



REVISIONES

Eventos adversos relacionados às práticas assistenciais: uma revisão integrativa

Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora

Adverse events related to assistance practices: an integrative review

Mirela Lopes de Figueiredo¹

Maria D'Innocenzo²

¹Enfermeira. Mestre em Ciências. Doutoranda em Ciências pela Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (EPE-UNIFESP). Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Brasil.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (EPE-UNIFESP). Brasil.

Autora para correspondência: Mirela Lopes de Figueiredo. Avenida Rui Braga, sem número, Vila Mauricéia, CEP: 39401-089, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

E-mail: mirelalfigueiredo@yahoo.com.br

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256091>

Submissão: 11/04/2016

Aprovação: 08/08/2016

RESUMO:

Objetivo: Identificar as publicações científicas sobre eventos adversos relacionados às práticas assistenciais e discutir a cultura de segurança do paciente.

Métodos: Foi realizada uma revisão de literatura do tipo integrativa, com busca nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDNF disponíveis na BVS, utilizando-se os descritores segurança do paciente, assistência ao paciente, vigilância de evento sentinela, gestão da segurança. Atenderam aos critérios de inclusão 26 artigos científicos publicados no período delimitado para esta revisão, 2005 a 2015.

Resultados: A análise dos artigos revelou cinco categorias importantes: características dos eventos adversos relacionados às práticas assistenciais, implicações da ocorrência de eventos adversos, medidas de prevenção de eventos adversos, notificações de eventos adversos e os fatores intervenientes e o conhecimento e a cultura de segurança.

Conclusão: A cultura punitiva aparece como responsável pela subnotificação e omissão dos eventos adversos, constituindo-se uma barreira para realização de investigações eficazes. É imperativo estimular a cultura de segurança para que se estabeleçam estratégias que garantam a prestação de cuidados livres de danos.

Descritores: Assistência ao paciente; Segurança do paciente; Gestão da segurança; Vigilância de evento sentinela; Qualidade da assistência à saúde.

RESUMEN:

Objetivo: Identificar las publicaciones científicas sobre eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales y discutir la cultura de seguridad del paciente.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica del tipo integrador, con búsqueda en MEDLINE, LILACS y BDNF disponibles en la BVS, utilizando los siguientes descriptores; seguridad del paciente,

assistencia al paciente, vigilancia de eventos centinela, gestión de la seguridad. Cumplieron los criterios de inclusión 26 artículos científicos publicados en el período delimitado para esta revisión de 2005 a 2015.

Resultados: El análisis de los artículos reveló cinco categorías principales: características de los eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales, implicaciones de la ocurrencia de eventos adversos, medidas para la prevención de eventos adversos, notificaciones de los eventos adversos y los factores intervinientes y el conocimiento y la cultura de la seguridad.

Conclusión: La cultura punitiva aparece como responsable de la subnotificación y omisión de los eventos adversos, que constituyen un obstáculo para la aplicación efectiva de las investigaciones. Es esencial estimular una cultura de seguridad para establecer estrategias que aseguren la prestación de cuidados libres de daños.

Descriptores: Atención al Paciente; Seguridad del Paciente; Gestión de la Seguridad; Vigilancia de evento centinela; Calidad de la Atención de Salud.

ABSTRACT:

Objective: To identify the scientific publications about adverse events related to practical assistance and discuss the culture of patient safety.

Methods: An integrative literature review was done through research in MEDLINE, LILACS and BDNF available in BVS, using the following descriptors: patient safety, patient assistance, surveillance of sentinel event, safety management. 26 scientific articles published in the period defined for this review, 2005 to 2015 met the inclusion criteria.

Results: The analysis of the articles revealed five major categories: characteristics of adverse events related to practical assistance, adverse events occurrence implications, measures for the prevention of adverse events, notifications of adverse events and the intervenient factors and the knowledge and the culture of safety.

Conclusion: The punitive culture comes as responsible for underreporting and omission of adverse events, being constituted a barrier to effective implementation of investigations. It is essential to foster a safety culture to establish strategies that ensure the care provision free of damage.

Descriptors: Patient Care; Patient Safety; Safety Management; Sentinel Surveillance; Quality of Health Care.

INTRODUÇÃO

A temática relacionada à segurança do paciente ganhou repercussão mundial a partir da publicação do relatório do *Institute of Medicine (IOM), To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, no final da década de 90, que levou a organização Mundial de saúde a criar um grupo de trabalho para avaliar a segurança do paciente nos serviços de saúde. A alta incidência de eventos adversos demonstrada através de estudos epidemiológicos, frequentemente ocasionados por erro humano, levaram a repensar os modelos assistenciais utilizados até então⁽¹⁾. A notoriedade do tema originou campanhas, programas e projetos para orientar ações para melhores práticas, diminuir danos causados por práticas não seguras e estimular a criação de mecanismos de notificação de erros e danos⁽²⁾. Neste contexto, foi criado, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do paciente (*World Alliance for Patient Safety*). Integram o projeto o Canadá e os Estados Unidos, e na América Latina os países do Mercosul, que vêm se articulando para a assinatura do compromisso que tem por abordagem fundamental a prevenção de danos aos pacientes e o elemento central é a ação chamada “Desafio Global”, que lança periodicamente um tema prioritário a ser abordado e um relatório de progresso^(1,3).

A discussão do tema no Brasil iniciou em 2002, com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que possui participação voluntária e tem por finalidade notificar eventos adversos e queixas técnicas referentes à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância⁽⁴⁾. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), lançado em 2013, com base

na experiência da Rede, foi instituído através da Portaria no 529/13, do Ministério da Saúde e da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde. Ambos os dispositivos suscitaram a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde através da execução do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP)⁽⁴⁻⁵⁾.

A segurança do paciente é definida como sendo a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde. Mínimo aceitável refere-se ao conhecimento corrente, descobertas disponíveis e ao contexto no qual o cuidado é dispensado. Considera-se evento adverso o incidente que resulta em dano à saúde. Por sua vez, dano é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico⁽⁵⁻⁷⁾.

A falta de compreensão sobre o erro pode acarretar para o profissional envolvido, sentimentos de vergonha, culpa e medo, dada a forte cultura punitiva ainda existente em algumas instituições, contribuindo para ocultar tais acontecimentos⁽⁸⁻¹¹⁾. É necessária a compreensão por parte dos gestores das instituições de saúde, de que os eventos adversos estão, muitas vezes, diretamente relacionados às falhas no sistema, e não somente ao descaso ou incompetência profissional. Assim, é imperativo identificar as fragilidades existentes no processo e adotar medidas preventivas, mais do que buscar culpados⁽⁹⁻¹²⁾. A segurança do paciente é um tema atual dada à discussão mundial do assunto, que tem sido abordado pela mídia frequentemente. Nesse sentido, este estudo teve por objetivo identificar as publicações científicas sobre eventos adversos relacionados às práticas assistências e discutir a cultura de segurança do paciente.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que é um método que sintetiza resultados de pesquisas anteriores de maneira sistemática e ordenada, facilita a construção de análise ampla, e assim, contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema em questão⁽¹³⁾.

Para a busca na literatura, foram delimitados os descritores em Ciências da Saúde (DeCS): segurança do paciente, assistência ao paciente, vigilância de evento sentinela, gestão da segurança. Foram aplicadas combinações entre tais descritores: segurança do paciente *and* assistência ao paciente; vigilância de evento sentinela *and* assistência ao paciente; gestão da segurança *and* assistência ao paciente. É válido esclarecer que o termo "evento adverso" não é considerado um descritor pelo DeCS, assim, embora se refira à temática nuclear deste trabalho, não pôde ser usado como descritor na etapa de busca. A pesquisa e captura dos artigos se deu nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line* (MEDLINE), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a seleção da amostra na literatura e coleta dos dados, foram incluídos artigos científicos, de abordagem metodológica diversa, publicados nos últimos 10 anos, disponíveis no formato texto completos e com acesso livre aos pesquisadores, e que guardassem relação com a temática em estudo. Artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol também foram incluídos. A seleção dos artigos envolveu avaliação inicial por meio dos títulos e resumos, quando incluídos nos citados requisitos, a leitura e análise eram realizadas na íntegra. Excluíram-se os artigos que

somente os resumos estavam disponíveis, publicações que não se relacionavam a temática do estudo e que apresentassem duplicidade.

Foi encontrado um total de 4706 resultados, e destes foram selecionados 26 artigos. Vale esclarecer que o expressivo número de material excluído (4680) se deve ao fato de que muitos não se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos, uma expressiva quantidade era formado de livros, dissertação, teses e monografias, estavam em outras bases de dados que não eram as selecionadas. Ainda, muitos artigos não estavam disponíveis para acesso livre e se repetiam entre as bases de dados. Procurou-se também, manter o rigor quanto a se incluir trabalhos sobre o assunto deste estudo.

Todas as publicações incluídas foram lidas na íntegra e analisadas para o preenchimento de uma planilha que reuni e sintetiza informações sobre a identificação do artigo e autores; ano de publicação; objetivos do estudo; características metodológicas; resultados e conclusões. A apresentação dos resultados e análise dos dados obtidos foi feita de forma descritiva.

RESULTADOS

Os artigos selecionados neste estudo⁽¹⁴⁻³⁹⁾ estão descritos no Quadro 1, que os apresenta segundo título, periódico e ano de publicação, autor, delineamento metodológico, amostra, nível de evidência das publicações, objetivos e principais resultados. Dos 26 artigos, identificou-se quanto às bases de dados que 19 (73,1%) artigos foram capturados na LILACS, quatro (15,4%) na MEDLINE e três (11,5%) na BDNF.

Quanto ao ano de publicação, a maioria dos artigos, 27%, foi realizada no ano de 2013, seguidos por 2014, 19%, e os anos de 2009, 2010 e 2011 apresentaram 11,6% das publicações cada um. A maioria das publicações foi desenvolvida por enfermeiros, 22 (85%). Em relação ao desenho metodológico dos artigos, identificou-se predomínio de estudos quantitativos, correspondendo a um total de 17 pesquisas (65,3%). Verificou-se, quanto à classificação do nível de evidência, que três (11,5%) estudos eram dos níveis quatro^(15,20,30) e cinco^(14,29,36), 18 (69%) eram do nível seis^(16-19,21-23,25-28,31-35,37-38) e dois (8%) pertenciam ao nível sete^(24,39).

A análise dos artigos possibilitou identificar, como principais aspectos de relevância frente aos eventos adversos relacionados às práticas assistenciais, quatro categorias: Características e implicações dos eventos adversos relacionados às práticas assistências; Medidas de prevenção de eventos adversos; Notificações de eventos adversos e os fatores intervenientes; O conhecimento e a cultura de segurança.

Quadro 1 - Descrição dos artigos publicados entre 2005 e 2015 referentes a eventos adversos relacionados às práticas assistenciais.

Estudo: periódico/autores/ano	Delineamento do estudo e nível de evidência	Descrição das intervenções feitas no estudo	Desfechos
Rev Bras Enferm. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT	Revisão integrativa da literatura N= 21	Descrição das publicações científicas sobre eventos adversos	Os erros mais citados foram os erros de medicação, não realização de curativos e quedas. Salientaram a cultura

2015	publicações Nível V	ocorridos na assistência de enfermagem, tipos e causas.	punitiva como principal causa de subnotificação.
Rev Bras Enferm. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM 2014	Estudo quantitativo, prospectivo, tipo coorte N = 399 pacientes Nível IV	Deteção da influência da sobrecarga de trabalho da Enfermagem na ocorrência de incidentes e eventos.	A maioria dos incidentes sem lesão e de eventos adversos em pacientes foram relacionados a esfera da Enfermagem. As complicações foram atribuídas à sobrecarga de trabalho e resultaram em aumento da permanência hospitalar.
BMC Health Services Research Burström L, Letterstål A, Engström ML, Berglund A, Enlund M 2014	Estudo transversal. N do hospital do Município = 108 enfermeiros /auxiliares e 129 médicos N do hospital Universitário = 114 enfermeiros /auxiliar e 149 médicos Nível VI	Descrição da cultura de Segurança do Paciente em hospitais antes e depois de um projeto de melhoria da qualidade.	Houve mudanças na cultura de segurança do paciente, principalmente em relação à equipe e comunicação. A maioria das melhorias foram vistas por médicos do hospital universitário.
Ciencia Y Enfermeria Rocha JP, Silva AEBC, Bezerra ALQ, Sousa MRG, Moreira IA 2014	Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e documental. N = 556 eventos adversos Nível VI	Descrição dos eventos adversos ocorridos durante a assistência na clínica Pediátrica de um hospital de ensino.	Os eventos relacionados ao acesso vascular, seguidos dos relacionados à sondas/cateteres/drenos e tubos e de eventos provenientes da administração de medicamentos foram os mais prevalentes.
Rev Latino-Am. Enferm Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMCM 2014	Estudo qualitativo, Fenomenológico N = 31 profissionais de enfermagem Nível VI	Compreensão Quanto à motivação dos profissionais de enfermagem para a notificação de eventos adversos.	A notificação dos eventos é um instrumento de auxílio à gestão da assistência. Há um esforço em desmitificar a cultura punitiva que inibe notificações.
Global Journal of Health Science Jahromi ZB, Parandavar N, Rahmanian S 2014	Estudo quantitativo, descritivo N = 300 funcionários Nível VI	Determinação dos fatores associados a não relatar erros médicos do médico da equipe.	A falta de definição clara de erros, tipos de erros, importância e gravidade de erros estão entre os fatores mais importantes para não relatar os eventos adversos.

Rev Assoc Med Bras Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C 2013	Estudo de coorte, retrospectivo N = 1.103 pacientes Nível IV	Análise das características dos eventos adversos evitáveis em pacientes internados.	Infecções associadas aos cuidados da saúde, complicações cirúrgicas e/ou anestésicas, danos decorrentes do atraso ou falha no diagnóstico e/ou tratamento, úlceras por pressão e complicações na punção venosa são os principais tipos de eventos evitáveis.
Acta Paul Enferm Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Camargo e Silva AEB, Azevedo Filho FM 2013	Estudo quantitativos, transversal N = 750 internações Nível VI	Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica.	Apontada necessidade de adequação dos processos de trabalho. 5.672 registros de incidentes, 218 caracterizados como evento adverso por causarem dano ao paciente.
Rev Gaúcha Enferm Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM 2013	Estudo qualitativo, de campo, descritivo, analítico N = 30 cirurgias Nível VI	Verificação da opinião das equipes sobre a influência da aplicação do <i>checklist</i> na segurança do processo cirúrgico e comunicação interpessoal.	Os sujeitos não perceberam mudanças na comunicação interpessoal com o uso do <i>checklist</i> , porém, indicaram que o uso proporcionou mais segurança ao procedimento. Adaptações foram sugeridas.
Rev Rene Leitão IMTA, Oliveira RM, Leite SS, Sobral MC, Figueiredo SV, Cadete MC 2013	Estudo qualitativo, descritivo N = 37 enfermeiros Nível VI	Análise do processo de comunicação de eventos adversos no contexto hospitalar.	Prevalece a cultura punitiva nas situações que os mesmos são gerados. Os enfermeiros não foram unânimes na identificação dos documentos indicados para registro dos eventos.
Rev Latino-Am Enferma gem Pires MPO, Pedreira MLG, Peterlini MAS 2013	Estudo do tipo metodológico. N= 5 especialistas Nível VII	Construção e validação de <i>checklist</i> de intervenções pré- operatórias pediátricas.	A utilização do instrumento é capaz de colaborar para que etapas do preparo e promoção de cirurgia segura sejam realizadas.
Rev Min Enferm Lima RPM, Melleiro MM 2013	Estudo quantitativo, descritivo, prospectivo N = 98 profissionais de saúde Nível VI	Análise da percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos.	Os eventos mais citados foram os efeitos patológicos esperados ou não em bula para tratamento medicamentoso, erro de medicação e queda. Sugerem a reformulação dos processos assistenciais e gerencias com foco no risco.

Acta Paul Enferm Bohomol E, Tartali JA 2013	Estudo quantitativo, descritivo N = 31 profissionais de enfermagem Nível VI	Análise do conhecimento da equipe de enfermagem sobre eventos adversos em pacientes cirúrgicos, suas causas e responsáveis.	A segurança do paciente não é compartilhada pela equipe multiprofissional. A enfermagem apresenta visão fragmentada sobre o tema.
Rev Saúde Pública Dias MAE, Martins M, Navarro N 2012	Estudo quantitativo, retrospectivo N = 6.179.869 internações de adultos Nível VI	Descrição da frequência de rastreadores de potenciais resultados adversos em internações no Sistema Único de Saúde.	O rastreador de resultado adverso mais frequente foi pneumonia hospitalar. Choque/parada cardíaca apresentou maior risco de óbito. Os maiores gastos com internações estiveram relacionados à sepse hospitalar.
Rev Enferm UFSM Fassini P, Hahn GV 2012	Estudo qualitativo, descritivo N = 14 profissionais de enfermagem Nível VI	Concepção da equipe de enfermagem sobre riscos à segurança do paciente internado.	A carga de trabalho excessiva e o dimensionamento de pessoal insuficiente foram mencionados como principais geradores de riscos a segurança do paciente.
Rev Enferm Ramírez OJG, Gámez AS, Gutiérrez AA, Salamanca JG, Vega AG, Galeano EM 2011	Estudo de revisão da literatura N = 12 artigos Nível V	Percepção do conhecimento e aplicação dos conceitos relacionados à segurança do paciente pelos trabalhadores de saúde.	Os profissionais reconhecem a importância da cultura de segurança para o cuidado em saúde. Destacam a sobrecarga de trabalho e a cultura punitiva como fatores de risco para ocorrência de falhas atribuindo a gerência e direção hospitalar tais deficiências.
Hacia la Promoción de la Salud Ospina AMO, Velásquez MAV, Rivas DC 2011	Estudo quantitativo, descritivo de coorte transversal, retrospectivo N= 49 eventos Nível IV	Caracterização dos eventos adversos apresentados numa E.S.E de primeiro nível em Caldas entre 2007 e 2009.	Os eventos são mais frequentemente no serviço de ginecologia e obstetrícia, seguido pelo serviço de urgência. Ressaltam como deficiência a possibilidade de subnotificação de eventos.
Rev Bras Epidemiol. Pavão ALB, Andrade D, Mendes W, Martins M, Travassos C 2011	Estudo quantitativo, retrospectivo N= 1.103 prontuários Nível VI	Avaliação da qualidade dos prontuários e incidência de eventos adversos em hospitais de ensino.	A qualidade dos prontuários foi considerada ruim. Pacientes com EA apresentaram melhor qualidade dos prontuários do que aqueles sem EA.

Rev Bras Epidemiol. Roque KE, Melo ECP 2010	Estudo quantitativo, retrospectivo N=112 pacientes Nível VI	Adaptação de instrumento de rastreamento de eventos adversos a medicamentos e análise da incidência destes em um hospital.	Os critérios de rastreamento de eventos adversos a medicamentos possibilitam um monitoramento dos eventos ao longo do tempo, permitindo avaliar se as estratégias resultaram em melhoria na qualidade da assistência.
Cuidarte Enferm Françolin L, Gabriel CS, Melo MRAC, Correa JS 2010	Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, transversal N= 661 eventos adversos Nível VI	Análise de eventos adversos ocorridos no cotidiano da assistência de enfermagem e notificados espontaneamente.	As notificações são uma importante ferramenta para detecção de erros e fragilidades na assistência. Predominaram os eventos relacionados a erros de medicação, principalmente atrasos na administração..
Rev Latino-Am Enferm Gimenes FRE, Mota MLS, Teixeira TCA, Silva AEBC, Opitz SP, Cassiani SHB 2010	Estudo, quantitativo, descritivo, multicêntrico N= 215 erros de dose Nível VI	Análise da redação da prescrição médica nos erros de doses, e identificação das classes farmacológicas envolvidas nesses erros.	Revelam que muitos pacientes não recebem as doses apropriadas para o seu tratamento, comprometendo a qualidade do cuidado prestado, além de prolongar o tempo de hospitalização.
Rev Enferm UERJ Bezerra ALQ, Silva AEBC, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB. 2009	Estudo retrospectivo, quantitativo N= 100 notificações Nível VI	Análise das notificações ocorridas em um hospital.	Profissionais da equipe de enfermagem foram os mais envolvidos com as notificações. As notificações relacionavam-se a medicamentos, hemoderivados e queixas técnicas materiais e medicamentos.
Online Brazilian Journal of Nursing Balbino CM, Caraméz LFC, Barbosa MS, Cavalcanti PCS, Silvino ZR, Teixeira ER, Simões SMF, Cruz I CF. 2009	Estudo de Revisão da literatura N= 25 artigos Nível V	Identificação dos principais erros de medicação registrados na literatura e medidas para evitá-los.	A subnotificação por medo da punição e represália, ambiente de trabalho inseguro e falha na comunicação foram os erros relacionados. A educação continuada foi sugerida com uma das medidas preventivas.
Rev Bras Ter Intensiva Beccaria LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL 2009	Estudo quantitativo, descritivo, observacional N= 550 eventos adversos Nível VI	Identificação dos eventos adversos na assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva.	Eventos adversos são indicadores que evidenciam a qualidade da assistência prestada e devem ser utilizados para subsidiar ações de educação permanente

Rev Latino Am Enferm Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG 2008	Estudo quantitativo, retrospectivo N= 229 eventos Nível VI	Descrição das características de eventos adversos das Unidades de Terapia Intensiva , Semi-Intensiva e Unidades de Internação com identificação das intervenções imediatas.	Predominaram eventos relacionados à sonda nasogástrica, seguidos por queda e administração de medicamentos. As intervenções imediatas foram reinserção da sonda e comunicação da ocorrência ao médico no caso de erros de medicação.
Rev Bras Enferm Bohomol E, Ramos LH 2007	Survey descritivo exploratória N= 89 profissionais Nível VII	Conhecimento da equipe de enfermagem sobre erro de medicação e opinião quanto à notificação deste tipo de evento.	Revelaram ausência de uniformidade na compreensão do que é um erro de medicação e quando ele deve ser notificado ao médico ou preenchido o relatório de ocorrências.

DISCUSSÃO

Características e implicações dos eventos adversos relacionados às práticas assistenciais

Na presente revisão, pode se identificar que os eventos relacionados às práticas assistenciais são de vários tipos e que estudos realizados em diferentes regiões do país têm como foco o estudo da frequência de ocorrência e caracterização destes.

Pesquisa que analisou livros de registros da enfermagem, de unidade pediátrica, identificou que os eventos relacionados ao acesso vascular foram os mais prevalentes com um quantitativo de 227 (40,8%), seguidos pelos eventos relacionados a sondas, cateteres, drenos, e tubos 151 (27,2%), e eventos relacionados a medicamentos com 86 (15,5%). A retirada não programada é o tipo mais frequente de eventos relacionados a sondas, cateteres, drenos e tubos⁽¹⁷⁾. Semelhantemente, estudo apontou 57,6% de EA relacionados a sondas, sejam elas gástricas e/ou entéricas, seguidos por eventos relacionados a quedas, 16,5%, e a medicação, 14,8%⁽³⁸⁾.

Já investigação realizada em hospital geral do interior de São Paulo revelou predominância dos eventos relacionados a erros de medicação (59%), sendo o segundo evento mais notificado a ocorrência de úlcera por pressão, perfazendo 15%. Os demais relatados ficaram abaixo de 6%: lesão de pele, extubação acidental, flebites, perda de cateteres, sondas e drenos. Quanto aos tipos de erro de medicação, verificou-se predominância de erros relacionados a atrasos, 48,8%, e erros na dispensação, 16,5%, destacando-se ainda a não administração dos medicamentos segundo a prescrição médica, 8,7%⁽³³⁾. Corroboram com esses achados, pesquisa que identificou a maioria dos EAs relacionados à administração de medicamentos, apontando que predominou, neste tipo de evento, a falta de registro correto como checagem em prescrição médica e anotação do balanço hídrico⁽³⁷⁾.

Pesquisa multicêntrica realizada em hospitais universitários brasileiros, pertencentes à Rede Sentinela da ANVISA, revelou que muitos pacientes não recebem as doses

apropriadas para o seu tratamento, o que compromete a qualidade do cuidado prestado, além de prolongar o tempo de hospitalização. Ainda, as doses inadequadas podem causar efeitos indesejáveis e, até mesmo, a morte do indivíduo. No que diz respeito às classes farmacológicas mais envolvidas nos erros de medicação, a maioria foi composta pelos broncodilatadores, seguidas pelos analgésicos, anti-hipertensivos e antimicrobianos⁽³⁴⁾.

Ao investigar o conhecimento da equipe enfermagem sobre erros de medicação, detectou-se que seus integrantes conhecem e reconhecem os erros de medicação. No entanto, quando existe uma omissão na administração de uma medicação, a maioria (79,0%) não caracteriza a ocorrência como um erro. A omissão é um erro de medicação definida como a não administração de uma dose prescrita para o paciente⁽²⁵⁾. Este tipo de erro é uma questão multiprofissional e as circunstâncias que o envolvem são multifatoriais, não se limitando apenas a uma categoria profissional⁽³⁹⁾.

Em relação ao local, em estudo de revisão, os eventos ocorreram predominantemente na enfermaria (37 pacientes, 56,9%) e no centro cirúrgico (20 pacientes, 30,8%)⁽³⁰⁾. Outro estudo aponta que nas unidades de cuidados intensivos concentram a maior frequência de eventos adversos a medicamentos (43,7%), seguidas de enfermaria (25%) e centro cirúrgico (25%)⁽³²⁾. Pesquisa que acompanhou 399 pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva de dois hospitais de São Paulo identificaram um total de 15.054 EAs e incidentes sem lesão, 98,75% das internações analisadas. Os incidentes sem lesão (12.737, 84,6%) acometeram 391 admissões e os EAs (2.317, 15,4%) atingiram 296 admissões. Desse modo, 74,2% das admissões sofreram ao menos um EA durante a permanência nas UTIs avaliadas⁽¹⁵⁾, semelhante a outra pesquisa sobre o assunto⁽²¹⁾.

Alguns fatores podem contribuir para ocorrência de eventos adversos. Pesquisa realizada no Rio de Janeiro revelou que os fatores mais frequentes são a não adesão a norma, isto é, “não verificou ou não seguiu o protocolo ou diretriz clínica”, 55,9% dos casos, tem suas causas erro técnico, 14,7%, e a habilidade do profissional com 11,8% dos casos analisados⁽²⁰⁾. Estudo identificou como causa frequente para a ocorrência de eventos adversos cirúrgicos, a rotina de não programação de procedimentos eletivos, seguida da afirmativa de que o membro da equipe de enfermagem está sobrecarregado, o surgimento de ocorrências na unidade também foi apontado como causa e em quarto lugar foi citado a falta de comunicação, seja na passagem de plantão ou entre os membros da equipe multidisciplinar⁽²⁶⁾.

Os erros de medicação podem ter suas causas nas dificuldades de utilização do sistema informatizado⁽³³⁾. A presença de siglas e abreviaturas desses dados pode dificultar o entendimento das informações pela equipe de enfermagem que é a responsável direta pelo preparo e pela administração das doses. Além disso, a ausência da posologia na prescrição medicamentosa pode favorecer a administração de doses inferiores ou superiores em relação ao desejado para o tratamento, resultando no não alcance das metas farmacoterapêuticas⁽³⁶⁾. Contudo, a literatura aponta que vários estudos associam os erros de medicação ao dimensionamento de pessoal e à carga horária de trabalho dos membros da equipe de enfermagem^(15,26,28-29). A sobrecarga de trabalho de profissionais de enfermagem deve ser entendida como uma consequência de vários fatores e, para ser solucionada, cabe ao gestor empreender estratégias em níveis diversos^(15,29). Tais gestores devem considerar ainda, conforme evidenciado na literatura^(15,20-21,27) que ocorrem prolongamento no

número de dias de internação dos pacientes envolvidos em EAs, aumento do valor de reembolso, alta taxa de mortalidade, úlcera por pressão, sepse e pneumonia, como consequências de EAs.

Medidas de prevenção de eventos adversos

Várias estratégias têm sido adotadas para prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos, como o fortalecimento da política de segurança do paciente, a adoção de programas de qualidade, a implantação de *check lists* para cirurgia segura, implantação de protocolos, capacitação da equipe, avaliação precoce do risco de queda e avaliação dos riscos potenciais para desenvolvimento de úlcera por pressão^(21,25,33). A identificação dos riscos da assistência é realizada principalmente pelo enfermeiro, no momento da internação dos pacientes. Tal ação demonstra a gestão do cuidado por este profissional, bem como a preocupação com os aspectos éticos e legais a que a instituição terá de responder no caso da ocorrência de dano ao paciente⁽²⁸⁾.

O processo de administração de medicamentos não pode ser dissociado de um trabalho em conjunto e interdisciplinar⁽³⁶⁾. A chave para a redução de erros de medicação é simplificar os processos reduzindo o número de etapas padronizando o sistema, desde a prescrição médica eletrônica; sem abreviações; com horários padronizados; distribuição de medicamentos da farmácia sempre supervisionada pelo farmacêutico, preferencialmente em dose unitária, até os protocolos da administração de medicamentos⁽³⁷⁾. Dessa forma, a utilização de indicadores de resultados como os eventos adversos são ferramentas fundamentais da qualidade por apontarem aspectos do cuidado que podem ser melhorados tornando a assistência aos pacientes livre de riscos e falhas e, portanto, mais segura^(23,38).

Notificações de eventos adversos e os fatores intervenientes

A notificação de eventos adversos é um instrumento de auxílio à gestão do cuidado à saúde, assim, é importante na identificação de problemas e na busca de alternativas para solucionar incidentes relacionados à assistência à saúde^(18,23,28-29,33,35). O sistema de notificação de EA permite aos profissionais da assistência compartilhar responsabilidades com os administradores e estimular ações corretivas, com vistas à não repetição dos erros e prevenção de futuros EA. Revelou-se útil também para denunciar inadequação de recursos humanos, bem como outras fragilidades institucionais. A expectativa de respaldo administrativo e segurança profissional são condições que encorajam os profissionais a notificar as dificuldades e angústias vivenciadas na prática assistencial⁽¹⁸⁾. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, essa concepção, na realidade, deve ser reformulada, no sentido de que a notificação dos fatos indesejados ocorra a partir dos profissionais da linha de frente, médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, mais do que exclusivamente de agentes superiormente hierarquizados⁽¹¹⁾.

Estudos analisados apontaram o enfermeiro como sendo o profissional que mais realiza notificações de eventos adversos e também o responsável por essa ação^(18,35). Talvez, pressionados pelos problemas do cotidiano, utilizem o sistema de notificação, para informar seus superiores, sobre a tensão dos relacionamentos durante a assistência, resultantes em conflitos, e buscam auxílio para arbitragem das situações⁽¹⁸⁾. Já os técnicos e auxiliares de enfermagem entendam que podem notificar, contudo, revelam dúvida quanto à autorização para fazê-lo e não se sentem esclarecidos sobre como proceder ao registro, preferindo relatar o fato ao enfermeiro

para que esse o registre. Deste modo, faz-se necessário desmistificar a notificação centrada no profissional enfermeiro, promovendo oportunidades de orientação, esclarecimentos e estímulo à ampla participação de todos os profissionais⁽¹⁸⁾.

Para contribuir na identificação das situações de risco e seu gerenciamento, o boletim de registro dos EA, como documento institucional, deve ser preferencialmente anônimo, confidencial e não ser utilizado como instrumento de acusação de profissionais^(18,35). A cultura punitiva prejudica a notificação de eventos e a sua existência pode ser evidenciada pelos relatos de práticas de repreensão e punição dos membros da equipe, principalmente da equipe de enfermagem. Nesse contexto, as barreiras comunicacionais implicam em maiores ocorrências adversas, na medida em que o retorno das informações sobre as consequências geradas pelos eventos adversos e a proposta de alternativas mais eficazes para seu manejo não ocorre, impedindo sua resolução^(19,23,29,37).

Nesse contexto, tão importante quanto notificar é a qualidade dos registros. Estudo detectou que aproximadamente 80% dos registros foram classificados como ruins e regulares e somente 20% foi classificado como de boa qualidade⁽³⁰⁾. No entanto, apenas com a monitoração e estímulo constante da equipe de saúde para a realização de notificações é que os setores de gerenciamento de risco poderão analisar os resultados e criar medidas preventivas que possam ser efetivas, diminuindo assim a possibilidade de novas ocorrências^(35,39).

O conhecimento e a cultura de segurança

O desenvolvimento de uma cultura de segurança, a prática dos registros, a discussão das circunstâncias em que os incidentes ocorreram, assim como das condutas profissionais e organizacionais frente aos incidentes são um caminho a ser seguido para a transformação da realidade nas instituições de saúde^(21,29,38). Uma aproximação dos profissionais da equipe de saúde aos conteúdos e à taxonomia da segurança do paciente é importante para que uma linguagem universal seja utilizada e para que todos compreendam uns aos outros no momento de procederem à comunicação dos incidentes, erros e eventos adversos no serviço^(21,23).

As fragilidades na cultura institucional de Segurança do Paciente limitam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde⁽³⁰⁾. Garantir a tão desejada segurança requer ações de diferentes naturezas, que vão desde a formação profissional até mudanças das práticas de saúde. A criação de uma comissão de segurança e o estabelecimento de programas de treinamento foram citados como maneiras de qualificar e uniformizar o atendimento prestado ao paciente⁽²⁸⁾.

Pesquisa realizada no Rio Grande do Sul com profissionais da equipe de enfermagem identificou que os enfermeiros apresentaram respostas conceituais sobre risco a que os pacientes estão expostos e os técnicos de enfermagem trouxeram exemplos vivenciados na prática profissional, como risco de queda, infecção, erros de medicamentos e desenvolvimento de úlceras por pressão. Os entrevistados admitiram existir diversos riscos à segurança do paciente, inclusive citando as medidas tomadas para seu controle. Entretanto, a existência de protocolo de gerenciamento de riscos não foi consenso entre os respondentes. Os profissionais que afirmaram existir ações de gerenciamento, citaram a rotina de classificação e notificação do risco. Essa ação consiste em uma avaliação feita pela enfermeira no momento da internação do paciente, identificando situações padronizadas como risco de queda, de fuga, de

alergia e para úlcera de pressão⁽²⁸⁾. Já outra investigação evidenciou uma visão fragmentada sobre a segurança do paciente nesse ambiente, sendo vista como responsabilidade de uma categoria profissional (ou equipe médica ou equipe de enfermagem). Se, por um lado, as afirmativas apontaram para certo apoderamento da equipe de enfermagem, os cenários, por outro, revelaram que a responsabilidade pela segurança não é compartilhada igualmente por todas as equipes⁽²⁶⁾.

Acredita-se que a elucidação desses conceitos deve ser uma atividade realizada pelos gerentes de risco ou pelas lideranças do serviço na área da Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente⁽²³⁾. A incorporação da questão da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes na agenda governamental e acadêmica é fundamental, assim como a capacitação e atualização de profissionais, quanto à importância do registro fidedigno e completo nos sistemas de informação em saúde⁽²⁷⁾.

CONCLUSÃO

O estudo identificou que o fortalecimento da política de segurança, a avaliação precoce dos riscos e as notificações foram citadas como as principais medidas de prevenção de eventos adversos. Evidenciou-se que os artigos que compuseram a revisão foram desenvolvidos, em sua maioria, por enfermeiro, podendo-se inferir que este profissional está envolvido com a gestão do cuidado bem como com a segurança do paciente. A cultura punitiva é responsável pela subnotificação e omissão dos eventos por parte dos profissionais da saúde, constituindo uma barreira para realização de investigações que poderiam gerar medidas preventivas eficazes. Considera-se imperativo estimular a cultura de segurança junto aos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, o que permitirá estabelecer estratégias de prevenção que garantam a segurança dos pacientes nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds.). To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine, Washington: National Academy Press; 2000. 536p.
2. Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. JAMA. 2002;288(4):501-7.
3. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Estratégias para segurança do paciente em hospitais e clínicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União 1 abr 2013. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
5. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e da outras providências. Diário Oficial da União, 2013. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
6. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care. 2009;21(4):279-84.
7. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. 1991;324(6):377-84.

8. Daud-Gallotti R, Novaes HMD, Lorenzi MC, Eluf Neto J, Okamura MN, Pizzo VRP. Adverse events in patients with community-acquired pneumonia at an academic tertiary emergency department. *Infect Dis Clin Pract*. 2006;14:350-9.
9. Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW, Kaushal R, Lockley SW, Burdick E, et al. The Critical Care Safety Study: the incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Crit Care Med*. 2005;33(8):1694-700.
10. Forster AJ, Kyremanteg K, Hooper J, Shojanian KG, Van Walraven C. The impact of adverse events in the intensive care unit on hospital mortality and length of stay. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:259.
11. World Health Organization (WHO). Patient safety research: introductory course - Session 1. What is patient safety? [place unknown]. [internet] WHO; 2012 [acesso 15 jul 2015]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/.
12. Coli RCP, Anjos MF, Pereira LL. The attitudes of nurses from an intensive care unit in the face of errors: an approach in light of bioethics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(3):324-30.
13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
14. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2015 jan-fev;68(1):144-54.
15. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enferm*. 2014 set-out;67(5):692-9.
16. Burström L, Letterstål A, Engström ML, Berglund A, Enlund M. The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2014;14(296):1-12.
17. Rocha JP, Silva AEBC, Bezerra ALQ, Sousa MRG, Moreira IA. Eventos adversos identificados nos relatórios de enfermagem em uma clínica pediátrica. *Ciencia Y Enfermeria*. 2014;20(2):53-63.
18. Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMCM. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(5):747-54.
19. Jahromi ZB, Parandavar N, Rahmanian S. Investigating Factors Associated with not Reporting Medical Errors From the Medical Team'S Point of View in Jahrom, Iran. *Global Journal of Health Science*. 2014;6(6):96-104.
20. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. The feature of preventable adverse events in hospitals in the State of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(5):421-8.
21. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Camargo e Silva AEB, Azevedo Filho FM. Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(3):256-62.
22. Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. Safe surgery checklist: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):71-78.
23. Leitão IMTA, Oliveira RM, Leite SS, Sobral MC, Figueiredo SV, Cadete MC. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. *Rev Rene*. 2013;14(6):1073-83.
24. Pires MPO, Pedreira MLG, Peterlini MAS. Safe pediatric surgery: development and validation of preoperative interventions checklist. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(5):1080-7.

25. Lima RPM, Melleiro MM. Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário. *Rev Min Enferm.* 2013;17(2):312-21.
26. Bohomol E, Tartali JA. Adverse effects in surgical patients: knowledge of the nursing professionals. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(4):376-81.
27. Dias MAE, Martins M, Navarro N. Adverse outcome screening in hospitalizations of the Brazilian Unified Health System. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(4):719-29.
28. Fassini P, Hahn GV. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFSM.* 2012;2(2):290-9.
29. Ramírez OJG, Gámez AS, Gutiérrez AA, Salamanca JG, Vega AG, Galeano EM. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Av Enferm.* 2011;29(2):363-374.
30. Ospina AMO, Velásquez MAV, Rivas DC. Caracterización de eventos adversos en una ESE de primer nivel en Caldas 2007 - 2009. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2011;16(1):87-98.
31. Pavão ALB, Andrade D, Mendes W, Martins M, Travassos C. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(4):651-61.
32. Roque KE, Melo ECP. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(4):607-19.
33. Françolin L, Gabriel CS, Melo MRAC, Correa JS. Eventos adversos e ferramentas para melhoria da segurança assistencial de enfermagem. *Cuidarte Enfermagem.* 2010;4(2):74-9.
34. Gimenes FRE, Mota MLS, Teixeira TCA, Silva AEBC, Opitz SP, Cassiani SHB. Patient safety in drug therapy and the influence of the prescription in dose errors. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010;18(6):1055-61.
35. Bezerra ALQ, Silva AEBC, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. *Rev Enferm UERJ.* 2009;17(4):467-72.
36. Balbino CM, Caraméz LFC, Barbosa MS, Cavalcanti PCS, Silvino ZR, Teixeira ER, et al. Erros de medicação e a segurança do paciente: revisão sistematizada da literatura. *Online Braz J Nurs.* [Internet]. 2009 [acesso 20 mar 2015];8(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2599/569>
37. Beccaria LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Nursing care adverse events at an intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2009;21(3):276-82.
38. Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008;16(4):746-51.
39. Bohomol E, Ramos LH. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(16):32-6.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia