

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A  
OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES NA UNIDADE  
DE PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL DA REDE SENTINELA  
Quéren de Pádua BRAGA, Ana Lúcia Queiroz BEZERRA, Thatianny Tanferri de Brito  
PARANAGUÁ, Ana Elisa Bauer de Camargo e SILVA.  
Faculdade de Enfermagem - UFG  
E-mail: querenbraga05@hotmail.com, analuciaqueiroz@uol.com.br,  
ttb.paranagua@gamil.com, anaelisa@terra.com.br.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação de processos e resultados; Iatrogenia; Serviço Hospitalar de Emergência; Enfermagem.

## **1. INTRODUÇÃO**

A busca pela qualidade nos serviços de saúde mostra uma preocupação em promover a melhoria da assistência prestada à população e a importância do serviço de enfermagem para efetivação desta assistência que deve definir estratégias para o seu alcance, considerando o custo-benefício e criando um sistema de avaliação contínuo e sistematizado (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Eventos adversos (EA) são ocorrências indesejáveis, não intencionais, de natureza danosa ou prejudicial que comprometem a segurança do paciente que se encontra sob cuidados dos profissionais de saúde (VITURI; MATSUDA, 2009). São decorrentes do cuidado e não da doença de base, ocasionando lesões mensuráveis no paciente e/ou prolongando o tempo de internação e/ou óbito. Os incidentes também são ocorrências não intencionais decorrentes do cuidado, entretanto, não acarretam óbito, lesões mensuráveis ou prolongamento do tempo de internação do paciente (GALLOTTI, 2003). Tais ocorrências contrariam os princípios da qualidade dos serviços nas instituições de saúde que buscam oferecer à clientela assistência com o mínimo de riscos e danos.

Nos hospitais, as situações que predisõem aos riscos de incidentes e eventos adversos, são: avanço tecnológico e baixa qualificação dos recursos humanos, distanciamento das ações próprias de cada profissional, desmotivação, ausência ou limitação da sistematização e documentação do cuidado de enfermagem, delegação de cuidados sem supervisão adequada, dentre outros (BECCARIA; PEREIRA; CONTRIM; LOBO; TRAJANO, 2009).

A Unidade de Pronto Socorro é considerada um ambiente de estresse e de alto risco para ocorrência de vários tipos de eventos adversos e incidentes, devido à rotatividade, dinâmica de

atendimento e por absorver grande demanda de pacientes com graus variados de agravos, além de conviver com deficiência quantitativa e qualitativa dos recursos humanos e materiais (OLIVEIRA; CAMARGO; CASSIANI, 2005).

Gallotti (2004), afirma que 50% a 60% dos eventos adversos ocorridos em unidades de Pronto Socorro são considerados passíveis de prevenção. Nos Estados Unidos da América estima-se que 1.000.000 de eventos adversos evitáveis ocorram anualmente, contribuindo para a morte de 98.000 pessoas (IOM, 1999).

No intuito de estabelecer um sistema de notificação, em 2002 foi criado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA do Ministério da Saúde, o Projeto Hospital Sentinela (PHS) com o objetivo de identificar e caracterizar as queixas técnicas e os eventos adversos multicausais visando a elaboração de estratégias que previnem uma nova ocorrência (BONFIM; BALANI; GADOTTI; RODRIGUES; BELTRAMI; NISHIVAMA, 2007; KUWABARA ; ÉVORA ; OLIVEIRA, 2010; ANVISA, 2010).

Por isso, a ocorrência de um evento adverso/incidente deve ser comunicado ao gerenciamento de risco da instituição para a adoção de medidas preventivas e de controle para eliminação de seus danos (BONFIM; BALANI; GADOTTI; RODRIGUES; BELTRAMI; NISHIVAMA, 2007; KUWABARA ; ÉVORA ; OLIVEIRA, 2010).

Neste estudo destacaremos os eventos adversos e incidentes ocorridos na percepção dos profissionais de enfermagem que se constituem como a principal fonte de informação de tais eventos, as condutas adotadas tanto pelo profissional que vivenciou o evento quanto pela instituição, no intuito de identificar as possíveis causas, avaliar os danos, propor soluções e criar estratégias de prevenção para minimizar as falhas organizacionais e pessoais e estimular uma cultura de segurança.

## **2. OBJETIVO**

Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a ocorrência de eventos adversos no Pronto Socorro de um hospital sentinela.

## **3. METODOLOGIA**

### **Tipologia e local**

Estudo descritivo, exploratório, desenvolvido na Unidade de Pronto Socorro de um Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – HC/UFG. O HC/UFG faz parte da Rede Sentinela da ANVISA e possui Serviço de Gerenciamento de Riscos desde 2002. Presta assistência

em saúde a pacientes do Sistema Único de Saúde, em harmonia com o ensino, pesquisa e extensão. O PS possui 56 leitos de apoio as diversas especialidades, sendo 14 para observação, dois para reanimação.

### **População**

A população foram 94 profissionais de enfermagem atuantes no Pronto Socorro por no mínimo três meses e no período de coleta de dados. Foram excluídos os profissionais abordados mais de duas vezes e que não se dispuseram a participar.

### **Coleta dos dados**

Os dados foram coletados entre os meses de março e maio de 2010, nos três turnos de trabalho com a intenção de contatar todos os profissionais. A Entrevista foi auxiliada por instrumento estruturado, avaliado por experts e submetido ao teste piloto.

O instrumento consta de três partes. A primeira com os dados de caracterização dos participantes: idade, sexo, categoria profissional, tempo de formação e de atuação (na profissão, instituição e na unidade), carga horária, turno de trabalho, vínculos empregatícios e educação continuada. A segunda parte do instrumento contém questões sobre o conhecimento dos profissionais acerca do evento adverso, medidas preventivas e gestão de riscos na unidade. A terceira parte consta dos tipos de eventos adversos/incidentes, às conseqüências para o paciente, condutas clínicas e administrativas adotadas e conhecimento do paciente/família sobre o ocorrido.

### **Tratamento dos dados**

Os relatos dos participantes foram transcritos em documento do Microsoft Word para formar o corpus de análise, sendo identificados pela letra E, seguido de um número cardinal, conforme a seqüência das entrevistas.

Os dados quantitativos foram inseridos em planilha eletrônica do programa Microsoft Excel versão 2003. Em seguida foi feita análise estatística descritiva das variáveis categóricas e média para variáveis contínuas.

Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos e contra-referenciados com a literatura pertinente.

### **Aspectos éticos**

Estudo vinculado ao projeto: “Análise de ocorrências de eventos adversos em um hospital da Rede Sentinela da Região Centro Oeste”, Protocolo Nº 064/2008.

Os aspectos éticos estão conforme a Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996). Todos os entrevistados receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1. Caracterização dos profissionais**

Do total de 94 profissionais atuantes na Unidade de Pronto Socorro do hospital campo do estudo, 50(53,19%) profissionais participaram da entrevista, 18(19,15%) foram abordados mais de duas vezes, não obtendo resposta de disponibilidade, 17(18,09%) não estavam presentes na unidade nos horários da coleta de dados, cinco(5,32%) estavam de férias e quatro(4,26%) se recusaram participar da entrevista.

Dos 50 participantes, 37(74%) eram técnicos de enfermagem, 09(18%) enfermeiros, três (6%) bolsistas e um(2%) auxiliar de enfermagem, sendo 39(78%) do sexo feminino. A idade média dos profissionais foi de 35,5 anos, sendo que 15(30%) tinham entre 31 a 40 anos.

A maioria dos profissionais 27(54%) tinha entre 1 a 10 anos de formado e 36(72%) de 1 a 10 anos de tempo de atuação na unidade. Do total de profissionais entrevistados 17(34 %) eram do noturno e o restante do diurno com predominância do vespertino com 30(60%).

Quanto à carga horária semanal na unidade, 40(80%) dos profissionais trabalham 30 horas; 18(36%) possuem dois vínculos empregatícios com carga horária semanal superior a 60 horas. Nestas condições com longas jornadas, ritmo excessivo de trabalho, esforços físicos somadas ao ambiente conturbado do Pronto Socorro, os profissionais estão susceptíveis a ocorrência de falhas na assistência ao paciente (NASCIMENTO; TOFFOLETTO; GONÇALVES; FREITAS; PADILHA, 2008).

Quanto à educação continuada dos profissionais, nos últimos três anos 35(70%) realizaram algum curso, a maioria oferecido pela instituição sobre emergência e urgência, tratamento de feridas, administração de medicamentos, infecção hospitalar, procedimentos em PS, entre outros.

### **4.2. Conhecimento dos profissionais sobre eventos adversos/incidentes**

Quanto à percepção sobre eventos adversos/incidentes, 26(52%) dos profissionais demonstram conhecimento superficial e não sistematizado: *“Uma intercorrência inesperada, algo que não deveria acontecer”*(E. 32). *“Algo que acontece fora da rotina, como erro de medicação, ulcera de pressão, queda”*(E. 04), *“Coisas que acontecem com o paciente (indesejáveis), que você pode prevenir”* (E. 37), *“Efeito inesperado que ocorre com a medicação”*(E. 20).

No entanto, 24(48%) não souberam responder, nunca ouviram falar e se expressaram de forma errônea: *Nada*”(E. 02), *“Nunca ouvi falar”*(E. 06), *“Agressão física ao paciente”* (E. 26), *“Acontecimentos relacionados aos funcionários”*(E. 49).

Segundo Santos, Padilha (2005), eventos adversos são definidos como ocorrências indesejáveis, de natureza danosa ou prejudicial, que comprometem a segurança do paciente. O dano pode resultar em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento da internação ou morte como consequência do cuidado (MENDES et al., 2005).

Tratando-se de uma instituição com Gerenciamento de Risco há oito anos, serviço especializado em identificar a ocorrência e a provável causa dos eventos adversos, avaliar os danos causados e tomar as decisões apropriadas concernentes a esses problemas, existe um déficit de conhecimento entre os profissionais. Desta forma, destaca-se a importância da educação continuada orientada para a promoção da segurança do paciente, no intuito de divulgar ao serviço conceitos claros e precisos sobre o que são os eventos adversos/incidentes, os tipos de eventos, a importância do registro e da notificação dos mesmos (KUWABARA; ÉVORA; OLIVEIRA, 2010; PAIVA ; PAIVA; BERTI; 2010).

#### **4.3. Sistema de Informação de eventos adversos/incidentes**

Quanto à comunicação e notificação dos eventos adversos/incidentes, todos os entrevistados informaram que comunicam verbalmente para o Enfermeiro supervisor da unidade.

A unidade não possui um sistema de notificação de eventos adversos/incidentes ao Serviço de Gerenciamento de Riscos. No entanto, existe um Livro de Ocorrências de Enfermagem, no qual são registrados pelos Enfermeiros os eventos ocorridos durante o turno de trabalho e de acesso restrito a esses profissionais. Quanto ao registro dos eventos pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, são utilizados os prontuários e papeletas dos pacientes: *“Notificados não, se registra no prontuário, papeleta, livro de registros da Enfermagem e outros livros da unidade”*(E.46); *“O Enfermeiro relata o evento no livro de Enfermagem. E os técnicos ou os enfermeiros relatam na papeleta do paciente”*(E.50).

Existe a preocupação de comunicar a ocorrência dos eventos adversos/incidentes para os profissionais do próximo turno de trabalho: *“O Enfermeiro também passa na passagem de plantão”* (E.35).

O único instrumento institucional específico para o registro de eventos adversos/incidentes está relacionado à infecção hospitalar e foi citado apenas por dois profissionais: *“Tem um formulário no caso de infecção para a CCIH”* (E.42).

As anotações de prontuários ou qualquer documento de registro de informações nos serviços de saúde têm valor significativo, sendo fontes de investigação, instrumento de educação e documento legal, servindo também como meios de avaliação da assistência prestada ao paciente bem como da qualidade das anotações elaboradas pela equipe (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

Paiva, Paiva, Berti (2010) enfatizam a importância de se criar uma política de estímulo à notificação, dos eventos adversos por meio de um instrumento utilizado por todos os profissionais das várias áreas da instituição, além de proporem o desenvolvimento de um sistema eletrônico de notificação, para dar agilidade ao processo de comunicação e permitindo pronta atuação da gerência.

#### 4.4. Eventos adversos/incidentes ocorridos no Ponto socorro segundo os profissionais

Constatou-se a ocorrência de 298 eventos sendo 133(44,63%) incidentes e 165(55,37%) eventos adversos demonstrado na Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição dos eventos adversos/incidentes ocorridos no Pronto Socorro de um hospital universitário. Goiânia, Goiás. 2011.

<b>Tipo de evento</b>	<b>Incidentes</b>	<b>Eventos adversos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sondas, cateteres e drenos	-	74	74	24,83
Evasão	45	01	46	15,44
Processo alérgico	32	11	43	14,43
Erro de medicação	28	08	36	12,08
Queda	28	07	35	11,74
Infecção hospitalar	-	25	25	8,39
Úlcera de pressão	-	18	18	6,04
Complicação cirúrgica	-	17	17	5,70
Queimadura	-	01	01	0,34
Outros	-	03	03	1,01
Total	133	165	298	100

#### **Sondas, cateteres e drenos**

Todos os eventos 74(24,83%) relacionados a sondas, cateteres e drenos citados pelos profissionais foram classificados como eventos adversos, pois exigiram alguma intervenção.

Quanto às causas, 57(77,03%) foram relacionados a retirada não programada dos dispositivos pelo próprio paciente, seguido de obstrução com 14(18,92%), e 03(4,05%) foram fixação inadequada do dispositivo.

Quanto às consequências, observou-se que a maioria dos eventos 40(54,05%) não causou dano aparente, 16(21,62%) não causou dano e requereu monitoramento, 15(20,27%) não sabiam

relatar, 02(2,70%) contribuiu ou resultou em dano temporário e prolongou a internação e 01 (1,35%) contribuiu ou resultou em dano temporário e requereu intervenção.

Observa-se o predomínio de retirada desses dispositivos na unidade pelo paciente, indicando que a equipe de saúde deve reforçar a orientação aos pacientes e familiares quanto à sua manutenção, visando promover a recuperação do paciente, evitar lesão no trajeto do dispositivo e desconforto ao ter que se submeter a um novo procedimento. Destaca-se ainda a necessidade de adotar medidas preventivas de orientação a equipe de saúde quanto à técnica correta de inserção e manuseio destes dispositivos (CARNEIRO; BEZERRA; SILVA; SOUZA; PARANAGUÁ; BRANQUINHO, 2011).

### **Evasão**

Foram identificados 46(15,44%) evasões de pacientes. As taxas de evasão constituem indicadores para avaliar a superlotação de unidades de Pronto Socorro onde se encontra diariamente grandes filas, com longos tempos de espera, onde pacientes e acompanhantes estão preocupados, irritados e cansados. Assim como, alguns desses pacientes, com doenças sem gravidade imediata, poderiam ser atendidos em ambulatórios ou outros serviços, o que pode justificar esse índice. Uma das condutas a serem adotadas para minimizar essa ocorrência pode ser o uso sistemático da classificação de riscos, além de permitir que os profissionais possam dar maior atenção àqueles pacientes que caracterizam atendimento de urgência e emergência (PERONDI; SAKANO; SCHVARTSMAN, 2008).

Em relação às conseqüências foi observado que em 40(86,96%) dos casos, os profissionais não sabiam quais as conseqüências para o paciente, cinco(10,87%) não causou dano ao paciente e em um(2,17%) resultou em óbito do paciente.

### **Reação alérgica**

Esse tipo de evento totalizou 43(14,43%) sendo 33(76,74%) relacionados a reações a medicamentos e 10(23,26%) a insumos como esparadrapo.

Das reações alérgicas a medicamentos 11(33,33%) foram classificados como eventos adversos. Destas, 10(30,30%) resultaram em dano temporário e requereu intervenção e um (3,03%) resultou em óbito do paciente. Todos os eventos relacionados às reações alérgicas a esparadrapo foram classificados como incidentes, pois não causaram nenhum dano aparente ao paciente.

As reações alérgicas a medicamentos constituem uma parte importante dos eventos adversos. É importante a monitoração desse tipo de ocorrência, visto que algumas reações

adversas podem ser inerentes a erros exógenos (PEDREIRA, 2009). Ressalta-se, ainda, a importância da análise histórica e anamnese bem elaboradas de forma a evitar prejuízos futuros ao paciente (CARNEIRO; BEZERRA; SILVA; SOUZA; PARANAGUÁ; BRANQUINHO, 2011).

### **Erro de medicação**

Quanto aos eventos relacionados à medicação foram evidenciados 36(12,08%) eventos, sendo 28(77,78%) incidentes e 8(22,22%) eventos adversos.

Os eventos mais frequentes foram 14(38,89%) relacionados à omissão de doses, 6(16,67%) troca de paciente, 5(13,89%) erro de horário, 3(8,33%) erro de transcrição, 2(5,56%) dose errada, 2(5,56%) via errada, 1(2,78%) suspensão, 1(2,78%) reação adversa, 1(2,78%) medicamento não prescrito e 1(2,78%) medicamento errado.

Quanto às conseqüências dos eventos adversos, dois casos resultaram em óbito, um deles devido à dose errada “*O médico não avaliou a idade e peso, prescreveu uma dose errada da medicação que acabou contribuindo para morte do paciente*” (E. 36) e o outro o medicamento era impróprio para o paciente. Os demais casos de eventos adversos resultaram em dano temporário e requereu intervenção.

O erro de medicação é considerado um evento adverso, já que se refere a um incidente evitável, que pode acarretar sérias conseqüências ao paciente (MENDES, et al, 2008). A equipe de enfermagem constitui o elo final do processo de administração de medicamento e, geralmente, seus atos marcam a transição de um erro previsível para um erro real. É importante que os profissionais da equipe tenham conhecimento suficiente a fim de poder interceptar o erro de medicação. As suas causas podem estar relacionadas desde o momento da prescrição até a administração de medicamentos. Na ocorrência do erro, é fundamental que o profissional envolvido seja honesto e não tenha medo de punições, o que facilita o relato do incidente para que sejam tomadas as devidas providências o mais rápido possível em relação ao paciente, família e profissional envolvido (SILVA; SILVA; GOBBO; MIASSO, 2007)

### **Queda**

Foram identificados 35(11,74%) eventos relacionados a queda. Sendo 28(80%) queda da maca, 4(11,43%) queda da própria altura, 2(5,71%) da cadeira de rodas e 1(2,86%) do leito. Quanto aos eventos adversos, os relacionados a queda da maca requereu intervenção e/ou prolongou o tempo de internação, e a queda do leito resultou na morte do paciente.

A prevenção de quedas contribui para a melhoria do cuidado prestado e garante a integridade e a qualidade do serviço, mantendo o paciente livre de imprudência, imperícia e/ou negligência decorrentes da assistência à saúde. A queda pode ser justificada pela falha na vigilância que é necessária ao paciente que, pode estar sem condições físicas para se levantar e/ou manter-se em pé. Além das sérias complicações para a integridade física e emocional dos pacientes, existem conseqüências econômicas para a instituição, pois podem aumentar o tempo de internação (DECESARO; PADILHA, 2002).

Algumas medidas podem ser tomadas para evitar a ocorrência de quedas, tais como a elevação de grades das camas, a aplicação de técnicas de restrição de movimentos, a permanência de um acompanhante, a distribuição adequada de pacientes para cada profissional, dentre outras (DECESARO; PADILHA, 2002).

### **Infecção Hospitalar**

Todos os eventos relacionados à infecção hospitalar, 25(8,39%), foram classificados como eventos adversos, pois em 17(68%) dos casos houve prolongamento do tempo de internação e os demais além do dano causado requereu algum tipo de intervenção.

As causas de infecção hospitalar foram 14(56%) de sitio cirúrgico, sendo que um caso “O médico colocou o paciente de pós operatório junto com outro paciente que estava com fecaloma há 18 dias” (E.43), 9(36%) no acesso vascular, 1(4%) por pneumonia.

A infecção hospitalar é um problema de saúde pública, os pacientes internados em instituições de saúde têm um risco maior de adquirir infecções devido ao próprio ambiente hospitalar, ao número de profissionais que manipulam diretamente o paciente, ao tempo de hospitalização e procedimentos, podendo ser transmitida pelas mãos dos profissionais de saúde ou outras pessoas que entrem em contato com o paciente (CARMAGNANI, 2002).

Cabe às instituições de saúde elaborar e estabelecer padrões sistematizados para o manejo do paciente e de materiais, além de estabelecer estratégias de educação e treinamento em saúde, a fim de reduzir a ocorrência da infecção hospitalar e evitar as falhas nos procedimentos técnicos. (CARMAGNANI, 2002).

### **Úlcera por pressão**

Foram destacados 18(6,04%) eventos adversos relacionados à úlcera de pressão, onde todos causaram dano/lesão no paciente, 11 (61,11%) prolongaram o tempo de internação e os demais requereram algum tipo de intervenção.

É importante avaliar na admissão e periodicamente o risco do paciente para o desenvolvimento de úlceras por pressão e desenvolver estratégias para sua prevenção, como: proteger a pele do paciente, realizar mudança de decúbito conforme protocolos institucionais, providenciar colchão especiais para o paciente acamado, entre outras medidas (COREN-SP, 2010).

### **Complicação cirúrgica**

Todos os 17(5,70%) eventos relacionados à complicação cirúrgica foram classificados como eventos adversos. As complicações cirúrgicas relatadas pelos profissionais se devem à indisponibilidade de leitos nas unidades de internação. Os pacientes admitidos pelo Pronto Socorro e submetidos a procedimentos cirúrgicos de emergência permaneciam na unidade no pós-operatório junto com os demais.

As complicações cirúrgicas observados foram relacionadas a 7(41,18%) parada cardiorrespiratória, onde cinco delas resultaram em óbito, uma requereu intervenção e outra prolongou o tempo de internação do paciente. Três (17,65%) foram deiscências de suturas, 3(17,65%) dor aguda, 2(11,46%) embolia pulmonar sendo que um resultou em óbito do paciente, 1 (5,88%) hemorragia e 1(5,88%) pneumotórax. Os demais casos resultaram no prolongamento do tempo de internação do paciente.

### **Outros eventos**

Como outros eventos foram 4(1,35%) que incluem falhas técnicas, queimaduras e omissão de cuidado.

As falhas técnicas foram evidenciadas pelo extravasamento de quimioterápico, resultando em queimadura no local da aplicação e resultou em dano temporário e prolongamento da internação do paciente.

Manuseio inadequado da bomba de infusão: *“Durante a nutrição parenteral, devido ao posicionamento de forma errada na bomba, ao invés da dieta ir para o corpo do paciente, o sangue do paciente foi aspirado, quando a equipe se deu conta o paciente estava em choque”* (E. 16), Este evento resultou em um dano temporário e requereu uma intervenção imediata.

Na omissão do cuidado *“O paciente ficou esperando muito tempo, mais de 48 horas, para ser avaliado por um especialista”* (E. 06) que resultou em um dano temporário e requereu uma intervenção imediata. A omissão do cuidado coloca em risco a integridade física do cliente/usuário e a qualidade dos serviços oferecidos pelas instituições. Podendo gerar prolongamento da internação, aumento nos custos da hospitalização, necessidade de tratamentos adicionais, exames e procedimentos extras, assim como: dor, sofrimento, seqüelas, podendo até levá-los à morte. Para as

instituições, os reflexos destes comprometem a qualidade do atendimento, a imagem institucional gera desconfiança e elevam os custos aumentando gastos (SANTOS; SILVA; MUNARI; MIASSO, 2007).

#### **4.5. Condutas adotadas na ocorrência de evento adverso/incidente**

Os entrevistados relatam que são adotadas condutas frente à ocorrência de um evento adverso/incidente relacionadas ao paciente, ao profissional e a gerencia. Em relação ao paciente envolvido em 237(79,53%) as condutas foram: observar e cuidar do paciente, comunicar enfermeiro chefe e médico, informar o ocorrido ao paciente e familiar. Quanto ao paciente e familiar, 151(50,67%) não foram comunicados sobre o evento adverso ocorrido. Para Gladstone (1995) está implícito, na relação entre o paciente e enfermeiro, o princípio de que esse está sempre trabalhando para o bem estar e benefício daquele, e quando ocorrem erros, há uma violação deste princípio, causando ao paciente um prejuízo, abalando a confiança que esse tinha no enfermeiro ou equipe de enfermagem.

Quanto às condutas administrativas, em relação ao profissional envolvido no evento adverso, apenas 15(5,03%) foram adotadas tais medidas: advertência do profissional, esclarecimento sobre os motivos do erro, orientação e treinamento. Como condutas gerenciais/educativas, em 33% dos casos, foram citadas a educação continuada.

A prática de ações educativas junto aos profissionais envolvidos diretamente na execução do procedimento poderá favorecer a melhoria da qualidade do cuidado prestado ao cliente e prevenindo a repetição do erro e desenvolvendo a cultura de segurança (CARVALHO; CASSIANI; CHIERICATO,1999).

#### **4.6. Medidas adotadas para a prevenção dos eventos adversos/incidentes**

Quanto às medidas preventivas de eventos adversos/incidentes adotadas na instituição e unidade de Pronto Socorro, 46(92%) responderam afirmativamente e 04(8%) referiram não existir ou ainda desconhecer.

As medidas preventivas foram agrupadas em educação, ambiente de trabalho e condutas administrativas.

Quanto o aspecto educativo, a maioria (66%) relatou que a instituição realiza programa de educação continuada por meio de cursos e simulações sobre situações de emergência e urgência, tratamento de feridas, medicação, infecção hospitalar, entre outros.

A Educação Continuada é um conjunto de práticas usuais que objetivam mudanças na formação e atenção à saúde, visto que busca proporcionar ao indivíduo a aquisição de

conhecimentos, para que ele atinja sua capacidade profissional e desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e social (BEZERRA, 2003).

Quanto ao ambiente de trabalho 15(30%) relataram que a instituição tem realizado melhorias na estrutura física e disponibilizado recursos materiais necessários à assistência de pacientes em situações de urgência e emergência. É sabido que o ambiente de trabalho afeta os resultados da prática de enfermagem, portanto, há necessidade de reformulações de infra-estrutura para oferecer melhores condições de trabalho para proporcionar que a enfermagem melhore seu desempenho profissional (REASON, 2005; PEDREIRA; HARADA, 2009).

Em relação às condutas administrativas foram citadas por cinco(12%) dos entrevistados: advertência verbal, elaboração de protocolo assistencial e notificação de erros. Barajas *et al* (2008) constataram alto índice de eventos adversos em unidade de urgência e emergência, sendo a ausência de protocolos que orientem a assistência à saúde uma das principais causas.

A notificação do evento e a advertência aos profissionais foram citadas somente pelos técnicos administrativos. Em geral, a omissão dos erros são associados a vergonha, punições e perda de prestígio por parte dos profissionais de saúde (BOHOMOL; RAMOS, 2007). Há a necessidade de criar uma cultura de não punição e sim de notificação visando à orientação dos profissionais frente ao evento adverso/incidente.

#### **4. 7. Medidas sugeridas pelos profissionais para prevenção de eventos adversos/incidentes**

Quanto às sugestões dos profissionais para a prevenção de eventos adversos/incidentes na unidade de Pronto Socorro, os resultados foram agrupados em quatro itens: educação, organização do serviço e gestão de pessoas.

Quanto à educação foram citados pelos profissionais os aspectos relacionados ao treinamento e orientação (24%) e a atitude com (8%). Esses aspectos são relevantes como medidas preventivas de erros, permitindo a cada profissional a identificação e avaliação dos riscos, além de inserir uma consciência coletiva de prevenção de eventos adversos/incidentes (CLARO; KROCKOZ; TOFFOLLETO; PADILHA, 2011).

Em relação à organização do serviço os profissionais sugerem a melhora na estrutura física e recursos materiais (42%), melhores condições de trabalho (12%) e permissão de acompanhante para todos os pacientes (6%). A ocorrência de eventos adversos e incidentes pode estar relacionada ao gerenciamento dos recursos materiais, quando ocorrem falhas nas etapas do planejamento, controle e supervisão do trabalho por parte da equipe de enfermagem quanto às demandas na

previsão, provisão e manutenção dos equipamentos da unidade interferindo na segurança do paciente (COSTA; GUIMARÃES, 2004).

Na gestão de pessoas, (50%) de citações foi referente a dimensionamento de pessoal evidenciado pela sobrecarga de trabalho: “*Aumentar o numero de funcionários, pois os mesmos ficam doentes devido a sobrecarga de trabalho, e acabam faltando*”(E.29). A avaliação de desempenho e medidas corretivas teve (9%) de citações.

A sobrecarga dos profissionais de saúde devido às longas jornadas, ritmo excessivo de trabalho, esforços físicos, somadas ao próprio ambiente conturbado é responsável por 52,6% a 70% do total de eventos adversos detectados (GALLOTI, 2003 *apud* SOUZA, SILVA, NORI, 2007; NASCIMENTO, TOFFOLETTO, GONÇALVES, FREITAS, PADILHA, 2008).

## **CONCLUSÃO**

Este estudo evidenciou que a maioria dos profissionais entende de modo superficial e não sistematizado o significado de eventos adversos/incidentes.

Foram identificados 133 incidentes, sendo o mais freqüente a evasão com 45 relatos, seguido de processo alérgico, medicação e queda. Os eventos adversos foram 165, destacando-se àqueles relacionados a cateteres, sondas e drenos, com 74 relatos, seguido de infecção, úlcera por pressão e complicação cirúrgica. Dentre os eventos adversos/incidentes, 34 resultaram em dano temporário e prolongou a internação e 12 resultou na morte do paciente.

Foi constatada ainda a ausência de um sistema de informação dos eventos adversos/incidentes, o que aponta falhas na organização do serviço, visto que as condutas adotadas para o enfrentamento da ocorrência desses eventos pela instituição e profissionais não estão sistematizadas. Recomenda-se o planejamento de estratégias de educação continuada visando à mudança de atitude, o gerenciamento de riscos e o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

## **REFERENCIAS**

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Página na Internet]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/farmacovigilância/oficinas/mapa/index.htm> [acessado em 2010 maio 29].

BRASIL. Resolução nº196/96, Brasília, DF. Conselho Nacional de Saúde; 1996.

BARAJAS, E. R.; TAMAYO, C. T.; GONZALEZ, J. S.; GONZALEZ, O. S.; GAMBOA, L. E. H.; CASTOLO, E. M. C. Adverse events identified in medical complaints. **Cir Cir**, v. 76, n. 2, p. 153-160, 2008

BECCARIA, L. M.; PEREIRA, R. A. M.; CONTRIN, L. M.; LOBO, S. M. A.; TRAJANO, D. H. L. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 21, n. 3, p. 276-282, 2009.

BEZERRA, A. L. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo: Lemar e Martinari; 2003.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Rev. bras. Enferm**, v. 60, n. 1, p. 32-36, 2007.

BONFIM, O. S.; BALANI, D. F.; GADOTTI, G.; RODRIGUES, P. R.; BELTRAMI, Z. S.; NISHIYAMA, P. Eventos adversos notificados ao projeto Hospital Sentinela, Hospital Universitário de Maringá; **Arq Mudi**, 2007, v. 11, n. 1, p.192, 2006.

CARMAGNANI, M. I. S. **Segurança e Controle de Infecção**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editous, 2002.

CARNEIRO, F. S.; BEZERRA, A. L. Q.; SILVA, A. E. B. C.; SOUZA, L. S.; PARANAGUÁ, T. T. B.; BRANQUINHO, N. C. S. S. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Rev enferm UERJ**, v. 19, n. 2, 2011.

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S. H. B.; CHIERICATO, C. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 7, n. 5, p. 67-75, 1999.

CLARO, C. M.; KROCKOZ, D. V. C.; TOFFOLLETO, M. C.; PADILHA, K. G. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 167-172, 2011.

Conselho Regional de Enfermagem (SP). 10 Passos para a segurança do paciente. REBRAENSP – Pólo São Paulo, 2010.

COSTA, C. M. A.; GUIMARÃES, R. M. Considerações sobre a administração de recursos materiais em um hospital universitário. **Rev Enferm UERJ**, v. 12, p. 205-210, 2004.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 1, p.84-88, 2006.

DECESARO, M. N.; PADILHA, K. G. Iatrogenia na assistência de enfermagem durante internação em UTI: queda de pacientes. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 159-162, 2002.

GALLOTTI, R. M. D. **Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergências clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade da atenção** [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.

GALLOTTI, R. M. D. Eventos adversos: o que são? **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 50, n. 2, p. 109-126, 2004.

GLADSTONE, J. Drug administration errors: a study into the factors underlying the occurrence and reporting of drug errors in a district general hospital. **J.Adv.Nurs**, 22, p. 628-637, 1995.

IOM. Institute of Medicine. **To err is human: building a safer health system**. Washington (DC): National Press Academy; 1999.

KUWABARA, C. C. T.; ÉVORA, Y. D. M.; OLIVEIRA, M. M. B. Gerenciamento de risco em tecnovigilância: construção e validação de instrumento de avaliação de produto médico-hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 5, 09 telas, 2010.

MENDES, W.; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; NORONHA, J. C. Revisão dos estudos e avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MENDES, W. et al. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros *Rev Bras Epidemiol*, v. 11, n. 1, p. 55-66, 2008.

NASCIMENTO, C. C. P.; TOFFOLETTO, M. C.; GONÇALVES, L. A.; FREITAS, W. G.; PADILHA, K. G. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 746-751, 2008.

OLIVEIRA, R. C.; CAMARGO, A. E. B.; CASSIANI, S. H. B. Estratégias para prevenção de erros na medicação no Setor de Emergência. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 4, p. 399-404, 2005.

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 287-294, 2010.

PEDREIRA, G. L. M.; HARADA, M. J. C. S. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Caetano do sul: Yendis Editora, 2009.

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para segurança do paciente. In: Pedreira MLG, Harada MJCS, organizadoras. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2009.

PERONDI, M. B. M.; SAKANO, T. M. S.; SCHVARTSMAN, C. Utilização de um sistema informatizado de atendimento em pronto-socorro pediátrico com sistema de escore clínico de triagem. **Einstein**, v. 6, n. 1, p. 31-36, 2008.

REASON, J. Safety in the operating theatre - part 2: human error and organizational failure. **Qual saf health care**, v. 14, p. 56-61. 2005.

SANTOS, A. E.; PADILHA, K. G. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 4, p. 429-433, 2005.

SANTOS, J. O.; SILVA, A. E. B. C.; MUNARI, D. B.; MIASSO, A. I. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 4, p. 483-488, 2007.

SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta paul. Enferm**, v. 22, n. 3, p. 313-317, 2009.

SILVA, B. K.; SILVA, J. S.; GOBBO, A. F. F.; MIASSO, A. I. Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. Acesso e utilização de fórmula infantil e alimentos entre crianças nascidas de mulheres com HIV/AIDS. **Rev Eletr Enf** [serial on line] Set-Dez; v. 9, n. 3, p. 712-723, 2007 Available from: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a11htm>

SOUZA, R. B.; SILVA, M. J. P.; NORI, A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 28, n.2, p. 242-249, 2007.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdos de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 429-437, 2009.