

Enferm Bras 2019;18(6):730-6

<https://doi.org/10.33233/eb.v18i6.2834>

ARTIGO ORIGINAL

Segurança do paciente: notificação de incidentes em hospitais de referência

Milene Gouvêa Tyll, M.Sc.* , Stephanie de Carvalho Lima**, Suzanne Lourdes Souza Carvalho***, Maira da Silva Peixoto****, Carlos Leonardo Cunha, D.Sc.*****, Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira, D.Sc.*****

Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade da Amazônia, **Enfermeira, Universidade da Amazônia, *Enfermeira, Universidade da Amazônia, ****Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Biologia Parasitária da Amazônia, Universidade do Estado do Pará, *****Enfermeiro, Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Pará, *****Enfermeira, Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Pará*

Recebido em 9 de abril de 2019; aceito em 15 de dezembro de 2019.

Correspondência: Milene de Andrade Gouvêa Tyll, Avenida Alcindo Cacela, 287, 66060-902 Belém PA

Milene Gouvêa Tyll: milene.tyll.gouvea@gmail.com
Stephanie de Carvalho Lima: stephanieclima@yahoo.com.br
Suzanne Lourdes Souza Carvalho: enf.suzanne@gmail.com
Maira Cibelle da Silva Peixoto: mairapeixoto2@hotmail.com
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha: leocunhama@gmail.com
Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira: glendaf@ufpa.br

Resumo

Objetivo: Determinar a prevalência dos incidentes notificados em relação à segurança do paciente em dois hospitais públicos de referência no estado do Pará. **Métodos:** Estudo de abordagem quantitativa e retrospectivo. Foi realizado em dois hospitais de referência no Pará. Foram coletadas em formulário semiestruturado as notificações dos incidentes de segurança do paciente do ano de 2017. **Resultados:** Entre as 1.272 notificações registradas, houve diferença no número e perfil de notificações entre os hospitais. O incidente com dano foi o mais prevalente em ambos os hospitais. No hospital de cardiologia predominaram a queda e lesão por pressão, enquanto no hospital de trauma predominaram as notificações de erros de medicação. **Conclusão:** Verificou-se que o perfil assistencial pode contribuir para as diferenças no tipo de incidente, sendo importante para adoção de medidas de prevenção com foco nas peculiaridades do hospital.

Palavras-chave: notificação, segurança do paciente, risco.

Abstract

Patient safety: notification of incidents in reference hospitals

Objective: To determine the prevalence of reported incidents in relation to patient safety in two public reference hospitals in the state of Pará. **Methods:** This quantitative and retrospective study was carried out in two hospitals in Pará. The reports of the patient safety incidents of 2017 were collected in semi-structured forms. **Results:** Among the 1,272 registered reports, there were differences in the number and profile of notifications among hospitals. The incident with damage was the most prevalent in both hospitals. In the cardiology hospital, fall and pressure injury predominated, while in the hospital of trauma predominated the notifications of medication errors. **Conclusion:** We verified that the assistance profile can contribute to the differences in the type of incident, being important for the adoption of preventive measures focusing on the peculiarities of the hospital.

Key-words: notification, patient safety, risk.

Resumen

Seguridad del paciente: notificación de incidentes en hospitales de referencia

Objetivo: Determinar la prevalencia de los incidentes notificados en relación a la seguridad del paciente en dos hospitales públicos de referencia en el estado de Pará. **Métodos:** Estudio de abordaje cuantitativo y retrospectivo. Se realizó en dos hospitales de referencia en Pará. Se recogieron en formularios semi estructurados las notificaciones de los incidentes de seguridad del paciente del año 2017. **Resultados:** Entre las 1.272 notificaciones registradas, hubo diferencias en el número y perfil de notificaciones entre los hospitales. El incidente con daño fue el más prevalente en ambos hospitales. En el hospital de cardiología predominaron la caída y lesión por presión, mientras que en el hospital de trauma predominaron las notificaciones de errores de medicación. **Conclusión:** Se verificó que el perfil asistencial puede contribuir a las diferencias en el tipo de incidente, siendo importante para la adopción de medidas de prevención con foco en las peculiaridades del hospital.

Palabras-clave: notificación, seguridad del paciente, riesgo.

Introdução

A segurança do paciente no Brasil encontra-se em ascensão e a enfermagem desenvolve um papel de protagonista na implantação da cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde, através da prática assistencial com a utilização dos diagnósticos de enfermagem na redução de riscos e do gerenciamento do serviço, com a implantação de protocolos de assistência; boletim de notificação de eventos adversos; uso de lista de verificação da cirurgia segura [1]. No entanto, a segurança do paciente deve ser incorporada por todos os profissionais de saúde, tanto em hospitais privados quanto nos públicos independentemente do nível de gestão [2].

A adoção de práticas de segurança do paciente é recente na América Latina e no Brasil, sendo os debates acerca do tema iniciado pela enfermagem em 2008, a partir de iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde, que culminou na criação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente [3]. Somente em 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da portaria de nº 529/2013 do Ministério da Saúde com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional e define a segurança do paciente como a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”[4].

Os serviços de saúde devem elaborar o plano de segurança do paciente e buscar estratégias para implantação da cultura de segurança dos pacientes em suas práticas assistenciais e gerenciais. A elaboração do plano de segurança do paciente em serviços de saúde deve conter estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde. No Brasil, é obrigatório que os serviços de saúde notifiquem os eventos adversos mensalmente até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) [5].

Nesse contexto, os serviços de saúde têm buscado estratégias para cumprir os preceitos legais e de boas práticas assistenciais, promovendo um ambiente seguro e sem danos ao paciente [6,7]. Implantar a cultura de segurança do paciente no Brasil é um desafio diante de um cenário de serviços de saúde que possuem processos de trabalhos hierarquizados e punitivos; com alta rotatividade de profissionais e baixa qualidade de recursos humanos; além de problemas com equipamentos e falhas da estrutura física [1].

A relevância deste estudo se dá pela necessidade de investigar a realização das notificações dos eventos relacionados à segurança do paciente em hospitais do Pará, uma vez que são poucos os registros sobre esse tema. Desta forma, este estudo objetivou determinar a prevalência dos incidentes notificados em relação à segurança do paciente em dois hospitais públicos de referência no estado do Pará, e ainda, identificar a frequência dos registros das notificações de agravos de acordo com cada pilar descrito pelo Ministério da Saúde, comparando a frequência dos registros de notificações relacionadas à segurança do paciente entre dois hospitais públicos.

Material e métodos

Estudo retrospectivo de abordagem quantitativa, realizado no Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), de dois hospitais públicos, um de referência cardiológica e o outro de referência em trauma, localizados nos municípios de Belém e Ananindeua-PA. A coleta de dados foi realizada entre julho e outubro de 2018, por meio de formulário semiestruturado.

Foram incluídos no estudo os registros dos dados numéricos das notificações dos incidentes registrados em todos os setores dos referidos hospitais, do período de janeiro a dezembro de 2017, preenchidos por profissional de qualquer categoria, completos, legíveis. Foram excluídas as notificações de queixas técnicas e demais dados que não estivessem relacionadas à segurança do paciente.

Os dados foram armazenados em planilha do programa Microsoft® Excel contendo os dados referentes às unidades, mês de notificação e tipo de incidente. As informações referentes ao planejamento das ações preventivas desenvolvidas na instituição ao longo do período estudado foram coletadas nos documentos do NSP.

Para o processamento de análise dos dados utilizou-se epidemiologia descritiva com elaboração de tabelas e gráficos, e as variações percentuais foram calculadas da seguinte forma: obteve-se primeiramente a diferença entre os valores registrados no último mês (dezembro/2017) e o primeiro mês (janeiro/2017), em seguida dividiu-se tal resultado pelo valor registrado no primeiro mês (janeiro) e, por último, multiplicou-se o resultado por 100. O estudo atendeu às normas éticas de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE: 90734818.5.0000.0016. Parecer CEP: 2.882.558.

Resultados

A análise das notificações dos incidentes identificou 1272 registros nos hospitais do estudo. No período entre janeiro e dezembro de 2017, o hospital especializado em trauma registrou 985 notificações de incidentes no hospital, com variação percentual de 409,1%, ou seja, aumentou em quatro vezes as notificações. Enquanto, o hospital especializado em cardiologia registrou 287 notificações, com variação percentual de -28,6%, ou seja, houve redução das notificações. Verifica-se um crescimento gradual das notificações no hospital de trauma, registrando um maior crescimento no mês de outubro, período que ocorreu o 1º ciclo de auditoria (figura 1).

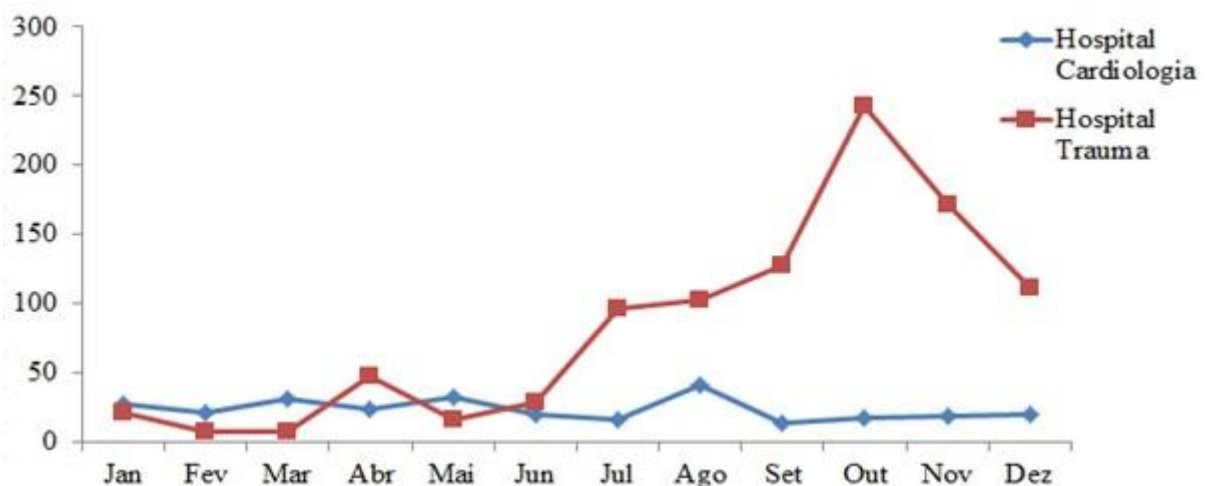


Figura 1 - Distribuição mensal das notificações de incidentes nos hospitais de referência do estudo. Pará, 2017.

Os registros das notificações nos hospitais do estudo demonstraram uma elevada prevalência de incidentes com danos com um total de 39% (496/1272), sendo o incidente mais notificado em ambos os hospitais, contudo no hospital especializado em cardiologia a prevalência é superior a 50% de todas as notificações do hospital (tabela I).

O incidente sem danos teve 27,1% (345/1272) registros notificados. Foi o terceiro incidente mais notificado em ambos os hospitais. O incidente relacionado a circunstância de risco/notificável teve 30,6% (389/1272), sendo o segundo incidente mais notificado no total. O incidente quase evento/*near miss* foi o menos notificado tendo 3,3% (42) do total de registros.

Tabela I - Prevalência dos incidentes notificados em relação à segurança do paciente de dois hospitais de referência. Pará, 2017.

Classificação dos incidentes	Hospital de trauma	Hospital de cardiologia
	N=985 (%)	N=287(%)
Incidente com dano	352 (35,7%)	144 (50,1%)
Incidente sem dano	289 (29,3%)	56 (19,5%)
Circunstâncias de risco/notificável	324 (33%)	65 (22,7%)
Quase evento/ <i>near miss</i>	20 (2%)	22 (7,7%)

Fonte: Gerência de risco e NSP do hospital referência em trauma e em cardiologia, 2017.

Na figura 2, identificamos no hospital referência em cardiologia uma maior prevalência da meta de “prevenção de quedas e lesões por pressão (LPP)” com 34,8% (76) notificações, seguido de “administração de medicamentos seguro” com 22,9% (50), “comunicação segura” com 20,1% (44) notificações, “identificação do paciente” com 13,3% (29) notificações, “cirurgia segura” com 8,7% (19) notificações.

No hospital referência em trauma, a maior prevalência foi da meta de “administração de medicamentos seguro” com 62,6% (158) notificações, seguido de “prevenção de quedas e LPP” com 23,8% (60), “comunicação segura” com 10,7% (27), “cirurgia segura” com 1,9% (5), “identificação do paciente” com 0,7% (2).

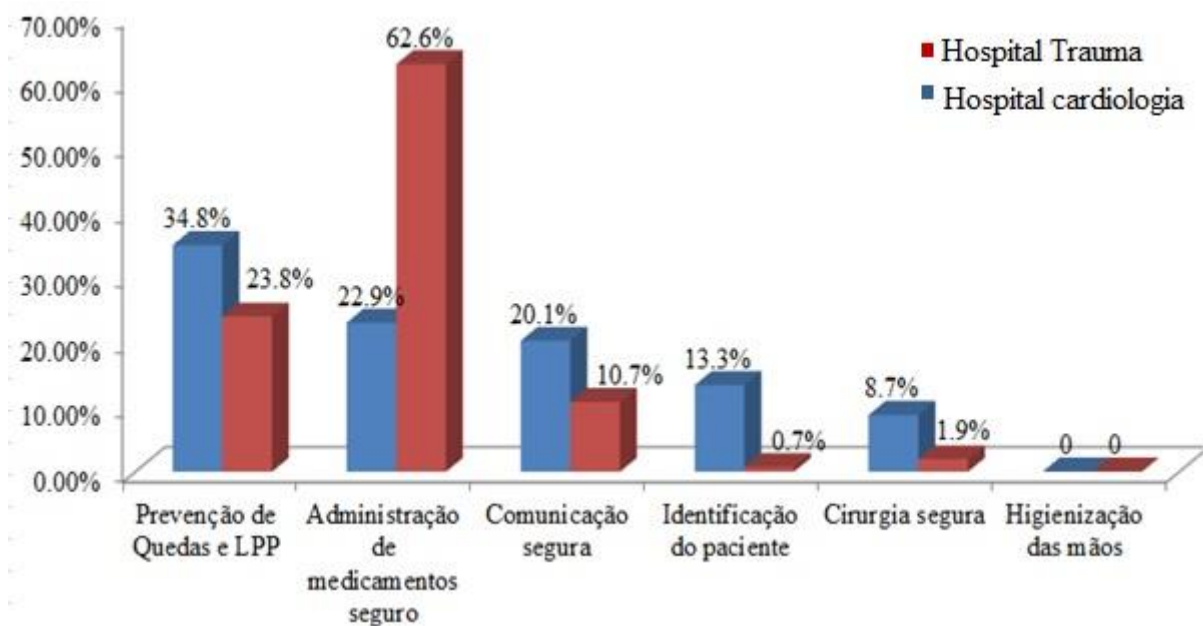


Figura 2 - Registros das notificações de agravos de acordo com cada pilar descrito pelo Ministério da Saúde. Pará, 2017.

Em relação à “higienização das mãos” não foi observado nenhum registro de notificação em ambas as instituições estudadas, o que não indica que os incidentes não ocorreram, pois as metas de segurança do paciente estão interligadas entre si e, por este motivo, dificultam o processo de identificação, notificação e compilação de certos achados.

Discussão

A análise e acompanhamento do indicador de segurança do paciente demonstra que após esforços para fortalecimento da cultura de segurança em serviço de saúde há uma tendência de aumento da adesão as práticas seguras, sendo importante realizar o acompanhamento mensal dos indicadores [6-8]. Estudos anteriores demonstram um perfil

variado em relação a natureza dos incidentes relacionado a segurança do paciente, ao contrário deste estudo. Em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Rio Grande do Sul, foram registradas 40,8% notificações de eventos adversos [9]. Outro estudo realizado na região sul do Brasil encontrou percentual superior, 52% [10].

Resultado similar ao encontrado no hospital de cardiologia neste estudo, foi observado em São Paulo, em que 19,8% das notificações foram sem incidentes [11], em outro hospital de São Paulo, 84,6% foram de evento sem danos e 15,4% foram de eventos adversos [12]. Assim, há variação das notificações da incidência de quase evento entre hospitais do Brasil. No hospital de clínicas em Botucatu 7,7% das notificações foram de quase evento, sendo inferior ao encontrado em uma clínica cirúrgica que registrou 71% [13,14]. Na UTI de um hospital em Goiás foram encontradas 88% de notificações de circunstância notificável, superior aos encontrados em ambos os hospitais deste estudo [15].

Nos hospitais do estudo verificou-se perfil divergente nas notificações das metas estabelecidas pelos órgãos reguladores do Brasil. A prevalência de erros associados à medicação foi maior no hospital de trauma, assim como encontrado em outras unidades de urgência do Brasil, sendo mais baixo em hospitais e unidades que não tem esse perfil assistencial [16-18]. As características assistenciais das unidades de urgência podem contribuir para os erros relacionados a administração de medicamentos, se medidas gerenciais com foco na assistência e no risco não forem adotadas [17].

No hospital de referência em cardiologia, a LPP e queda do paciente foram os incidentes mais notificados. Essa diferença na incidência é encontrada em hospitais e entre unidades de internação do Brasil. Em UTI, as LPP foram 25,8% das notificações [19], enquanto em UTI do centro oeste foi de 13,1% [20], sendo menor em clínica cirúrgica, 4,92% [21]. Em um hospital de Goiânia foram registrados 18,5% de queda [21], já em outro hospital universitário os eventos relacionados a queda foram de 10,7% [22]. Caracterizar os fatores associados a queda é importante para implementar protocolo de prevenção, e medidas como avaliação e sinalização de risco, educação de pacientes e familiares e capacitações com as equipes de enfermagem, para assim reduzir a ocorrência [7].

A meta de identificação dos pacientes nos hospitais do estudo teve uma frequência de notificação de erros reduzida, sendo menor no hospital de trauma. Estudos demonstram que essa meta tem sido incorporada as práticas assistenciais, incluindo a presença de anotações sobre a presença da pulseira no prontuário do paciente [6,23]. Um estudo, realizado em UTI do Rio de Janeiro, evidenciou que 67% dos erros foram referentes a higienização das mãos [24]. Essa falha não foi notificada nos hospitais estudados. Em UTI, no centro-oeste, 11,2% das notificações estavam relacionadas a complicações cirúrgicas [17]. As falhas de comunicação foram 9% em hospital de Botucatu [13].

As principais limitações neste estudo referem-se às divergências nas classificações e nomenclaturas das notificações adotadas entre as instituições; a escassez de estudos e documentos científicos que trabalham com a estratificação dos dados por meta de segurança do paciente e também que citem as circunstâncias notificáveis; além da dificuldade durante a coleta de dados em uma das instituições em comprovar a efetividade das ações para fomento da cultura de segurança na diminuição dos incidentes e conseqüentemente eventos adversos, devido à falha na compilação de dados e auditorias de segurança e de risco.

Conclusão

Os resultados deste estudo permitiram identificar e analisar os incidentes notificados em relação à segurança do paciente em dois hospitais públicos. Há disparidades no número de notificações entre os hospitais. No entanto, em ambos prevalece os registros de incidentes com dano, sendo necessário fortalecer as estratégias de notificação de incidentes relacionados a segurança do paciente. Verificou-se que o perfil assistencial pode contribuir para as diferenças no tipo de incidente, sendo importante para adoção de medidas de prevenção com foco nas peculiaridades do hospital.

Referências

1. Silva AT, Alves MG, Sanches RS, Terra FS, Resck ZMR. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. *Saúde em Debate* 2016;40(11). <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611123>

2. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc Saúde Coletiva* 2018;23(1). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
3. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2013. p. 132.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [internet]. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013 abr.02;150(62 Seção 1):43-4.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução de Diretoria Colegiada Nº 36, de 25 de julho de 2013. Diário Oficial da União nº 143, de 26 de julho de 2013
6. Hemesath MP, Dos Santos HB, Torelly EMS, Barbosa AS, Magalhães AMM. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. *Rev Gaúcha Enferm* 2015;36(4):43-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.54289>
7. Luzia MF, Cassola TP, Suzuki LM, Dias VLM, Pinho LB, Lucena AF. Incidence of falls and preventive actions in a University Hospital. *Rev Esc Enferm USP* 2018;52. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017024203308>
8. Montgomery A, Riley T, Tranter S, Manning V, Fernandez, RS. Effect of an evidence-based quality improvement framework on patient safety. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2018;35(4):6-16.
9. 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(10). <https://doi.org/10.5205/reuol.10712-95194-3-sm.1110sup201726>
10. Hoefel HHK, Echer I, Lucena AF, Mantovani VM. Incidentes de segurança ocorridos com pacientes durante o cuidado de enfermagem. *R Epidemiol Control Infec* 2017;7(3). <https://doi.org/10.17058/reci.v7i3.8558>
11. D'Aquino FFR, Juliani CMCM, Lima SAM, Spiri WC, Gabriel CS. Incidentes relacionados a medicamentos em uma instituição hospitalar: subsídios para a melhoria da gestão. *Rev Enferm UERJ* 2015;23(5). <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.10637>
12. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enferm* 2014;67(5):692-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>
13. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2010;44(2):287-94. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342010000200007>
14. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Silva AEBC. Ocorrência de near misses e fatores associados na clínica cirúrgica de um hospital de ensino. *Cogitare Enferm* 2015;20(1):121-8. <https://doi.org/10.5380/ce.v20i1.37446>
15. Filho FMA, Pinho DLM, Bezerra ALQ, Amaral RT, Silva ME. Prevalência de incidentes relacionados à medicação em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm* 2015; 28(4):332-6. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500056>
16. Paranaguá TTB, Braga QP, Bezerra ALQ, Bauer AEC, Filho FMA, Sousa MRG. Incidentes: instrumento de gerenciamento da assistência para a segurança do paciente em pronto socorro. *Revista Electrónica de Enfermería* 2014;34(1):219-31. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.2.179201>
17. Valle MMF, Cruz EDA, Santos T. Incidentes con fármacos em unidad de urgencia y emergencia: análisis documental. *Rev Esc Enferm USP* 2017;51. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016033303271>
18. Zárate-Grajales RA, Salcedo-Álvarez RA, Olvera-Arreolab SS, Hernández-Corral S, Barrientos-Sánchez J, Pérez-López MT et al. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: um estudio multicêntrico en México. *Enfermería Universitaria* 2017;12(4):277-85. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>
19. Lima CSP, Barbosa SFF. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. *Revista Enferm UERJ* 2015;23(2):222-8. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.6076>
20. Moreira IA, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Silva AEBC, Azevedo Filho FM. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre eventos adversos em unidade de

- terapia intensiva. *Rev Enferm UERJ* 2015;23(4):461-7.
<https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.5158>
21. Carneiro FS, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Souza LP, Paranaguá TTB, Branquinho NCSS. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. *Rev Enferm UERJ* 2011;19(2):204-11.
 22. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. *Revista Esc Enferm USP* 2010;44(1):134-8.
 23. Hoffmeister L, Moura G. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Latinoam Enferm* 2015;23(1):36-43.
<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>
 24. Duarte SDCM, Bessa ATT, Büscher A, Andrade M, Stipp C. Caracterização de erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Cogitare Enferm* 2016;21(5):1-8.
<https://doi.org/10.5380/ce.v21i5.45502>