

# Incidentes e eventos adversos notificados em âmbito hospitalar\*

## Incidents and adverse events notified at hospital level

### Como citar este artigo:

Mascarello A, Massaroli A, Pitilin EB, Araújo JS, Rodrigues ME, Souza JB. Incidents and adverse events notified at hospital level. Rev Rene. 2021;22:e60001. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260001>

 Andréia Mascarello<sup>1</sup>

 Aline Massaroli<sup>1</sup>

 Erica de Brito Pitilin<sup>1</sup>

 Jeferson Santos Araújo<sup>1</sup>

 Maria Eduarda Rodrigues<sup>1</sup>

 Jeane Barros de Souza<sup>1</sup>

\*Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso “Incidentes e/ou eventos adversos notificados em um hospital do município de Chapecó – SC”, Universidade Federal da Fronteira Sul, 2019.

<sup>1</sup>Universidade Federal da Fronteira Sul.  
Chapecó, SC, Brasil.

### Autor correspondente:

Andreia Mascarello  
Rua Altair Bacin, 20 D, Villa Real,  
CEP: 89805-875. Chapecó, SC, Brasil.  
E- mail: [deiamasca9@gmail.com](mailto:deiamasca9@gmail.com)

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Renan Alves Silva

### RESUMO

**Objetivo:** identificar os incidentes e eventos adversos notificados em um hospital de grande porte. **Métodos:** estudo retrospectivo, realizado com base em dados extraídos das fichas de notificações manuscritas, disponibilizados pelo Núcleo de Segurança do paciente de um hospital de grande porte. Analisaram-se as seguintes variáveis: tipo de incidente, conforme as metas internacionais de segurança; gravidade dos incidentes com dano; e medidas propostas para minimizar os efeitos do incidente notificado. **Resultados:** entre as 1167 notificações, 653 (66,8%) dos incidentes estavam relacionados com farmacovigilância, 563 (48,6%) apresentavam-se como potencial dano, 355 (28,7%) ocasionaram dano ao paciente e destes, 228 (68,0%) foram de intensidade leve. Ações propostas estavam descritas em 705 (60,4%) das notificações. **Conclusão:** as notificações permitiram identificar um elevado número de incidentes com potencial para causar dano, denotando falhas passíveis de serem minimizadas com a implantação de protocolos institucionais e capacitação profissional.

**Descritores:** Segurança do Paciente; Notificação; Assistência à Saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** to identify the incidents and adverse events notified in a large size hospital. **Methods:** a retrospective study was carried out based on data extracted from handwritten notifications sheets, made available by the Patient Safety Nucleus of a large size hospital. The following variables were analyzed: type of incident, according to international safety goals; severity of the incidents with damage; and measures proposed to minimize the effects of the notified incident. **Results:** among the 1167 notifications, 653 (66.8%) of the incidents were related to pharmacovigilance, 563 (48.6%) presented as potential harm, 355 (28.7%) caused harm to the patient and of these, 228 (68.0%) were of mild intensity. Proposed actions were described in 705 (60.4%) of the notifications. **Conclusion:** the notifications allowed identifying a high number of incidents with potential to cause harm, denoting failures that could be minimized with the implementation of institutional protocols and professional training.

**Descriptors:** Patient Safety; Notification; Delivery of Health Care.

## Introdução

Os sistemas de saúde apresentam-se preocupados com procedimentos realizados, de maneira inadequada, ao constatarem índices elevados de incidentes ocorridos nos diversos processos de cuidar. Sendo assim, para garantir um cuidado efetivo ao paciente, a qualidade e a segurança são atributos essenciais, uma vez que a população procura por esses serviços para a recuperação ou melhoria de sua saúde, sem a expectativa de sofrer algum tipo de dano devido à assistência recebida e, ainda, relacionado com motivos que poderiam ser evitados<sup>(1)</sup>.

Denomina-se incidente um acontecimento ou conjuntura procedente do cuidado, que não possui congruência com a patologia existente. Os incidentes são categorizados em: incidente com dano, também denominado evento adverso, quando provoca algum tipo de prejuízo ou consequência negativa para o paciente, sendo capaz de ocasionar o óbito deste; incidente sem danos, quando atinge o paciente e não resulta em danos, estes, embora não necessitem de intervenções adicionais, constituem uma ameaça à saúde; potencial dano é o incidente identificado e interceptado antes de alcançar o paciente; e circunstância notificável é àquela reconhecida como um acontecimento com alta capacidade para causar dano, no entanto o evento não ocorre<sup>(2)</sup>.

Desse modo, a notificação é um instrumento útil para conhecer, analisar e prever qualquer tipo de incidente, que, quando inserido na rotina, permite o gerenciamento adequado das falhas dos sistemas, sendo considerado uma ferramenta eficiente para melhorar a qualidade da assistência em saúde, posto que permite que sejam identificados os tipos de erros e riscos que, frequentemente, ocorrem durante a assistência e que podem comprometer a segurança dos pacientes<sup>(3-4)</sup>.

As consequências dos factíveis eventos errôneos ocasionam repercussões desfavoráveis aos pacientes e suas famílias e no que concerne à sociedade e aos

sistemas de saúde. A fatalidade do evento adverso na execução do atendimento aos pacientes internados fomenta complicações no restabelecimento de sua saúde, com acréscimo nas taxas de infecções hospitalares, na duração do tempo estimado de hospitalização e custos financeiros<sup>(4-5)</sup>. Estima-se que entre quatro e dez admissões hospitalares resultam na ocorrência de, pelo menos, um evento adverso, dados alarmantes que chamam a atenção, ao considerar que metade desses incidentes poderia ter sido evitada<sup>(5-6)</sup>.

Além disso, os custos ocasionados para tratamento e minimização dos efeitos ocasionados pelos eventos adversos poderiam ser revertidos em ações para melhoria da qualidade e segurança dos sistemas de saúde. Quanto aos custos financeiros e tempo de internação relacionados com eventos adversos, um estudo identificou que o tempo de internação aumenta em torno de 28,3 dias em relação ao habitual e as despesas com o tratamento crescem 200,5%<sup>(6)</sup>.

Nesse contexto, este estudo parte do pressuposto de que os erros podem trazer danos e agravos adversos, porém, podem, igualmente, ser utilizados como instrumentos de aprendizados e desenvolvimento de uma organização, com base na análise crítica das notificações para constatar e controlar a possibilidade de perigos porvires e colaborar com a indagação de possibilidades para elucidar impasses referentes à assistência.

Esta pesquisa contribuirá como um instrumento de auxílio à gestão da assistência para o precoce reconhecimento dos riscos aos quais os pacientes estão vulneráveis nas instituições. Baseando-se nesses achados, profissionais da saúde poderão desenvolver medidas preventivas voltadas a tornar a assistência mais segura e estimular ações corretivas com vistas a não repetição dos erros e prevenção de riscos e aprimoramento na qualidade do atendimento.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo identificar os incidentes e eventos adversos notificados em um hospital de grande porte.

## Métodos

Trata-se de estudo retrospectivo com base em dados extraídos das fichas de notificações de incidentes e/ou eventos adversos, em um hospital de grande porte da região Sul do Brasil, com aproximadamente 300 leitos, referência em atendimento oncológico, traumatologia, transplante e gestação de alto risco. A instituição instaurou o Núcleo de Segurança do Paciente em 2013, composto de uma comissão multidisciplinar com representantes de todos os setores do hospital.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e abril de 2019. No total, analisaram-se 1191 fichas e destas, foram incluídas 1167 notificações realizadas no período de 01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2018, pois foi nesse período que as fichas passaram a ser arquivadas no banco de dados da instituição. Excluíram-se 24 fichas porque estavam ilegíveis ou incompletas.

Para a coleta e organização dos dados, utilizou-se o programa *Microsoft Office Excel*® 2018, realizando processo de dupla digitação e validação posterior. O instrumento continha as informações da ficha de notificação, a saber: data da notificação; setor de notificação; categoria do incidente (medicamento, hemocomponentes, equipamentos, artigos médicos, vacinas); descrição do incidente; descrição de informações adicionais; e encaminhamentos.

Os dados extraídos das notificações foram classificados seguindo as definições da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*) da Organização Mundial da Saúde<sup>(7)</sup>.

As notificações também foram classificadas conforme o tipo de incidente: circunstância notificável (com potencial para causar dano ou lesão); potencial de dano (não atingiu o paciente); incidente sem lesão (atingiu o paciente, mas não causou dano); e evento

adverso (ocasionou dano ao paciente)<sup>(7)</sup>.

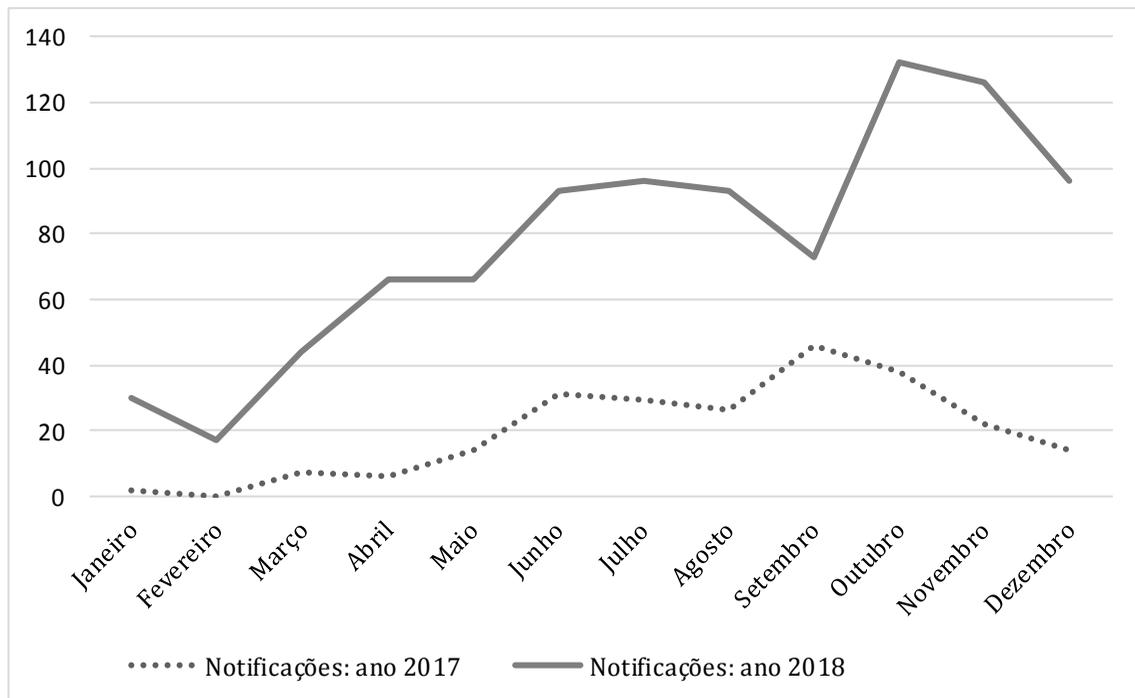
Os incidentes que causaram dano ao paciente (evento adverso) foram classificados de acordo com o grau de dano: Grau I (leve): prejuízo ínfimo com intervalo de tempo curto e interferências meramente irrisórias; Grau II (moderado): apresenta sintomas e precisa de interferências dos profissionais da saúde, com acréscimo do período de hospitalização e prejuízo ou ausência da funcionalidade definitiva ou por um período extenso; Grau III (grave): requer providências para o conjunto de medidas e procedimentos de suporte de vida ou execução cirúrgica de grande dimensão, ocasionando redução na sobrevida, com ausência da funcionalidade definitiva ou por um período extenso. Grau IV (óbito): o incidente apressou ou ocasionou o óbito<sup>(7)</sup>.

Coletaram-se informações sobre as medidas propostas pelo Núcleo de Segurança do Paciente para minimizar o incidente registrado e para evitar novas ocorrências das inconformidades. Para análise, empregou-se estatística descritiva e os resultados apresentados por meio de tabelas e gráficos.

Esta investigação é um excerto de um macroprojeto de pesquisa, intitulado Segurança do Paciente: construindo caminhos para a cultura de segurança, que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos pelo parecer nº 2.621.561/2018 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 85960518.0.0000.5564, segundo as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

## Resultados

No período de estudo, foram recebidas 1.167 notificações de incidentes relacionados com a segurança do paciente com média de 48,6 notificações/mês (desvio-padrão (DP) ±38,9). A Figura 1 mostra as médias das notificações por ano.



**Figura 1** – Número de notificação de incidentes e/ou eventos adversos relacionados com a segurança do paciente no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Chapecó, SC, Brasil, 2019

Observou-se um expressivo aumento do número de notificações, o que coincide com o período das atividades do programa de extensão no hospital que trabalhava as metas de segurança e enfatizava a importância da notificação com a atuação mais intensa do Núcleo de Segurança do Paciente nas ações relacionadas com o tema na instituição. Nota-se um decréscimo das notificações nos meses de outubro e dezembro, relacionado provavelmente com o período de férias dos profissionais e diminuição do número de atendimentos.

Dos incidentes notificados no período de janeiro a dezembro de 2017, os principais motivos foram hiperemia/flebite (54,5%), queda (27,2%), infecção relacionada com a assistência à saúde (4,5%) e infiltração e extravasamento de solução pelo meio subcutâneo com a mesma incidência.

Em 2018, estes foram erro de identificação (30,1%), hiperemia/flebite (26,0%) e queda (14,8%). Em 2017, notificaram-se 3 (1,3%) incidentes com hemocomponentes em relação ao índice total do mesmo

ano e 43 (4,6%) no ano de 2018 e, em ambos a principal causa esteve relacionada com reação transfusional. Ainda em 2017, 10 (4,3%) incidentes foram relacionados com artigos médico-hospitalares e 6 (2,6%) com problemas com equipamentos. Já em 2018, notificaram-se 109 (11,7%) artigos médico-hospitalares e 8 (0,9%) problemas com equipamentos.

Quanto à farmacovigilância no ano de 2017, destacaram-se a incidência de erros relacionados com prescrições (46,0%), dispensação (19,3%) e administração (16,6%). Enquanto que, em 2018, sobressaíram-se a dispensação (36,7%), prescrições (28,4%) e outros (12,7%), interpretados neste estudo como aqueles incidentes com medicamentos que não se enquadram nas descrições acima.

A Tabela 1 apresenta a classificação dos incidentes notificados de acordo com as metas de segurança do paciente no período de estudo, correspondendo a 977 (82,0%) das notificações totais. As notificações restantes foram relacionadas com tecnovigilância e hemovigilância, ou seja, fora dos itens de classificação

das metas. Entre as seis metas internacionais para a segurança do paciente analisadas, optou-se por dividir a “Meta 6: reduzir o risco de quedas e lesão por pressão”, a fim de obter melhores indicadores para avaliação no estudo.

**Tabela 1** – Notificações de incidentes de acordo com as metas de segurança do paciente segundo os anos em estudo. Chapecó, SC, Brasil, 2019

Metas de segurança do paciente	2017	2018	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Identificação correta do paciente	7 (7,8)	82 (92,1)	89 (9,1)
Comunicação efetiva	-	24 (100,0)	24 (2,4)
Melhorar a segurança dos medicamentos	150(22,9)	503 (77,0)	653(66,8)
Cirurgia segura	3 (6,0)	2 (40,0)	5 (0,5)
Reduzir o risco de infecção	46 (31,7)	99 (68,2)	145(14,8)
Reduzir o risco de danos resultantes de quedas	18 (30,5)	41 (69,4)	59 (6,0)
Reduzir o risco de lesão por pressão	-	2 (100,0)	2 (0,2)

Identificaram-se problemas prevalentes em relação às metas, tais como na “Identificação correta do paciente”, falha na pulseira de identificação, 81 (91,0%); na “Comunicação efetiva”, a ocorrência na falha de informação entre profissionais, em 24 (100,0%) dos casos analisados; assim como na “Cirurgia segura”, em que prevalecem as falhas técnicas durante os procedimentos realizados, 5 (100,0%).

Na meta “Melhorar a segurança dos medicamentos”, destacaram-se os incidentes relacionados com prescrições, 300 (46,0%), dispensação, 126 (19,3%) e administração, 109 (16,7%). Observou-se que a meta “Reduzir o risco de infecção” estava relacionada com escassez de procedimentos assépticos, 99(68%), e a prevalência das quedas foi devido à perda do equilíbrio, 32 (54,2%), ao escorregar (deslizamento), 23 (38,9%) e síncope, 4 (6,7%). Já em “Reduzir o risco de lesão por pressão”, o destaque foi para lesão decorrente do posicionamento cirúrgico, 2 (100,0%).

Na Tabela 2, são apresentadas as classificações das notificações quanto ao tipo de incidente e grau de dano.

**Tabela 2** – Classificação das notificações de acordo com o tipo de incidente e grau de dano dos eventos adversos segundo os anos em estudo. Chapecó, SC, Brasil, 2019

Tipo de incidente	2017	2018	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Circunstância notificável	10 (6,1)	152 (93,8)	162 (14,0)
Potencial dano	83 (14,7)	480 (85,2)	563 (48,0)
Incidente sem dano	17 (48,5)	18 (51,4)	35 (3,0)
Evento adverso	64 (19,1)	271 (80,8)	335 (29,0)
Não foi possível identificar	61 (84,7)	11 (15,27)	72 (6,0)
Grau de dano dos eventos adversos			
Leve	44 (19,2)	184 (80,7)	228 (68,0)
Moderado	4 (10,5)	34 (89,4)	38 (11,0)
Grave	1 (33,3)	2 (66,6)	3 (1,0)
Óbito	-	-	-
Não classificado*	15 (22,7)	51 (77,2)	66 (20,0)

\*Devido à falta de informações na ficha de notificação, não foi possível concluir qual foi o grau de dano ocasionado pelo evento adverso

Nos incidentes classificados em circunstância notificável, destacaram-se os problemas relacionados com Dispositivos/Equipamentos Médicos, 9 (90,0%) no ano de 2017, seguidos de 130 (85,5%) no ano de 2018. Já com relação aos incidentes com potencial dano, o maior índice foi direcionado ao processo medicamentoso, perfazendo 60 casos (72,2%) em 2017 e 400 (83,3%) em 2018. Nos incidentes sem danos, houve prevalência das quedas, 10 casos (58,8%) em 2017 e 15 (83,3%) em 2018.

No que diz respeito à análise das ações propostas para minimizar os efeitos do incidente notificado, considerando que havia registro desta informação em 705 (60,4%) das fichas analisadas, durante o ano de 2017, destacaram-se as seguintes medidas propostas: solicitação de alteração da prescrição, 21 (9,3%); realização de treinamentos, 20 (8,9%); realização de intervenção para minimizar o incidente, 16 (7,1%); advertência, 5 (2,2%). Já em 2018, evidenciaram-se a realização de intervenção para minimizar o incidente, 229 (24,5%); realização de orientação, 208 (22,3%); e solicitação de alteração da prescrição 77(8,2%).

## Discussão

O estudo encontrou limitações determinadas pela utilização de uma fonte de dados secundária por meio de notificações manuscritas da instituição, onde a qualidade e quantidade da informação dependem do informante, repercutindo diretamente na análise dos achados e conclusões do trabalho. Contudo, esta pesquisa gerou informações importantes sobre a qualidade e a segurança do paciente em nível organizacional e assistencial, trazendo à tona desafios que requerem maior dedicação por parte da gestão. Ademais, possibilitou identificar que algumas metas possuem um número pequeno de notificações, alertando para a necessidade de investigar a ocorrência desses incidentes na instituição e, caso ocorra, se estão sendo efetivamente notificados.

Com base nos achados deste estudo, identificou-se que houve aumento da notificação de incidentes, à luz do observado em todo o território nacional. A instituição pesquisada vem desenvolvendo uma política de cultura de segurança, visando à educação em saúde no âmbito da segurança do paciente, com maior ênfase a partir de meados de 2017. Acredita-se que tal comportamento pode demonstrar a maturidade dos profissionais e aculturação da política de segurança<sup>(6-7)</sup>.

Diante do baixo índice das notificações, prevalecem os desafios da subnotificação ou mesmo a não notificação, o que pode levar à construção de falsos indicadores, com risco real para a tomada de decisão. Portanto, esforços para superar tal problemática têm-se direcionado para o desenvolvimento de sistemas de notificação informatizados<sup>(7-8)</sup>.

Após analisar mais de 1.089 notificações manuscritas e informatizadas durante uma pesquisa em uma instituição hospitalar, pesquisadores concluíram que as notificações informatizadas são as mais frequentes de serem realizadas na práxis cotidiana dos profissionais, apresentando-se, assim, mais eficientes<sup>(8)</sup>. Os autores destacam que a informatização dessa prática favorece a construção de um hábito em que os relatos espontâneos são associados à maior qualida-

de das informações, contribuindo, dessa forma, para o aperfeiçoamento do processo de investigação e consolidação de evidências para as tomadas de decisão em prol da segurança do paciente.

Contudo, mesmo em países com sistemas de notificações mais avançados ou naqueles em que essa medida é obrigatória, há subnotificação de incidentes, voltando-se para a necessidade de desenvolver uma cultura de segurança entre os profissionais de saúde, de modo que se sintam encorajados para notificar os erros ocorridos, compreendendo a importância de tal ação para a melhoria da assistência prestada<sup>(8-9)</sup>.

Todavia, em diversos contextos, essa prática diária é negligenciada, sobretudo em ambientes de longa internação, sendo recomendada a cooperação mútua entre as equipes, usuários e gestores de saúde, a fim de consolidá-la como um eficiente indicador, e não mais como um aporte burocrático na organização<sup>(1-2)</sup>.

Com relação à comunicação efetiva, os dados apresentaram destaques para as falhas de informações entre profissionais, mais do que ostensivamente ressaltá-las como um problema nos ambientes de saúde, uma vez que comprometem desde o processo formativo daqueles, imperando como um grande vilão na implementação de cuidados. Desse modo, pesquisadores<sup>(10-11)</sup> advogam que o desenvolvimento de capacitações contínuas voltadas ao desenvolvimento da habilidade profissional em comunicar-se assertivamente, com abordagens participativas e significativas, como a simulação realística, faz-se imprescindível para otimizar o fluxo das informações no setor da saúde.

Dentre as notificações pesquisadas, a ocorrência de incidentes relacionados com medicamentos foi a mais prevalente, à semelhança de outro estudo<sup>(10-11)</sup>. Estima-se que cada paciente internado está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo as notificações na área de farmacovigilância as mais frequentes, podendo acontecer em diversas fases do processo de utilização de medicamentos<sup>(6)</sup>.

No tocante à “Cirurgia segura”, destacaram-se os incidentes relacionados com falhas técnicas durante procedimentos, um índice reduzido de eventos,

uma vez que qualquer falha nesses processos assistenciais causa danos irreversíveis aos pacientes. Nesse ponto, questiona-se a ocorrência ou subnotificação dos incidentes encontrados. Um estudo constatou a ocorrência de 8,7% de incidentes cirúrgicos, afirmando a necessidade de melhorias no processo de gestão de materiais e recursos humanos por meio da notificação permanente para rastreamento e prevenção dos incidentes<sup>(9)</sup>.

As notificações relacionadas com lesões por pressão contemplam uma realidade que afeta pessoas de todos os grupos etários e resulta em encargos financeiros significativos para os sistemas de saúde, com aumento no investimento em materiais, equipamentos, fármacos, intervenções cirúrgicas e no tempo de internação<sup>(12)</sup>. Observa-se, na instituição pesquisada, um baixo número dessas notificações relacionadas com lesão por pressão, todavia evidencia-se o uso de escalas para mensuração desse indicador.

No que diz respeito aos incidentes que foram interceptados antes de atingir o paciente, o maior índice foi direcionado ao processo medicamentoso, na fase de prescrição e dispensação. Estudo que analisou as notificações de incidentes relacionados com medicamentos potencialmente perigosos obteve 1,1% erro de dispensação e 0,5% erro de administração, indicando a necessidade de adoção de estratégias, a fim de garantir maior segurança ao paciente<sup>(13)</sup>.

Nos incidentes sem danos no universo pesquisado, houve prevalência das quedas. Resultados semelhantes foram identificados em outro estudo que evidenciou que 48,0% dos incidentes sem danos registrados ocorreram em decorrência de erros seguidos de violações ou falhas no sistema<sup>(14)</sup>. Nessa perspectiva, ressalta-se que os sistemas possuem graus variados de segurança, os quais devem ser levados em conta na sua construção, funcionamento e limitações humanas. As consequências para o paciente podem ser classificadas de acordo com o tipo de dano, o grau e o impacto social e/ou econômico. Neste estudo, o grau de dano leve foi mais frequente entre os eventos adversos e não houve registro de notificação que tenha resultado em óbito.

Congruente a isso, estudo que descreveu os incidentes e eventos adversos notificados nos serviços médicos de emergência das Astúrias, Espanha, encontrou um total de 88,1% dos incidentes relatados, considerados evitáveis e 46,2% necessitaram de algum tipo de intervenção para atenuar os efeitos do incidente. A pesquisa concluiu, ainda, que as notificações são uma importante fonte de informações necessária para compreender os erros cometidos e tomar medidas para evitá-los<sup>(15)</sup>. Enfatiza-se a importância da notificação como um indicador para o gerenciamento da qualidade nos serviços de saúde.

Estudos realizados na Espanha e Finlândia revelaram que uma mudança cultural constitui um importante desafio e demanda tempo na rotina hospitalar, o que vem ao encontro das medidas propostas, para minimizar os efeitos dos incidentes. A prática educativa, com estímulos às notificações embasadas na cultura não punitiva contribuem para uma assistência de qualidade, fundamentada na melhoria contínua<sup>(5,15)</sup>. No entanto, para que essas mudanças sejam efetivas, faz-se necessário a revisão dos processos de trabalho, além de capacitar e treinar estes profissionais, abrindo espaço para possibilitar a instalação de uma cultura de segurança. Ademais, torna-se relevante que a instituição disponibilize tecnologias para o aprimoramento do cuidado, colaborando para a prevenção de incidentes e sua recorrência<sup>(8-11)</sup>.

## Conclusão

Os dados mostram que o tipo de incidente com maior frequência foi o potencial dano. Assim sendo, nesse contexto geral, os incidentes relacionados com o uso de medicamentos tiveram números mais expressivos com relação aos demais. Evidencia-se que a cultura de segurança do paciente na instituição tem mostrado indícios de progressiva maturidade, contudo, esforços por parte dos gestores, ainda, se fazem necessários, como a implantação de protocolos institucionais e a capacitação profissional para garantir sistemas de saúde mais seguros.

## Colaborações

Mascarello A e Massaroli A contribuíram para a concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Pitilin EB, Araújo JS, Rodrigues ME e Souza JB contribuíram para a aprovação da versão final a ser publicada.

## Referências

1. Panattieri ND, Dackiewicz N, Arpí L, Godio C, Andi6n E, Negrette C, et al. Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales/Patient safety and the international goals: Consensus document. *Arch Argent Pediatr*. 2019; 117(6):277-309. doi: <https://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.S277>
2. Silva TO, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Teixeira CC. Patient involvement in the safety of care: an integrative review. *Rev Eletr Enf*. 2016; 18:e1173. doi: <https://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.33340>
3. Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after "To Err is Human". *BMJ Qual Saf*. 2016; 25(2):92-9. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004405
4. Williams GD, Muffly MK, Mendoza JM, Wixson N, Leong K, Claire RE. Reporting of perioperative adverse events by pediatric anesthesiologists at a tertiary children's hospital: targeted interventions to increase the rate of reporting. *Anesth Analg*. 2017; 125(5):1515-23. doi: <https://dx.doi.org/10.1213/ANE0000000000002208>
5. J6ms6 J, Palojoki SH, Lehtonen L, Tapper AM. Differences between serious and nonserious patient safety incidents in the largest hospital district in Finland. *J Healthc Risk Manag*. 2018; 38(2):27-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jhrm.21310>
6. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(1):144-54. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>
7. World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report [Internet]. 2009 [cited Jan 11, 2020]. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)
8. Furini ACA, Nunes AA, Dallora MELV. Notifications of adverse events: characterization of the events that occurred in a hospital complex. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019; 40:e20180317. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>
9. Bezerra WR, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Bernardes MJC, Teixeira CC. Occurrence of incidents at a surgical center: a documentary study. *Rev Eletr Enf*. 2015; 17(4). doi: <https://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.33339>
10. Pelzang R, Hutchinson AM. Patient safety policies, guidelines, and protocols in Bhutan. *Int J Health Plann Manage*. 2019; 34(2):491-500. doi: <https://doi.org/10.1002/hpm.2729>
11. Ramasethu J. Prevention and treatment of neonatal nosocomial infections. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2017; 3:5. doi: <https://doi.org/10.1186/s40748-017-0043-3>
12. Thomas D, Pavic A, Bisaccia E, Grotts J. Validation of fall risk assessment specific to the inpatient rehabilitation facility setting. *Rehabil Nurs*. 2016; 41(5):253-9. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/rnj.211>
13. Basile LC, Santos A, Stelzer LB, Alves RC, Fontes CMB, Borgato MH, et al. Incident analysis occurrence related to potentially dangerous medicines distributed in teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019; 40:e20180220. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180220>
14. Hoefel HHK, Echer I, Lucena AF, Mantovani VM. Incidentes de segurança ocorridos com pacientes durante o cuidado de enfermagem. *Rev Epidemiol Control Infec*. 2017; 7(3):174-80. doi: <https://dx.doi.org/10.17058/reci.v7i3.8558>
15. N6n6ez PG, Barrios MDS, 6lvarez MCV, Delgado RC, Lorenzo JCA, Gonz6lez PA. Results of provisional use of a system for voluntary anonymous reporting of incidents that threaten patient safety in the emergency medical services of Asturias. *Emergencias [Internet]*. 2016 [cited Apr 13, 2020]; 28(3):146-52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29105447/>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons