

## Notificação de incidentes e a segurança do paciente em tempos de pandemia

Incident notification and patient safety in times of a pandemic

Notificación de incidentes y la seguridad del paciente en tiempos de pandemia

Felicialle Pereira da Silva<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-2805-7506>Kamila da Costa Correia<sup>2</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-9113-9064>Rejane Maria Dornas de Araujo<sup>2</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-4113-8984>Elizandra Cassia da Silva Oliveira<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-4785-4375>Regina Celia de Oliveira<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-7412-0983>Emanuela Batista Ferreira e Pereira<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-4665-4379>Giovanna Meneses de Holanda<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-0548-9373>Carla Aparecida Arena Ventura<sup>3</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-0379-913X>

## Como citar:

Silva FP, Correia KC, Araujo RM, Oliveira EC, Oliveira RC, Pereira EB, et al. Notificação de incidentes e a segurança do paciente em tempos de pandemia. Acta Paul Enferm. 2023;36:eAPE00952.

## DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023A000952>



## Descritores

Segurança do paciente; COVID-19; SARS-CoV-2; Pandemias; Gestão de segurança; Gestão de riscos; Qualidade da assistência à saúde; Melhoria da qualidade; Notificação

## Keywords

Patient safety; COVID-19; SARS-CoV-2; Pandemics; Safety management; Risk management; Quality health care; Quality improvement; Notification

## Descriptores

Seguridad del paciente; COVID-19; SARS-CoV-2; Pandemias; Administración de la seguridad; Gestión de riesgos; Calidad de la atención de salud; Mejoramiento de la calidad; Notificación

## Submetido

24 de Maio de 2022

## Aceito

24 de Outubro de 2022

## Autor correspondente

Elizandra Cassia da Silva Oliveira  
E-mail: elizandra\_cassia@hotmail.com

## Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Alexandre Pазetto Balsanelli  
(<https://orcid.org/0000-0003-3757-1061>)  
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

## Resumo

**Objetivo:** Analisar as notificações de incidentes ocorridos durante a pandemia de COVID-19.

**Métodos:** Estudo com delineamento transversal de abordagem quantitativa do tipo descritivo exploratório. Foram analisadas 1.466 notificações à gerência de risco de um hospital privado, no período de setembro de 2020 a setembro de 2021. Utilizou-se a análise estatística descritiva, aplicando o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste da Razão de Verossimilhança. A margem de erro utilizada foi de 5%.

**Resultados:** Identificou-se como incidentes prevalentes a falha na comunicação (358 - 24,5%), falha no uso de sondas e cateteres (232 - 15,9%) e falha no uso de artigos e equipamentos (132 - 9,1%). A circunstância notificável totalizou (55,9%) dos relatos e destas, (33,4%) eram falha na comunicação. Os eventos adversos foram em número de 416 (28,6%) e a queda esteve relacionada a dano leve (43,9%); Infecção relacionada à assistência à saúde ao dano moderado (31%) e a falha no uso de medicamentos a (50%) como dano grave e óbito.

**Conclusão:** Falha na comunicação foi a circunstância de risco mais notificada, seguida de falha no uso de medicamentos como evento adverso com dano grave. A unidade de enfermagem evidenciou a possibilidade de maior número de eventos adversos; enquanto que nas unidades de terapia intensiva o grau de dano dos eventos adversos foi superior.

## Abstract

**Objective:** To review notification of incidents that occurred during the COVID-19 pandemic.

**Methods:** This is a cross-sectional, exploratory descriptive quantitative study. A total of 1,466 notifications to risk management of a private hospital were analyzed from September 2020 to September 2021. Descriptive statistical analysis was used, applying Pearson's chi-square test or the likelihood ratio test. The margin of error used was 5%.

**Results:** Communication failure (358 - 24.5%), probe and catheter use failure (232 - 15.9%) and article and equipment use failure (132 - 9.1%) were identified as prevalent incidents. The notifiable circumstance totaled 55.9% of reports, and, of these, 33.4% were communication failure. Adverse events were 416 (28.6%), and fall was related to mild damage (43.9%), health care-associated infections, to moderate harm (31%), and medication use failure (50%), to severe harm and death.

**Conclusion:** Communication failure was the most reported risk circumstance, followed by medication use failure as an adverse event with severe harm. The nursing unit showed the possibility of a greater number of adverse events, while in Intensive Care Units, the degree of harm from adverse events was higher.

<sup>1</sup>Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

<sup>2</sup>Centro Universitário Maurício de Nassau, Aracaju, SE, Brasil.

<sup>3</sup>Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

## Resumen

**Objetivo:** Analizar las notificaciones de incidentes ocurridos durante la pandemia de COVID-19.

**Métodos:** Estudio con diseño transversal de enfoque cuantitativo del tipo descriptivo exploratorio. Se analizaron 1.466 notificaciones de la gestión de riesgo de un hospital privado, en el período de septiembre de 2020 a septiembre de 2021. Se utilizó el análisis estadístico descriptivo, aplicando la prueba  $\chi^2$  de Pearson o la prueba de razón de verosimilitud. El margen de error utilizado fue del 5 %.

**Resultados:** Se identificaron como incidentes prevalentes la falla en la comunicación (358 - 24,5 %), falla en el uso de sondas y de catéteres (232 - 15,9 %) y falla en el uso de artículos y equipos (132 - 9,1 %). Las circunstancias que pueden ser notificadas totalizaron (55,9 %) de los relatos y, entre ellas, (33,4 %) era una falla en la comunicación. Los eventos adversos totalizaron 416 (28,6 %) y la disminución estuvo relacionada con el daño leve (43,9 %); infección relacionada con la atención a la salud al daño moderado (31 %) y a la falla al usar medicamentos (50 %) como daño grave y defunción.

**Conclusión:** La falla en la comunicación fue la circunstancia de riesgo más notificada, seguida de falla al usar medicamentos como evento adverso con daño grave. La unidad de enfermería evidenció la posibilidad de un número más elevado de eventos adversos; mientras que en las unidades de terapia intensiva el grado de daño de los eventos adversos fue superior.

## Introdução

O sistema de saúde tem sido desafiado do ponto de vista gerencial, estrutural e de recursos humanos devido à pandemia de COVID-19. Neste cenário, a segurança do paciente apresenta maior dimensão e importância nas instituições de saúde devido à reorganização do processo de trabalho, adequação de protocolos e superlotação das unidades.

No segundo semestre de 2020, o Brasil encontrava-se como o terceiro país com o maior número de contaminações no mundo, com 4.123.000 casos confirmados e 126.203 mortes pela COVID-19.<sup>(1)</sup> Com foco na qualidade assistencial, a Rede Italiana para a Segurança na Saúde (RISS) recomenda incentivar a notificação de eventos adversos pela equipe de saúde que se encontra na linha de frente assistencial à COVID-19, de forma a manter o clima de segurança, para que se promovam ações corretivas e contínuas.<sup>(2)</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conforme a taxonomia utilizada em segurança do paciente inclui, no conceito de incidente, as situações: circunstâncias notificáveis; *near miss*; incidentes sem danos; e eventos adversos (incidente que resulta em dano ao paciente).<sup>(3)</sup> Estima-se que 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de EA, e estes promovem o aumento do tempo de internação e dos custos adicionais ao sistema de saúde.<sup>(4)</sup> Neste sentido, a portaria de Nº 529 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente a fim de assegurar a prioridade da segurança do paciente nas instituições de saúde, com estabelecimento de princípios e diretrizes que integrem todos os processos

do cuidado, em articulação com a gestão organizacional dos serviços de saúde.<sup>(5)</sup>

Assim, os incidentes devem ser comunicados e notificados aos órgãos gestores da instituição, entre estes, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), o qual tem o objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.<sup>(6)</sup> O NSP busca atender ao conceito de segurança do paciente estabelecido pela OMS, que é uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos e tecnologias nos ambientes de cuidados, com o objetivo de reduzir riscos de forma consistente e sustentável, além de minimizar o impacto quando estes ocorrem.<sup>(7)</sup>

No período de maio de 2019 a abril de 2020, foram notificados no Brasil, 153.126 incidentes relacionados à assistência à saúde: falhas durante a assistência à saúde (38.673, 25,25%); lesão por pressão (29.356, 19,17%); falhas envolvendo cateter venoso (22.993, 15,01%); queda do paciente (16.053, 10,48%); falhas na identificação do paciente (11.651, 7,60%), falhas envolvendo sondas (9.694, 6,33%), evasão do paciente (3.841, 2,50%). Neste período, o total de óbitos associados aos EA foi de (65,61%) relacionados às falhas durante a assistência.<sup>(8)</sup> Entretanto, a maioria dessas notificações foram realizadas antes da pandemia de COVID-19.

Portanto, no período pandêmico, coube o questionamento sobre quais protocolos de gestão de cuidados devem ser intensificados para reforçar a segurança do paciente. Destaca-se a importância do monitoramento apropriado da gestão de risco por meio das notificações dos incidentes de forma local, uma

vez que cada realidade institucional demanda ações *in locu*. Há lacuna científica sobre a temática em virtude da escassez de estudos publicados sobre os EA em tempos de pandemia, que tragam robustez na implementação de ações que eliminem ou reduzam riscos de EA à prática assistencial no cenário atual.

O objetivo deste estudo foi analisar as notificações dos incidentes ocorridos durante a pandemia de COVID-19.

## Métodos

Estudo descritivo exploratório de análise quantitativa, que utilizou a base de dados do sistema de notificação do Gerenciamento de Risco de um hospital da rede privada na cidade do Recife-Pernambuco, no período de setembro de 2020 a setembro de 2021. Este período foi considerado pelo início ao atendimento a pacientes com diagnóstico de COVID-19; e estruturação do sistema de notificações na instituição para esse novo cenário.

O hospital possui 300 leitos ativos, divididos em duas unidades: enfermaria com 160 leitos e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com 140 leitos, estes últimos destinados à assistência de alta complexidade de casos. O hospital foi ativado no dia 15 de abril do ano de 2020, e atualmente contou com 1.448 funcionários para atender exclusivamente a demanda de cuidado aos pacientes com COVID-19.

Foram avaliadas as notificações enviadas ao serviço de gerenciamento de risco do hospital do estudo, por meio das fichas de notificações voluntárias na plataforma informatizada de gestão hospitalar. O levantamento dos dados no período citado obteve 1.515 notificações. Foram excluídas 49 notificações que tinham como classificação “não conformidades”, ou seja, notificações incompletas, bem como as que não estavam relacionadas à segurança do paciente, perfazendo amostra final de 1.466 notificações.

Para a classificação dos incidentes o referencial teórico utilizado foi a classificação Internacional para Segurança do Paciente da OMS, que se apresenta descrita em 10 classes que fornecem compreensão global do domínio da segurança do paciente. Quanto a defi-

nição de incidente, entende-se por: circunstância notificável, a situação com potencial significativo para causar dano, mas que o incidente não ocorreu; quase evento ou *near miss*, um incidente que não atingiu o paciente, mas que houve sua interceptação antes de alcançá-lo; incidente sem danos, um incidente que chegou ao paciente, mas não lhe resultou em dano e incidente com danos, ou evento adverso, que é um incidente que resulta em dano ao paciente.<sup>(3)</sup>

Quanto a classe consequências para o paciente atribuída parcialmente ou completamente a um incidente, pode ser classificada de acordo com o tipo de dano, grau do dano e o impacto social e/ou econômico provocado. O grau de dano pode ser classificado em: leve, situação na qual o paciente apresenta sintomas leves e danos mínimos e sem a necessidade de intervenção; moderado, o paciente necessita de intervenção, ou prolongamento da internação, perda de função, e os danos são permanentes ou a longo prazo; grave, quando é necessária intervenção para salvar a vida do paciente, os danos são graves ou permanentes ou a longo prazo, e ainda, o óbito causado pelo evento adverso.<sup>(3,9)</sup>

A coleta de dados foi realizada por duas pesquisadoras independentes, em local privativo, previamente treinadas pelo núcleo de segurança do hospital em estudo e orientadas para a uniformização das notificações conforme a classificação de segurança do paciente no Sistema de Informações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA).<sup>(10)</sup>

Os dados foram registrados em planilha Excel® e analisados descritivamente por meio de frequências absolutas e percentuais. Para avaliar a diferença significativa entre UTI e Enfermaria foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson, ou o teste da Razão de Verossimilhança, quando a condição para utilização do teste Qui-quadrado não foi verificada. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%. O programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IMB SPSS na versão 25.0.

O estudo obedeceu às recomendações éticas emanadas pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sendo garantido os termos de confidencialidade e sigilo; obtendo parecer favorável nº 4.857.674 e CAAE 49157121.2.0000.51931.

**Tabela 1.** Notificações e classificação dos incidentes, em hospital de atendimento à COVID-19

Causa raiz	Notificações realizadas							Total
	Circunstância notificável	Quase erro	Incidente sem dano	Dano leve	Evento adverso			
					Dano moderado	Dano grave	Óbito	
n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Acidente com perfurocortante	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,6)	2(1)	1(2,5)	0(0,0)	4(0,27)
Broncoaspiração	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,6)	1(0,5)	0(0,0)	2(10,0)	4(0,27)
Extubação	0(0,0)	0(0,0)	5(2,5)	23(14,6)	59(29,5)	1(2,5)	0(0,0)	88(6)
Falha na administração da dieta	33(4,0)	2(6,9)	26(13,1)	4(2,5)	1(0,5)	0(0,0)	0(0,0)	66(4,5)
Falha na administração do hemocomponente	1(0,1)	0(0,0)	3(1,5)	2(1,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(0,4)
Falha na comunicação	272(33,4)	3(10,3)	57(28,9)	6(3,8)	12(6)	4(10)	4(20,0)	358(24,5)
Falha na identificação do paciente	62(7,6)	3(10,3)	6(3)	1(0,6)	1(0,5)	0(0,0)	0(0,0)	73(5)
Falha no procedimento cirúrgico	0(0,0)	0(0,0)	1(0,5)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,06)
Falha no transporte do paciente	32(3,9)	0(0,0)	5(2,5)	1(0,6)	1(0,5)	0(0,0)	2(10,0)	41(2,7)
Falha no uso de artigos e equipamentos	91(11,1)	1(3,4)	22(11,1)	6(3,8)	7(3,5)	3(7,5)	2(10,0)	132(9)
Falha no uso de EPI's	85(10,4)	0(0,0)	1(0,5)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	86(5,8)
Falha no uso de medicamentos	37(4,5)	18(62,1)	20(10,1)	12(7,6)	11(5,5)	10(25,0)	5(25,0)	113(7,7)
Falha no uso de oxigênio e outros gases	15(1,8)	1(3,4)	9(4,5)	8(5,0)	6(3)	3(7,5)	2(10,0)	44(3)
Falha no uso de sondas e cateteres	153(18,7)	1(3,4)	35(17,7)	21(13,3)	12(6)	7(17,5)	3(15,0)	232(15,9)
Infecção relacionada à assistência à saúde	1(0,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	62(31)	1(2,5)	0(0,0)	64(4,3)
Lesão por pressão	8(1,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(1,3)	22(11)	4(10,0)	0(0,0)	36(2,4)
Queda	1(0,1)	0(0,0)	7(3,5)	69(43,9)	13(6,5)	5(12,5)	0(0,0)	95(6,4)
Uso de adornos	23(2,8)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	23(1,5)
Total geral	814(100,0)	29(100,0)	197(100,0)	157(100,0)	210(100,0)	39(100,0)	20(100,0)	1466(100)

\*EPI's - Equipamento de Proteção Individual

## Resultados

Foram avaliadas 1.466 notificações de incidentes que foram realizadas de forma voluntária à gerência de risco. Na tabela 1 observam-se os tipos de notificações realizadas e os tipos de danos conforme o EA. Observa-se a prevalência da extubação (29,5%) como EA com dano moderado e (14,6%) como EA com dano leve. Falha na comunicação (33,4%) como circunstância notificável, (28,9%) como incidentes em dano e (10,3%) como quase erro. Falha na identificação do paciente (10,3%) como quase erro. Falha no uso de medicamentos (62,1%) como quase erro e (25%) como EA com dano grave com óbito do paciente. Falha no uso de sondas e cateteres (18,7%) como circunstância notificável, (17,7%) como incidente sem danos, (17,5%) como EA com dano grave e (15%) EA com óbito. Queda (43,9%) como EA com dano leve.

Observa-se na tabela 2 a classificação dos incidentes e o grau de dano provocado ao paciente por setores: enfermaria e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Na Enfermaria, com exceção da circunstância notificável, todos os incidentes foram prevalentes comparado a UTI; com significância estatística  $p < 0,001$ . Entretanto, quanto ao grau de dano ob-

**Tabela 2.** Classificação dos incidentes notificados à gerência e gravidade dos danos ao paciente por setores: enfermarias e Unidade de Terapia Intensiva

Incidentes	Enfermaria n(%)	UTI* n(%)	Total n(%)	p-value
Circunstância notificável	196(49,9)	618(57,6)	814(55,5)	$p^{(1)} < 0,001^{(2)}$
Quase erro	18(4,5)	11(1,0)	29(2,0)	
Incidente sem dano	60(15,3)	137(12,8)	197(13,4)	
EA com dano**	119(30,3)	307(28,6)	426(29,1)	
Total dos incidentes	393(100,0)	1073(100,0)	1466(100,0)	
Grau de dano dos eventos adversos				
Dano leve	69(58,0)	88(28,7)	157(36,9)	$p^{(1)} < 0,001^{(2)}$
Dano moderado	38(31,9)	172(56,0)	210(49,3)	
Dano grave	7(5,9)	32(10,4)	39(9,2)	
Óbito	5(4,2)	15(4,9)	20(4,7)	
Total danos adversos	119(100,0)	307(100,0)	426(100,0)	

(1) Diferença significativa a 5%; (2) Teste Qui-quadrado de Pearson; \*\*EA- Evento Adverso; \*UTI- Unidade de Terapia Intensiva

serva-se na UTI maior prevalência de dano moderado e grave quando comparado a enfermaria, com significância estatística  $p < 0,001$ .

## Discussão

A notificação dos incidentes representa uma forma simples de quantificar os eventos adversos, durante

a prática assistencial, que tem como objetivo trazer qualidade a assistência. Entretanto, sua subnotificação ainda tem sido desafio para muitas instituições de saúde antes, durante e pós pandemia.<sup>(10)</sup>

Quanto a causa raiz dos incidentes notificados na análise deste estudo, destaca-se a extubação como EA com danos leves a graves ao paciente. A intubação precoce aos pacientes com COVID-19 foi recomendada juntamente à implementação da posição prona. Essa consiste no fornecimento de suporte ventilatório com o paciente deitado em decúbito ventral, sendo uma ferramenta terapêutica para o tratamento da hipoxemia grave.<sup>(11,12)</sup> Entretanto, a extubação acidental foi uma das ocorrências mais encontradas por apresentar alto risco de tração e deslocamento do tubo orotraqueal (TOT). Essa ocorrência exige da equipe em saúde maior atenção a fixação e posicionamento do TOT, como também vigilância acerca da sedação do paciente.<sup>(13-15)</sup>

A falha de comunicação foi prevalente como circunstância notificável e incidente sem danos, inclusive com potencial de causar o óbito ao paciente. A exemplo do EA envolvendo a falha na comunicação que levou ao óbito do paciente, foi a não comunicação de exame com resultado crítico do paciente em tempo hábil. Estudos apontam que a comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde.<sup>(16,17)</sup> Evidencia-se que as falhas na comunicação incluem a ausência, incompletude ou erro de comunicação, situações que contribuem para má interpretação ou não compreensão de informações relevantes sobre a assistência ao paciente.<sup>(17)</sup>

A pandemia desvelou importantes instabilidades nas relações de trabalho entre os profissionais de saúde e pacientes, dentre elas destacam-se: o uso da máscara e do protetor facial que dificultou a comunicação verbal e não verbal, bem como a transmissão de informações importantes relacionadas as condutas gerenciais e assistências entre as equipes de saúde. Neste sentido, destacam-se as relacionadas ao termo “*handover*”, que representa a prática do profissional transferir para outro gerenciamento dos casos sob sua responsabilidade, como também a comunicação com o paciente.<sup>(18)</sup>

Além do aumento no ritmo, intensidade e velocidade das atividades expressas no quantitativo de

pacientes atendidos, o possível déficit no dimensionamento da equipe e acúmulo de funções também agravaram as falhas de comunicação devido à pandemia.<sup>(11)</sup> Enfatiza-se ainda, a elaboração de inúmeras escalas pelos afastamentos dos profissionais com substituições emergenciais, aumento no número na comunicação de más notícias devido à alta letalidade da doença e a ausência presencial das famílias, introduzindo novos formatos de comunicação através de celulares ou *tablets*, por exemplo.<sup>(17)</sup> Quanto à identificação do paciente, essa tem um duplo objetivo para a segurança do paciente e profissional que o assiste: determinar com segurança o receptor do tratamento ou procedimento; e ainda assegurar que o procedimento a ser executado seja efetivo ao paciente.<sup>(19)</sup>

Na instituição hospitalar, a identificação incorreta do paciente pode estar associada ao método de trabalho, aos recursos materiais e humanos, além de características associadas à própria instituição que, em tempo de pandemia, dificultaram a sua efetividade.<sup>(20)</sup> Vale salientar a falta de normatização e monitoramento do processo; percebeu-se também a falta de recursos como pulseiras e identificadores em leitos, interferindo de forma direta na qualidade da assistência e promovendo aberturas para a ocorrência de EA.<sup>(19,20)</sup> A identificação do paciente neste estudo foi prevalente como quase erro, a exemplo, das situações de transferências setoriais ou transporte de paciente para exames que foram interceptadas pouco antes de sua efetivação. Entretanto, não foram encontrados dados de outros estudos para comparação.

Segundo a *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*, as falhas na administração de medicamentos, ou erro de medicação consistem em eventos evitáveis que causem ou induzam o uso inadequado de um medicamento que está sob a responsabilidade do profissional de saúde, paciente ou consumidor.<sup>(21)</sup> Tais erros podem ocorrer na prescrição médica, rotulagem dos produtos, composição, ou falhas na distribuição, administração e monitoramento. Ainda, podem ser causados por falhas na comunicação.<sup>(22)</sup> Nesse estudo esses eventos se revelaram predominantes como quase erro, EA com dano grave e óbito do paciente.

As situações que envolveram falha no uso de medicamentos evidenciadas nesse estudo como

quase erro foram: erro de prescrição que foi corrigida pouco antes de sua administração como EA grave: administração de dose errada de hipotensor e como EA que causou óbito: via de administração errada de medicamento enteral por parenteral.

Neste sentido, no curso da pandemia, houve alta demanda por medicamentos chamados popularmente como “kit intubação”, compostos por sedativos, anestésicos e bloqueadores musculares. Tais medicamentos são necessários para intubação orotraqueal, principalmente em UTI's e nas unidades de emergência. Assim, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução RDC nº 483 de 19 de março de 2021, permitindo que esses e outros medicamentos importados sem regularização sanitária pela ANVISA pudessem ser utilizados no Brasil, com rótulos, embalagens e bulas em idiomas diferentes do português, de forma excepcional e temporária.<sup>(23)</sup>

Este fato expôs a equipe de enfermagem, responsável pelo preparo e administração dos medicamentos à maior vulnerabilidade aos possíveis EA. Em muitos cenários não houve a retaguarda recomendada, para que as farmácias hospitalares repassassem às áreas assistenciais os documentos em língua portuguesa. Estas seriam barreiras defensivas para uso seguro desses medicamentos.<sup>(23)</sup>

A resolução nº 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) prevê dentre as proibições no Art. 78: administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional. Essa determinação visa favorecer a segurança da assistência, tanto para o paciente, quanto para os profissionais de saúde, evitando que profissionais incorram em situações de imperícia, imprudência ou negligência.<sup>(24)</sup>

Alguns elementos contribuem para a ocorrência dos erros de medicação, tais como a sobrecarga de trabalho, a falta de atenção do profissional, setor com altas demandas de circulação de pessoas, deficiências na formação ou capacitação do profissional, prescrição ilegível, dispensação errada pela farmácia, dispensação de medicamentos no período de 24 horas e atitude punitiva na notificação de incidentes.<sup>(20)</sup> Na França durante a pandemia, a equipe de

farmácia retratou a necessidade de dispensação de medicamentos diária e individual de forma automatizada, para maior monitoramento da segurança aos pacientes e equipes profissionais envolvidas no processo da realização de medicação.<sup>(25)</sup>

A falha no uso de sondas e cateteres teve destaque nas circunstâncias de risco e EA sem danos. Esses dispositivos são amplamente utilizados no ambiente hospitalar e são aliados no tratamento de pacientes graves. Estudo realizado em São Paulo com o objetivo de analisar os eventos adversos pelo uso de sondas e cateteres revelou que a perda de sondas nasogástricas se dava pela retirada não programada da sonda pelo próprio paciente em quadro de agitação e desorientação, ou sua obstrução (comprimidos macerados e/ou falha de lavagem da sonda após dieta ou medicação).<sup>(25)</sup> Em relação aos cateteres, a perda também se deu por quadro de agitação e desorientação do paciente, ou sua obstrução (manipulação e/ou heparinização inadequada).<sup>(26)</sup>

Com relação ao EA com dano leve, houve destaque para a queda do paciente no ambiente hospitalar. A queda pode ser considerada um evento multifatorial, na qual os fatores de risco podem ser associados às alterações fisiológicas, à fragilidade da pele e uso de medicamentos.<sup>(16)</sup> Há os fatores intrínsecos relacionados ao paciente, tais como agitação, tontura, confusão, fraqueza muscular, marcha instável, hipovolemia e hipotensão. Já os fatores extrínsecos estão relacionados ao ambiente hospitalar, como iluminação inadequada, móveis em locais inapropriados, pisos escorregadios, banheiros não adaptados e o uso de escadas.<sup>(17,18)</sup>

Estudo comparativo sobre as notificações de queda antes e após a pandemia de COVID-19 em hospitais italianos, revelou o aumento do número de quedas, que poderiam estar associadas ao elevado número de pacientes em atendimento, falta de recursos estruturais adequados, como leitos hospitalares, ou subdimensionamento da equipe de enfermagem. Entretanto, aspectos clínicos do paciente foram estatisticamente relevantes, como hipóxia e distúrbios metabólicos.<sup>(27)</sup>

Todavia, a realidade brasileira é bem distinta quando comparada às estruturas físicas, equipamentos e formação profissional dos países europeus. O

que se observou na prática assistencial foi a superlotação desordenada com o uso de macas e profissionais com pouca habilidade técnica. Portanto, não foram identificados estudos que evidenciassem dados brasileiros à incidência de quedas diante da pandemia.

Este estudo verificou que a maioria das notificações registradas ocorreu na enfermaria quando comparado a UTI; infere-se que como na UTI há pacientes graves e de risco, que exigem assistência médica ininterrupta, com recursos tecnológicos e humanos especializados. Além de ser um ambiente mais controlado, com maior engajamento da equipe a cultura de segurança; o que permite maior vigilância a ocorrência de incidentes.<sup>(28)</sup>

De acordo com o grau de dano dos EA, o dano moderado e grave foi superior na UTI quando comparado à enfermaria. De acordo com os dados do sistema do hospital da pesquisa, o tempo médio de internamento de um paciente foi em torno de 10 dias neste setor, o que torna o paciente suscetível aos incidentes, o que difere da enfermaria, até mesmo pela condição clínica que o paciente apresenta. Além disso, no período do estudo, as UTI's estiveram com superlotação devido à disseminação acelerada da COVID-19.

A realização desta pesquisa apresentou algumas limitações importantes, tais como: a coleta dos dados ter sido realizada após o período de implantação do gerenciamento de risco; equipe nova que recebeu poucos treinamentos para início do processo de trabalho, fato que pode ter contribuído para subnotificações.

A realização desta pesquisa durante a pandemia em uma unidade especializada para pacientes com COVID-19 atenta para que as falhas possam ser analisadas e corrigidas para assistência de qualidade em tempos de pandemia. As adversidades enfrentadas na assistência, sobretudo nos últimos dois anos, reforçam a importância de se intensificar o clima de segurança nas instituições de saúde.

## Conclusão

Os tipos de incidentes identificados neste estudo apontam que a falha na comunicação foi a cir-

cunstância de risco mais notificada, com EA com dano leve, moderado e óbito. O dano grave mais prevalente foi falha no uso de medicamentos, também para o EA óbito. Apesar da referência para COVID-19 no hospital do estudo, o perfil das UTI evidencia a possibilidade de maior número de EA, principalmente pelas perdas de dispositivos e falha no uso de medicações. As experiências vivenciadas pela pandemia da COVID-19, desde a disseminação acelerada do vírus, superlotação dos serviços e a alta mortalidade, acentuam a importância da notificação dos incidentes. Recomendamos a realização de mais pesquisas sobre EA para maior visibilidade e incentivo às notificações pelos profissionais de saúde, especialmente em cenários de pandemia.

## Colaborações

Silva FP, Correia KC, Araujo RMD, Oliveira ECS, Oliveira RC, Pereira EB, Holanda GM e Ventura CAA colaboraram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

## Referências

1. World Health Organization (WHO). Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Oct 11]. Available from: <https://covid19.who.int/>
2. The International Society for Quality in Health Care (ISQUA). Italian Network for Health Safety. Patient Safety Recommendations For Covid-19 Epidemic Outbreak. Lessons from the Italian Experience. (Version: 1.1. 2020). Ireland: ISQUA; 2020 [cited 2022 Oct 11]. Available from: [https://isqua.org/images/PATIENT\\_SAFETY\\_RECOMMENDATIONS\\_V1.1\\_30032020.pdf](https://isqua.org/images/PATIENT_SAFETY_RECOMMENDATIONS_V1.1_30032020.pdf)
3. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Geneva: WHO; 2009 [cited 2022 Oct 11]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>
4. Mascarenhas FA, Anders JC, Gelbcke FL, Lanzoni GM, Ilha P. Facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde frente ao processo de notificação de eventos adversos. *Texto Contexto Enferm.* 2019;28:1–15.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2022 Out 11]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)

6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Comunicado GVIMS/GGTES/Anvisa nº 01/2020, de 02 de junho de 2020. Necessidade de reforço nas ações de prevenção de eventos adversos e infecções relacionadas à assistência à saúde durante a pandemia de COVID-19. Brasília (DF): ANVISA; 2020 [citado 2022 Out 11]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/comunicados-de-risco-1/comunicado-de-risco-no-01-2017-gvims-ggtes-anvisa>
7. World Health Organization (WHO). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in healthcare. Geneva: WHO; 2021 [cited 2022 Oct 11]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Orientações gerais para implantação das práticas de segurança do paciente em hospitais de campanha e nas demais estruturas provisórias para atendimento aos pacientes durante a pandemia de covid-19. Brasília (DF): ANVISA; 2020 [citado 2022 Out 11]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-08-de-2020-gvims-ggtes-anvisa-hospitais-de-campanha.pdf>
9. Harada MJ, Silva AE, Feldman LB, Tavares SS, Gerhardt LM, Lima Júnior AJ, et al. Reflections on patient safety incident reporting systems. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(74 Suppl 1):e20200307.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 01/2015. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília (DF): ANVISA; 2015 [citado 2022 Out 11]. Disponível em: [https://www.saude.gov.br/images/imagens\\_migradas/upload/arquivos/2017-02/nota-tecnica-01-2015---gvims---notificaCAo-ndeg-2--Ultima-versAo.pdf](https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-02/nota-tecnica-01-2015---gvims---notificaCAo-ndeg-2--Ultima-versAo.pdf)
11. Clementino FS, Chaves AE, Pessoa Junior JM, Miranda FA, Medeiros SM, Martiniano CS. nursing care provided to people with covid-19: challenges in the performance of the cofen/corens system. *Texto Contexto Enfermagem.* 2020;29:e20200251.
12. Möhlenkamp S, Thiele H. Ventilation of COVID-19 patients in intensive care units. *Herz.* 2020;45(4):329–31.
13. Elkattawy S, Noori M. A case of improved oxygenation in SARS-CoV-2 positive patient on nasal cannula undergoing prone positioning. *Respir Med Case Rep.* 2020;30:101070.
14. Araújo MS, Santos MM, Silva CJ, Menezes RM, Feijão AR, Medeiros SM. Posição prona como ferramenta emergente na assistência ao paciente acometido por COVID-19: scoping review. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2021;29:e3397. Review.
15. Yamamoto N, Ishii A, Miyashita T, Goto T. Airway management strategy for accidental tracheal extubation in the prone position: a simulation study. *J Clin Anesth.* 2020;63:109786.
16. Pena MM, Melleiro MM. O método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos. *Rev Enfermagem UFPE On Line.* 2017;11(12):5297-304.
17. Pena MM, Melleiro MM. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. *Rev Enfermagem UFSM.* 2018;8(3):616–25.
18. Alves KY, Bezerril MD, Salvador PT, Feijão AR, Santos VE. Comunicação efetiva em Enfermagem à luz de Jürgen Habermas. *Rev Min Enferm.* 2018;22:e-1147.
19. Silva RA, Santos RS, Oliveira LC, Costa TM, Menezes HF, Fernandes SF, et al. Avaliação da conformidade de utilização de um protocolo para identificação de pacientes. *Rev Cubana Enferm.* 2020;36(2):1–13.
20. Ventura JM, Castro SF, Sousa SG, Esteves NE, Monteiro MA, Ribeiro OM. Identificação do paciente como estratégia de segurança. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2020;14:e245056.
21. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. (NCC MERP). What is a medication error. USA: NCC MERP; 2020 [cited 2022 Oct 11]. Available from: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>
22. Siman AG, Tavares AT, Amaro MO, Carvalho CA. Medication error: conceptions and behaviors of nursing team members. *Rev Pesq Cuid Fundam.* 2021;13:109–16.
23. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC Nº 483, de 19 de março de 2021. Dispõe, de forma extraordinária e temporária, sobre os requisitos para a importação de dispositivos médicos novos e medicamentos identificados como prioritários para uso em serviços de saúde, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2. Brasília (DF): ANVISA; 2021 [citado 2022 Out 11]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-483-de-19-de-marco-de-2021-309557207>
24. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-564/2017. Brasília (DF): COFEN; 2017 [citado 2022 Out 11]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)
25. Amato S, Lombardi AM, Fioravanti C, Gherlo V, Salvagni M, Cerimele M. [What factors contributed to the higher incidence rate of in-hospital falls at the time of Covid 19? A paradigm shift?]. *Ig Sanita Pubbl.* 2021;77(1):666-675. Italian.
26. Baker MA, Sands KE, Huang SS, Kleinman K, Septimus EJ, Varma N, Blanchard J, Poland RE, Coady MH, Yokoe DS, Fraker S, Froman A, Moody J, Goldin L, Isaacs A, Kleja K, Korwek KM, Stelling J, Clark A, Platt R, Perlin JB; CDC Prevention Epicenters Program. The Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) on Healthcare-Associated Infections. *Clin Infect Dis.* 2022;74(10):1748-54.
27. Besson C, Chareyre S, Kirouani N, Jean-Jean S, Bretagnolle C, Henry A, et al. Contribution d'une équipe de pharmacie hospitalière à la prise en charge en réanimation des patients infectés par le SARS-CoV-2. *Ann Pharm Fr.* 2021;79(4):473-80.
28. Furini AC, Nunes, Altacílio AA, Dallora ME. Notifications of adverse events: characterization of the events that occurred in a hospital complex. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(Esp):e20180317.