



CONEPE 2021

8.º CONGRESSO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

ENSINO, SAÚDE E MEIO AMBIENTE: O IMPACTO DAS INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS

de 22 a 26 de novembro de 2021

ISSN 2525-975X

Prevalência de eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva especializada em trauma

L.S.P. Manhães^{1*}, F.M. Sales², M.R. Paulista³, M.A. Ribeiro³, S.C.P. do Amaral³

¹Enfermeira. Doutora. Hospital Ferreira Machado; ²Enfermeira. Mestre. Hospital Ferreira Machado;

³Enfermeiros. Especialistas. Hospital Ferreira Machado

*letyciasardinha@gmail.com

Resumo

Objetivou-se descrever a prevalência de eventos adversos notificados em uma unidade de terapia intensiva especializada em trauma. Pesquisa documental retrospectiva, com dados de fonte secundária, no ambiente de terapia intensiva de um hospital municipal referência em trauma no norte-fluminense do Rio de Janeiro. Foram utilizados indicadores dos três centros de terapia intensiva da instituição, com 24 leitos no total, no primeiro semestre de 2021. A descrição dos resultados foi realizada mediante estatística simples descritiva. Foram notificados 518 incidentes, com prevalência de: Ausência de medicação prescrita (130/25,09%); Perda de sondas e drenos (124/23,93%); Falta de equipamento (65/12,54%); Perda de cateteres (59/11,38%); Atraso na infusão de dieta (32/6,17%); Equipamento defeituoso (26/5,01%); Extubação acidental (16/3,08%); Parada Cardiorrespiratória (14/2,70%); Hipoglicemia (12/2,31%); Lesão por pressão (11/2,12%). Os resultados apontam para a necessidade de aprimoramento dos protocolos, normas e rotinas, envolvendo a gestão com setores-chave desse processo: CCIH, Núcleo de Segurança do Paciente e Educação Permanente.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Eventos Adversos; Unidade de Terapia Intensiva.

1. Introdução

A temática segurança do paciente envolve calorosas discussões a nível internacional, principalmente no que tange à exposição da mídia e redes sociais. No Brasil discussões sobre Acreditação Hospitalar se iniciaram na década de 90, e em 1994 o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) e a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS), que desempenharam importante papel na instituição da acreditação no país^[1].

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) faz o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente^[2], onde o grupo de trabalho desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety – ICPS), contendo 48 conceitos-chave, cuja tradução para o português foi realizada pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS), em 2010^[3].

Já o período 2007 a 2008 foi marcado pelo desafio de promover a segurança dos pacientes na cirurgia. O tema “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” apresenta o objetivo de diminuir a morbimortalidade causada pelas intervenções cirúrgicas. Em 2009, a OMS definiu a data de 5 de maio para instalação da Campanha Mundial de higiene das mãos. No Brasil, em abril de 2013, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Segurança de Paciente (PNSP), a partir da Portaria nº 529/13, como apelo ao debate por uma atenção segura^[4,5].

Ou seja, ao longo dos anos existiu um movimento que só veio a fortalecer o debate sobre segurança do paciente visando melhora da assistência em saúde e principalmente mitigação de incidentes e danos ao paciente. Desde 2007 tem-se realizado estudos Ibero-Americanos de



Eventos Adversos (IBEAS) em alguns países da América Latina, demonstrando a prevalência de eventos adversos em pacientes hospitalizados e em maioria danos que poderiam ser evitados^[6].

Erro é definido como uma falha em executar um plano de ação como pretendido (erro de ação) ou como a aplicação de um plano incorreto (erro de omissão)^[7]. E o ambiente de terapia intensiva é considerado um cenário com diversos fatores estressores para equipe de trabalho, que pode conter características predisponentes a falhas como: ambiente dinâmico, tecnologia sofisticada, ações com consequências múltiplas e imediatas, multiprofissionais com diferentes prioridades, interface entre operador e equipamentos complexa; problemas imprecisos; assistência permeada por momentos de rotina repetitiva versus intenso estresse.

Diante desse contexto se faz extremamente necessário ter indicadores de qualidade da assistência na unidade de terapia intensiva, que embase discussões e planos para prover uma assistência segura. Diante do exposto o estudo teve por **objetivo**: Analisar a prevalência dos eventos adversos no primeiro semestre de 2021 de uma Unidade de Terapia Intensiva de Trauma.

2. Materiais e Métodos

2.1. Materiais

Os dados utilizados foram indicadores dos eventos adversos dos 3 centros de terapia intensiva que compõe o serviço de medicina intensiva da instituição cenário, totalizando 24 leitos, do primeiro semestre de 2021, disponibilizados ao público interno através de planilhas e gráficos. Os dados são notificados pelos enfermeiros plantonistas, que checam num formulário próprio a ocorrência do evento adverso, onde consta data, prevalência e código do evento.

Nesse formulário institucional constam 29 tipos de eventos adversos, cada um com um código numérico para facilitar a notificação, subdivididos em 5 grupos: Eventos adversos relacionados à medicação; Eventos adversos relacionados à vigilância do paciente; Eventos adversos relacionados à manutenção da integridade cutânea; Eventos relacionados aos recursos materiais; Eventos adversos relacionados à dieta enteral / parenteral e Eventos adversos gerais.

2.2. Metodologia

Pesquisa documental retrospectiva, com uso de dados de fonte secundária, no ambiente de terapia intensiva de um hospital municipal de grande porte e referencia em trauma na região norte-fluminense do Rio de Janeiro. A análise de dados foi realizada mediante estatística simples descritiva. O uso dos dados coletados foram autorizados pela direção da instituição.

3. Resultados e Discussão

No total foram notificados 518 incidentes de 24 tipos de eventos adversos, sendo que prevaleceram os seguintes: Ausência de medicação prescrita (25,09%); Perda de sondas e drenos (23,93%); Falta de equipamento (12,54%); Perda de cateteres (11,38%); Atraso na infusão de dieta (6,17%); Equipamento com defeito (5,01%); Extubação acidental (3,08%); Parada Cardiorrespiratória (2,70%); Hipoglicemia (2,31%); Lesão por pressão (2,12%). Como



limitação do estudo expõe que dos 181 dias de registro de cada unidade o que totalizaria 543 oportunidades de notificação, tiveram 79 desses não preenchidos, sem indicação se não houve evento adversos naquele dia ou foi falha de registro, o que prejudica a análise do indicador.

Os resultados mostram taxas consideráveis de eventos adversos na unidade, muitos decorrentes de prestação de cuidados. Isso traz impacto não só ao paciente, mas no sistema de saúde e na manutenção dele. Por isso esse indicador é importante para motivar a cultura de segurança, apesar de sua notificação ainda ser incipiente e dificultosa^[8].

Observando as taxas das notificações citadas, materiais são perdidos em cada tentativa de solucionar esses incidentes. Muitos custos ocasionados pela repercussão dos eventos adversos e/ou minimização deles poderiam ser gastos em treinamentos e ações de melhoria da prestação de serviços, aumentando a qualidade e segurança da assistência^[9].

E ainda quanto à qualidade das notificações realizadas, percebemos a falta de preenchimento evidenciada em vários dias conforme resultados, e essas inconsistências criam vieses até para analisar os impactos desses eventos adversos na unidade. Essa questão pode estar refletindo uma frágil cultura de segurança, onde os próprios profissionais não reconhecem como importante o preenchimento de indicadores de qualidade da assistência^[10].

4. Conclusões

Os resultados apontam para a necessidade de aprimoramento dos protocolos, normas, rotinas e procedimentos operacionais da unidade em questão, o que demanda um processo que envolve a gestão da unidade e da instituição, assim com setores-chave desse processo: CCIH, Núcleo de Segurança do Paciente e Educação Permanente. A notificação dos eventos adversos constitui-se de uma importante ferramenta para subsidiar demandas de treinamento e de educação permanente e auxiliam a criar uma cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar. Faz-se necessário também que a unidade aperfeiçoe seus registros evitando subnotificações.

Referências

- [1] BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Acesso em 11 aug. 2021.
- [2] OMS. World Health Organization. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. Version 1.1. Final Technical Report. 2009[citado em 2017 abr. 12]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter1.pdf. Acesso em 1 set. 2021.
- [3] ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 01/2015 - Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. 2015.]. Disponível em: file:///C:/Users/loja/Downloads/NOTA_TECNICA_01_2015_GVIMS_NOTIFICAO_13_pdf_VERSO_FINAL.pdf. Acesso em 17 set. 2021.
- [4] FIGUEIREDO, M.L.; D'INNOCENZO, M. Eventos adversos relacionados às práticas assistenciais: uma revisão integrativa. **Enferm. Glob.**, v. 16, n. 47, p. 605-650, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256091>. Acesso em 15 aug. 2021.
- [5]. LANZONI, G.M.M.; GOULARTE, A.F.; KOERICH, C.; REISDORFER, E.; MIOTELLO, M.; MEIRELLES, B.H.S. Eventos adversos e incidentes sem dano em unidades de internação de um hospital especializado em cardiologia. **REME – Rev Min Enferm**, v.23, p.e-1184, 2019. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20190032. Acesso em 16 set. 2021.
- [6] ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 01/2015 - Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. 2015.]. Disponível



CONEPE 2021

8.º CONGRESSO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

ENSINO, SAÚDE E MEIO AMBIENTE: O IMPACTO DAS INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS

de 22 a 26 de novembro de 2021



ISSN 2525-975X

em:

[file:///C:/Users/loja/Downloads/NOTA TECNICA_01_2015_GVIMS NOTIFICAO_13_pdf_VERSO FINAL.pdf](file:///C:/Users/loja/Downloads/NOTA%20TECNICA_01_2015_GVIMS_NOTIFICAO_13_pdf_VERSO_FINAL.pdf). Acesso em 11 set. 2021.

[7] DUARTE, S.C.M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p> >. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>. ISSN 1984-0446. Acesso em 11 set. 2021.

[8] NEVES, T.; RODRIGUES, V.; GRAVETO, J.; PARREIRA, P. Scale of adverse events associated to nursing practices: a psychometric study in Portuguese hospital context. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.26, p.e3093, 2018. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2595.3093>. Acesso em 7 aug. 2021.

[9] MASCARELLO, A.; MASSAROLI, A.; PITILIN, E.B.; ARAÚJO, J.S.; RODRIGUES, M.E.; SOUZA, J.B. Incidents and adverse events notified at hospital level. **Rev Rene**, v. 22, p.e60001, 2021. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260001>. Acesso em 11 set. 2021.

[10] COSSUL, M.U.; NEIVA, L.E.C.P.; SILVEIRA, A.O. Notificação de eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev enferm UFPE on line**, v.15, p.e246969, 2021. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.246969>. Acesso em 11 aug. 2021.