflete nas atividades cotidianas. A percepção baseia-se na interpretação que a pessoa dá à realidade, existindo evidentes interações contextuais entre múltiplos atributos.²² Cada um percebe objetos ou situações conforme os aspectos que avalia terem maior ou menor importância para si. Em outro prisma, a autorreflexão mostra profissionais preocupados com seu desempenho e com o dano que podem causar, pois não desejam causar danos aos pacientes.

Entre os fatores contribuintes para que o incidente ocorresse, a organização do trabalho e falhas nos processos foram as mais citadas. A articulação entre gerência e

assistência é essencial para proporcionar visibilidade do trabalho do enfermeiro e o cuidado integral.²² Ao buscar a segurança do paciente e do trabalhador, dever-se-ia abordar todos os aspectos gerenciais que a subsidiam, como os relacionados a equipamentos, educação continuada em serviço, arranjo da área física, organização do trabalho, entre outros.

Por outro lado, a superlotação e as questões pessoais, também foram razões para a ocorrência dos incidentes, e remetem a um estudo que descreveu que os trabalhadores em fase de quase exaustão apresentavam desgaste físico e emocional. Este desgaste era agravado e os colocava em situação de maior risco para o desenvolvimento de doenças e reduziam a qualidade do trabalho. Esses autores descreveram adicionalmente a falta de autonomia e o excesso de trabalho como aumento das situações de risco.²³

Como principal limitação do estudo identifica-se o fato de que as notificações foram passivas, portanto, assistemáticas, o que pressupõe a subnotificação. Dessa maneira, há probabilidade de que o número de incidentes seja maior. Além disso, como o serviço de farmácia também recebe notificações sobre eventos do seu âmbito de atuação houve a possibilidade de perda.

Foram analisadas 82 notificações, das quais 52,5% foram classificadas como eventos adversos e 45,5% como incidentes sem dano e 2% quase evento. Os incidentes analisados ocorreram tanto com danos evidentes quanto sem danos visíveis, sendo a maior parte por erros e não por violação. Os achados da maioria por erros mostram a necessidade de reorganização de sistemas e treinamentos direcionados pois erros, ao contrário de violações, são inadvertidos. Dentre os fatores contribuintes, a falha na organização dos processos de trabalho foi a mais frequente, sendo que questões individuais como falhas técnicas e cansaço também contribuíram. Esses fatores estiveram presentes tanto nos casos de erros quanto nos de violações reforçando a implicação da necessidade de organização do trabalho.

Sugere-se que os incidentes sejam buscados ativamente, a fim de melhorar a sua identificação para propor estratégias para qualificar a segurança dos profissionais e pacientes. Sugere-se também identificar as falhas nos processos de trabalho e questões ocupacionais dos envolvidos, o que poderá auxiliar na prevenção de novos incidentes e reduzir riscos para os pacientes e trabalhadores.

A cultura de segurança justa é resultante do produto de valores, atitudes, percepções, competências e comportamentos do grupo de profissionais determinando o compromisso da gestão de segurança e saúde. Essa cultura exige comunicações baseadas na confiança mútua e em percepções compartilhadas da importância dessa confiança e na eficácia de medidas preventivas.²¹

Cada vez mais se deve entender que pessoas individuais não devem ser responsáveis por falhas do sistema sobre as quais não tenham controle. Além disso, muitos erros individuais representam interações previsíveis entre as pessoas e os sistemas em que trabalham.²¹

Como seguimento desta iniciativa a instituição criou grupos multiprofissionais trabalhando vinculados a gerência de risco. O grupo existente anteriormente era de um grupo de enfermeiros interessados com outros profissionais vinculados. Embora medidas corretivas tenham sido tomadas quando identificadas e possíveis, hoje os grupos são em número maior, sendo um por cada especialidade e com especialistas das áreas. Ou seja, a atuação é muito mais ampla. As equipes multiprofissionais nomeadas pela direção discutem sistematicamente os incidentes de segurança notificados por um sistema que atualmente é informatizado. As equipes organizadas por áreas realizam em média uma reunião semanal para discussão dos incidentes de segurança de suas especialidades. Após análise de cada evento são propostas e implementadas melhorias no processo de trabalho e na capacitação das equipes.

A instituição além de seguir as recomendações nacionais e internacionais para os programas de segurança do paciente tomou medidas como atualizações obrigatórias sistemáticas em todos os níveis. Os cursos com o tema segurança são hoje obrigatórios para todos os profissionais e acadêmicos que ingressam no hospital e cuidam dos pacientes. Além disso nenhum profissional ou estagiário de qualquer área pode ingressar para atividades no hospital sem realizar cursos de Ensino a Distância para aprendizado de aspectos básicos do cuidado.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos as colegas Simone Pasin, Vera Dias, Tais Niderauer e Margarita Unicovsky pelas discussões de alguns dos incidentes.

REFERÊNCIAS

1. Chou D. Health IT and Patient Safety: Building Safer Systems for Better Care. *JAMA* 2012;308(21):2282. doi: 10.1001/jama.308.21.2282-a
2. Hayes C, Jackson D, Davidson PM, et al. Medication errors in hospitals: a literature review of disruptions to nursing practice during medication administration. *J Clin Nurs* 2015;24(21-22):3063–76. doi: 10.1111/jocn.12944
3. Hoefel HH, Lautert L, Schmitt C, et al. Vancomycin administration: mistakes made by nursing staff. *RCNi* 2008;22(39):35–42. doi: 10.7748/ns2008.06.22.39.35.c6567
4. Hoefel HHK, Lautert L. Errors committed by nursing technicians and assistants in administering antibiotics. *Am J Infect Control* 2006;34(7):437–42. doi: 10.1016/j.ajic.2005.08.011
5. Hoefel HHK, Lautert L, Fortes C. Riscos ocupacionais no processamento de sistemas de hemodiálise. *Rev Eletr Enferm* 2012;14(2). doi: 10.5216/ree.v14i2.12601
6. Hoefel HHK, Lautert L. Riscos ocupacionais durante o reprocessamento de hemodialisadores. *Rev Epidemiol Contr Infec* 2014;4(2). doi: 10.17058/reci.v4i2.4748
7. Garry DA, McKechnie SR, Culliford DJ, et al. A prospective multicentre observational study of adverse iatrogenic events and

- substandard care preceding intensive care unit admission (PREVENT). *Anaesthesia* 2014;69(2):137–42. doi: 10.1111/anae.12535
8. Ipaktchi K, Kolnik A, Messina M, et al. Current surgical instrument labeling techniques may increase the risk of unintentionally retained foreign objects: a hypothesis. *Patient Safety in Surgery* 2013;7(1):31. doi: 10.1186/1754-9493-7-31
 9. Moshkanbaryans L. Inactivation of sexually transmitted pathogens using an automated hydrogen peroxide high level disinfection device for ultrasound probes. *Infect. Dis Health* 2016;21(3):131. doi: 10.1016/j.idh.2016.09.066
 10. Greenfield D, Pawsey M, Braithwaite J. What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations? *Int J Qual Health Care* 2010;23(1):8–14. doi: 10.1093/intqhc/mzq069
 11. Braithwaite J, Westbrook M, Nugus P, et al. Continuing differences between health professions' attitudes: the saga of accomplishing systems-wide interprofessionalism. *Int J Qual Health Care* 2013;25(1):8–15. doi: 10.1093/intqhc/mzs071
 12. Pillay M. Accident Causation, Prevention and Safety Management: A Review of the State-of-the-art. *Procedia Manufacturing* 2015;3:1838–45. doi: 10.1016/j.promfg.2015.07.224
 13. Bell BG, Campbell S, Carson-Stevens A, et al. Understanding the epidemiology of avoidable significant harm in primary care: protocol for a retrospective cross-sectional study. *BMJ Open* 2017;7(2):e013786. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013786
 14. Kavanagh KT, Saman DM, Bartel R, et al. Estimating Hospital-Related Deaths Due to Medical Error: A Perspective From Patient Advocates. *J Patient Saf* 2017;13(1):1-5. doi: 10.1097/PTS.0000000000000364
 15. Baba-Akbari Sari A, Sheldon TA, Cracknell A, et al. Extent, nature and consequences of adverse events: results of a retrospective casenote review in a large NHS hospital. *Qual Saf Health Care* 2007;16(6):434–439. doi: 10.1136/qshc.2006.021154
 16. Wilson RM, Michel P, Olsen S, et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ* 2012;344:e832. doi: 10.1136/bmj.e832
 17. Sherman H, Castro G, Fletcher M, et al. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. *Int J Qual Health Care* 2009;21(1):2–8. doi: 10.1093/intqhc/mzn054
 18. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF), 2013 abr 10. Seção 1: 80.
 19. Goodwin Y, Strang KD. Socio-Cultural and Multi-Disciplinary Perceptions of Risk. *IJRC* 2012;1(1):1–11. doi: 10.4018/ijrcm.2012010101
 20. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. committee on quality in America. Washington (DC): National Academy Press, 1999.
 21. National Patient Safety Foundation. *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human*. Boston: NPSF, 2015.
 22. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto contexto - enferm* 2009;18(2). doi: 10.1590/s0104-07072009000200008
 23. Negeliskii C, Lautert L. Occupational Stress and Work Capacity of Nurses of a Hospital Group. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 2011;19(3):606–13. doi: 10.1590/s0104-11692011000300021