



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN – CALIDAD

Incidentes: instrumento de gerenciamento da assistência para a segurança do paciente em pronto socorro

Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias

Incidents: instrument management assistance for patient safety in emergency room

***Paranaguá, Thatianny Tanferri de Brito **Braga, Queren de Pádua
Bezerra, Ana Lúcia Queiroz *Bauer de Camargo e Silva, Ana Elisa
*****Azevedo Filho, Francino Machado de *****Gomes de Sousa, Maiana
Regina**

*Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás. E-mail: ttb.paranagua@gmail.com ** Enfermeira. Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia. *** Doutora em Enfermagem. Professor Associado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás **** Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás *****Enfermeiro. Professor da Universidade Estadual de Goiás. *****Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Brasil.

Palavras chave: Avaliação de processos e resultados (cuidados de saúde); garantia da qualidade dos cuidados de saúde; serviço hospitalar de emergência; enfermagem.

Palabras clave: Evaluación de procesos y resultados (atención de salud); garantía de calidad de atención de salud; servicios de urgencia en hospital; enfermería.

Keywords: Outcome and process assessment (health care); quality assurance, health care; emergency service, hospital; nursing.

RESUMO

O estudo objetivou caracterizar os incidentes advindos do cuidado à saúde, ocorridos no Pronto Socorro de um hospital universitário que pertence à Rede de Hospitais Sentinela. Estudo descritivo, retrospectivo que analisou as anotações realizadas entre setembro de 2007 e março de 2010, nos livros de intercorrência da unidade. Os dados foram coletados entre janeiro e março de 2010, estruturados em planilha eletrônica e analisados descritivamente, apresentando as frequências absoluta e relativa. Identificou-se o registro de 75 incidentes que foram relacionados à organização do

serviço ou ao cuidado. Constatou-se o maior índice de erro de medicação, omissão de cuidado e falha nas anotações e/ou registros na folha de evolução do paciente, destacando o óbito como a consequência mais grave. Os resultados apontam a necessidade de estimular a construção e uso de instrumentos de notificação e incentivar a notificação completa dos incidentes, já que constituem ferramentas fundamentais da qualidade e podem direcionar a gestão dos serviços frente a indicadores que devem ser melhorados no ambiente de trabalho para, assim, oferecer uma assistência segura e de qualidade.

RESUMEN

Este estudio objetivó caracterizar los incidentes derivados de los cuidados ocurridos en el servicio de urgencias de un hospital universitario perteneciente a la Red de Hospitales Centinela. Estudio descriptivo, retrospectivo, que analizó las notas registradas entre septiembre de 2007 hasta marzo de 2010, en los libros de anotaciones de enfermería. Los datos fueron recolectados entre enero y marzo de 2010, estructurados en hoja de cálculo y analizados descriptivamente, presentando las frecuencias absolutas y relativas. Se identificó el registro de 75 incidentes que fueron relacionados con la organización del servicio o del cuidado. Se constató el mayor índice de errores de medicación, omisión de cuidado y fallos en las anotaciones y/o registros en la hoja de evolución del paciente, destacando el óbito como la consecuencia más grave. Los resultados señalan la necesidad de estimular la construcción y uso de instrumentos de notificación e incentivar la notificación completa de los incidentes, ya que estos son herramientas fundamentales de calidad y pueden dirigir la gestión de los servicios frente a los indicadores que deben ser mejorados en el lugar de trabajo para así proporcionar atención segura y de calidad.

ABSTRACT

This study aims to characterize the incidents arising of the health care, occurred in the emergency department of a university hospital of the sentinel hospitals network. Descriptive and retrospective study which examined notes that were made between September 2007 and March 2010, recorded in the books of intercurrentence of this unity. Data were collected between January and March, 2010, structured in worksheets and analyzed descriptively, presenting the relative and absolute frequencies. Were identified the register of 75 incidents that were related to organization in the service or to the care. Were found more errors indices in medication, care omission and in notes and/or register in the sheet of evolution of the patient, highlighting the death as more serious consequence. The results points to the need of stimulate the construction and use of instruments of notification and incentive to the full notification of the incidents, because it constitute fundamental tool of quality and can orientate the service management face to indicators that should be improved in the environment of work to, thereby provide safe security and with quality.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é fundamental para que os hospitais cumpram seu papel social, oferecendo uma assistência à saúde de qualidade com o mínimo de riscos ao paciente. Neste sentido, atenção especial tem sido dada à ocorrência de incidentes, indicadores de qualidade em saúde, definidos como eventos indesejáveis, decorrentes do cuidado, que comprometem a segurança do paciente⁽¹⁾. O incidente que resulta em algum tipo de dano ao paciente é classificado como evento adverso⁽²⁾.

O *The Australian Quality Health Care Study* (QAHCS), realizado em 1992, definiu evento adverso como lesão não intencional que resulta em incapacidade temporária ou permanente e/ou em prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado⁽³⁾.

O aumento da sua ocorrência é apontado como um dos fatores que influencia diretamente a qualidade dos serviços de saúde, o que tem provocado debates em âmbito internacional, considerando que os incidentes podem resultar, além de

tragédias para os pacientes e/ou familiares, o aumento dos custos da assistência em saúde⁽⁴⁾.

Estudos apontam que dentre as condições facilitadoras para a ocorrência dos incidentes estão a falha de comunicação entre os profissionais e entre esses e os pacientes, a fragmentação da responsabilidade pela assistência, a descontinuidade do cuidado, a inadequação dos sistemas de informações, a insuficiente incorporação de protocolos clínicos elaborados por meio de bases científicas sólidas e a falência nos mecanismos de registro e notificação desses eventos⁽⁵⁾.

Sabe-se que o incidente é decorrente de múltiplos fatores, tais como procedimentos cirúrgicos, utilização de medicamentos, procedimentos médicos, tratamento não-medicamentoso, demora ou incorreção no diagnóstico, sendo mais frequentes e graves no âmbito hospitalar⁽²⁾.

Dentro desse contexto, a unidade de Pronto Socorro constitui-se área de alto risco para ocorrência de vários tipos de incidentes devido à rotatividade e dinâmica de atendimento, por absorver grande demanda de pacientes com graus variados de gravidade, além de conviver com deficiência quantitativa e qualitativa de pessoal e recursos materiais que resultam em sobrecarga de trabalho e estresse profissional e ambiental^(5,6).

Nos Estados Unidos, estima-se que 100 mil pessoas morrem em hospitais a cada ano vítimas de incidentes, ficando os gastos entre 17 e 29 bilhões de dólares⁽³⁾.

No Brasil, estudos comparando as proporções de incidentes atribuídos à negligência em diferentes setores hospitalares revelam que o Pronto Socorro constitui o serviço de maior concentração, atribuindo-se a ocorrência de 50% a 70% dos eventos detectados⁽⁷⁾.

No entanto, estima-se que em torno de 60% dos incidentes relacionados à assistência à saúde são considerados passíveis de prevenção⁽⁴⁾. Considerando que o incidente está relacionado a uma falha humana, sua ocorrência está associada, frequentemente, à vergonha, punições e perda de prestígio por parte dos profissionais e devido à falta de orientação sobre a conduta a ser tomada frente ao evento a tendência é escondê-lo, especialmente, nos casos que resultam dano, perdendo-se importante oportunidade de aprendizado^(8,9).

Isso se deve ao fato de a abordagem dos erros no sistema de saúde ser feita de forma individualista, considerando o erro um ato inseguro cometido por pessoas com treinamento deficiente ou desatentas⁽⁸⁾.

Essa realidade reflete a necessidade de estabelecer ações de controle e prevenção dos incidentes, estimular a notificação e eliminar os sentimentos de punição por parte dos profissionais envolvidos e reconhecer que a organização do modo de trabalho no sistema de saúde também pode influenciar na ocorrência do incidente, assumindo uma proporção sistêmica.

A dificuldade na implementação da Política Nacional de Saúde torna os serviços de Pronto Socorro o centro do sistema e o principal agente de triagem. Reconhecendo que os incidentes podem ser minimizados e permitem a mensuração da qualidade da assistência à saúde e enfermagem nesse serviço, o presente estudo tem relevância

por permitir o desenvolvimento de estratégias que previnam tais ocorrências, garantir a segurança do paciente e, por conseguinte, aumentar a qualidade do serviço.

Frente a isso, o presente estudo tem como objetivo caracterizar os incidentes registrados nos livros de intercorrências do Pronto Socorro de um hospital universitário da Região Centro-Oeste.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo, desenvolvido no Pronto Socorro de um Hospital Universitário da Região Centro-Oeste, pertencente à Rede Hospitais Sentinela, criada em 2004 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Essa rede foi criada a fim de monitorar eventos adversos e queixas técnicas decorrentes da assistência à saúde para o planejamento de ações preventivas⁽⁶⁾.

O Pronto Socorro, campo desse estudo, conta com capacidade física para 58 leitos e atende, em média, 1.654 pacientes/mês, sendo 19.848 pacientes/ano.

Foi utilizado como fonte de dados, o livro de intercorrências da unidade, os quais são de acesso exclusivo e voluntário da equipe de enfermagem e tem a finalidade de registrar quaisquer intercorrências relacionadas ao serviço e aos pacientes.

A população do estudo constou dos incidentes ocorridos no período de 19 de setembro de 2007 a 04 de março de 2010, registrados pelos enfermeiros, nos livros de intercorrências.

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro a março de 2010, utilizando um instrumento estruturado, contendo questões sobre data, horário e tipo de incidente, consequências para o paciente, profissionais envolvidos e intervenções realizadas pelos profissionais imediatamente após a ocorrência do evento. O instrumento foi submetido à avaliação de cinco especialistas, pesquisadores da área de eventos adversos e docentes das disciplinas de enfermagem fundamental e administração de serviços de saúde e enfermagem. Em seguida foi realizado o teste piloto para adequações e melhoria da qualidade do instrumento quanto à clareza e objetividade.

Os dados foram transcritos na íntegra em documento do *Microsoft Word* para formar o corpus de análise, atribuindo-se a letra "R" seguido de número cardinal para cada registro, conforme a ordem da coleta. Para preservar o anonimato de pacientes e profissionais envolvidos no evento, seus nomes foram retirados, sem prejudicar a integridade dos registros. Em seguida, os dados foram estruturados em planilhas eletrônicas do *Microsoft Excel*, versão 2007, analisados estatisticamente e apresentado frequências absoluta e relativa.

Estudo apreciado e aprovado pelo Comitê de ética da instituição, sob Protocolo N° 064/2008. Todos os aspectos éticos foram seguidos, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde N° 196/96.

RESULTADOS

Constatou-se o registro de 75 incidentes que envolveram aspectos institucionais e assistenciais, estimando prevalência de 1,5%.

A tabela 1 apresenta os incidentes relacionados à organização dos serviços.

Tabela 1 – Distribuição dos incidentes relacionados à organização do serviço. Goiânia (GO), 2007-2010.

EVENTOS ADVERSOS	n	%
Falhas nas anotações		
Ausência de anotações e/ou registro incorreto	17	58,6
Checagem de medicamento inadequada	4	13,8
Previsão e provisão de materiais	4	13,8
Evasão do paciente	4	13,8
Total	29	100,0

Dentre os 29 incidentes relacionados à organização do serviço, o mais frequente está relacionado às falhas nas anotações, caracterizadas como ausência de anotações e/ou registro incorreto de sinais vitais e balanço hídrico, checagem de medicamentos inadequada e dificuldade em realizar a leitura de medicamentos prescritos no prontuário: *“Paciente do leito 2 está com a medicação alopurinol checada em diferentes horários, mas não há esta medicação na farmácia e o paciente também não a tem” (R22)*, *“Paciente nefropata com prescrição médica para controle de débito urinário, a ‘profissional’ relatou duas vezes no vaso, no entanto o paciente está usando sonda vesical de demora” (R30)*.

Também foram identificados 13,8% de incidentes referentes à previsão e provisão de materiais, tales como el abastecimento inadecuado del carro de emergencia, la deficiencia na reposição e na manutenção tanto de materiais como de equipamentos, no inicio do plantão e após os atendimentos.

Falhas na previsão e provisão desses materiais acarretaram graves incidentes ao paciente, conforme evidenciado nos registros: *“Estamos no momento com dois pacientes para serem entubados, mas só temos um ventilador – os outros estão com defeito. UTI e Clínicas não têm o equipamento disponível para empréstimo” (R2)*, *“Paciente fez Parada Cardiorrespiratória, foi reanimada por mais de 30 min, mecânica e quimicamente, sem sucesso. No momento nossos ambul (todos) estavam na desinfecção química e havíamos pegado emprestado um ambu na UTI cirúrgica que não funcionava na hora! As traqueias estavam rasgadas, rachadas (tampado com esparadrapo), uma das saídas de vácuo não funcionou na hora. Todos reclamaram da falta de material, dos estragos e das condições de trabalho” (R7)*.

Outro evento relacionado à organização do serviço foi a evasão do paciente da unidade de internação que correspondeu a 13,8% dos incidentes: *“Paciente evadiu-se por volta das 13h e 30min, retornando as 15h e 50min pelo corpo de bombeiros que o encontrou sem roupa e embriagado”(R11)*.

Quanto às consequências, foi verificado que em 26 (89,7%) incidentes não havia anotação sobre as condutas em relação ao paciente, família e profissional envolvido; dois (6,9%) informavam a ausência de dano e um (3,5%) resultou em óbito.

Os incidentes relacionados ao cuidado foram identificados em 46 registros, conforme tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos incidentes relacionados ao cuidado. Goiânia (GO), 2007-2010.

EVENTOS ADVERSOS	n	%
Omissão do cuidado	18	39,1
Erro de medicação		
Omissão de dose	7	15,2
Troca de paciente	7	15,2
Falta de medicamento	4	8,7
Administração de medicamento não prescrito	1	2,2
Falta de humanização	4	8,7
Infecção hospitalar	2	4,4
Queda	2	4,4
Falha no procedimento/técnica	1	2,2
Total	46	100,0

Os incidentes relacionados à omissão de cuidado, como a não realização de curativos e ausência da verificação de sinais vitais, de glicemia, de balanço hídrico, dentre outros, ocorreram com maior frequência: *“Eu ouvi do paciente e de seu acompanhante que o curativo da tarde não foi feito porque não havia ninguém para isto” (R14), “Pedi uma placa de hidrocoloide na farmácia do Pronto Socorro às 08h30min. Até agora, 12h00min, não foi entregue. Houve descontinuidade do tratamento” (R26), “Hoje, 12/01/2010 período vespertino, a Sra [...] ficou escalada nos cuidados da enfermaria 01, 02 e 06 (totalizando 15 pacientes), cuidados que incluem: sinais vitais, HGT, curativos, debito de diurese e controles em geral, no entanto esta mesma “profissional” não fez nada. Todos os sinais vitais não foram verificados, e sim somente copiados” (R30).*

Quanto aos erros de medicação, foram evidenciados 41,3% de eventos relacionados às omissões de doses, trocas de pacientes, faltas de medicamentos e administração de medicamento não prescrito: *“Equipe médica reclamou sobre a não administração de dipirona SOS para o paciente que fez 38°C de temperatura às 20 horas do mesmo plantão” (R15), “Pela segunda vez houve troca de soros (rótulos de pacientes na observação durante o noturno). 1º vez: trocou-se o soro dos pacientes e por sorte eram da mesma composição e gotejamento. 2º vez: trocou-se o soro dos pacientes também da mesma composição e gotejamento, graças a Deus” (R3), “Hoje houve uma troca de pacientes no momento de administrar oxacilina. O medicamento era do paciente X e foi injetado no paciente Y” (R23).*

Também foram identificados 8,7% de incidentes relacionados à humanização: *“Hoje tivemos duas urgências que precisamos de avaliação da otorrino, uma foi criança com otorragia e uma mulher com uma barata no ouvido. Conversei com o residente que me disse que não tinha obrigação de vir aqui e que não era realmente uma emergência. A criança não foi atendida e a mulher ficou das 6h da manhã até às 16h sem atendimento” (R4), “Paciente com hematêmese é levada para reanimação. Não foi achado acesso venoso periférico. O plantonista foi chamado, mas não compareceu a sala de reanimação. Paciente evoluiu para PCR. Às 18h10min: óbito” (R13).*

Outro evento levantado foi a ocorrência infecções associadas ao cuidado: *“Paciente apresenta infecção por Staphylococcus aureus multiresistente segundo resultado do laboratório”. (R21) “O paciente [...] que se encontra internado está colonizado com a bactéria Klebsiella pneumoniae” (R9).*

Ainda nesta categoria, 4,4% dos incidentes foram relacionados a quedas: *“Paciente sofreu queda da maca e isso nos leva a pensar mais uma vez em extinguir as macas e poltronas do Pronto Socorro, tentando dar um pouco de conforto para os pacientes”* (R17).

Também foi identificado incidente relacionado à falha no procedimento/técnica, correspondendo a 2,2% dos eventos: *“No período vespertino, durante administração de insulina de acordo com HGT, a funcionária utilizou a mesma seringa da paciente A no paciente B”* (R19).

Não foram encontrados registros sobre consequências ao paciente em 31 (67,4%) incidentes. Nove (19,6%) resultaram em dano, requerendo monitoramento e/ou prolongando o tempo de internação, seguido de cinco (10,9%) que não causaram dano aparente e um (2,2%) resultou em óbito.

Os registros sobre condutas adotadas após o incidente também não foram identificados.

DISCUSSÃO

O método do estudo apresenta limitações quanto ao número de incidentes identificados, uma vez que o registro é voluntário e a fonte de dados utilizada não se constitui instrumento próprio para a notificação. Embora o quantitativo de incidentes possa ser considerado baixo em relação ao intervalo de tempo investigado, os resultados apontam para inúmeros indicadores de assistência à saúde, frequentemente encontrados na literatura, mas que, ainda, são identificados rotineiramente no ambiente de trabalho.

A estimativa de 1,5% de incidentes constatados faz inferência à subnotificação e à ausência de uma cultura de segurança.

A notificação de intercorrências durante a assistência em saúde é considerada uma estratégia eficaz para gerenciar, diminuir e controlar a ocorrência dos incidentes, pois auxilia o planejamento de ações de educação continuada e direciona as ações de melhoria dos serviços, além de permitir a avaliação dos resultados⁽¹⁰⁾.

Acredita-se que a recente publicação da Portaria Nº 529 de 1º de abril de 2013, do Ministério da Saúde do Brasil, que institui o Programa Nacional de Segurança, poderá contribuir para produção, sistematização e difusão de conhecimentos sobre os incidentes, além de fomentar a cultura de segurança do paciente nas instituições de formação e prática em saúde⁽¹¹⁾.

Foram identificados 29 incidentes relacionados às falhas nas anotações, à previsão e provisão de materiais e à evasão do paciente da unidade de internação, que evidenciaram a necessidade de despertar nos profissionais o compromisso ético e a responsabilização pela prática assistencial.

Estudo avaliativo dos registros de enfermagem verificou que a checagem da prescrição médica estava ausente em 1,9% dos prontuários e dentre os 98,1% dos prontuários com checagem, apenas 1,7% tinham a checagem completa. A análise qualitativa dos prontuários apontou que 26,7% das anotações foram consideradas ruins; 64,6%, regulares e apenas 8,7%, boas. Nenhuma anotação foi avaliada como ótima⁽¹²⁾.

O registro incompleto das situações relacionadas à assistência prestada ao paciente impossibilita o seu uso como instrumento de comunicação. As informações prestadas em qualquer documento devem ser claras, objetivas, frequentes e completas a fim de possibilitar o monitoramento, a avaliação e o planejamento contínuo dos cuidados⁽¹³⁾.

Essa realidade é evidenciada em vários setores do setor saúde⁽¹²⁻¹⁴⁾. Configura-se um fator agravante, visto que as anotações de prontuários ou qualquer documento de registro de informações nos serviços de saúde têm valor significativo, sendo fontes de investigação, instrumento de educação e documento legal⁽¹²⁾.

Reflete-se, portanto, que a enfermagem deve avaliar sistematicamente sua própria atuação, no sentido de reduzir problemas relacionados às anotações, considerando a importância dos registros para a melhoria da qualidade da assistência ao paciente⁽¹³⁾ e, ainda, para garantir maior visibilidade à categoria profissional.

Para uma assistência segura e de qualidade, um adequado dimensionamento de pessoal é favorável, entretanto, configura-se ação fundamental, o suprimento adequado de recursos materiais. As instituições de saúde devem adotar uma rotina de reposição e manutenção de materiais, pois a insuficiência ou falha de funcionamento podem acarretar perda de tempo para a equipe e, ainda, danos irreversíveis ao paciente⁽¹⁵⁾, como constatado nos registros dos enfermeiros.

Verificar o funcionamento do ventilador mecânico, do desfibrilador, do aspirador, do laringoscópio, do ambu e demais equipamentos de uma unidade de saúde é uma ação simples frente à magnitude das consequências que a falta e a manutenção inadequada desses equipamentos podem acarretar. Intercorrências de alto grau de complexidade resultam em óbito do paciente, frequentemente, nos serviços de Pronto Socorro, o que exige perfeita adequação dos processos de gerenciamento de materiais, além de equipe eficiente, com conhecimento científico e habilidade técnica⁽¹⁵⁾.

A participação dos enfermeiros no processo de compras de materiais nos hospitais vem sendo cada vez mais requisitada, tendo em vista sua competência para opinar quanto ao tipo, à quantidade e à qualidade dos materiais a serem adquiridos para utilização nas enfermarias⁽¹⁶⁾. No entanto, informalmente, o enfermeiro sempre participou desse processo, de forma não sistematizada e sempre paralelamente a outras tarefas, evidenciando a importância de planejar e sistematizar a administração de recursos materiais nos serviços de saúde.

No Brasil, a questão da qualidade da sistematização da assistência à saúde, principalmente de enfermagem, configura-se um dos problemas do planejamento em saúde, o que dificulta a previsão de recursos materiais, assim como, o estabelecimento da relação entre oferta de serviços e demandas de saúde. A identificação dessas dificuldades é necessária e imprescindível, pois possibilita o redirecionamento de recursos e atividades a setores mais problemáticos ou de maior risco, o que, certamente, resulta em redução dos recursos despendidos⁽¹⁶⁾.

As taxas de evasão, outro incidente identificado, constituem bons indicadores para avaliar a superlotação de unidades de Pronto Socorro. Comumente os pacientes enfrentam grandes filas, longos períodos de espera, pacientes e acompanhantes preocupados, irritados e cansados. Alguns pacientes com doenças sem gravidade imediata poderiam ser atendidos em ambulatórios ou outros serviços, enquanto que,

àqueles que realmente necessitam de pronto atendimento, acabam esperando, além de comprometer o tempo dos profissionais para assistir o paciente grave⁽¹⁷⁾.

A necessidade de aumentar a continência dos pacientes, principalmente nos serviços de Pronto Socorro se faz relevante, pois são os principais responsáveis pelo atendimento de usuários graves a partir da admissão. Além disso, ao ser admitido, a segurança do paciente passa a ser responsabilidade da instituição, que deve promover o monitoramento de entrada e saída de pessoas.

Foram constatados 46 eventos relacionados ao cuidado, destacando a omissão de cuidado, seguido de medicação, falta de humanização, infecção, quedas e falha no procedimento/técnica.

A omissão de cuidados coloca em risco a integridade física do cliente e a qualidade dos serviços oferecidos pelas instituições, contribui para uma imagem institucional negativa, gera desconfiança e eleva os custos da assistência⁽¹⁸⁾.

Estudo desenvolvido nos Estados Unidos da América, em 36 unidades de saúde, identificou como os principais e mais frequentes erros de medicação àqueles relacionados ao horário, à omissão e à dose errada⁽¹⁹⁾, evidenciando que esta realidade ocorre não somente em hospitais brasileiros.

Estudos apontam que cerca de 30% dos danos causados ao paciente e às instituições estão relacionados aos erros de medicação. Estima-se que o custo anual de morbidade e mortalidade referentes a este evento seja aproximadamente US\$ 76,6 bilhões⁽¹⁹⁾.

Os fatores de riscos associados à ocorrência desses eventos podem estar relacionados ao indivíduo e ao sistema⁽²⁰⁾.

No atual cenário, a mudança de paradigma é necessária, pois além de garantir a qualidade do medicamento, o processo de utilização deve seguir padrões mínimos de segurança. A abordagem sistêmica dos erros de medicação pode revelar falhas do processo, sendo possível implementar melhorias, diminuindo, assim, a ocorrência desses eventos^(8, 20).

O método de análise de causa raiz tem sido apontado como importante estratégia para a identificação de fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes relacionados à medicação, além de identificar as falhas no processo, permite compreender o que de fato aconteceu, de modo a prevenir e evitar que novos episódios aconteçam⁽²¹⁾.

Foram identificadas falhas na humanização do atendimento ao paciente nas unidades de Pronto Socorro, o que infere associação à superlotação e ao baixo quantitativo de profissionais, à falta de sensibilidade ou, ainda, ao despreparo para a resolução das demandas do serviço.

Na relação entre pacientes e profissionais de saúde, o profissional deve promover uma assistência humanizada a todos os pacientes. Com os progressos da medicina e da ciência, o fato da prática médica ter se tornado mais arriscada e, em muitos casos, mais impessoal e desumanizada, emerge a importância de reconhecer os direitos sociais e individuais do paciente para assegurar uma assistência digna e garantir o respeito a vida humana. A humanização e direitos do paciente referem-se a princípios

normativos que orientam políticas e programas de saúde e que devem ser avaliados no julgamento da qualidade da assistência à saúde⁽²²⁾.

A infecção relacionada à assistência 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⁽²³⁾.

A ocorrência de infecção é muito frequente, especialmente, em ambientes que exigem complexa assistência à saúde, assim como o erro de medicação e a queda. Estão relacionados ao distanciamento da enfermagem com a prática de gestão em saúde, no sentido de padronizar técnicas e assegurar o seguimento de protocolos operacionais⁽²⁴⁾.

Estudos têm evidenciado a importância da educação em serviço, especialmente da pedagogia crítica-reflexiva, para aumentar a adesão dos profissionais de saúde a estratégias que interceptam a cadeia de transmissão da infecção nosocomial⁽²⁵⁾. As ações educativas em serviço são consideradas mais efetivas quando desenvolvidas de forma sistemática e envolvendo o maior quantitativo de profissionais possíveis⁽²⁶⁾.

A queda, especificamente, é um evento não planejado, que pode ocasionar lesões e prejudicar a integridade física e emocional dos pacientes. Resulta em aumento dos custos hospitalares, aumento do tempo de internação e até a morte. Estudos apontam para a necessidade de conhecer o perfil do paciente que apresenta maior risco para queda a fim de possibilitar a programação de medidas preventivas e específicas de segurança, como adequação física do ambiente e do mobiliário hospitalar, de modo a preservar a saúde dos pacientes^(24, 27).

Os incidentes podem resultar em perdas de natureza emocional, física e financeira da equipe, da família, da instituição e da sociedade. Entretanto, as consequências mais preocupantes estão relacionadas ao paciente, uma vez que pode agravar suas condições clínicas e causar danos temporários, permanentes e até a morte^(18,24,28).

O desenvolvimento da cultura de segurança, o gerenciamento dos riscos a que os pacientes estão expostos e a capacitação dos profissionais de saúde podem subsidiar a adoção de boas práticas, influenciando uma atuação profissional de excelência.

Na relação entre o paciente e profissional de saúde está implícito o princípio de cuidado e, quando ocorrem erros, há uma violação desse princípio. Cabe às instituições de saúde elaborar e estabelecer padrões sistematizados para o controle e redução dos incidentes. A avaliação desses indicadores possibilita o planejamento de estratégias que melhoram o sistema de saúde, trazendo benefícios à equipe e, principalmente, ao paciente.

CONCLUSÃO

Foi constatado o registro de 75 ocorrências de incidentes na unidade pesquisada e estimado prevalência de 1,5%. Dentre os incidentes relacionados ao cuidado se destacaram àqueles referentes à medicação e omissão de cuidado. Quanto à organização do serviço, destacaram-se os incidentes relacionados à falha nas anotações e/ou registros na folha de evolução do paciente. Dois eventos causaram

óbito do paciente e foram decorrentes da previsão e provisão de materiais e à falta de humanização.

Foi constatada deficiência nos registros quanto às consequências dos incidentes para os pacientes, profissionais e instituição que, junto à subnotificação, dificultam a tomada de decisão e a elaboração de estratégias preventivas e de controle.

Há a necessidade, portanto, de estimular a construção e uso de instrumentos de notificação, bem como incentivar o registro completo dos incidentes, já que estes são ferramentas fundamentais da qualidade, apontando o que pode ser melhorado nos serviços de saúde.

Esse estudo apontou que as ações preventivas dessas ocorrências dependem, em grande parte, da ampliação de relatos, de condutas não punitivas e, fundamentalmente, de um olhar crítico sobre cada falha identificada e que precisa ser corrigida, visando à qualidade da assistência e promovendo uma cultura de segurança.

REFERÊNCIAS

1. Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas na prática de enfermagem. In: Cassiane SHB, Ueta J. A segurança dos pacientes na utilização da medicação. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 111-21.
2. World Health Organization. World alliance for patient safety. Taxonomy. The conceptual framework for the international classification for patient safety [Internet]. Genève; 2009 [cited 2009 dez 19]. (Final Technical Report). Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
3. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos da ocorrência de eventos adversos em hospitais. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(4):393-406.
4. Gallotti RMD. Eventos adversos: o que são? Rev. Assoc. Med. Bras. 2004; 50(2):109-26.
5. Souza RB, Silva MJP, Nori A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. Rev Gaúcha Enferm. 2007; 28(2):242-9.
6. Oliveira RC, Camargo AEB, Cassiani SHB. Estratégias para prevenção de erros na medicação no Setor de Emergência. Rev Bras Enferm. 2005; 58(4):399-404.
7. Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays Rev. Latino-am. Enferm [Internet]. 2008 [cited 2013 jun 15]; 16(4):746-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_15.pdf.
8. Reason J. El error humano. Madrid: Modus Laborandi; 2009.
9. Bohomol E, Ramos LH. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. Rev Bras Enferm. 2005; 60(1):32-6.
10. 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.
11. Ministério da Saúde. Portaria N° 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília; 2013 [cited 2013 abr 11]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
12. Setz VG, D'innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):313-7.
13. Matsuda IM, Silva DMPP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: Instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? Revista

- Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2006 [cited 2013 15 jun]; 8(3):415-21. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm.
14. Silva JA, Grossi ACM, Haddad MCL, Marcon SS. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. Esc Anna Nery [Internet]. 2012 [cited 2013 jun 10]; 16(3):576-81. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127723305021>.
15. Silva SC, Padilha KG. Cardiopulmonary resuscitation in the intensive care unit: theoretical considerations on factors related to iatrogenic occurrences. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2001 [cited 2012 mai 5]; 35(4):360-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a07.pdf>.
16. Oliveira NC, Chaves LDP. Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensiva. Rev Rene [Internet] 2009 [cited 2013 jul 9]; 10(4):19-27. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/566/pdf>.
17. Perondi MBM, Sakano TMS, Schvartsman C. Utilização de um sistema informatizado de atendimento em pronto-socorro pediátrico com sistema de escore clínico de triagem. Einstein. 2008; 6(1):31-6.
18. Santos JO, Silva AEBC, Munari DB, Miasso AI. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. Acta Paul Enferm. 2007; 20(4):483-8.
19. Miasso AI, Grou CR, Cassiani SHDB, Silva AEBC, Fakh FT. Medication errors: types, causes and measures taken in four brazilian hospitals. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 [cited 2013 mai 2010]; 40(4):524-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400011.
20. Pereira CDFD, Tourinho FSV, Ribeiro JLS, Fernandes LGG, Medeiros PD, Medeiros SB. Erros de medicação: a enfermagem atuando para segurança do paciente. Nursing. 2011;14(163):650-55.
21. Teixeira TCA, Cassiani SHDB. Root cause analysis: evaluation of medication error at a university hospital. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2013 jun 10]; 44(1):138-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a20v44n1.pdf>.
22. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(3):599-613.
23. Carmagnani MIS. Segurança e Controle de Infecção. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editous; 2002.
24. Bezerra ALQ, Queiroz ES, Weber J, Paranaguá TTB. Reacciones adversas: indicadores de resultados según la percepción de las enfermeras de un hospital centinela. Enfermería Global [Internet]. 2012 [cited 2013 jul 10]; 11(3): 198-209. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.3.155151/136281>.
25. Silva EFF, Chrizostimo MM, Azevedo SL, Souza DF, Braga ALS, Lima JL. Un desafío para el controlador de infección: falta de adhesión de la enfermería a las medidas de prevención y control. Enfermería Global [internet]. 2013 [cited 2013 jul 10]; 12(3):316-29. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/149491/150051>.
26. Azevedo Filho FM, Martins IMS, Soares CSRS, Fazendeiro PG, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ. Administración de medicamentos: conocimiento de los enfermeros del sector de urgencia y emergencia. Enfermería Global [Internet]. 2012 [cited 2013 jul 10]; 11(2): 54-69. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.2.142011/133851>.
27. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO. Caracterización de las caídas de pacientes de acuerdo a las notificaciones en boletines de eventos adversos. Rev

Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2013 mar 3]; 44(1):134-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100019.
28. Toffoletto MC, Padilha KG. Consequences of medical errors in intensive and semi-intensive care units. Rev Esc Enferm USP [Internet] 2006 [cited 2013 jul 8]; 40(2):247-52. Available from: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/245.pdf>.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia