

Incidentes notificados no cuidado obstétrico de um hospital público e fatores associados

Reported incidents in obstetric care of a public hospital and associated factors

Lia Esther Corrêa de Paula Neiva^{1,*} 

Ângela Ferreira Barros^{II} 

Aline Mizusaki Imoto^{II} 

Leila Bernarda Donato Gottens^{II} 

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente busca reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Em relação à assistência materna e neonatal, a qualidade e segurança também têm ocupado a agenda das políticas públicas brasileiras de forma intensa como estratégia para redução da morbimortalidade perinatal. **Objetivo:** Analisar os incidentes relacionados ao cuidado obstétrico notificados em um hospital público segundo o perfil das mulheres envolvidas e fatores associados aos eventos adversos graves. **Método:** Estudo transversal e retrospectivo, com incidentes registrados no sistema de notificação de incidentes de um hospital público do Distrito Federal especializado em atenção materna e infantil, entre 2015 e 2017. Para avaliar os fatores associados aos eventos adversos graves, foi utilizada a regressão logística em um modelo simples, com subseqüente ajuste das variáveis em um modelo múltiplo. **Resultados:** Foram notificados 114 incidentes, sendo que 104 ocorreram com pacientes e resultaram em danos leves (16,7%), moderados (32,5%) e graves (24,5%), com 4,8% de óbitos relacionados ao incidente. A maioria dos incidentes ocorreu durante o dia (75,3%), no centro obstétrico (51,7%), por notificação de enfermeiros (57,0%) e foram relacionados aos procedimentos de assistência à saúde (48,3%). Os eventos adversos graves apresentaram maior chance de ocorrer no centro obstétrico (OR = 3,86; IC95% 1,26-11,84) e no período noturno (OR = 3,37; IC95% 1,16-9,75). **Conclusões:** A maioria dos incidentes causou dano moderado ou grave às pacientes. Os eventos graves apresentaram maior chance de ocorrer no centro obstétrico e no período noturno.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente; Gestão de Risco; Erros Médicos; Saúde da Mulher; Qualidade da Assistência à Saúde

ABSTRACT

Introduction: Patient safety seeks to reduce, to an acceptable minimum, the risk of unnecessary harm associated with health care. Regarding maternal and neonatal care, quality and safety have also occupied the agenda of Brazilian public policies intensively as a strategy for reducing perinatal morbidity and mortality. **Objective:** To analyze the incidents related to obstetric care reported in a public hospital according to the profile of the women involved and factors associated with serious adverse events. **Method:** A cross-sectional, retrospective study with incidents recorded in the Incident Reporting System of a public hospital in Federal District specialized in maternal and child care between 2015 and 2017. A logistic regression in one model, with subsequent adjustment of variables in a multiple model, was used to evaluate the factors associated with severe adverse events. **Results:** A total of 114 incidents were reported, of which 104 occurred in patients and resulted in mild (16.7%), moderate (32.5%) and severe (24.5%) injuries, with 4.8% of deaths related to the incident. The majority of the incidents occurred during the day (75.3%), in the Obstetric Center (51.7%), were notified by nurses (57.0%) and were related to health care procedures (48.3%). Serious adverse events were more likely to occur at the Obstetric Center (OR = 3.86, 95%CI 1.26-11.84) and at night (OR = 3.37, 95%CI 1.16-9.75). **Conclusions:** Most incidents caused moderate or severe damage to patients. Serious events were more likely to occur at the Obstetric Center and at night.

KEYWORDS: Patient Safety; Risk Management; Medical Errors; Women's Health; Quality of Health Care

^I Hospital Materno-Infantil de Brasília (HMIB), Brasília, DF, Brasil

^{II} Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil

* E-mail: liaesther@gmail.com



INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um tema discutido mundialmente desde a publicação do relatório do *Institute of Medicine* (IOM) denominado *To Err is Human: Building a Safer Health System* em 1999. Entre as várias repercussões, o documento evidenciou o impacto das taxas de mortalidade e do prolongamento do tempo de internação hospitalar¹. Constitui-se como um importante componente da qualidade da assistência à saúde e é definida como a prevenção, a melhoria e a correção dos resultados adversos ou das lesões provenientes do processo assistencial, com apoio aos pacientes e aos profissionais envolvidos^{2,3}.

No Brasil, O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído, mediante a publicação pelo Ministério da Saúde da Portaria n° 529, de 1° de abril de 2013 e da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) n° 36, de 25 de julho de 2013, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde. Por meio desses documentos normativos, foi determinada a obrigatoriedade de criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) em todas as instituições de cuidados hospitalares^{4,5}.

Uma relevante competência do NSP é a vigilância de incidentes relacionados à assistência à saúde e notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Esse registro deve ser realizado no módulo específico do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa).

Para este propósito, os formulários ou sistemas de notificações de incidentes (SNI) são importantes ferramentas dos NSP, os quais devem ser criados nos serviços de saúde, baseados na construção de uma cultura em que pacientes, profissionais e gestores possam compreender os fatores de risco envolvidos na assistência, bem como elaborar estratégias para evitar a repetição do incidente^{6,7}.

As notificações analisadas colaboram para a identificação de oportunidades de melhorias no desenvolvimento de uma cultura de segurança^{8,9}. Os dados gerados por estes sistemas se constituem em elemento para a produção de informações que subsidiam ações corretivas e preventivas para uma assistência mais segura⁶.

A segurança do paciente busca reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Incidente de segurança do paciente é o evento ou circunstância que possa ter ou não resultado em dano desnecessário ao paciente. Aqueles incidentes que causaram danos decorrentes do cuidado são denominados de eventos adversos (EA) e podem aumentar o tempo de permanência do paciente ou resultar em uma incapacidade presente no momento da alta hospitalar^{4,7}.

O EA é classificado segundo a presença de dano evitável podendo ser considerado: EA leve, quando o paciente apresenta sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem

intervenção ou com intervenção mínima; EA moderado, quando é necessária alguma intervenção suplementar ou adicional, com prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo; e EA grave, quando é necessária uma grande intervenção médico/cirúrgica para salvar a vida ou porque houve grandes danos permanentes ou em longo prazo, perturbação/risco fetal ou anomalia congênita; óbito causado ou antecipado pelo EA¹⁰.

Em relação à assistência materna e neonatal, a qualidade e segurança também têm ocupado a agenda das políticas públicas brasileiras de forma intensa como estratégia para redução da morbimortalidade perinatal^{3,5}.

O EA no cuidado à maternidade é frequentemente evitável e os custos do cuidado são crescentes no mundo, assim como os litígios decorrentes dos danos assistenciais^{11,12}.

É fundamental compreender o problema em abordagens diferentes, o que possibilitaria intervenções adequadas para a redução de mortes e danos desnecessários¹³.

Para aumentar o conhecimento sobre a ocorrência de incidentes, com ou sem danos em obstetrícia, é necessário o uso de outras tecnologias da informação e ferramentas analíticas, como os indicadores de segurança obstétrica, sessões clínicas ou sistemas de notificação. A detecção das características do EA possibilita desenvolver estratégias destinadas a preveni-los ou mitigar o impacto de eventos imprevisíveis, bem como construir um modelo sustentável para melhorar o atendimento e a segurança do paciente^{14,15}.

No Distrito Federal, os estudos sobre as complicações do ciclo gravídico-puerperal são escassos¹⁶. Assim, conhecer incidentes relacionados ao cuidado obstétrico é uma importante ferramenta que pode contribuir para intervenção na assistência relacionada, a fim de tornar o cuidado mais seguro, o que justifica a execução do presente estudo.

Diante disso este artigo teve como objetivo analisar os incidentes relacionados ao cuidado obstétrico notificados em um hospital público segundo o perfil das mulheres envolvidas e fatores associados aos EA graves.

MÉTODO

O estudo é do tipo transversal e retrospectivo. Foi realizado em um hospital público do Distrito Federal, referência para atendimento de alto risco gestacional, especializado na atenção materna e infantil.

A população foi composta pela totalidade de notificações de incidentes relacionados ao cuidado obstétrico referente aos casos relacionados ao período de gestação, parto e até 42 dias após o término da gestação registrados no período de 1° de janeiro de 2015 a 30 de junho de 2017.



As notificações foram coletadas no Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), através do SNI, e as informações complementares foram colhidas nos prontuários eletrônicos das pacientes envolvidas. O NQSP foi instituído em novembro de 2013 e o SNI consiste em um formulário eletrônico disponível para profissionais, usuários e familiares, implantado desde outubro de 2014. O formulário eletrônico de notificação após ser preenchido pelo notificador com as informações básicas sobre o incidente observado é enviado ao NQSP para análise e, quando as informações apresentam a descrição de danos graves, elas são objeto de plano de ação.

As variáveis que constam no formulário de notificação e que foram extraídas e analisadas neste estudo foram: data do incidente, data da notificação, local e turno de ocorrência do incidente, identificação da paciente envolvida (nome, data de nascimento e número de prontuário), descrição do incidente e categoria profissional do notificador. Incluíram-se também o tipo, o subtipo e a classificação do incidente, bem como a ocorrência ou não de danos à paciente, os quais foram confirmados nos prontuários.

Foram calculados os percentuais de mulheres envolvidas em EA notificados, segundo o número de mulheres atendidas por ano. Os incidentes analisados foram categorizados em tipos, conforme a classificação realizada no Notivisa.

A organização do banco de dados foi realizada no sistema Excel® versão 15.26. Para análise dos dados, foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS®), versão 25.0. Na análise descritiva, foi realizada a distribuição percentual das variáveis qualitativas e medidas de tendência central e dispersão das variáveis quantitativas. Para avaliar os fatores associados aos EA graves, essa variável foi considerada como dependente e foi categorizada como “sim”, quando EA com dano grave, e “não”, quando incidente EA com dano leve e moderado.

Como variáveis independentes foram analisadas a idade (< ou \geq 35 anos) diante de associação da morbidade materna grave entre as mulheres com idade \geq 35 anos¹⁷, dias de internação (\leq ou $>$ 4 dias) devido ao tempo médio de internação de 4 dias por partos cesárea de alto risco³ e os EA terem ocasionado mais dias de internação em estudo prévio¹⁸, local de ocorrência do incidente (sim: centro obstétrico - CO; não: enfermaria e Unidade de Terapia Intensiva) e turno da ocorrência (diurno e noturno), por se considerar as variações nos processos de trabalho, conforme setor e horário, e a possível relação disso com os EA.

Para se estimar a associação entre as variáveis dependentes e independentes em um estudo transversal, optou-se por buscar a razão de chances ou *odds ratio* (OR) em vez da razão de prevalência tendo em vista que um estudo prévio não observou grandes diferenças numéricas entre ambos e também pela variável dependente não apresentar alta prevalência¹⁹.

Inicialmente foi realizado um modelo simples de regressão logística para analisar as variáveis independentes associadas

à variável dependente com o teste qui-quadrado. Em seguida foram ajustadas em um modelo múltiplo de regressão logística (*stepwise forward*) as variáveis independentes que apresentaram $p < 0,25$ no modelo simples¹⁴. Permaneceram no modelo múltiplo as variáveis com $p < 0,05$. Todas as medidas de associação foram estimadas com seus respectivos intervalos de confiança 95%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sob o número 1.907.907.

RESULTADOS

No período estudado, houve 9.323 partos, 48,6% partos cesáreas e 51,3% partos normais, com média de 310 partos/mês e 3.729 partos/ano. Foram notificados 114 incidentes no período, dos quais 104 envolveram pacientes, equivalendo a 1,1% do total de mulheres atendidas no período. Os outros dez incidentes foram circunstâncias notificadas com potencial risco de EA, porém não atingiram nenhuma paciente, por isso a discrepância entre o número de pacientes e o de incidentes no estudo.

Observou-se que as mulheres envolvidas nas 20 notificações de EA do ano de 2015 representaram 0,4% do total de mulheres atendidas; as 52 notificações realizadas em 2016 foram equivalentes a 1,3% do total de mulheres atendidas; e as 42 notificações realizadas no primeiro semestre de 2017 corresponderam a 2,8% do número de mulheres atendidas no mesmo período.

Elas apresentaram a média de idade de 28,2 anos (\pm 7,6 anos), variando entre 16 e 44 anos. A faixa etária mais frequente foi de 20 a 34 anos (54,8%). O tempo médio de internação foi de 14 dias (\pm 16,4 dias), com mínimo de um e máximo de 79 dias de internação. A maioria era nulípara (53,5%), estava com gestação pré-termo (< 37 semanas) e estava internada para realizar ou por ter realizado parto cesárea (49,0%) (Tabela 1).

Dos incidentes notificados e analisados neste estudo, a maioria apresentou danos (73,7%), dentre eles 57,0% com danos classificados como moderados e graves. O local de maior ocorrência foi o CO (51,7%). O enfermeiro foi o profissional responsável pela maioria das notificações (57,0%). A maior parte dos EA ocorreu no período diurno (75,3%) (Tabela 2).

A maioria deles foi relacionada a procedimentos de assistência à saúde (48,3%) e infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) (20,1%). Entre os desfechos, 61,0% das pacientes tiveram alta, 21,1% foram transferidas e 8,8% foram a óbito. Dos dez óbitos identificados, cinco foram relacionados com os incidentes notificados.

No modelo simples da regressão logística, observou-se associação estatisticamente significativa entre a ocorrência do EA com dano grave e o CO como local do evento ($p = 0,002$) e o turno noturno ($p = 0,013$) (Tabela 3). Essas variáveis permaneceram associadas ao EA com dano grave no modelo de regressão logística múltiplo, apontando três vezes mais chance desse evento ocorrer durante o período noturno e no CO (Tabela 4).



Tabela 1. Características das 104 pacientes envolvidas nos incidentes notificados relacionados ao cuidado obstétrico. Brasília-DF, 2017.

Variável	Categoria	N	(%)
Faixa etária	≤ 19 anos	19	18,3
	20 a 34 anos	57	54,8
	≥ 35 anos	28	26,9
Número de gestações	Primeira gestação	32	30,8
	Duas ou três gestações	41	39,4
	Mais de três gestações	25	24,0
	Sem registro	6	5,8
Número de partos vaginais	Nulípara	53	51,0
	Primípara	25	24,0
	Multipara	21	20,2
	Sem registro	5	4,8
Número de partos cesáreas	Nenhuma cesárea	67	64,4
	Uma ou mais cesáreas	30	28,8
	Sem registro	7	6,7
Número de abortos	Nenhum aborto	67	64,4
	Um ou mais abortos	31	29,8
	Sem registro	6	5,8
Idade gestacional em semanas	< 22	10	9,6
	22 a 31	9	8,7
	32 a 36	29	27,9
	37 a 41	43	41,3
	Sem registro	13	12,5
Motivo da internação	Parto vaginal	35	33,7
	Parto cesárea	51	49,0
	Aborto	8	7,7
	Gestação	10	9,6
Desfecho da paciente	Alta	70	67,3
	Transferência	24	23,1
	Óbito	10	9,6
Óbito relacionado ao incidente	Sim	5	4,8
	Não	99	95,1

Tabela 2. Características dos 114 incidentes notificados relacionados ao cuidado obstétrico. Brasília-DF, 2017.

Variável	Categoria	N	(%)
Classificação do incidente	Incidente sem dano	30	26,3
	Evento adverso com dano leve	19	16,7
	Evento adverso com dano moderado	37	32,5
Local de ocorrência do incidente	Evento adverso com dano grave	28	24,6
	Centro obstétrico	59	51,8
	Enfermaria	20	17,5
Notificador do incidente	Unidade de terapia intensiva	35	30,7
	Enfermeiro	65	57,0
	Técnico de enfermagem	35	30,7
	Farmacêutico	5	4,4
Turno de ocorrência do incidente	Médico	7	6,1
	Paciente	2	1,8
	Diurno	73	64,0
Tipo de incidente	Noturno	24	21,1
	Sem registro	17	14,9
	Relacionado a procedimento de assistência à saúde	55	48,2
Subtipo de incidente	Relacionado a procedimento cirúrgico	27	23,7
	Incidente relacionado a medicamento	21	18,4
	Relacionado a artigo ou equipamento médico-hospitalar	11	9,6
Subtipo de incidente	Infeção relacionada à assistência à saúde	23	20,2
	Queixa técnica	21	18,4
	Lesão evitável durante prestação de cuidados	15	13,2
	Morbidade materna grave	12	10,5
	Incidente relacionado à medicação	12	10,5
	Prática de parto não recomendada	6	5,3
	Relacionado a ambiente e processos	6	5,3
	Lesão por pressão e quedas	6	5,3
	Falhas de identificação	5	4,4
	Outros	8	7,0

Tabela 3. Distribuição das ocorrências de evento adverso grave e associação com características das pacientes e incidentes notificados. Brasília-DF, 2017.

Variável	Categoria	Evento adverso com dano grave			p	OR	IC95%
		Não N (%)	Sim N (%)				
Idade	< 35 anos	57 (54,8)	19 (18,3)	-	1,00	-	
	≥ 35 anos	19 (18,3)	9 (8,7)	0,467	1,42	0,55-3,67	
Dias de internação	≤ 4 dias	25 (24,0)	8 (7,7)	-	1,00	-	
	> 4 dias	51 (49,0)	20 (19,2)	0,675	1,23	0,47-3,17	
Centro obstétrico	Não	49 (43,0)	6 (5,3)	-	1,00	-	
	Sim	37 (32,5)	22 (19,3)	0,002	4,86	1,79-13,18	
Turno de ocorrência	Diurno	61 (62,9)	12 (12,4)	-	1,00	-	
	Noturno	14 (14,4)	10 (10,3)	0,013	3,63	1,31-10,08	

OR - odds ratio; IC - intervalo de confiança; p - p valor.



Tabela 4. Variáveis associadas à ocorrência de evento adverso com dano grave no modelo múltiplo de regressão logística. Brasília-DF, 2017.

Variável	Categoria	OR _{ajustado}	IC95%	p
Centro obstétrico	Não	1,00	-	-
	Sim	3,86	1,26-11,84	0,018
Turno de ocorrência	Diurno	1,00	-	-
	Noturno	3,37	1,16-9,75	0,025

OR - odds ratio; IC - intervalo de confiança; p - p valor.

DISCUSSÃO

A maioria dos incidentes notificados no cuidado obstétrico causou dano às pacientes e mais da metade foram classificados como moderado ou grave, inclusive com evolução para óbito em alguns casos. Os eventos com danos graves apresentaram mais chance de ocorrer no CO e no período noturno.

Apesar de ter sido verificado um aumento no número de notificações ao longo do período estudado, as notificações analisadas neste estudo seguramente não representam a totalidade dos incidentes ocorridos no período. Isso porque se estima que, no mundo, ocorram anualmente 421 milhões de internações, com cerca de 42,7 milhões de incidentes com dano²⁰.

Em estudo retrospectivo realizado na Espanha, encontrou-se uma incidência de 3,6% de ocorrência de EA relacionados à assistência obstétrica¹². No Brasil, estudo realizado em um hospital geral encontrou 3,3% de incidentes notificados entre os internados²¹. Em uma coorte retrospectiva de 2017, foi encontrada, por busca ativa, a incidência de 7,2% de condições adquiridas²². Esses dois estudos ocorreram em serviços acreditados com sistemas de gestão da qualidade. A variação das estimativas de EA pode ser explicada pelos diferentes métodos de identificação de incidentes, a forma de extração de dados, a racionalidade para detecção, definição e confirmação do incidente²³. Ainda assim acredita-se em subnotificação dos incidentes no presente estudo, o que demonstra a necessidade de intensificar esforços para fortalecer a cultura de segurança na instituição pesquisada.

As pacientes envolvidas nas notificações permaneceram internadas por um período mais longo do que o tempo médio de permanência para partos de gestantes de alto risco por via vaginal (3,2 dias) ou por cesárea (4,2 dias) no Sistema Único de Saúde (SUS)³. Em estudo retrospectivo realizado no Rio de Janeiro, o EA evitável foi responsável por 373 dias adicionais de internação na população estudada, que consistia em pacientes adultos internados em hospitais gerais, hospitais públicos e hospitais de ensino durante o ano de 2003¹⁸. Em análise retrospectiva, com busca ativa de incidentes, realizada na Espanha, foi demonstrado que 36,7% das ocorrências de EA prolongaram a internação da mulher¹¹.

Entretanto, não foi verificada associação entre maior tempo de internação e a ocorrência de EA grave, o que pode ser explicado pela limitação do estudo, que incluiu somente dados de pacientes que foram envolvidas em incidentes.

A maioria dos incidentes notificados foi relacionada a procedimentos de assistência à saúde. Quanto ao subtipo de incidente,

as infecções relacionadas à assistência à saúde foram as mais prevalentes. Resultados semelhantes foram observados na Espanha, onde os EA relacionados ao cuidado obstétrico mais frequentes foram os que envolviam intervenções cirúrgicas ou procedimentos de saúde¹⁴.

Os procedimentos realizados no cuidado obstétrico, em especial os mais complexos e consequentemente os de maior risco, são executados no CO e esse pode ser o motivo para que se tenha verificado associação entre esse local e a ocorrência de EA com dano grave. Entretanto, não é possível descartar a possibilidade de fragilidades no processo de trabalho desse setor terem favorecido EA com dano grave. São indicados novos estudos envolvendo essas variáveis para avaliação dessa hipótese.

Em relação ao turno de ocorrência dos incidentes neste estudo, observou-se a predominância do período diurno assim como em outros estudos, provavelmente pela maior frequência de procedimentos^{8,21,24}. Todavia, observou-se que os danos graves tiveram três vezes mais chances de acontecerem no turno noturno, sugerindo aos gestores maior atenção aos trabalhadores desse turno para avaliar se a carência de treinamentos ou a existência de peculiaridades da organização possa ter relação com a ocorrência de EA nesse turno.

Sobre os incidentes notificados com desfecho óbito, o presente estudo apresentou percentual maior do que o encontrado em estudo nacional com dados do Notivisa (0,6%)²⁵. Sendo que no Notivisa os dados são referentes à população geral notificada, diferente da população estudada nesse estudo, que se limita a mulheres em cuidado obstétrico. Os registros das investigações dos casos que resultaram em óbito no Notivisa são escassos, o que pode dificultar a associação do óbito ao EA²⁵.

O profissional que mais notificou foi o enfermeiro, resultado semelhante a outros estudos sobre notificações de incidentes^{9,24,26}. Apesar de apenas duas notificações terem sido realizadas pelos pacientes neste estudo, é válido ressaltar a importância do relato dos incidentes pelos pacientes, auxiliando no desenvolvimento da cultura de segurança²⁷, realidade já verificada em estudo norueguês²⁸. O envolvimento do paciente e da família oferece um caminho promissor para os cuidados de saúde de melhor qualidade, cuidados mais eficientes e melhorias na saúde da população²⁹.

Por ser um estudo retrospectivo e somente com dados de incidentes notificados, há limitações na generalização dos resultados bem como na associação entre as variáveis devido ao desenho do tipo transversal limitar a compreensão da relação de causa e efeito. Todavia, a análise dos dados oriundos de notificações



voluntárias de incidentes possibilita o aperfeiçoamento dos instrumentos, bem como contribui para a tomada de decisões institucionais em prol da melhoria da qualidade e da segurança do cuidado materno e infantil.

CONCLUSÕES

Na análise dos incidentes notificados no período, observou-se que a maioria se caracterizou como EA por terem causado danos às mulheres e, destes, mais da metade foram classificados como moderado ou grave com evolução para óbito em alguns casos. Observou-se também que os EA graves têm mais chance de ocorrer no CO e no período noturno, evidenciando a importância da instituição em implementar estratégias de melhoria

nesse setor, como protocolos assistenciais, definição de fluxos de atendimento e educação continuada, analisando o motivo de ocorrerem danos mais graves nesse turno e como prevenir essas ocorrências. Ademais os resultados indicaram relevância da notificação que, associada à compreensão, análise e investigação desses casos, gera conhecimento dos fatores contribuintes dos incidentes e possibilitam planos de ação e intervenções efetivas para a melhoria do cuidado.

Sugerem-se outros estudos que possibilitem a estimação dos incidentes obstétricos por meio de busca ativa e uso de metodologias sistemáticas para promover uma compreensão real da ocorrência de EA e dos fatores relacionados, possibilitando melhoria contínua na assistência obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson S. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy; 2000.
2. Marcolin AC. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015;37(10):441-5. <https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005472>
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2014.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente. *Diário Oficial União.* 2 abr 2013.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2014.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Resolução RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial União.* 26 jul 2013.
7. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(2):277-83. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013>
8. Bica TFS, Wegner W, Gerhardt LM, Predebon CM, Pedro ENR, Breigeiron MK. Características dos incidentes de segurança do paciente notificados em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Enferm UFPE.* 2017;11(Supl 10):4206-16. <https://doi.org/10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201726>
9. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03243. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>
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: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2015.
11. Pettker CM, Thung SF, Lipkind HS, Illuzzi JL, Buhimschi CS, Raab CA et al. A comprehensive obstetric patient safety program reduces liability claims and payments. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;211(4):319-25. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.04.038>
12. Draycott T, Sagar R, Hogg S. The role of insurers in maternity safety. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2015;29(8):1126-31. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.07.002>
13. Reis LGC. Eventos adversos durante o trabalho de parto e o parto em serviços obstétricos: desenvolvimento e aplicação de método de detecção [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
14. Aibar L, Rabanaque MJ, Aibar C, Aranaz JM, Mozas J. Patient safety and adverse events related with obstetric care. *Arch Gynecol Obstet.* 2015;291(4):825-30. <https://doi.org/10.1007/s00404-014-3474-3>
15. Olson R, Garite TJ, Fishman A, Andress IF. Obstetrician/gynecologist hospitalists: can we improve safety and outcomes for patients and hospitals and improve lifestyle for physicians? *Am J Obstet Gynecol.* 2012;207(2):81-6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.06.045>
16. Magalhães DMS. Morbidade materna near miss na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal [tese]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2017.
17. Silva JMP, Fonseca SC, Dias MAB, Izzo AS, Teixeira GP, Belfort PP. Conceitos, prevalência e características da morbidade materna grave, near miss, no Brasil: revisão sistemática. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2018;18(1):37-65. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000100002>
18. Mendes W, Pavão ALP, Martins M, Moura MLO, Travassos C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev Assoc Med Bras.* 2013; 59(5):421-28.



19. Francisco PMSB, Donalísio MR, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Godbaum M. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(3):347-55. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000300002>
20. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(10):809-15. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001748>
21. Figueiredo ML, Silva CSO, Brito MFSF, D’Innocenzo M. Analysis of incidents notified in a general hospital. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):111-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0574>
22. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB. Anuário de segurança do paciente 2017. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2017.
23. Roque KE, Tonini T, Melo ECP. Eventos adversos na terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. *Cad Saude Publica.* 2016;32(10):e0081815. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00081815>
24. Souza RF, Alves AS, Alencar IGM. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UFPE.* 2018;12(1):19-27. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a25205p19-27-2018>
25. Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araújo WN. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiol Serv Saude.* 2018;27(2):e2017320. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200004>
26. Bohomol E, Tartali JA. Adverse effects in surgical patients: knowledge of the nursing professionals. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(4):376-81. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000400012>
27. Bjertnaes O, Deilkås ET, Skudal KE, Iversen HH, Bjerkan AM. The association between patient-reported incidents in hospitals and estimated rates of patient harm. *Int J Qual Health Care.* 2015;27(1):26-30. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu087>
28. Johansen LT, Braut GS, Andresen JF, Øian P. An evaluation by the norwegian health care supervision authorities of events involving death or injuries in maternity care. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2018;97(10):1206-11. <https://doi.org/10.1111/aogs.13391>
29. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff.* 2013;32(2):223-31. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133>

Conflito de Interesse

Os autores informam não haver qualquer potencial conflito de interesse com pares e instituições, políticos ou financeiros deste estudo.



Esta publicação está sob a licença Creative Commons Atribuição 3.0 não Adaptada.

Para ver uma cópia desta licença, visite http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR.