

Notificações de assistência à saúde relacionadas a cirurgia em um hospital universitário

Health care notifications related to surgery in a university hospital

Notificaciones sanitarias relacionadas con cirugías en un hospital universitario

Gustavo Dallasta Caetano^{1*} , Caroline Zottele Piasentin Giacomini¹ ,
Graziela Maria Rosa Cauduro¹ , Tânia Solange Bosi de Souza Magnago¹ 

RESUMO: Objetivo: Caracterizar as notificações de assistência à saúde relacionadas a cirurgia notificadas em um hospital universitário do Rio Grande do Sul. **Método:** Estudo transversal realizado em um hospital universitário localizado na Região Sul do Brasil, no qual foram analisadas as notificações de incidentes relacionados a cirurgia, contidas no banco de dados do Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (VIGIHOSP), no período de 2014 a 2022. A análise dos dados deu-se por meio da estatística descritiva. **Resultados:** Foram identificadas 258 notificações, com destaque para os incidentes relacionados a materiais (24%), das quais 57,8% foram classificadas como incidente sem dano. Quanto ao tipo de incidente, a prevalência foi relacionada aos artigos médico-hospitalares (21%) e, dentre os fatores contribuintes desses eventos, destacaram-se a cultura organizacional (58,1%), a comunicação (57,4%), o protocolo/políticas/procedimentos (53,1%) e a organização da equipe (51,9%). **Conclusão:** Os achados do estudo contribuem para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho, visto que se configuram como indicadores do resultado da assistência, auxiliando na prevenção de incidentes e melhorias no cuidado com o paciente cirúrgico.

Palavras-chave: Notificação. Segurança do paciente. Enfermagem de centro cirúrgico. Hospitais de ensino.

ABSTRACT: Objective: To characterize healthcare notifications related to surgery reported in a university hospital in Rio Grande do Sul. **Method:** A cross-sectional study conducted at a university hospital in the Southern Region of Brazil, analyzing notifications of surgery-related incidents contained in the Health Surveillance and Hospital Care Risk Management Application (*Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares* - VIGIHOSP) database, from 2014 to 2022. Data analysis was performed using descriptive statistics. **Results:** A total of 258 notifications were identified, with a notable incidence of material-related incidents (24%), of which 57.8% were classified as incidents without harm. The most prevalent type of incident was related to medical-hospital articles (21%). Contributing factors to these events included organizational culture (58.1%), communication (57.4%), protocols/policies/procedures (53.1%), and team organization (51.9%). **Conclusion:** The study findings contribute to the improvement of work processes, serving as indicators of care outcomes and assisting in the prevention of incidents and enhancement of care for surgical patients.

Keywords: Notification. Patient safety. Operating room nursing. Teaching hospitals.

RESUMEN: Objetivo: Caracterizar las notificaciones de asistencia sanitaria relacionadas con cirugías notificadas en un hospital universitario de Rio Grande do Sul. **Método:** Estudio transversal realizado en un hospital universitario ubicado en la Región Sur de Brasil, en el cual se analizaron las notificaciones de incidentes relacionados con cirugías, contenidas en la base de datos del Aplicativo de Vigilancia en Salud y Gestión de Riesgos Asistenciales Hospitalarios (VIGIHOSP), en el período de 2014 a 2022. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva. **Resultados:** Se identificaron 258 notificaciones, destacándose los incidentes relacionados con materiales (24%), de los cuales el 57,8% fueron clasificados como incidentes sin daño. En cuanto al tipo de incidente, la prevalencia estuvo relacionada con los artículos médico-hospitalarios (21%) y, entre los factores contribuyentes a estos eventos, se destacaron la cultura organizacional (58,1%), la comunicación (57,4%), el protocolo/políticas/procedimientos (53,1%) y la organización del equipo

¹Universidade Federal de Santa Maria – Santa Maria (RS), Brasil.
Autor correspondente: gustavo.dallastacaetano@gmail.com
Recebido: 04/12/2023 – Aprovado: 24/05/2024
<https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202429962>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons Atribuição 4.0.

(51,9%). **Conclusión:** Los hallazgos del estudio contribuyen al perfeccionamiento de los procesos de trabajo, ya que se configuran como indicadores del resultado de la asistencia, ayudando en la prevención de incidentes y en las mejoras en el cuidado del paciente quirúrgico.

Palabras clave: Notificación. Seguridad del paciente. Enfermería de quirófano. Hospitales de enseñanza.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é reconhecida como uma dimensão da qualidade, com ênfase em ações direcionadas para melhoria contínua, responsabilização pelo acesso e efetividade da assistência, agregada ao cuidado centrado no paciente, evitando danos desnecessários associados ao cuidado em saúde¹.

A temática segurança do paciente ganhou importância mundial com a divulgação do relatório “Errar é humano”, do *American Institute of Medicine* (IOM), em 1999, que evidenciou cerca de 44 a 98 mil mortes anuais nos Estados Unidos por falhas no cuidado médico-hospitalar.

Entretanto, uma década depois da publicação do relatório, os índices de eventos adversos (EAs) não reduziram como o planejado, mesmo diante da implementação de algumas estratégias recomendadas, principalmente a do *feedback* e da análise dos dados, que são fundamentais para determinar as lições aprendidas e efetivar melhorias².

Nesse contexto, a segurança cirúrgica representa uma meta mundial de saúde pública, culminando na temática do Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente — “Cirurgias seguras salvam vidas”, lançado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O manual apresenta a Lista de Verificação de Cirurgia Segura, a qual contempla uma série de itens que devem ser checados em etapas cruciais da cirurgia. Além de ser uma ferramenta que contribui para a melhor comunicação entre a equipe cirúrgica, auxilia no seguimento de forma sistemática dos protocolos de segurança do paciente. A não adesão a essa ferramenta já é condição para notificação, pois um item não preenchido pode resultar em incidente grave ao paciente cirúrgico³.

No Brasil, um dos aliados na promoção da cultura de segurança são os Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs), que atuam nas instituições de saúde para identificar riscos e falhas na assistência, contribuindo para o aprendizado e a melhoria dos processos assistenciais. Além disso, incentivam as notificações, com enfoque nas falhas como oportunidades de aprendizado. Nesse contexto, as notificações podem subsidiar as ações planejadas no âmbito da enfermagem no que tange à sistematização da assistência para minimização dos incidentes².

Nesse cenário, os Sistemas de Notificação de Incidentes (SNIs), como o Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária

(NOTIVISA), são considerados uma importante ferramenta em prol da segurança do paciente, pois são uma forma de relatar os incidentes relacionados à assistência em saúde e a queixas técnicas. Isso possibilita identificar riscos e falhas no cuidado, contribuindo para o aprendizado e melhoria nos processos assistenciais, mas o número real de eventos adversos detectáveis ainda é considerado baixo em virtude da subnotificação².

Diante disso, ressalta-se a importância de analisar bancos de dados disponíveis nos sistemas de notificação para que as instituições tenham um diagnóstico situacional, verificando o tipo de notificação, a prevalência e os fatores associados aos incidentes relacionados ao procedimento cirúrgico. Tal diagnóstico possibilitará a identificação de potenciais lacunas na assistência, contribuindo para a qualidade e a segurança do cuidado com o paciente cirúrgico.

O presente estudo apresenta a seguinte questão de pesquisa: qual a característica das notificações de assistência à saúde relacionadas a cirurgia em um hospital universitário público do Rio Grande do Sul?

OBJETIVO

Caracterizar as notificações de assistência à saúde relacionadas a cirurgia notificados em um hospital universitário do Rio Grande do Sul.

MÉTODO

Estudo transversal, desenvolvido em um hospital universitário público da Região Sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio do acesso ao banco de dados pertencentes ao Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (VIGIHOSP), em junho de 2023. O VIGIHOSP é um *software* institucional, no qual profissionais, pacientes e acompanhantes podem notificar situações de risco, falhas relacionadas à assistência à saúde e queixas técnicas.

Neste estudo, foram incluídas notificações relacionadas com cirurgia, registradas de agosto de 2014 a dezembro de 2022. O período inicial escolhido se justifica por ser o ano de implantação do VIGIHOSP na referida instituição.

Os dados foram organizados em planilha do programa Microsoft Excel® gerada pelo próprio VIGIHOSP. Nesta, as notificações foram agrupadas, contemplando variáveis relacionadas ao paciente, à notificação e ao incidente: sexo e raça do paciente, situação do paciente, especialidade cirúrgica, tipo de anestesia, data da notificação, local da notificação, características do incidente, se houve dano ao paciente, categoria profissional do notificador, classificação da notificação, tipo de incidente, classificação do incidente, local do incidente e fatores relacionados ao incidente.

Depois da conferência de erros e possíveis inconsistências, os dados foram analisados por meio do programa PASW Statistics® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago, USA) versão 18.0. As variáveis categóricas referentes aos dados demográficos e a caracterização dos incidentes foram descritos por meio de frequência absoluta (N) e relativa (%).

O projeto de pesquisa, contemplando todos os trâmites éticos e legais, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, do qual recebeu parecer favorável sob o código CAAE 52813121.6.0000.5346.

RESULTADOS

Foram identificadas 269 notificações relacionadas a cirurgia. Pelo registro duplicado, foram excluídas 11 delas, totalizando 258 analisadas.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das características demográficas e clínicas dos pacientes expostos a incidentes cirúrgicos, segundo dados coletados no VIGIHOSP.

Dentre as características demográficas, observou-se prevalência maior do sexo feminino (46,9%) e raça branca (58,5%). Porém, destaca-se o alto percentual de não preenchido na variável raça (34,1%).

Sobre o regime de atendimento, houve predomínio de pacientes internados (70,9%). Destacaram-se notificações relacionadas à cirurgia de ortopedia e traumatologia (38,7%), com percentuais iguais de bloqueio periférico e anestesia geral (26,8%).

A Tabela 2 apresenta a distribuição das características da notificação, segundo dados coletados no VIGIHOSP.

Quanto às características da notificação, em 2017 houve o maior número de notificações (20,5%), com predomínio de ocorrências no bloco cirúrgico (69%). Quanto à classificação da notificação, a maior ocorrência foi relacionada à cirurgia (58,1%), seguida do item “outros” (13,6%), que pode incluir a falta de exames pré-anestésicos e cardiológicos, equipe cirúrgica incompleta e falha de comunicação entre a equipe. Da categoria profissional do notificador, destacam-se os enfermeiros (63,6%) e os médicos assistentes (15,5%).

A Tabela 3 apresenta a distribuição das características do incidente, segundo dados coletados no VIGIHOSP.

Na Tabela 3, observou-se que, dentre as características do incidente, o maior percentual relacionou-se a materiais (24%), seguido de falhas no seguimento de rotinas institucionais/protocolo (22,1%) e condutas relacionadas à equipe cirúrgica (17%).

Quanto a danos aos pacientes relacionados ao incidente cirúrgico no período, 28,3% das notificações relataram que

Tabela 1. Distribuição das características demográficas e clínicas do paciente. Santa Maria (RS), 2014–2022. (n=258).

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	121	46,9
Masculino	108	41,9
Não preenchido	29	11,2
Raça		
Branca	151	58,5
Parda	13	5,1
Preta	6	2,3
Não preenchido	88	34,1
Regime de atendimento		
Internação/eletivo	183	70,9
Urgência/emergência	18	7,0
Ambulatorial	3	1,2
Não preenchido	37	14,3
Outro	17	6,6
Especialidade cirúrgica		
Ortopedia e traumatologia	100	38,7
Obstetrícia	28	10,8
Cirurgia geral	27	10,5
Plástica	15	5,8
Gastrointestinal	13	5,0
Urologia geral	10	3,9
Vascular	10	3,9
Cabeça e pescoço	8	3,1
Cardiologia	7	2,7
Oncológica	7	2,7
Cirurgia torácica	4	1,6
Coloproctologia	4	1,6
Neurocirurgia	3	1,2
Não preenchido	22	8,5
Anestesia		
Bloqueio	69	26,8
Geral	69	26,8
Geral + bloqueio	13	5,0
Sedação	7	2,7
Local	6	2,3
Não se aplica	94	36,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

eles não sofreram prejuízos, entretanto, uma (0,4%) referenciou óbito. Corroborando, no que se refere à classificação do incidente, houve predomínio de incidentes sem dano (57,8%), seguidos de potencial evento adverso (27,9%) e incidente com dano (11,6%).

Em relação ao local dos incidentes, predominou o bloco cirúrgico (69,4%), seguido do centro de materiais e esterilização (13,5%) e centro obstétrico (6,2%). Quanto ao tipo de incidente, destacaram-se aqueles relacionados

Tabela 2. Distribuição das características da notificação. Santa Maria (RS), 2014–2022. (n=258).

Variáveis	n	%
Ano		
2014	8	3,1
2015	12	4,7
2016	27	10,5
2017	53	20,5
2018	30	11,6
2019	47	18,2
2020	38	14,7
2021	24	9,3
2022	19	7,4
Local da notificação		
Bloco cirúrgico	178	69,0
Recepção/pré-anestesia	33	12,8
Recuperação/pós-anestesia	26	10,1
Residência do paciente	4	1,5
Não preenchido	17	6,6
Classificação da notificação		
Cirurgia	150	58,1
Artigo médico-hospitalar	29	11,2
Infecções relacionadas à assistência à saúde	19	7,4
Equipamento médico-hospitalar	10	3,9
Lesões de pele	7	2,7
Medicamento	4	1,5
Desabastecimento de tecnologias em saúde	2	0,8
Identificação do paciente	2	0,8
Outros*	35	13,6
Categoria profissional do notificador		
Enfermeiro(a)	164	63,6
Médico(a) assistente	40	15,5
Médico(a) residente	21	8,1
Médico(a) docente	16	6,2
Técnico(a) em enfermagem	8	3,1
Estudante	2	0,8
Não preenchido	1	0,4
Outro(a)†	6	2,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

*Falta de exames pré-anestésicos e cardiológicos, equipe cirúrgica incompleta e falha de comunicação entre a equipe cirúrgica; †Outros profissionais de saúde, como nutricionistas e fisioterapeutas.

Tabela 3. Distribuição das características do incidente. Santa Maria (RS), 2014–2022. (n=258).

Variáveis	n	%
Características do incidente		
Falha e/ou falta de materiais	62	24,0
Falhas no seguimento de rotinas institucionais/ protocolo	57	22,1
Condutas relacionadas à equipe cirúrgica	44	17,0
Risco de contaminação/infecção	35	13,6
Cirurgia cancelada/suspensa	19	7,4
Falhas e/ou falta de equipamentos	10	3,9
Lesões de pele decorrentes do posicionamento cirúrgico	10	3,9
Não preenchido	21	8,1
Houve dano ao paciente?		
Não	73	28,3
Em observação	47	18,2
Não sei informar	43	16,7
Prolongou a hospitalização	37	14,3
Não grave (não provocou ou prolongou a hospitalização)	32	12,4
Causou incapacidade temporária	10	3,9
Levou à internação	10	3,9
Causou incapacidade significativa ou persistente	5	1,9
Óbito	1	0,4
Classificação do incidente		
Incidente sem dano	149	57,8
Potencial evento adverso	72	27,9
Incidente com dano (evento adverso)	30	11,6
Não preenchido	7	2,7
Local do incidente		
Bloco cirúrgico	179	69,4
Centro de materiais e esterilização	35	13,5
Centro obstétrico*	16	6,2
Sala de recuperação anestésica	11	4,3
Pronto-socorro adulto†	8	3,1
Sala de recuperação intermediária	2	0,8
Unidade clínica cirúrgica/3º andar	1	0,4
Não preenchido	7	2,7
Tipo de incidente		
Artigo/equipamento médico-hospitalares	54	21,0
Gestão da clínica	46	17,8
Processo assistencial	35	13,6
Conduta/comportamento	24	9,3
Recurso/gestão organizacional	17	6,6
Incidente ao paciente	14	5,4
Documentação	14	5,4
Infecção hospitalar	7	2,7
Infraestrutura/edificações/recursos humanos	1	0,4
Medicamento/solução intravenosa	—	—
Sangue/hemocorpoentes	—	—
Nutrição, oxigênio/outros gases e vapores	—	—
Outros‡	46	17,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

*Sala de cesariana; †Procedimento cirúrgico na sala de emergência; ‡Incidente que não se enquadra nas opções disponíveis.

a artigo/equipamento médico-hospitalares (21%) e gestão da clínica (17,8%).

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos fatores relacionados ao incidente, segundo dados coletados no VIGIHOSP.

No que tange aos fatores externos, salientam-se os relacionados à tecnologia (23,6%), seguidos de infraestrutura (22,1%) e produtos (20,2%). Quanto aos relacionados aos profissionais e pacientes, destacaram-se a comunicação (57,4%) e o desempenho (48,1%).

Por fim, nos fatores referentes ao ambiente e a sistema, verificaram-se percentuais mais altos nos itens relacionados à cultura organizacional (58,1%), a protocolo/políticas/procedimentos (53,1%), organização da equipe (51,9%) e infraestrutura (36%).

DISCUSSÃO

Ao longo dos anos, os dados demonstram um decréscimo nas notificações, fenômeno que pode estar relacionado à redução de incidentes ou à subnotificação, por falta de difusão de informações sobre o *software* utilizado para processá-las ou ainda receio de punição.

A carência na oferta de atividades educativas periódicas aos profissionais sobre a importância de notificar pode dificultar a notificação de eventos por falta de conhecimento e/ou confiança da equipe e ainda medo de punição. Destaca-se que tal iniciativa permanece atrelada a uma cultura punitiva. Portanto, promover uma cultura de notificação não punitiva é essencial para que as taxas de subnotificação diminuam,

Tabela 4. Distribuição dos fatores relacionados ao incidente. Santa Maria (RS), 2014–2022. (n=258)

Distribuição de fatores relacionados ao incidente				
Variáveis	Sim		Não	
	n	(%)	n	(%)
Fatores externos				
Tecnologia	61	(23,6)	197	(76,4)
Infraestrutura	57	(22,1)	201	(77,9)
Produtos	52	(20,2)	206	(79,8)
Serviços	40	(15,5)	218	(84,5)
Meio ambiente	30	(11,6)	228	(88,4)
Sistemas/políticas	27	(10,5)	231	(89,5)
Não se aplica	75	(29,1)	183	(70,9)
Outros	1	(0,4)	257	(99,6)
Fatores relacionados aos profissionais e pacientes				
Comunicação	148	(57,4)	110	(42,6)
Desempenho	124	(48,1)	134	(51,9)
Doença	27	(10,5)	231	(89,5)
Fatores cognitivos, emocionais e sociais	2	(0,8)	256	(99,2)
Não se aplica	36	(14,0)	222	(86,0)
Outro	3	(1,2)	255	(98,8)
Fatores relacionados ao ambiente				
Infraestrutura	93	(36,0)	165	(64,0)
Distância entre os serviços	37	(14,3)	221	(85,7)
Riscos ambientais	26	(10,1)	232	(89,9)
Riscos legais	6	(2,3)	252	(97,7)
Não se aplica	83	(32,2)	175	(67,8)
Outro	1	(0,4)	257	(99,6)
Fatores do sistema				
Cultura organizacional	150	(58,1)	108	(41,9)
Protocolo/políticas/procedimentos	137	(53,1)	121	(46,9)
Organização da equipe	134	(51,9)	124	(48,1)
Carga de trabalho	74	(28,7)	184	(71,3)
Não se aplica	16	(6,2)	242	(93,8)

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

melhorando os indicadores da unidade de saúde, a fim de identificar as falhas e criar estratégias para reduzir os riscos ao paciente⁴.

No que tange à classificação, 13,6% das notificações foram classificadas na variável “outros”, tais como falta de exame pré-anestésico e cardiológico, equipe cirúrgica incompleta e falha de comunicação entre a equipe. O cuidado cirúrgico deve envolver uma equipe multidisciplinar que possibilite assistência integral ao paciente, tendo conhecimento de que a percepção da segurança difere entre as áreas disciplinares. Essa diversidade de percepções e ações dos profissionais precisa ser articulada para garantir harmonia na assistência cirúrgica, o que requer comunicação efetiva, além de exames, avaliações e orientações no pré-operatório, ações imprescindíveis para o seguimento do procedimento anestésico-cirúrgico⁵. O estudo destacou que o enfermeiro foi o profissional que mais notificou EAs, corroborando outro estudo que identificou os enfermeiros como responsáveis por 70,6% das notificações².

A enfermagem é a categoria profissional responsável pelo cuidado direto do paciente, além de participar de todas as etapas da cirurgia e registrar os cuidados prestados e as notificações sobre assistência à saúde. No entanto, todas as categorias profissionais da área da saúde podem notificar circunstâncias de risco ou incidentes. Nesse intuito, é imprescindível a cooperação entre a equipe multiprofissional, tendo em vista que a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem e o acúmulo de funções dos enfermeiros contribui para fragilidades na segurança do paciente⁶.

Em relação às características do incidente, destacam-se as relacionadas a materiais, por exemplo, equipamentos molhados, contaminados, incompletos, quebrados, com lacre aberto e falta de material. Essas intercorrências podem interferir diretamente na qualidade e na segurança assistencial, uma vez que os enfermeiros de BC são responsáveis por prevenir, prover, implementar e avaliar os materiais, bem como controlar a qualidade destes. Além disso, esses profissionais compõem os recursos humanos necessários para cirurgias.

Essa relação entre problemas estruturais e processo de trabalho acaba interferindo na qualidade da assistência e no desempenho dos serviços de saúde, propiciando incidentes⁷.

Quanto a dano ao paciente, evidenciou-se que 28,3% não sofreram nenhum dano decorrente do incidente, entretanto, 14,3% dos incidentes aumentaram o tempo de internação e, conseqüentemente, os custos com tratamento. Estudos internacionais sugerem que os EAs cirúrgicos são comuns e representam de dois a três quartos de todos os danos relacionados aos cuidados em saúde. Em contraste com os EAs vivenciados por

pacientes não cirúrgicos, aqueles decorrentes de procedimentos cirúrgicos tendem a causar prejuízos mais graves, levando a internações hospitalares prolongadas, necessidade de novas intervenções médicas, incapacidades permanentes e óbitos, além disso, aumentam significativamente as despesas com tratamento^{8,9}.

No que se refere ao tipo de incidente, a maior prevalência foi relacionada a artigos médico-hospitalares (21%), diferentemente de estudo que analisou incidentes ocorridos em clínica cirúrgica de um hospital universitário de Goiânia (GO), o qual constatou que a maioria dos incidentes e EAs registrados foram relacionados ao procedimento/processo clínico¹⁰.

Os artigos médico-hospitalares são definidos como qualquer instrumento, equipamento, material ou artigo similar utilizados para diversas finalidades médicas (diagnóstico, prevenção, monitoramento, tratamento, alívio etc.), devendo ser seguros, não comprometer o quadro clínico, tampouco a segurança dos pacientes¹¹.

No Brasil, a tecnovigilância é de responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que recebe as queixas técnicas relacionadas aos artigos médico-hospitalares comercializados. Dessa forma, o órgão incentiva a notificação das inconformidades durante o uso desses materiais para identificar defasagens na sua gestão de qualidade¹².

A respeito dos fatores que tiveram contribuição para o desfecho do incidente, destaca-se a cultura organizacional (58,1%). Estudo que procurou descrever as dificuldades enfrentadas por enfermeiros na gestão de segurança no BC evidenciou conflitos interpessoais entre a equipe (38,3%), ausência de suporte organizacional (35,8%) e envolvimento da equipe na aplicação da lista de verificação de cirurgia segura (25,8%)⁶ como principais obstáculos.

Implementar protocolos e ferramentas de gestão da segurança com base no princípio não punitivo encoraja os profissionais a notificar os incidentes como uma maneira efetiva e eficaz de instigar uma cultura de segurança positiva, procurando sempre oferecer mais segurança na assistência à saúde. Além disso, os gestores das instituições devem investir em capacitações e cursos a respeito da temática como forma de garantir educação permanente aos profissionais e fortalecer a cultura de segurança do paciente¹³.

Por ser um estudo epidemiológico transversal, com dados de notificações voluntárias de um sistema eletrônico, há limitações na generalização dos resultados, pois não se descarta a possibilidade de subnotificações de incidentes.

Embora as notificações voluntárias sejam bastante difundidas mundialmente, sendo um dos métodos mais úteis para gerar mudanças comportamentais que permitam o aprendizado

com os próprios erros e a melhoria da qualidade e da segurança do cuidado com o paciente cirúrgico, a falta de informações nas notificações sobre itens, como a caracterização dos pacientes (sexo, raça, regime de atendimento e especificidade cirúrgica), e dos incidentes foram fatores limitantes para caracterizar as notificações.

Nesse sentido, as variáveis apresentadas nas tabelas são as opções disponíveis no *software* para o notificador assinalar, assim se percebe que o *software* não apresenta detalhamento de algumas variáveis, por exemplo, a aba “Tipo de incidente”, descrita na Tabela 3, que não permite ao notificador escrever sobre o fato, dificultando a interpretação dos resultados.

CONCLUSÃO

O estudo identificou 258 notificações relacionadas ao processo cirúrgico, os resultados revelam a necessidade de atenção dos gestores das instituições quanto à logística e ao controle de qualidade dos equipamentos e dos materiais necessários para uma assistência à saúde de qualidade e segura, assim como evidenciam a relação direta e dependente entre o BC e o centro de materiais e esterilização para garantir os procedimentos cirúrgicos.

As evidências contribuem para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho em saúde e enfermagem no BC, visto que se configuram como indicadores do resultado da assistência. Elas poderão direcionar as ações de gestores para implantar melhores práticas em busca de aperfeiçoar a qualidade da assistência e garantir a segurança do paciente cirúrgico.

Destaca-se a importância de realizar pesquisas que abordem os incidentes relacionados ao procedimento

anestésico-cirúrgico no intuito de reconhecer lacunas no cuidado e promover melhorias nos processos assistenciais no que diz respeito à segurança do paciente cirúrgico. Além disso, sugerem-se estudos que auxiliem no planejamento e na construção de indicadores e ferramentas que possam ser implementadas na prática e que contribuam para melhorias no cuidado perioperatório.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Fomento Bolsa Produtividade CNPq processo nº 314558/2023-3.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

GDC: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Investigação, Metodologia, Recursos, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição, Validação, Visualização. CZPG: Análise formal, Investigação, Redação – revisão e edição, Software, Visualização. GMRC: Análise formal, Investigação, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição, Supervisão, Visualização. TSBSM: Administração do projeto, Análise formal, Metodologia, Recursos, Redação – revisão e edição, Software, Supervisão, Validação, Visualização.

REFERÊNCIAS

1. Meneses KS, Duarte GF, Santos AM, Pereira APM, Ribeiro ABMA, Soares JVS, et al. Eventos adversos relacionados à segurança do paciente no centro cirúrgico. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. 2023;9(5):3237-45. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i5.10112>
2. Furini ACA, Nunes AA, Dallora MELV. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180317. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>
3. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) [Internet]. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009 [acessado em 12 set. 2023]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf
4. Teodoro RFB, Silva AS, Carreiro MA, Bilio RL, Paula DG. Adverse event notification analysis through patient safety culture research. *R Pesq Cuid Fundam Online*. 2020;12:463-70. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.8521>
5. Borchhardt SVB, Rodrigues S, Silva SMS, Calvette AM, Rangel RF, Siqueira HCH. Gestão do cuidado para segurança do paciente no centro cirúrgico: contribuições do enfermeiro. *Res Soc Dev*. 2022;11(6):e25711629075. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29075>

6. Gutierrez LS, Menegon FHA, Lanzoni GMM, Silva RM, Lopes SG, Santos JLG. Dificuldades de enfermeiros na segurança do paciente em centro cirúrgico: estudo exploratório. *Online Braz J Nurs.* 2020;19(4). Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206438>
7. Gomes ET, Santos RI, Lopes MGS, Souza CRA, Adelino SDVN, Monteiro EMLM, et al. Integridade e funcionalidade dos instrumentais cirúrgicos de um hospital público universitário: estudo prospectivo. *Rev SOBECC.* 2024;29:E2429935. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202429935>
8. Decormeille G, Maurer-Maouchi V, Mercier G, Debock S, Lebrun C, Rouhier M, et al. Adverse events in intensive care and continuing care units during bed-bath procedures: the prospective observational NURSIng during critical care (NURSIE) study. *Crit Care Med.* 2021;49(1):e20-e30. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004745>
9. Tanaka K, Eriksson L, Asher R, Obermair A. Incidence of adverse events, preventability and mortality in gynaecological hospital admissions: a systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2019;59(2):195-20. <https://doi.org/10.1111/ajo.12937>
10. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Azevedo Filho FM. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(3):256-62. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000300009>
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Princípios essenciais de segurança e desempenho de dispositivos médicos e dispositivos médicos para diagnóstico in vitro [Internet]. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde; 2022 [acessado em 14 out. 2023]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56713>
12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de tecnovigilância: uma abordagem sob ótica da vigilância sanitária [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [acessado em 20 out. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/monitoramento/tecnovigilancia/manual-tecnovigilancia-2021-v4.pdf/view>
13. Fernandes ARRA, Fassarella CS, Camerini FG, Henrique DM, Nepomuceno RM, Silva RFA. Cultura de segurança no centro cirúrgico: uma revisão integrativa. *Rev Eletr Enferm.* 2021;23:65437. <https://doi.org/10.5216/ree.v23.65437>