

EVENTOS ADVERSOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DA REDE SENTINELA

Isadora Alves Moreira, Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá,

Ana Elisa Bauer de Camargo e Silva

Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Email: moreira_isadora@hotmail.com, analuciaqueiroz@uol.com.br,

ttb.paranagua@gmail.com, anaelisa@terra.com.br.

PALAVRAS-CHAVE: Iatrogenia, Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Evento adverso é definido como lesão ou dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente e/ou prolongamento de tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado. O que caracteriza o evento adverso é o fato do dano ou lesão ter sido causado pelo cuidado prestado na organização de saúde e não por ser decorrente da evolução da doença de base (MENDES et al, 2005).

Nas instituições de saúde, a preocupação com a qualidade no atendimento à clientela que promova satisfação e o mínimo de riscos e falhas, vem sendo um dos princípios básicos na busca pela qualidade nos serviços e nessa perspectiva, a ausência de eventos adversos é uma meta a ser alcançada, pois compromete a segurança do paciente. Isso tem motivado as instituições hospitalares a investigar as falhas no decorrer da assistência, que inclui a ocorrência de eventos adversos (GALLOTTI, 2004). O Relatório do Institute of Medicine, *To error is human*, de 1999, apresentou dados alarmantes sobre a segurança do paciente, mostrando que cerca de 98.000 pacientes morrem por erros preveníveis ocorridos durante a hospitalização nos Estados Unidos anualmente (KOHN et al, 2000).

Estudos internacionais e nacionais são encontrados, predominando o enfoque sistêmico desses eventos. Na Faculdade de Medicina da Universidade de Harvard, em Boston foi verificado que mais de 20% dos pacientes admitidos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) sofreram algum evento adverso (ORLOVSKY, 2005). Canineu et al (2006), em análise de vários estudos, concluiu que a maioria dos eventos adversos relaciona-se às falhas na prevenção e diagnóstico de doenças, no tratamento medicamentoso, no sistema de

monitorização e interpretação dos monitores pelos profissionais, bem como às falhas durante a indicação, colocação, manutenção e retiradas dos acessos, tubos e drenos.

No Brasil, Tofolletto (2008) verificou que durante um período de quatro anos, 377 pacientes foram vítimas de eventos adversos, sendo que 22,28% destes sofreram dois ou mais eventos, reforçando a necessidade de se estabelecer protocolos de controle e prevenção dessas ocorrências.

Em relação à assistência de enfermagem, estudo de Beccaria et al (2009), evidenciou a ocorrência de 550 eventos adversos durante dez meses em uma UTI, dentre os quais se destacaram falhas na administração de medicamentos, no monitoramento de bombas de infusão, manuseio incorreto de materiais e artefatos terapêuticos e diagnósticos, além de falhas nas anotações de enfermagem.

Em Goiás, os primeiros estudos realizados evidenciaram a ocorrência de eventos adversos decorrentes da assistência à saúde, principalmente os relacionados à medicação (SILVA, 2008; BEZERRA et al, 2009; SILVA et al, 2011; CARNEIRO et al, 2011).

Considerando que a equipe de enfermagem perfaz maior contingente de pessoal nas instituições hospitalares e que, segundo Beccaria et al (2009), a expectativa da assistência prestada numa UTI é garantir o melhor resultado dentro das condições clínicas e da gravidade dos pacientes com menores índices possíveis de complicações decorrentes dos procedimentos realizados, e, que a qualidade da assistência vista como um objetivo a ser alcançado exige um controle, há a necessidade de investigar a percepção da equipe multiprofissional que presta atendimento ao paciente crítico.

Nessa perspectiva, o levantamento dos eventos adversos possibilita o conhecimento de falhas latentes nas diversas etapas do processo do cuidar, com o objetivo de contribuir para a implementação de estratégias que reduzem e intercepte as falhas identificadas, minimizando seu impacto e contribuindo para a condução de uma prática segura (PADILHA, 2001; CHABOYER et al, 2008; KONH ET AL 2000; ROSA; PERINI, 2003; PEDREIRA; HARADA, 2006, BELELA, 2008; KUSAHARA; CHANES, 2009).

Desta forma, em função da prevalência dos eventos adversos em UTI, dos custos decorrentes desses erros e pelo baixo índice de pesquisa a respeito dessa temática, propõe-se a estudar os eventos adversos e queixas técnicas relacionados à organização do serviço e o atendimento a população nas UTIs.

2. OBJETIVOS

Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a ocorrência de eventos adversos na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital sentinela.

3.METODOLOGIA

Tipologia e local

Estudo descritivo, exploratório, desenvolvido nas UTIs Médica e Cirúrgica de um Hospital Universitário da Região Centro Oeste. Atualmente, a UTI conta com capacidade física para 14 leitos, sendo 6 leitos na UTI médica e 8 leitos na UTI cirúrgica.

População

A população do estudo foi constituída por 37 profissionais, sendo 23 da UTI médica e 14 da UTI cirúrgica, incluindo as seguintes categorias profissionais: médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, além de bolsistas, dos turnos diurnos e noturnos que trabalharam no período da coleta de dados.

Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro a março de 2011, iniciada após análise do projeto e autorização do seu desenvolvimento pelo hospital campo de estudo. 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 as 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 N° 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

Participaram deste estudo 37 profissionais da UTI, sendo 20(54,1%) técnicos de enfermagem, 13(35,1%) enfermeiros e quatro (10,8%) médicos. Quanto ao sexo, 14(37,8%) eram feminino. A idade média dos profissionais foi de 38 anos, sendo que 16(43,24%) tinham entre 31 a 40 anos.

Quanto ao tempo de formado, 14(37,83%) tinham entre 1 a 10 anos e 30(81,08%) de 1 a 10 anos de tempo de atuação na unidade. Do total de profissionais entrevistados 19(51,35 %) eram do noturno e o restante do diurno com predominância do vespertino com 13(35,13%).

Quanto à carga horária semanal na unidade, 31(83,8%) profissionais trabalham 30 horas; três (8,1%) possuem dois vínculos empregatícios com carga horária semanal superior a 60 horas. As longas jornadas de trabalho, o ritmo excessivo além dos esforços físicos juntamente com um ambiente com pacientes críticos que demandam muitos cuidados, são fatores que predisõem a ocorrência de falhas na assistência ao paciente pela equipe profissional (NASCIMENTO et al, 2008).

Em relação à educação continuada, por meio de cursos de atualizações nos últimos três anos, 26(70,3%) profissionais realizaram algum curso relacionado principalmente a administração de medicamentos, emergência e urgência, tratamento de feridas, saúde do adulto, primeiros socorros, trauma em idosos, atualização, terapia intensiva, dentre outros.

4.2. Conhecimento dos profissionais sobre eventos adversos/incidentes

Quanto ao conhecimento dos profissionais sobre o significado de eventos adversos, 17(45,94%) demonstraram déficit de conhecimento: “*Algo que acontece fora do normal com o paciente*” (E. 01), “*Algo ocorrido que não é previsto para o paciente*”(E. 16).

No entanto, 20(54,05%) não souberam responder, nunca ouviram falar e se expressaram de forma errônea: “*Qualquer coisa que ocorra dentro do ambiente de trabalho*” (E.11.) “*Não sei*”(E.09), “*Dano causado por algum agente*”(E. 23).

Os relatos mostram que os profissionais possuem pouco conhecimento sobre os eventos/adversos, o que contraria o esperado pela instituição fazer parte da Rede Hospitais Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Ministério da Saúde.

Há a necessidade de desenvolver ações estratégicas voltadas para a educação continuada dos profissionais pautada em temas que elucidem a definição do que são erros e/ou eventos adversos e que promovam a discussão dos cenários da sua ocorrência, buscando proporcionar aos sujeitos em formação, o entendimento sobre as causas do problema e as propostas de melhoria (BOHOMOL; RAMOS, 2005).

Neste sentido Szekendi et al (2006) ainda salienta a importância de levar ao conhecimento dos profissionais de saúde os resultados encontrados nos estudos sobre eventos adversos, pois, a compreensão destes sobre a etiologia dos eventos adversos e da contribuição do sistema hospitalar apresentou resultados significativos.

4.3. Comunicação de eventos adversos

Em relação à informação sobre a ocorrência de eventos adversos, apenas 14(37,83%) entrevistados comunicam verbalmente para o Enfermeiro/Médico supervisor da unidade.

Nenhuma das UTIs pesquisadas possui um sistema de notificação sistematizado de eventos adversos ao Serviço de Gerenciamento de Riscos. No entanto, os mesmos profissionais que notificam verbalmente, relataram também anotar o ocorrido no prontuário e papeleta do paciente.

Segundo Setz e D’Innocenzo (2009), as anotações feitas em prontuários ou qualquer documento de registro de informações nos serviços de saúde têm valor significativo e são fontes de investigação, instrumento de educação e documento legal, servindo também como forma de avaliação da assistência prestada ao paciente e da qualidade das anotações elaboradas pela equipe multiprofissional. Porém é importante que se estimule a notificação através de um instrumento utilizado por todos os profissionais das diversas áreas da instituição, e também que o mesmo seja eletrônico para facilitar e dar agilidade ao processo de comunicação. (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

4.4. Tipo de eventos adversos

Foram relatados pelos profissionais 152 eventos adversos ocorrido durante o período de tempo que os mesmos atuam na UTI. Os EA citados são multifatoriais e foram classificados quanto ao tipo conforme a Tabela 1 e discutidos em ordem de maior frequência.

Tabela 1: Distribuição dos eventos adversos ocorridos nas UTIs Médica e Cirúrgica segundo os entrevistados. Goiânia, 2011.

EVENTOS ADVEROS	F	%
Cateter, Sondas e Drenos	35	23,01
Infecção Hospitalar	24	15,78
Úlcera por Pressão	20	13,15
Processos Alérgicos	17	11,18
Complicações Cirúrgicas	17	11,18
Erro de medicação	14	9,21
Outros	12	7,88
Queda	9	5,92
Queimadura	4	2,63
TOTAL	152	100

Sondas, drenos e cateteres

Foram relatados 35 (23,02%) eventos adversos referentes a sondas, drenos e cateteres.

Quanto às causas, 17(48,57%) foram relacionados à obstrução, 13(37,14%) a retirada não programada dos dispositivos pelo próprio paciente e cinco (14,28%) por fixação inadequada do dispositivo.

Quanto às conseqüências, 14(40%) não causaram dano, mas requereram monitoramento, 16(45,71%) contribuiu ou resultou em dano temporário e prolongou a internação e quatro (11,42%) contribuiu ou resultou em dano temporário e requereu intervenção.

Apesar de parecer simples, o procedimento de sondagem está sujeito a graves complicações. Estudo sobre ocorrências iatrogênicas realizado em sete UTIs identificou que 40,7% dos EAs estavam relacionados à sondas, drenos e cateteres caracterizando em prejuízos na continuidade da assistência, tais como a saída acidental, obstrução ou posicionamento incorreto desses dispositivos tubulares (BOHOMOL, 2003).

Canineu et al (2006) observou que nas primeiras duas horas de admissão na UTI, 11% dos pacientes sofrem eventos relacionados a cateteres, tubos e drenos e, como a terapia intravenosa é um dos procedimentos mais realizados, a inserção, manutenção e retirada

indevida de dispositivos predispõe a ocorrência de eventos adversos relacionados à infecção e extravasamento sanguíneo (MACHADO; PEDREIRA; CHAUD, 2008).

Quanto aos drenos, a retirada indevida pode trazer sérios riscos ao paciente, sabendo que a drenagem é um dispositivo importante para remoção de algum conteúdo de determinada cavidade e para a sua retirada se faz necessária avaliação criteriosa por profissional habilitado (PARRA et al., 2005).

Para redução de eventos adversos com esses dispositivos cabe ao Enfermeiro adotar medidas preventivas de orientação a equipe em relação à técnica de inserção e manutenção, além de orientar pacientes e familiares sobre a importância da manutenção do dispositivo.

Infecção Hospitalar

Foram relatados 24 (15,78%) casos de infecção hospitalar, divididos em infecção do sítio cirúrgico 11(45,83%), infecções de feridas não operatórias 1(4,1%), infecção do trato urinário pós-sondagem vesical 4(16,6%), infecção sanguínea por acesso vascular 4(16,6%), infecção no local de inserção de dispositivos tubulares 2(8,3%) e pneumonia 2(8,3%).

Quanto às consequências para o paciente, um(4,1%) não causou dano e requereu monitoramento, 15(62,5%) contribuíram para ou resultaram em dano temporário e requereu intervenção, dois (8,2%) resultaram em dano permanente e prolongou a internação, um (4,1%) causou dano e requereu intervenção necessária para manutenção da vida e cinco casos (20,83%) resultaram em óbito do paciente.

A infecção hospitalar se configura em um problema de saúde pública, podendo ser de origem endógena, quando causadas por microrganismos pertencentes a própria flora do paciente ou de origem exógena, quando transmitidas pelas mãos dos profissionais de saúde ou outras pessoas que entrem em contato com o paciente (CARMAGNANI, 2002).

Úlcera por pressão

Foram registrados 20 (13,15%) eventos relacionados à úlcera por pressão. Como consequência, 15(75%) resultaram em dano e prolongou a internação e cinco (25%) não causaram danos mas requereu alguma intervenção.

As úlceras por pressão são eventos que podem ser prevenidos a partir da adoção de medidas tais como monitoramento, inspeção e proteção da pele, além de mudança de decúbito do paciente de 2/2h. Portanto, o profissional de saúde precisa estar atento aos problemas que as úlceras por pressão podem trazer ao cliente, à família e a instituição hospitalar. Estas ocorrências prolongam a hospitalização, dificulta a recuperação do paciente, aumentam o

risco para o desenvolvimento de complicações e representam um acréscimo no sofrimento físico e emocional dos clientes ao reduzir a sua independência na realização das atividades diárias (BLANES et al., 2004).

Processos alérgicos

Dos 17 (11,18%) processos alérgicos relatados pelos profissionais das UTIs, 12(70,58%) estavam relacionados a medicamentos e cinco (29,41%) dos eventos relacionados à alergia a esparadrapo. Dipirona foi o medicamento com maior relato de processo alérgico com seis (50%) dos casos, seguida pela Vancomicina, com quatro (33,3%) casos.

Quanto às conseqüências dos processos alérgicos, seis (35,29%) não causaram dano mas requereram monitoramento e 11(64,71%) resultaram em dano temporário e requereram intervenção.

As reações alérgicas às medicações constituem uma parte importante dos eventos adversos a medicamentos. Indica-se uma análise histórica e anamnese bem elaboradas do paciente a fim de evitar prejuízos futuros. Além disso, é de grande relevância a notificação dessas reações pela equipe profissional envolvida no tratamento do paciente, por meio de ações de farmacovigilância, e também a identificação dos possíveis mecanismos imunológicos envolvidos através dos testes laboratoriais, história e avaliação clínica minuciosa (NAGÃO-DIAS et al., 2004).

Complicações Cirúrgicas

Nas complicações cirúrgicas foram relatados 17 (11,18%) casos, sendo 11 (64,7%) pneumotórax, duas (11,74%) embolias, uma(5,88%) embolia gasosa, uma(5,88%) tromboembolia e uma(5,88%) parada cardiorrespiratória.

Quanto às conseqüências, 13(76,47%) não causaram dano aparente, mas requereram monitoramento, três (17,64%) resultaram em dano permanente e prolongaram o tempo de internação e um (5,88%) resultou na morte do paciente.

A ocorrência desses tipos de eventos pode ocasionar lesões e prejudicar a integridade física e emocional dos pacientes. Isso resulta em aumento de custos hospitalares pelo prolongamento do tempo de internação e pode levar até a morte do paciente (DECESARO; PADILHA, 2001).

Erros de medicação

Foram apontados 14(9,21%) erros de medicação sendo cinco (13,5%) relacionados à dose, dois (5,4%) à troca de pacientes, dois (5,4%) à suspensão do medicamento por falta um (2,7%) ao horário, um (2,7%) à omissão, um (2,7%) a técnica, um (2,7%) a medicamento errado, e um (2,7%) por checagem inadequada de medicamento.

Quanto às conseqüências, nove (64,28%) não causaram dano aparente, mas requereram monitoramento e cinco (35,71%) resultaram em dano temporário, requerendo intervenção.

O erro de medicação é definido como qualquer erro no processo de prescrição, dispensação ou administração de medicamento (KROKOSZ, 2007).

No contexto hospitalar, a maioria dessas ocorrências é atribuída aos profissionais de enfermagem, por ser uma prática rotineira da equipe, no entanto o erro de medicação é de responsabilidade da equipe multiprofissional (BOHOMOL; RAMOS, 2007). Um exemplo é a prescrição médica que deve ser adequada ao compreender a escolha certa da droga, a disponibilidade da mesma nos serviços de saúde, o tempo de uso, a prescrição das doses adequadas e a eficácia comprovada. A prevenção dos problemas relacionados a medicamentos é que leva à tomada de decisões terapêuticas, de forma sistemática, racional e detalhada, especialmente para os pacientes em estados graves (HINRICHSEN et al, 2009).

Portanto, é indispensável que a equipe de saúde, principalmente a enfermagem, possua uma visão completa do sistema de medicação, buscando informações a respeito dos fármacos e interações medicamentosas, fluxo de atividade, soluções para os problemas existentes no ambiente de trabalho e recursos humanos a fim de minimizar situações que interferem na segurança e qualidade do processo do cuidar (MIASSO et al, 2006).

Quedas

Constatou-se o registro de nove (5,92%) quedas do leito. Em relação às conseqüências, sete (77,77%) não causaram dano aparente, mas requereram monitoramento e duas (22,22%) resultaram em dano temporário requerendo intervenção.

A queda do paciente pode ser resultado de vários fatores. Um deles é a falta de vigilância necessária e a capacidade ineficiente do paciente deambular sem auxílio. Sua ocorrência pode ocasionar lesões e prejudicar a integridade física e emocional dos pacientes. Tal ocorrência pode resultar, também, no aumento dos custos hospitalares e até a morte.

Nessa perspectiva, várias medidas podem ser adotadas para evitar que quedas ocorram, tais como a elevação de grades nas camas e a aplicação de técnicas de restrição de movimentos. A contenção do leito, mesmo sendo criticada por muitos autores, é uma medida

satisfatória desde que realizada corretamente, com monitoração e que não acarrete em prejuízos ao paciente (DECESARO; PADILHA, 2001).

Queimaduras

Em relação à queimadura, quatro (2,63%) casos foram relatados, sendo um (25%) caso relacionado à água quente, três (75%) com equipamentos, dois (75%) com desfibrilador e um (25%) com bisturi elétrico. Em relação às conseqüências todos os eventos contribuíram para ou resultaram em dano temporário e requereram intervenção.

A queimadura com água quente pode ocorrer durante a aplicação de compressas quentes que devido à desatenção profissional à temperatura e o tempo de exposição do dispositivo na pele do paciente, resulta no evento adverso e conseqüente, pode deixar seqüelas na área lesada.

Casos de queimaduras relacionadas a equipamentos também são citados por diversos autores, portanto toda vez que um paciente sofre queimadura, a causa deve ser investigada (BISINOTTO et al., 1996; BECCARIA et al, 2009; HARADA, 2002; BEZERRA, 2009; SILVA, PADILHA, 2001).

Outros eventos

Ainda foram relatados 12(7,88%) casos não freqüentes: cinco (41,6%) infusões de hemoderivado com incompatibilidade sanguínea, três (25%) hemorragia, uma (8,3%) falha durante técnicas/procedimentos, uma (8,3%) sepse, uma (8,3%) omissão de cuidado e um (8,3%) tentativa de auto-extermínio.

Quanto às conseqüências desses eventos adversos, cinco (41,6%) resultaram em dano temporário e requereram em intervenção, dois (16,6%) não causaram dano, mas requereram monitoramento, um (8,3%) resultou em dano temporário e requereu monitoramento, um (8,3%) resultou em dano permanente e prolongou a internação e três (25%) resultaram na morte do paciente.

A reação transfusional é definida como qualquer sinal ou sintoma que ocorra no início, durante ou até 24 horas após uma transfusão. Havendo suspeita de reação transfusional a transfusão deve ser interrompida e o acesso venoso mantido (BLUMBERG et al., 2001). Já a hemorragia, que é um evento grave, pode resultar em óbito do paciente, caso não seja feita uma intervenção rápida e eficiente para reverter o quadro.

4.5. Condutas adotadas na ocorrência de evento adverso

Em relação às condutas frente à ocorrência do evento adverso em 130 (85,52%) situações relatadas foram adotadas como medidas a observação e intervenções como antibioticoterapia, curativos, monitoramento, drenagem, suspensão do medicamento e uso de anti-histamínico. Quanto ao paciente e familiar, 85 (55,92%) casos não foram comunicados sobre o evento adverso ocorrido.

Quanto às condutas administrativas em relação ao profissional envolvido no evento adverso, em apenas 21(13,81%) dos casos foram adotadas tais medidas: advertência verbal com o profissional, esclarecimento e justificativa acerca dos motivos do erro, orientação do profissional e comunicação ao supervisor, além de anotação na evolução do paciente. Como condutas gerenciais/educativas, em 42 (27,63%) situações foram citadas educação continuada, fiscalização e orientação do profissional.

Autores enfatizam que a prática de ações educativas junto aos profissionais envolvidos diretamente na assistência poderá favorecer a melhoria da qualidade do cuidado prestado ao cliente e prevenir a repetição do erro, desenvolvendo, portanto uma cultura de segurança (CARVALHO; CASSIANI; CHIERICATO,1999).

4.6. Medidas adotadas para a prevenção dos eventos adversos

Quanto às medidas preventivas de eventos adversos existentes e adotadas na instituição e nas unidades de Terapia Intensiva, 22 (59,45%) responderam afirmativamente e cinco (13,51%) referiram não existir ou ainda desconhecer.

As medidas preventivas foram agrupadas em educação e condutas administrativas.

Quanto à educação, 16 (72,72%) relataram que a instituição realiza programa de educação continuada por meio de cursos e treinamentos com a CCIH- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar acerca de higienização das mãos, uso de Equipamentos de proteção individual – EPI, além de orientações contínuas na unidade sobre medicações e curativos.

A educação continuada é um conjunto de práticas que proporcionam 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 às condutas administrativas seis (27,27%) apontaram que na instituição existem protocolos de procedimentos e rotinas, orientação sobre fluxo, preparo e administração de medicamentos entre farmácia e unidades clínicas e sistematização da assistência de enfermagem.

A ocorrência de eventos adversos interfere na segurança do paciente e pode ser influenciada pela gestão do serviço devido às falhas nas etapas do planejamento, controle e

supervisão do trabalho quanto às demandas na previsão, provisão e manutenção dos equipamentos e recursos materiais (COSTA; GUIMARÃES, 2004).

4. 7. Medidas sugeridas pelos profissionais para prevenção de eventos adversos

Quanto às sugestões dos profissionais para a prevenção de eventos adversos nas UTIs, os resultados foram agrupados em educação e organização do serviço.

A educação foi citada por 23(85,18%) profissionais, sendo destacado por 15(65,21%) os aspectos relacionados ao treinamento, orientação e educação continuada e por oito (34,78) a segurança e atenção do profissional.

Em relação à organização do serviço, quatro (14,81%) profissionais sugeriram a melhoria da estrutura física e no sistema de informação/comunicação interna da unidade e instituição.

Esses aspectos são relevantes como medidas preventivas de erros, permitindo a cada profissional a identificação e avaliação dos riscos, além de promover a conscientização coletiva para o cuidado seguro (CLARO et al, 2011).

5. CONCLUSÃO

Foram constatadas ocorrências de eventos adversos na UTI Médica e Cirúrgica, as quais foram classificadas quanto ao tipo, destacando-se os relacionados a cateter, sonda e drenos, seguido de infecção hospitalar, úlcera por pressão, processos alérgicos, complicações cirúrgicas, erro de medicação e outros.

Evidenciou que a instituição adota medidas de prevenção, no entanto ainda de forma incipiente. Quanto aos profissionais pesquisados, percebe-se que a maioria desconhece o significado do termo eventos adverso, assim como as formas de comunicação de tais ocorrências. Em contrapartida, mostraram interesse em aprender quando relataram propostas para a redução de riscos e orientação dos profissionais.

Vale ressaltar que o profissional da saúde, como ser humano, está sujeito a falhas e, diante disso, evidencia-se a necessidade de notificar o evento adverso ocorrido para que se identifiquem as lacunas que precisam ser sanadas pelo próprio serviço. Este aspecto é especialmente importante nas UTIs, por atenderem pacientes de alto risco e em uso de recursos tecnológicos avançados que exigem profissionais competentes para seu manejo. Para tanto, ações de educação continuada com simulações de situações práticas é um caminho a ser percorrido.

6. REFERÊNCIAS

BECCARIA M.L.; PEREIRA R.A.M.; CONTRIN L.M.; LOBO S.M.A.; TRAJANO D.H.L. Eventos adversos na assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21,n. 3, p. 276-82, 2009.

BELELA, A.S.C. **Erros de medicação notificados em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos para atendimento de pacientes oncológicos**. 2008. (Dissertação) São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo.

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

BEZERRA, A.L.Q.; SILVA, A.E.B.C.; BRANQUINHO, N.C.S.S.; PARANAGUA, T.T.B. Análise de Queixas Técnicas e Eventos Adversos Notificados em um Hospital Sentinela. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 4, p. 467-72, 2009.

BISINOTTO, F.M.; ABUD, T.V.; NETO, A.N.; SOUSA, M.C.Q. Queimadura Provocada por Bisturi Elétrico Associado ao Oxímetro de Pulso. Relato de Caso. **Revista Brasileira Anestesiologia**, v. 46, n. 2, p. 133-135, 1996.

BLANES, L.; DUARTE, I.S.; CALIL, J.A.; FERREIRA, L.M. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. **Rev. Ass. Med. Bras.**, v. 50, n. 2, p. 182-187, 2004.

BLUMBERG, N.; HEAL, J.M.; HICKS, J.G.L.; RISHER, W.H. Association of ABO-mismatched platelet transfusions with morbidity and mortality in cardiac surgery. **Transfusion**, v. 41, n.6, p. 790-793, 2001.

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, 2005.

CANINEU, R.; GUIMARAES, H.P.; LOPES, R.D.; VENDRAME, L.S.; JUNIOR, M.A.F.; LOPES, A.C. Iatrogenia em Medicina Intensiva. **Rev bras ter intensiva**, v.18, n. 1, 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.

CHABOYER, W.; THALIB, L.; FOSTER, M.; BALL, C.; RICHARD, B. Predictors of adverse events in patients after discharge from the intensive care unit. **Am J Crit Care**, v. 17, n.3, p. 255-263, 2008.

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.

DECESARO, M.N.; PADILHA, K.G. Queda: Comportamentos negativos de enfermagem e consequências para o paciente durante o período de internação em UTI. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, v. 5, n. 2, p. 115-125, 2001.

GALLOTTI, R.M.D. Eventos adversos - O que são? **Revista da Associação médica brasileira**, v.50, n.2, p. 114-114, 2004.

HARADA, M.J.C.S. **Ocorrências adversas de enfermagem em uma unidade de cuidados intensivos pediátrica**. 2002. (Tese). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.

HINRICHSEN, S.L.; VILELLA, T.A.S; LIRA, M.C.C; MOURA, L.C.R.V. Monitoramento de medicamentos prescritos em UTI. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 2, p. 159-64, 2009.

KOHN L.T.; CORRIGAN J.M.; DONALDSON M.S. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

KROKOSZ, D.V.C. **Efeitos da alocação do pessoal e da carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidade de internação médico- cirúrgicas**. 2007 (Dissertação). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

KUSAHARA D.M.; CHANES D.C. Informes de erros e eventos adversos. In: PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Caetano do Sul (SP): Yendis editora, 2009. p. 181-195.

MACHADO, A.F.; PEDREIRA, M.L.G.; CHAUD, M.N. Adverse events related to the use of peripheral intravenous catheters in children according to dressing regimens. **Rev Latinoam Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 362-367, 2008.

MENDES, W.; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; MARQUES, P.M. A Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 1, p. 55-66, 2008.

MIASSO, A.I.; SILVA, A.E.B.C.; CASSIANI, S.H.B.; GROU, C.R.; OLIVEIRA, R.C.; FAKIH, F.T. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n.3, p. 354-63, 2006.

NAGÃO-DIAS, A.T.; BASSROS-NUNES, P.; COELHO, H.L.L.; SOLE, D. Reações alérgicas a medicamentos. **J. Pediatr**, v. 80, n. 4, 2004.

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, 2008.

ORLOVSKY, C. Nursing news. Critical care patients at risk for medical errors. c2005. [Internet]. Disponível em: <http://www.nursezone.com/nursingnews-events/more-news/Critical-Care-Patients-at-Riskfor-Medical-Errors_26956.aspx>. Acesso em: 9 maio. 2009.

PADILHA, K.G. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. **Rev Latinoam Enferm**. v. 9, n.5, p. 91-96, 2001.

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. 287-94, 2010.

PARRA, A.V.; AMORIM, R.C.; WIGMAN, S.E.; BECCARIA, L.M. Retirada de dreno torácico em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista. Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n.2, p. 116-119, 2005.

PEDREIRA, M.L.G. Enfermagem para segurança do paciente. In: PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Caetano do Sul (SP): Yendis editora, 2009. p. 23-32.

ROSA, M.B.; PERINI, E. Erros de medicação: quem foi? **Rev Assoc Med Bras**. v. 49, n.3, p.335-41, 1992.

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, A.E.B.C. Análise de risco do processo de administração de medicamentos por via intravenosa em pacientes de um Hospital Universitário de Goiás. 2008. (Tese). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

SILVA, S. C.; PADILHA, K. G. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 4, p. 360-365, 2001.

SZEKENDI, M.K.; SULLIVAN, C.; BOBB, A.; et al. Active surveillance using electronic triggers to detect adverse events in hospitalized patients. **Qual Saf Health Care**. v. 15, n. 3, p. 184-190, 2006.

TOFFOLETTO, M.C. Fatores associados a eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva. 2008. (Dissertação) São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.