

RESULTADOS DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE NA NOTIFICAÇÃO DE ERROS E EVENTOS ADVERSOS

RESULTS OF EDUCATIONAL INTERVENTIONS ON PATIENT SAFETY IN ERROR AND ADVERSE EVENT REPORTING

RESULTADOS DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA NOTIFICACIÓN DE ERRORES Y EVENTOS ADVERSOS

Monique Mendes Marinho¹
Vera Radünz²
Luciana Martins da Rosa³
Francis Solange Vieira Tourinho⁴
Patrícia Ilha⁵
Marciele Misiak⁶

Como citar este artigo: Marinho MM, Radünz V, Rosa LM, Tourinho FSV, Ilha P, Misiak M. Resultados de intervenções educativas sobre segurança do paciente na notificação de erros e eventos adversos. Rev baiana enferm. 2018;32:e25510.

Objetivo: avaliar os resultados de intervenções educativas sobre segurança do paciente na notificação de erros e eventos adversos. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, realizado nos meses de julho a agosto de 2016, no qual analisou-se registros das notificações de eventos adversos, queixas técnicas e incidentes de cinco unidades de internação adulto de um hospital universitário do Sul do Brasil, ocorridos entre 1/7/2015 e 30/6/2016, comparando os números absolutos, relativos e significância, antes e após a realização de intervenções educativas. **Resultados:** o número de notificações de erros, incidentes e queixas técnicas no período avaliado foi de 292, divididos em antes (39), durante (139) e após (114) as intervenções educativas. A significância estatística foi confirmada nas notificações relacionadas aos erros de vigilância. **Conclusão:** as intervenções educativas sobre segurança do paciente foram responsáveis pelo significativo aumento do número de notificações de erros e eventos adversos, correspondendo a um aumento de 256%.

¹ Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Doutora em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. moniquemarinho@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Santa Catarina. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Santa Catarina. Vice-líder do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora e Secretária da Secretaria de Ações Afirmativas e Diversidade da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro Técnico do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. ilha.patricia@gmail.com

⁶ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro Técnico do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Descritores: Segurança do paciente. Enfermagem. Educação em enfermagem. Enfermagem médico-cirúrgica. Capacitação em serviço. Erros médicos.

Objective: evaluate the results of educational interventions on patient safety in the reporting of errors and adverse events. Method: quantitative, descriptive case study, developed between July and August 2016, in which the records on reports of adverse events, technical complaints and incidents were analyzed, coming from five adult inpatient units of a university hospital in Southern Brazil, which took place between 7/1/2015 and 6/30/2016. The absolute and relative figures and significance were compared before and after educational interventions. Results: 292 technical complaints were evaluated for the period, divided among before (39), during (139) and after (114) the educational interventions. Statistical significance was compared in the reports related to surveillance errors. Conclusion: the educational interventions on patient safety were responsible for the significant increase in the number of error and adverse event reports, corresponding to a 256% increase.

Descriptors: Patient safety. Nursing. Education, nursing. Medical-surgical nursing. Inservice training. Medical errors.

Objetivo: evaluar los resultados de intervenciones educativas sobre seguridad del paciente en la notificación de errores y eventos adversos. Método: estudio cuantitativo, descriptivo, desarrollado en los meses de julio a agosto del 2016, en el cual fueron analizados registros de las notificaciones de eventos adversos, quejas técnicas e incidentes de cinco unidades de internación adulta de un hospital universitario del Sur de Brasil, ocurridos desde 1/7/2015 hasta 30/6/2016, comparando los números absolutos, relativos y significancia, antes y después de la realización de intervenciones educativas. Resultados: el número de notificaciones de errores, incidentes y quejas técnicas en el período evaluado fue 292, divididos en antes (39), durante (139) y después (114) de las intervenciones educativas. La significancia estadística fue confirmada en las notificaciones relacionadas a los errores de vigilancia. Conclusión: las intervenciones educativas sobre seguridad del paciente fueron responsables por el aumento significativo del número de notificaciones de errores y eventos adversos, correspondiendo a un aumento de 256%.

Descritores: Seguridad del paciente. Enfermería. Educación en enfermería. Enfermería médico-quirúrgica. Capacitación en servicio. Errores médicos.

Introdução

Mundialmente, têm se discutido sobre segurança do paciente e cuidado seguro diante do crescente número de erros relacionados à assistência à saúde, com prejuízos aos pacientes, profissionais e sistemas de saúde.

A segurança do paciente nos serviços exige um esforço de todo o sistema de saúde, envolvendo ações na melhoria do desempenho, gestão, ambiente, equipamentos e equipe, para identificar os riscos reais e potenciais, a fim de encontrar soluções de curto e longo prazo para melhorar o sistema de saúde⁽¹⁾. No entanto, na prática, percebe-se que as organizações de saúde têm dificuldades para desempenhar as ações recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), porque tendem a manter uma cultura tradicional que culpa e castiga o profissional pelo erro cometido.

As instituições de saúde que, ao analisar um incidente, optam pelo modelo de culpa individual, perdem a possibilidade de melhorar o sistema e tornar a ocorrência de novos erros menos

provável⁽²⁾. Ao punir um profissional, a organização nega a sua responsabilidade no evento e não a corrige adequadamente. Uma atitude diferente e positiva é a que divulga o evento negativo, encarando-o como algo que merece ser analisado em todos os níveis, começando pela gestão, aceitando-se abertamente as novas ideias de mudança⁽²⁾.

A perspectiva organizacional da cultura de segurança é adotada há muito tempo por outros setores de trabalho, como a aviação, e utiliza dados e erros já cometidos para o aprimoramento do sistema, trabalha os aspectos de educação e prevenção de incidentes e busca estratégias para a otimização e clarificação dos processos de segurança⁽³⁻⁴⁾.

A notificação de erros em saúde é um elemento importante para a melhoria da segurança do paciente e da qualidade dos cuidados prestados. Por isso, deve ser uma parte integrante da cultura organizacional, considerada como um progresso para alcançar uma cultura

de segurança⁽⁵⁻⁶⁾. A informação poderá ajudar a identificar os perigos e riscos e fornecer informações quanto ao local onde o sistema está falhando, evitando-se, assim, prejuízo a futuros pacientes⁽⁷⁾.

Dessa forma, os profissionais de saúde que atuam diretamente com os pacientes e estão sujeitos a cometer erros dos mais diversos e graves possíveis, precisam participar desse compromisso com a segurança do paciente e notificar os erros, incidentes, quase-erros e eventos adversos que ocorrem frequentemente no seu local de trabalho. Entretanto, muitas vezes é esquecido que, para lidar com as situações que englobam a segurança do paciente, os profissionais precisam ter em sua formação acadêmica conteúdos e instrumentalização sobre a temática “segurança do paciente”. Os profissionais, na sua grande maioria, têm medo da ação punitiva, desconhecem o que deve ser relatado e como os erros serão analisados e também de que forma podem melhorar a segurança do paciente⁽⁴⁾.

Diante dessa realidade, desenvolveu-se, junto a 89 profissionais de enfermagem de unidades de internação adulto de um hospital universitário do Sul do Brasil, duas intervenções educativas, em formato de aula expositiva dialogada, no próprio local de trabalho, programadas de acordo com dias e horários acordados com a chefia de cada unidade, com duração aproximada de 30 a 40 minutos cada sessão, entre os meses de novembro/2015 a fevereiro/2016.

O conteúdo das intervenções educativas foi formulado em conjunto com a enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente do hospital-cenário deste estudo, de modo que, na intervenção educativa 1, foi abordada uma introdução à segurança do paciente, histórico da segurança, abordagem do erro e cultura de segurança. Na intervenção educativa 2, foi abordada a realidade da segurança do paciente da instituição, com ênfase no resgate histórico, no processo de notificação de erros – que podem ter atingido ou não o paciente – e eventos adversos – que necessariamente são os erros que atingiram e causaram danos ao paciente⁽⁶⁾ – e informações quanto às atividades do Núcleo de

Segurança do Paciente (NSP), com base nas seis metas para a segurança.

Nas intervenções presenciais, durante a realização da ação educativa, os profissionais verbalizaram que desconheciam o que deveria ser notificado e de que forma essa informação poderia trazer benefícios para sua atuação profissional. Então, o aspecto de interesse desta pesquisa foi verificar o potencial dessas ações, para que, com base nas intervenções educativas, eles pudessem compreender a importância de conhecer os erros que ocorrem no cuidado à saúde e buscassem notificá-los. Assim, optou-se por identificar as notificações realizadas referentes às unidades de internação adulto da instituição do estudo por um período de um ano e relacioná-las por três períodos: antes, durante e após as intervenções educativas.

Neste sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar os resultados de intervenções educativas sobre segurança do paciente na notificação de erros e eventos adversos.

Considera-se que a avaliação dos resultados das intervenções educativas de segurança no sistema de notificação de erros da instituição possibilite o desenvolvimento de estratégias para o comprometimento em relação à notificação por parte de todos os profissionais, concorrendo para minimizar os danos causados aos pacientes assistidos nesse hospital universitário.

Método

O estudo originou-se da tese de doutorado intitulada “Intervenções Educativas de Enfermagem: Reflexos na Cultura de Segurança do Paciente”⁽⁸⁾. Caracteriza-se como do tipo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no sistema de notificação de eventos adversos, queixas técnicas e incidentes de cinco unidades de internação adulto de um hospital universitário do Sul do Brasil.

A população do estudo constituiu-se dos registros das notificações realizadas em relação ao cenário do estudo no período de um ano, compreendido entre 1/7/2015 a 30/6/2016. Destes registros foram avaliadas as seguintes variáveis:

Setor: unidade de internação adulto onde o incidente foi notificado, clínica médica 1, clínica médica 2, clínica cirúrgica 1, clínica cirúrgica 2, clínica ginecológica. Neste estudo, optou-se por apresentar os resultados sem identificar o setor, adotado de forma aleatória, caracterizado por: setor 1, setor 2, setor 3, setor 4 e setor 5.

Categoria do erro: categoria do erro referente ao tipo de evento, incidente ou queixa técnica notificado, atendendo a recomendação do Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e informado pelo banco de dados da instituição, podendo ser classificados como erros de vigilância (farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância) ou erros de segurança do paciente.

Tipo de erro: classificação do erro, incidente ou queixa técnica notificada conforme sua característica. Caracterizado por: erro de medicação, reação adversa medicamentosa, desvio de qualidade da medicação, falha na dispensação da medicação, erro de prescrição, reação transfusional, defeito/ocorrência com artigo hospitalar, defeito/ocorrência com equipamento, erro de identificação, erro de procedimento, flebite, exteriorização não intencional, lesão por pressão, quedas, excesso de radiação, outros (troca de dieta, alagamento no setor, corpo estranho no curativo).

Período: período compreendido no total de 12 meses (1/7/2015 a 30/6/2016), referente à data de notificação do erro em relação às duas intervenções educativas realizadas com os profissionais de enfermagem das unidades cenário deste estudo, caracterizado por antes das intervenções (1/7/2015 a 31/10/2015, durante as intervenções (1/11/2015 a 28/2/2016) e após as intervenções (1/3/2016 a 30/6/2016).

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2016, por meio da leitura das informações referentes às notificações contidas no banco de dados do Núcleo de segurança do paciente da instituição, nas quais consta: o local da ocorrência, a data e a descrição do evento. Os dados pertinentes em relação às variáveis do estudo foram registrados em uma planilha do

Software Microsoft Office Excel® 2003, desenvolvida para esta finalidade.

O estudo respeitou e atendeu aos preceitos éticos dispostos na Resolução CNS nº 466, de 12/12/2012. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com parecer consubstanciado número 1.257.697, CAAE: 48915615.9.0000.0121.

Os dados foram analisados pelo IBM *Statistical Package for Social Science* (SPSS) para Windows, versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA), por meio de estatística descritiva, com distribuição de frequência absoluta e relativa. Para avaliar os resultados de intervenções educativas nas notificações foram comparados os números de notificações por período, divididos em antes, durante e após, utilizando o teste de Friedman, considerando como significância estatística quando valor de $p \leq 0,05$. Foram calculados os valores de mediana, valores mínimo e máximo, e amplitude interquartil das notificações nos períodos para medir possíveis mudanças.

Resultados

Neste estudo foram analisadas 292 notificações realizadas pelos profissionais das cinco unidades de internação adulto no período de um ano, compreendido entre 1/7/2015 a 30/6/2016, do total de 556 notificações realizadas em todo o hospital no mesmo período.

De acordo com os resultados, as unidades de internação apresentaram números distintos em relação ao total de notificações no ano do estudo e estão apresentados na Tabela 1, sendo o setor 1 com o menor percentual (1,4%) e o setor 3 com o maior percentual (44,2%). Em relação aos três períodos avaliados, os maiores percentuais estão relacionados àqueles durante e após as intervenções educativas, principalmente nos setores 1 e 5, com os menores percentuais no período antes das intervenções. Destaca-se ainda que o período durante as intervenções educativas apresentou o maior número de notificações em três das cinco unidades de internação avaliadas.

Tabela 1 – Número de notificações realizadas distribuídas por períodos (antes, durante e após as intervenções educativas) e por unidade de internação adulto de um hospital universitário do Sul do Brasil. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil – 2015-2016 (N=292)

Unidades de internação	Total* n (%)	Períodos [†]		
		Antes n (%)	Durante n (%)	Após n (%)
Setor 1	4 (1,4)	-	1 (25,0)	3 (75,0)
Setor 2	52 (17,8)	12 (23,1)	28 (53,8)	12 (23,1)
Setor 3	129 (44,2)	14 (10,8)	62 (48,1)	53 (41,1)
Setor 4	59 (20,2)	9 (15,3)	20 (33,9)	30 (50,8)
Setor 5	48 (16,4)	4 (8,3)	28 (58,3)	16 (33,4)

Fonte: Elaboração própria.

Notas: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

* percentuais obtidos sobre o total de notificações.

† percentuais obtidos sobre o total do tipo de erro

Embora o número de notificações tenha aumentado nas unidades de internação avaliadas, destaca-se o quanto o número reduzido de notificações realizadas pelos profissionais no setor 1, com quatro notificações durante um ano, podem estar relacionados com a subnotificação, principalmente quando comparado ao número de notificações dos outros setores avaliados.

O crescimento no número total de notificações está relacionado nas comparações entre os três períodos investigados neste estudo. Os resultados revelam um aumento no número de notificações, que corresponde a 256%, quando comparado o período antes das intervenções, com 39 notificações, com o período durante as intervenções, que apresentou 139 notificações.

O período após as intervenções educativas totalizou 114 notificações, caracterizando uma diminuição, quando comparado ao período durante as intervenções, porém, quando comparado ao período antes das intervenções, reflete um aumento de 192%.

Os resultados referentes ao tipo de erro estão apresentados de acordo com a classificação, conforme a categoria do erro. Os erros de vigilância representaram 65,1% das notificações, totalizando 190 registros. Os tipos de erros mais frequentes foram: falha na dispensação da medicação (30,5%) e defeito/ocorrência com artigo hospitalar (19,5%). A Tabela 2 apresenta os erros de vigilância.

Tabela 2 – Distribuição absoluta e relativa dos erros de vigilância notificados distribuídas por períodos (antes, durante e após as intervenções educativas) e por tipo de erro. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil – 2015-2016 (N=190) (continua)

Erros de vigilância	Total* n (%)	Períodos [†]		
		Antes n (%)	Durante n (%)	Após n (%)
Farmacovigilância				
Erro de medicação	13 (6,8)	1 (7,7)	5 (38,5)	7 (53,8)
Reação adversa medicamentosa	21 (11,1)	7 (33,3)	8 (38,1)	6 (28,6)
Desvio de qualidade da medicação	21 (11,1)	10 (47,6)	6 (28,6)	5 (23,8)
Falha na dispensação da medicação	58 (30,5)	-	32 (55,2)	26 (44,8)
Erro de prescrição	19 (10,0)	2 (10,5)	3 (15,8)	14 (73,7)

Tabela 2 – Distribuição absoluta e relativa dos erros de vigilância notificados distribuídas por períodos (antes, durante e após as intervenções educativas) e por tipo de erro. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil – 2015-2016 (N=190) (conclusão)

Erros de vigilância	Total* n (%)	Períodos [†]		
		Antes n (%)	Durante n (%)	Após n (%)
Hemovigilância				
Reação transfusional	16 (8,4)	-	15 (93,8)	1 (6,2)
Tecnovigilância				
Defeito/ocorrência com artigo hospitalar	37 (19,5)	3 (8,1)	13 (35,1)	21 (56,8)
Defeito/ocorrência com equipamento	5 (2,6)	-	4 (80,0)	1 (20,0)

Fonte: Elaboração própria.

Notas: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

* percentuais obtidos sobre o total de notificações.

† percentuais obtidos sobre o total do tipo de erro.

Quanto ao período, predominaram as notificações no período durante e após as intervenções educativas, com percentuais de 45,3% e 42,6%, respectivamente. Em três categorias, falha na dispensação da medicação, reação transfusional e defeito/ocorrência com equipamento não tiveram nenhuma notificação apenas no período antes das intervenções.

No decorrer das intervenções educativas, alguns profissionais de enfermagem relataram que, ao realizar a conferência das medicações dispensadas pela farmácia, identificaram erros em doses ou nos tipos de medicamentos dispensados e que essa situação poderia contribuir para um erro de medicação. Esses relatos possibilitaram o esclarecimento de que essa situação deveria ser notificada, diante do risco de causar danos aos pacientes. Dessa forma, o NSP e o serviço

de farmácia da instituição desenvolveriam estratégias e barreiras para evitar essas ocorrências. Assim, observou-se a relação das intervenções educativas principalmente com a categoria falha na dispensação da medicação, com maior frequência entre os erros de vigilância e com notificações apenas nos períodos durante e após, sem qualquer notificação antes das intervenções, visto que esses profissionais desconheciam que esse tipo de erro precisava ser notificado.

Os diversos tipos de erros de segurança do paciente totalizaram 102 notificações e correspondem a 34,9% (Tabela 3). A flebite foi o tipo de erro mais notificado pelos profissionais, com 26,5%, seguido da exteriorização não intencional, que corresponde à perda não intencional de sondas, drenos e cateteres, com 21,6% e da lesão por pressão, correspondendo a 15,7%.

Tabela 3 – Distribuição absoluta e relativa dos erros de segurança do paciente notificados por períodos (antes, durante e após as intervenções educativas) e por tipo de erro. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2015-2016 (N=102) (continua)

Tipos de erros de segurança do paciente	Total* n (%)	Períodos [†]		
		Antes n (%)	Durante n (%)	Após n (%)
Erro de identificação	8 (7,8)	-	6 (75,0)	2 (25,0)
Erro de procedimento	7 (6,9)	-	3 (42,9)	4 (57,1)

Tabela 3 – Distribuição absoluta e relativa dos erros de segurança do paciente notificados por períodos (antes, durante e após as intervenções educativas) e por tipo de erro. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2015-2016 (N=102) (conclusão)

Tipos de erros de segurança do paciente	Total* n (%)	Períodos [†]		
		Antes n (%)	Durante n (%)	Após n (%)
Flebite	27 (26,5)	2 (7,4)	16 (59,3)	9 (33,3)
Exteriorização não intencional	22 (21,6)	4 (18,2)	8 (36,4)	10 (45,4)
Lesão por pressão	16 (15,7)	7 (43,8)	8 (50,0)	1 (6,2)
Quedas	10 (9,8)	3 (30,0)	4 (40,0)	3 (30,0)
Excesso de radiação	3 (2,9)	-	2 (66,7)	1 (33,3)
Outros	9 (8,8)	-	6 (66,7)	3 (33,3)

Fonte: Elaboração própria.

Notas: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

* percentuais obtidos sobre o total de notificações.

† Resultados apresentados na forma n (%), com percentuais obtidos sobre o total de cada tipo de erro.

Em relação ao período, as notificações ocorreram, sobretudo, durante as intervenções educativas, com 53 notificações (52%). No entanto, no período que as antecedeu, foram registradas 16 notificações, correspondendo ao menor percentil, com 15,7%. Ainda nesse período, destaca-se que

quatro das oito categorias de tipos de erros investigadas não apresentou nenhuma notificação, o que não ocorreu nos períodos durante e após as intervenções, que tiveram notificações em todas as categorias. A Tabela 4 apresenta os efeitos das intervenções educativas.

Tabela 4 – Comparação de medianas e amplitudes interquartis, distribuídas por antes, durante e após intervenções educativas, das notificações de erros de vigilância e segurança do paciente realizadas nas cinco unidades de internação adulto de um hospital universitário do Sul do Brasil. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil – 2015-2016 (N=292)

Variáveis	Períodos			Valor de p*
	Antes	Durante	Após	
Erros de vigilância				
Mediana (Max-min)	5 (0-6)	10 (1-51)	8 (1-35)	0,024
Amplitude interquartil	4,5	29	22,5	
Erros de segurança do paciente				
Mediana (Max-min)	2 (0-9)	11 (0-17)	6 (1-15)	0,179
Amplitude interquartil	7	9,5	9	

Fonte: Elaboração própria.

* Teste de Friedman.

Os dados referentes aos erros de vigilância evidenciam que houve diferença significativa com relação ao aumento no número de notificações durante e após as intervenções educativas nas unidades de internação adulto do hospital universitário do estudo, com valor de p igual a 0,024. Observou-se um aumento mais expressivo durante as intervenções, com uma discreta diminuição no período após as intervenções, no entanto, quando comparado ao período antes das intervenções, os valores mostram-se superiores.

Em relação às notificações de erros de segurança do paciente, houve similaridade nos aumentos por períodos com as notificações de erros de vigilância, no entanto os resultados não apresentaram significância estatística (p -valor: 0,179).

Discussão

O período durante e após as intervenções educativas a respeito da segurança do paciente apresentaram o maior número de notificações de erros, incidentes e queixas técnicas das unidades de internação adulto do hospital universitário do estudo. Dessa forma, acredita-se que as intervenções educativas podem ter contribuído na prática da notificação de erros, proporcionando aos profissionais de Enfermagem uma visão positiva para a importância de comunicar as situações adversas que ocorrem no cotidiano, repercutindo na qualidade do cuidado.

Pesquisa realizada em enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário do Japão apresentou resultados semelhantes aos do presente estudo, demonstrando que encontros educativos breves, com duração de 15 minutos, durante 6 meses sobre a segurança do paciente, aumentou a taxa de notificação; no entanto, o efeito da intervenção diminuiu após 6 meses da realização da educação, reforçando a necessidade de educação continuada a longo prazo, para manter os resultados positivos⁽⁹⁾.

Em um outro estudo, realizado no Chile, mostrou-se que os aspectos educacionais são os principais fatores para a redução de erros

e principalmente para a melhoria da cultura de segurança do paciente, de modo que os profissionais devem estar integrados nessas ações. Além disso, ficou evidente que as necessidades de formação devem partir deles e não apenas da gestão⁽⁶⁾.

Para que haja incentivo e estímulo para as ações educativas, os profissionais precisam de condições de trabalho que permitam a reflexão dessa necessidade, pois as rotinas exaustivas acabam por colaborar com a não percepção do erro ou, ainda, permeiam como uma justificativa aceitável na visão dos profissionais e da instituição. Entretanto, essas ações tornam-se preocupantes quando se trata da segurança do paciente⁽¹⁰⁾. Dessa forma, reforça-se a importância e a necessidade de desenvolver um processo de educação permanente e regular, com o objetivo de melhorar a segurança do paciente e diminuir a subnotificação.

Salienta-se que este estudo deu enfoque ao olhar e à atuação da enfermagem na realização das estratégias educacionais e de segurança do paciente, mas é importante ressaltar que essa responsabilidade e efetivação de ações, para impactar em uma cultura de segurança positiva, precisa trabalhar toda a equipe, gestão e outros serviços que fazem parte do cuidado em saúde⁽¹¹⁾.

O achado relacionado a um dos setores avaliados, com quatro notificações em um ano, reforça a possibilidade de subnotificação na instituição hospitalar estudada, na qual os profissionais não notificam por falta de interesse ou conhecimento, por medo das consequências ou, ainda, por falta de tempo, em virtude da sobrecarga de trabalho.

A subnotificação é um problema significativo existente nos sistemas de notificação de erros em saúde, porque cria um reservatório de informações com dados imprecisos que resulta em uma impossibilidade de generalização dos resultados, desencadeando uma situação em que as prioridades elencadas com base nessas notificações são desviadas para o que “se acha que se sabe”. Desse modo, os dados encontrados não exprimem a realidade, pois existem lacunas no

conhecimento sobre incidentes graves em virtude das subnotificações⁽¹¹⁾.

Acredita-se que as baixas notificações estão associadas ao déficit no conhecimento dos profissionais de saúde acerca da notificação, enfatizando a importância de instrumentalizá-los para uma mudança de atitude, em que o erro seja visto como oportunidade de melhorar o processo de trabalho e a segurança do paciente⁽¹⁰⁾. Assim, a subnotificação pode estar relacionada ao fato de ficar restrita ao registro pelos enfermeiros e também ao caráter voluntário, não obrigatório, atrelado à falta de tempo e à falta do hábito de notificar⁽¹²⁾.

É necessário que todos os profissionais de uma instituição de saúde sintam-se empoderados a participar desse processo de melhoria com o objetivo de garantir um cuidado seguro e de qualidade, e uma das questões que propiciam isso é justamente essa ampliação do conhecimento sobre as notificações⁽¹³⁾.

Quanto ao tipo de erro, os resultados demonstraram maior frequência em relação àqueles de vigilância, principalmente atribuído a falhas na dispensação da medicação, reforçando a necessidade de implantação de estratégias imediatas que possibilitem a diminuição desses erros e evitem possíveis danos aos pacientes. Na implementação dessas estratégias, as gerências institucionais têm grande peso em razão do poder de institucionalizar ações, despender recursos e tecnologias. Entretanto, ao mesmo tempo, dependem dos profissionais a alimentação, a avaliação e as mudanças desses sistemas, para que o padrão qualidade de segurança do paciente seja alcançado. Por isso, gerência e assistência devem andar de mãos dadas⁽¹⁴⁾.

Os erros de segurança do paciente mais frequentes no presente estudo foram flebite (26,5%) e exteriorização não intencional de sondas, drenos e cateteres (21,6%). A alta incidência de flebite também está presente na realidade de outras instituições, que sugerem a realização de atividades educativas com os profissionais de enfermagem para reduzir a ocorrência dessa inflamação⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Comparando os achados em relação ao alto índice de exteriorização não intencional de sondas, drenos e cateteres, destaca-se os resultados de um estudo que mostra a enfermagem como principal responsável na manipulação desses dispositivos, de modo que se torna responsável pelas intercorrências. Por isso, é importante o desenvolvimento de ações específicas para segurança do paciente direcionadas a esses aspectos de cuidados e àqueles que são erros e eventos adversos a esses relacionados⁽¹⁷⁾. Destaca-se que os danos sofridos pelo paciente diante da ocorrência desse tipo de evento adverso, reforça a necessidade de investigar-se, com base nas notificações, todos os fatores que contribuíram para a sua ocorrência, a fim de adotar-se medidas preventivas com os profissionais envolvidos, principalmente em relação ao manuseio desses dispositivos e a uma fixação segura.

Assim, considera-se que a notificação dos eventos adversos é uma ferramenta fundamental da qualidade, pois permite apontar aspectos do cuidado que precisam ser melhorados. Portanto, conhecer o diagnóstico dos erros em saúde de uma instituição e a consequência desses para os pacientes é um importante passo para pensar políticas que garantam a segurança dos pacientes que procuram assistência em hospitais⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A necessidade de garantir um cuidado seguro levou o governo brasileiro a criar o Programa Nacional de Segurança do Paciente em 2013, por meio da Portaria n. 529/13, e a Resolução da Direção Colegiada (RDC) n. 36/2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que instituiu ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde, reforçando a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que tem como princípio norteador a melhoria contínua dos processos de cuidado, incluindo a criação e o acompanhamento de um sistema de notificação dos eventos adversos⁽²⁰⁻²¹⁾.

Portanto, para aumentar a notificação dos profissionais, o NSP da instituição do estudo, tem utilizado, como estratégia, o compromisso de garantir sigilo das informações, análise

e investigação sobre as possíveis causas que desencadearam o erro e, principalmente, retorno ao notificador, quando este identifica-se na ficha de notificação.

O incentivo e a motivação dos profissionais de Enfermagem para notificar um evento adverso desenvolvem nesses profissionais a percepção de colaboração com a instituição, gerando uma expectativa de ter um retorno, principalmente em relação à resolubilidade da gestão hospitalar⁽¹²⁾. Como exemplo, cita-se estudo realizado em um hospital do Sul do Brasil, cujos achados apontam para um crescimento de 142% dos incidentes notificados em um período de quatro anos (2008 - 2012), mas, ainda assim, acredita-se que a prevalência seja baixa, quando comparada ao total de internações. Atribui-se como possível causa o sistema de notificação adotado pela instituição, que exige a identificação do profissional que notifica⁽²²⁾.

Além de garantir o anonimato nas notificações, outro fator que pode contribuir para o aumento das notificações foi apontado em um estudo sobre a participação do diretor da instituição de saúde como educador em alguma intervenção educativa, com o objetivo de esclarecer sobre o caráter não punitivo frente ao relato de um erro, diante da presença da cultura punitiva em algumas organizações de saúde⁽⁹⁾.

A cultura existente nas organizações precisa estar em consonância com os objetivos da segurança do paciente, de forma que essa necessidade sirva de reforço para o desenvolvimento de uma cultura de segurança nos ambientes de trabalho. Uma revisão integrativa realizada sobre os eventos adversos na assistência de Enfermagem em pacientes adultos hospitalizados destaca a importância da notificação e salienta a necessidade de promoção de uma cultura de segurança, permitindo discutir junto à equipe de Enfermagem possíveis estratégias de prevenção que assegurem a segurança do paciente nas instituições de saúde⁽²³⁾.

Nessa perspectiva, o desenvolvimento de uma cultura de segurança exige o envolvimento e a participação de todos os profissionais, refletindo-se em um ambiente de trabalho que

reconhece os benefícios de evitar que o erro notificado ocorra futuramente, garantindo melhor qualidade e segurança no cuidado prestado ao paciente, evitando danos psicológicos causados ao profissional, considerado como “segunda vítima”.

As limitações do estudo estão relacionadas à característica e ao delineamento do tipo de estudo, descritivo, que restringe os resultados à instituição investigada, não permitindo generalizações. Outro fator considerado como limite do estudo foi o curto espaço de tempo para avaliação após as intervenções e a realização com apenas uma profissão envolvida no processo – a enfermagem. Tendo em vista que a segurança do paciente é multi e interdisciplinar, é importante, como uma perspectiva de ampliação da pesquisa, identificar essas estratégias e ações com toda a equipe.

Conclusão

Os resultados do estudo permitiram identificar-se que o número de notificações realizadas pelos profissionais de cinco unidades de internação adulto foi maior no período das intervenções educativas sobre segurança do paciente com os profissionais de enfermagem dessas unidades, correspondendo a um aumento de 256% quando comparado com o período anterior às intervenções. Acredita-se que esses profissionais de enfermagem, durante o período de participação nas intervenções educativas, desenvolveram maior compromisso com a notificação de erros.

Embora o aumento no número total de notificações tenha sido expressivo, ao avaliar os resultados em relação ao setor, identificou-se, em um desses, um total de quatro notificações em um ano, fato que pode ser relacionado à subnotificação.

A falha na dispensação de medicamentos, flebite e a exteriorização não intencional de sondas, drenos e cateteres foram os erros mais notificados, exigindo da instituição a adoção de estratégias para a redução, principalmente das

consequências desses erros para os pacientes internados.

Diante dos resultados, torna-se relevante implementar um processo de educação continuada sobre segurança do paciente que envolva a todos os profissionais da instituição, incluindo os participantes deste estudo, para estimular e manter o hábito de notificar. Assim, esses profissionais sentir-se-ão responsáveis e envolvidos, reconhecendo a segurança como prioridade, bem como o planejamento de ações e estratégias de melhoria e mudanças positivas na cultura de segurança do paciente.

Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos nessa e em outras realidades, com maior número de participantes e com outro delineamento de pesquisa, a fim de identificar a relação e a influência de atividades educativas nas notificações de erros no contexto dos hospitais brasileiros.

Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Monique Mendes Mendes Marinho e Vera Radünz;

2. redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Monique Mendes Mendes Marinho, Vera Radünz, Luciana Martins da Rosa, Francis Solange Vieira Tourinho, Patrícia Ilha e Marciele Misiak;

3. Aprovação final da versão a ser publicada: Monique Mendes Mendes Marinho, Vera Radünz, Luciana Martins da Rosa, Francis Solange Vieira Tourinho, Patrícia Ilha e Marciele Misiak.

Referências

1. World Health Organization. World alliance for patient safety. Geneva; 2005.
2. Fragata L, Martins L. O erro em medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. 4a ed. Coimbra: Livraria Almedina; 2014.
3. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(1):161-9.
4. El-Jardali F, Sheikh F, Garcia NA, Jamal D, Abdo A. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:122.
5. Abualrub R, Alakour, N, Alatari N. Perceptions of reporting practices and barriers to reporting incidents among registered nurses and physicians in accredited and nonaccredited Jordanian hospitals. *J Clin Nurs [Internet]*. 2015 Oct [cited 2015 July 27];24(19-20):2973-82. Available from: doi: 10.1111/jocn.12934
6. Lancis-Sepúlveda M, Asenjo-Araya C. Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile. *Rev Calid Asist [Internet]*. 2014 [cited 2014 Apr 25];29(2):78-83. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-estudio-incidencia-eventos-adversos-una-S1134282X13001486>
7. World Health Organization. World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems [Internet]. Geneva; 2008 [cited 2017 Oct 24]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf
8. Marinho M. Intervenções educativas de enfermagem: reflexos na cultura de segurança do paciente [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
9. Nakamura N, Yamashita Y, Tanihara S. Effectiveness and sustainability of education about incident reporting at a university hospital in Japan. *Healthc Inform Res*. 2014 Jul;20(3):209-15.
10. Cuadros CK, Grillo PK, Toffoletto MC, Henriquez-Roldán C, Canales Juan MA. Ocorrência de incidentes de segurança do paciente e carga de trabalho de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25(2):1-8.
11. Souza VS, Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare Enferm*. 2015;20(3):475-82.
12. Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMM. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]*. 2014 Oct [cited 2018 May 18];22(5):747-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

- arttext&pid=S0104-11692014000500747&lng=en.
http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3556.2476
13. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 21];25(2):e1610015. Available from: Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>
 14. Parand A, Dopson S, Renz A, Vincent C. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 24];4(9):e005055. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005055>
 15. Abdul-hak CK, Barros AF. Incidência de flebite em uma unidade de clínica médica. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 Sep [cited 2017 Aug 21];23(3):633-8. Available from: doi <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000900013>
 16. Souza AEBR, Oliveira JLC, Dias DC, Nicola AL. Prevalência de flebites em pacientes adultos internados em um hospital universitário. *Rev Rene*. 2015 jan/fev;16(1):114-22.
 17. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 24];68(1):144-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>
 18. Luiz RB, Simões ALA, Barichello E, Barbosa MH. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. *Rev Latino-am Enfermagem (Online)*. 2015 [cited 2017 Aug 21];23(5):880-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00880.pdf
 19. Reis CT, Laguardi J, Martins M. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2018 Apr 26];18(7):2029-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>
 20. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 2013 [cited 2018 May 16]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF); 2013 [cited 2018 May 16]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
 22. Lorenzini E, Santi JAR, Bao ACP. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do Sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014 jun [cited 2017 Dec 10];35(2):121-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.44370>
 23. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 fev [cited 2017 Aug 15];68(1):144-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>

Recebido: 29 de janeiro de 2018

Aprovado: 22 de maio de 2018

Publicado: 27 de julho de 2018



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais e, embora, os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.