

EVENTOS ADVERSOS NA CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

ADVERSE EVENTS IN THE SURGICAL CLINIC OF A UNIVERSITY HOSPITAL: A TOOL FOR ASSESSING QUALITY

EVENTOS ADVERSOS EN LA CLÍNICA QUIRÚRGICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

Fernanda Salerno Carneiro^I
Ana Lúcia Queiroz Bezerra^{II}
Ana Elisa Bauer de Camargo e Silva^{III}
Lorena Pereira de Souza^{IV}
Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá^V
Nayla Cecília da Silva Silvestre Branquinho^{VI}

RESUMO: O estudo teve por objetivo analisar os eventos adversos ocorridos na clínica cirúrgica de um hospital universitário pertencente à rede de hospitais sentinela. Estudo documental, retrospectivo, desenvolvido em um hospital da Região Centro-Oeste. A amostra foi constituída por 264 eventos adversos de vários tipos, ocorridos entre os anos de 2005 a 2009, descritos pelos enfermeiros nos livros de anotações de enfermagem. Os eventos mais prevalentes foram referentes a sondas, drenos, cateteres e tubos seguidos de quedas e evasão. A ocorrência de eventos adversos é um importante indicador de qualidade da assistência prestada. Assim, faz-se necessário conscientizar profissionais de saúde quanto à notificação dessas ocorrências e de práticas gerenciais não punitivas, estimular um olhar crítico e investigativo sobre as falhas existentes no sistema e promover correções pelo próprio serviço por meio de ações que visem à segurança do cliente.

Palavras-chave: Avaliação de processos e resultados; indicadores de qualidade da assistência à saúde; vigilância de evento sentinela; enfermagem.

ABSTRACT: This study aims at analyzing adverse events occurring at the surgical clinic of a university hospital of the sentinel network. Documentary, retrospective study, conducted in a hospital in Midwest Brazil. The sample consisted of 264 adverse events of various types, occurring between 2005 and 2009, described by nurses in the Nursing report book. The most prevalent events were related to probe, drains, catheters and tubes, followed by falls and evasion. The occurrence of adverse events is an important indicator of quality of care. Thus, health professionals must be made aware of the relevance of reporting these events and of non-punitive management practices and must be encouraged to have a critical and investigative attitude, reporting system failures and making adjustments to ensure client's security.

Keywords: Outcome and process assessment; indicators of quality of care; sentinel surveillance; nursing.

RESUMEN: El estudio tuvo como objetivo analizar los eventos adversos que ocurren en la clínica quirúrgica de un hospital universitario perteneciente a la red de hospitales centinela. Estudio documental, retrospectivo, realizado en un hospital de la Región Centro-Oeste de Brasil. La muestra consistió de 264 eventos adversos de varios tipos, ocurridos entre los años de 2005 hasta 2009, descritos por los enfermeros en los cuadernos de enfermería. Los eventos más frecuentes estuvieron relacionados con sondas, drenos, catéteres y tubos seguido de caídas y evasión. La ocurrencia de eventos adversos es un indicador importante de calidad de la atención prestada. Así, es necesario concientizar los profesionales de salud acerca de la notificación de esas ocurrencias y de prácticas gerenciales no punitivas, fomentar una visión crítica y de investigación sobre las fallas en el sistema y promover correcciones por el propio servicio a través de acciones para la seguridad del cliente.

Palabras clave: Evaluación de procesos y resultados; indicadores de calidad de la atención a la salud; vigilancia de guardia; enfermería.

^IAcadêmica do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Integrante do Programa de Bolsas em Iniciação Científica. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: fernandasalernog12@hotmail.com.

^{II}Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto III da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: analuciaqueiroz@uol.com.br.

^{III}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto III da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: anaalisa@terra.com.br.

^{IV}Acadêmica do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Integrante do Programa de Bolsas em Iniciação Científica. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: lorena20souza@hotmail.com.

^VEnfermeira. Mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: thatywish@yahoo.com.br.

^{VI}Enfermeira. Mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: naylacecilia@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O interesse pela qualidade no desempenho dos serviços de saúde e pela segurança do paciente tornou-se um problema de saúde pública em vários países, despertando interesse nos meios acadêmicos e dos serviços¹.

Nessa perspectiva, com o objetivo de reduzir os desvios na assistência, preconiza-se um programa de garantia de qualidade nas instituições de saúde, assegurando ao usuário grau elevado de excelência por meio de medição e avaliação dos componentes estruturais, das metas, dos processos e resultados apresentados pelos usuários, seguidos das alterações necessárias para a melhoria do serviço².

É nesse contexto de avaliação que se inserem os indicadores de resultados, definidos como importante instrumento gerencial capazes de representar quanti e qualitativamente a assistência, sem os quais é impossível uma avaliação objetiva da qualidade³.

Com as exigências dos programas de acreditação hospitalar, um dos indicadores que vem sendo incorporados como guias para monitorar e avaliar a qualidade é a taxa de eventos adversos⁴.

Eventos adversos (EAs) são incidentes indesejáveis, porém preveníveis, que ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e que resultam em danos ao cliente, podendo gerar um comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou algum efeito nocivo, como doença, lesão, incapacidade, ou morte, podendo este ser de caráter físico, social e/ou psicológico⁵⁻⁸.

Dados de um estudo realizado em unidades hospitalares apontaram que um dos locais de maior índice de ocorrência dos EAs é a clínica cirúrgica, destacando-se, entre seus achados, eventos relacionados com sondas, drenos e cateteres, erros de medicação, queda de pacientes, úlceras por pressão e infecções adquiridas no hospital⁴.

A unidade de clínica cirúrgica destina-se ao atendimento integral, contínuo e individualizado dos pacientes cirúrgicos no período pré e pós-operatório. Na prática diária, é observado que os procedimentos cirúrgicos provocam ansiedade, estresse, medo da dor, além de expor os pacientes a vários procedimentos pré-cirúrgicos que podem ser fontes para a ocorrência dos EAs⁹.

A clínica cirúrgica foco desta pesquisa pertence a um hospital sentinela, presta assistência pré e pós-operatória em várias especialidades, possui uma equipe multiprofissional, além de contemplar acadêmicos e docentes de diversas áreas da saúde.

Frente ao exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar os EAs ocorridos na clínica cirúrgica de um hospital universitário descritos nos livros de anotações de enfermagem, entre os anos de 2005 a 2009.

REFERENCIAL TEÓRICO

O ato de cuidar tem como objetivo reduzir ou eliminar o sofrimento do cliente, contudo, também possui o potencial de causar EAs. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que a cada 10 pessoas que precisam de cuidado à saúde, pelo menos uma sofrerá agravo decorrente de EAs¹⁰.

Estudo realizado pelo *National Center For Health Statistics*, nos Estados Unidos da América (EUA), apresentou, em 1997, as razões das mortes de pacientes em hospitais americanos, constatando que 44.000 mortes foram decorrentes desses eventos¹¹.

No Brasil, estudo realizado em três hospitais de ensino mostrou que em 1.103 pacientes a incidência foi de 84(7,6%) acometidos por EAs e, destes, 54(66,7%) poderiam ser evitados. Tal fato evidencia que a incidência de EAs em pacientes nos três hospitais é semelhante ao de estudos internacionais e que a proporção de EAs evitáveis é muito maior nos hospitais brasileiros¹².

Com a publicação do livro *To err is human: building a safer health care system*, do Institute of Medicine, em 2000, e os relatórios do *Committee on Quality of Health Care in America*, dos EUA, com dados sobre a mortalidade relacionada a erros advindos do cuidado à saúde que poderiam ser evitados, a questão da segurança do paciente passou a ser objeto de interesse mundial¹¹.

O impacto dos EAs causado nos meios científicos e nas organizações governamentais e não governamentais levou à adoção de iniciativas para reduzir falhas no sistema de saúde, sendo uma delas a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, pela OMS, responsável por promover ações de monitoramento, redução e prevenção de EAs¹⁰.

No Brasil, como ação na área de segurança do paciente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou, em 2001, o Projeto Hospitais Sentinela objetivando sistematizar a vigilância de produtos e serviços de saúde e garantir mais segurança e qualidade na assistência aos pacientes, sendo que, nesse contexto, uma das metas a serem cumpridas pelos prestadores de cuidados para monitorar e avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente é a ocorrência de EAs⁴.

Contudo, não se observa a criação de políticas nacionais específicas, tampouco institutos e fundações não governamentais que pesquisem e promovam recomendações sobre o tema¹³. Ainda assim, mesmo as instituições participantes de algum programa de monitoramento de EAs necessitam ser estimuladas para o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

Estudo realizado em um hospital sentinela, no setor de gerenciamento de riscos, em que foram ana-

lisadas 100 fichas de notificações, o total notificado durante três anos evidenciou subnotificação, falhas no preenchimento do formulário e ausência de informações sobre o evento, verificando o desconhecimento dos profissionais sobre a importância de notificar e a necessidade de estimular a notificação completa dos EAs¹⁴.

Desta forma, conhecer e entender os EAs, seu gerenciamento, controle e fatores de risco, permite, a toda equipe multidisciplinar, a implementação de medidas preventivas e tratamento eficazes, sendo as evidências científicas uma fonte de estímulo e meio para a conscientização dos profissionais de saúde para a abordagem sistêmica dos EAs.

É nessa busca pela qualidade e excelência no cuidado que a prevenção de EAs aparece como um dos principais desafios e uma das metas a serem cumpridas pelos profissionais que oferecem assistência em saúde⁴. Assim, o estudo se torna relevante por permitir uma avaliação do serviço, além de subsidiar a ação dos profissionais de saúde no planejamento da assistência, prevenindo a ocorrência de EAs e garantindo a qualidade do serviço e a segurança do paciente.

METODOLOGIA

Estudo documental, retrospectivo, desenvolvido na clínica cirúrgica de um hospital universitário de Goiânia que faz parte da Rede Hospitais Sentinela da ANVISA. A unidade possui 73 leitos e conta com uma equipe de enfermagem composta por sete enfermeiros e 44 técnicos de enfermagem.

O estudo foi constituído pelos EAs registrados nos livros de anotações de enfermagem da unidade campo, ocorridos entre janeiro de 2005 a dezembro de 2009. O registro desses eventos é voluntário e realizado somente pelos enfermeiros, com a finalidade de socializar as intercorrências do respectivo plantão para o turno seguinte e gerência.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho de 2009 a fevereiro de 2010, a partir da leitura sistemática dos livros de anotações de enfermagem, extraindo registros que evidenciavam a ocorrência de um EA. Utilizou-se um instrumento estruturado, contendo questões como data, horário, tipos de EAs, consequências para o paciente e condutas profissionais frente à sua ocorrência.

Os dados foram inseridos em planilha eletrônica do *Microsoft Excel* versão 2003 e realizada análise estatística descritiva, apresentando frequências absoluta e relativa.

Estudo vinculado ao projeto *Análise de ocorrências de eventos adversos em um hospital da rede sentinela na região Centro-Oeste*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade

Federal de Goiás (Protocolo N° 064/2008). Todos os critérios éticos foram atendidos conforme a Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constatou-se a ocorrência de 264 EAs registrados nos livros de enfermagem durante os anos de 2005 a 2009, decorrentes de múltiplos fatores e distribuídos quanto ao tipo, conforme Tabela 1.

TABELA 1: Distribuição dos eventos adversos identificados na clínica cirúrgica quanto à natureza. Goiânia, 2009.

Eventos adversos	f	%
Retirada de sondas, drenos e cateteres	162	61,36
Quedas	49	18,56
Processos alérgicos	14	5,30
Evasão	14	5,30
Úlcera por pressão	13	4,92
Erros de medicação	7	2,65
Procedimentos médicos	3	1,14
Hemoderivados	1	0,38
Queimaduras	1	0,38
Total	264	100,0

O quantitativo de internações na clínica em estudo é de aproximadamente 231 internações/mês, sendo 2.272 internações anuais e 13.860 internações em cinco anos, período analisado, indicando uma prevalência de 19,05% de EAs.

O total de 264 eventos registrados, quando contrastado com a prevalência indicada pela OMS de que 10% das internações hospitalares são acometidas por EAs, é um valor mínimo, sugerindo a subnotificação de casos¹⁰.

O ato de notificar deve ser estimulado, visto que sua análise repercute na prevenção desses eventos, não devendo ser considerado como mais uma forma de reprimir o profissional, mas sim subsidiar o planejamento de estratégias que minimizem sua ocorrência e reconheça o erro como parte integrante do sistema¹⁵.

Quanto ao turno de ocorrência, o maior quantitativo de registros de eventos foi o noturno, de acordo com a Tabela 2.

TABELA 2: Distribuição dos eventos adversos na clínica cirúrgica por período de ocorrência. Goiânia, 2009.

Período	f	%
Manhã	13	4,92
Tarde	5	1,89
Noite	28	10,61
Não especificado	218	82,58
Total	264	100,00

O maior índice de ocorrência de EAs no plantão noturno pode ser atribuído à carga horária de trabalho e redução do período de sono dos profissionais, afetando a capacidade de tomada de decisão mediante as situações de emergência¹⁶.

Em grande parte os EAs ocorridos não informaram registros de período de ocorrência, evidenciando falha na anotação da equipe de enfermagem, interferindo na tomada de decisões. Segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, é responsabilidade e dever do enfermeiro registrar as informações inerentes e indispensáveis de forma clara, objetiva e completa¹⁷. Assim, a descrição detalhada de qualquer EAs e/ou intercorrências deve ser estimulada, pois, além de auxiliar a tomada de decisões, os registros são documentos que podem ser fontes de investigação.

Para melhor discussão, são apresentados os resultados em subcategorias, conforme o tipo de EA ocorrido.

Sondas, drenos e cateteres

Foram encontrados 162(100%) EAs referentes a sondas, drenos e cateteres. Destes, 105(64,82%) envolveram sondas do tipo nasoentéricas, nasogástricas, orotraqueal, vesical, cistostomia e gastrostomia; 28(17,28%) se referiam a cateter venoso periférico; 23(14,20%) a cateter venoso central; e 6(3,70%) a drenos tubulares.

Os dados encontrados também são semelhantes a outros estudos que apontam o alto índice de EAs relacionados às sondas, drenos e cateteres^{4,18}.

O procedimento de sondagem, apesar de caracterizado como simples, está sujeito a graves complicações. Quanto às sondas nasoentéricas e nasogástricas, o maior risco de iatrogenia está relacionado à perfuração do esôfago, aumentando o risco de mortalidade. Outras possíveis complicações são o mau posicionamento da sonda, contaminação e administração inadequada da dieta¹⁹.

No contexto dos hospitais, a terapia intravenosa é um dos procedimentos mais encontrados, e a inserção, manutenção e retirada indevida de cateteres predispõe à ocorrência de EAs relacionados à infecção e extravasamento sanguíneo²⁰.

O EA mais importante relacionado ao uso do cateter é a infecção, necessitando o seguimento de princípios gerais de assepsia para diminuir o risco de complicações e proporcionar uma assistência de qualidade²¹. No entanto, não foi possível investigar a ocorrência de infecção relacionada ao cateter devido à falta de informações.

Em relação aos drenos, sua retirada indevida pode trazer sérios riscos ao paciente, visto que a drenagem é um dispositivo importante para remoção de

conteúdo de determinada cavidade e seu manuseio necessita de avaliação criteriosa de profissional habilitado²².

Quanto à causa desses eventos, 124(76,54%) foram devido à retirada pelo próprio paciente, 23(14,20%) saíram de forma espontânea e 15(9,26%) acidentalmente.

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

Quedas

Constatou-se o registro de 49(100%) quedas, sendo 37(75,51%) do leito, 6(12,24%) da própria altura, 5(10,20%) no banheiro e 1(2,04%) da maca.

Estudos apontam que a queda é o EA mais comum entre os pacientes hospitalizados, totalizando cerca de 70% dos acidentes que ocorrem dentro do hospital. Nos EUA, os custos relacionados a quedas estão em torno de US\$75 bilhões a US\$100 bilhões de dólares por ano. Além dos prejuízos financeiros, vale mencionar os físicos como fraturas ósseas, traumatismos e outros danos que podem limitar o paciente na sua atividade e independência, comprometendo o bem-estar físico e mental²³.

A queda pode ser explicada pela vigilância inadequada de pacientes sem condições físicas para deambular sozinho. Os fatores de risco estão presentes principalmente em clientes internados em unidades cirúrgicas, sendo maior em pacientes no pré e pós-operatório de neurocirurgia, evidenciando a necessidade em aumentar a vigilância de pacientes que demandam assistência perioperatória^{24,25}.

Algumas medidas podem ser tomadas para evitar que quedas ocorram, como a elevação de grades nas camas, a aplicação de técnicas de restrição de movimentos, como, por exemplo, a contenção no leito, desde que realizada corretamente de forma monitorada para que não traga prejuízos ao paciente. Embora a contenção seja vista como uma técnica desumana, quando aplicada adequadamente, é um meio de promover a segurança do paciente²⁴.

Processos alérgicos

Foram verificados 14(5,30%) processos alérgicos, todos relacionados a medicamentos, os quais não foram identificados por falta de registros. Tal resultado é mostrado na Tabela 1.

As reações alérgicas às medicações constituem uma parte importante dos EAs, destacando-se a farmacovigilância, sendo um dos seus objetivos o achado de EAs não detectados durante estudos clínicos. Evidencia-se a importância de monitorar a ocorrência de EAs desse tipo, visto que algumas reações adversas podem ser inerentes a erros exógenos¹³.

Assim, é importante destacar a necessidade de notificação dessas reações pela equipe de saúde envolvida no tratamento do paciente, por meio de ações de farmacovigilância, bem como a identificação dos possíveis mecanismos imunológicos envolvidos através de testes laboratoriais, história e avaliação clínica detalhadas²⁶. Ressalta-se, ainda, a importância da análise histórica e anamnese bem elaboradas de forma a evitar prejuízos futuros ao paciente.

Evasão

Quanto à evasão do paciente da clínica cirúrgica, foram registrados 14(5,30%) eventos, conforme a Tabela 1.

Acredita-se que o evento evasão é devido ao número excessivo de pacientes atendidos, à demanda de cirurgias que fazem com que o tempo de espera seja prolongado e a permanência dos pacientes no setor sem a presença de acompanhantes²⁷.

O hospital é o responsável juridicamente pela evasão do paciente, daí a importância de reforçar a vigilância no ambiente para evitar esse tipo de evento²⁸.

Dessa forma, os profissionais devem informar o paciente sobre mudanças na rotina do tratamento, transferindo a ele a responsabilidade do próprio cuidado e recuperação da saúde.

Úlcera por pressão

Foram registrados 13(4,92%) eventos relacionados à úlcera por pressão, de acordo com a Tabela 1. É importante ressaltar que as úlceras por pressão são eventos preveníveis, e o profissional de saúde precisa estar atento aos problemas que elas podem trazer ao cliente, família e instituição hospitalar.

Essas ocorrências prolongam a hospitalização, dificultam a recuperação do paciente, aumentam o risco para o desenvolvimento de outras complicações, como infecções, e representam um acréscimo no sofrimento físico e emocional dos clientes, pois reduz sua independência e funcionalidade na realização das atividades diárias²⁹.

Assim, é importante a adoção de medidas preventivas tais como mudança de decúbito, protetores de proeminências ósseas, inspeção e proteção da pele, além de identificação dos clientes sob o risco de desenvolver a úlcera³⁰.

Erros de medicação

Quanto aos 7(2,65%) erros de medicação, 5(1,89%) deles se relacionavam à omissão e 2(0,76%) à troca

de horário. Erro de medicação é definido como qualquer erro no processo de prescrição, dispensação ou administração de medicamento³¹.

Estudo norte-americano, envolvendo 114.746 clientes que receberam 250.024 prescrições de 300 médicos em 78 clínicas, apontou 13 erros por 100 prescrições. Estudo brasileiro, realizado em unidades de tratamento intensivo, levantou 223 EAs, correspondendo a 149,7 EAs por 1000 pacientes-dia. Entre eles, 24(11%) potencialmente acarretariam risco de morte e os EAs relacionados a medicamentos correspondiam a 78%³².

Os erros de medicações no contexto hospitalar como indicador da qualidade da assistência merecem destaque, pois a administração de medicamento está presente em vários setores que oferecem cuidados ao usuário, desde farmácias, unidades básicas de saúde e até nos grandes centros hospitalares³¹.

Os eventos mais frequentes relacionados à medicação são omissão na administração de um medicamento, atraso significativo na administração da medicação, programação incorreta da bomba de infusão, super dosagem de medicação e não administração de medicação porque o usuário estava dormindo³³.

No contexto hospitalar, a maioria dessas ocorrências é atribuída aos profissionais de enfermagem, por ser uma prática rotineira da equipe. No entanto, o erro de medicação é uma questão multiprofissional, não devendo limitar-se a uma só categoria³³.

Procedimentos médicos

Os procedimentos médicos que ocasionaram EAs foram: uma lavagem do esôfago, na qual o paciente apresentou broncoaspiração e necessitou de unidade de terapia intensiva e dois eventos relacionados à punção de subclávia, que ocasionou pneumotórax, necessitando de intervenção cirúrgica para drenagem.

Os EAs ocasionados pela técnica e por procedimentos médicos podem resultar em tragédia para pacientes e suas famílias, prolongar o tempo de internação, aumentar os custos hospitalares, além de proporcionar desgaste na vida de profissionais de saúde dedicados e envolvidos na assistência a seus pacientes³⁴.

Dessa forma, a fim de prevenir os EAs desse tipo, cabe às instituições elaborar protocolos de assistência, padronizando técnicas, procedimentos e condutas, o que aumenta a autonomia e segurança profissional, além de contribuir para a eficiência e qualidade do serviço.

Hemoderivados

Com relação aos eventos ocasionados por hemoderivados, houve um caso.

A reação transfusional é definida como qualquer sinal ou sintoma que ocorra no início, durante ou até 24 horas após uma transfusão. Havendo sus-

peita de reação transfusional, a transfusão deve ser interrompida e o acesso venoso mantido, o que implica na necessidade de o paciente ser monitorado durante toda a atividade³⁵.

Algumas condutas podem ser tomadas para a prevenção de EAs desse tipo, tais como a elaboração de instrumentos do tipo check list para auxiliar a assistência prestada, orientar os pacientes sobre as possíveis reações, aumentar a vigilância dispensada aos pacientes submetidos à hemotransfusão, bem como qualificar os profissionais para a rápida identificação de intercorrências e análise de fatores de riscos.

Queimaduras

Quanto à queimadura, houve apenas um caso relacionado à água quente. Esse tipo de evento pode ocorrer durante a aplicação de compressas quentes, sendo resultante da desatenção profissional à temperatura e ao tempo de exposição do dispositivo na pele do paciente. No caso de pacientes que estão retidos no leito e imobilizados, crianças e pessoas com sensibilidade alterada, a atenção a esse procedimento deve ser redobrada³⁶.

Consequências dos eventos adversos ao paciente

Diante da apresentação dos EAs ocorridos na clínica cirúrgica em estudo, pode-se analisar as consequências para o paciente, conforme representado na Tabela 3.

nenhuma consequência para o cliente, 35(32,4%) causaram alterações clínicas leves, 17(15,7%) clientes apresentaram alterações clínicas moderadas e 31(28,7%) as alterações clínicas foram graves³⁷.

Um entrave encontrado tem sido a falta de informações sobre os EAs que ocorrem e sobre seus fatores causais, impedindo o conhecimento, avaliação e a discussão sobre as consequências destes eventos para os clientes. Esta lacuna prejudica a ação da gerência para realização do planejamento e desenvolvimento de metas e ações organizacionais voltadas para a adoção de práticas que visem a segurança da assistência prestada ao cliente³⁸.

Um fator importante para a melhoria da qualidade da assistência na clínica cirúrgica e em outras unidades do hospital é sempre notificar corretamente os EAs ocorridos. Com a notificação, pode-se oferecer atenção para o erro ocorrido no serviço de saúde, produzindo informações detalhadas sobre os EAs, de modo a orientar a definição de prioridades e o desenvolvimento de políticas e de intervenções nos serviços voltadas para a melhoria da qualidade na assistência a saúde, tornando o cuidado mais seguro¹⁵.

Identificar e relatar os EAs que ocorrem na instituição evidencia que os profissionais de saúde, além de reconhecerem e notificarem o risco, adotam medidas preventivas para possíveis correções, para minimizar ou eliminar a sua ocorrência, e ainda acompanhar o desenvolvimento das ações implementadas para melhoria da prática em saúde. Apesar de encontrar

TABELA 3: Distribuição dos danos ocasionados aos pacientes. Goiânia Goiás, 2010.

Danos aos pacientes	f	%
Contribuiu em dano temporário e requereu intervenção	122	46,21
Não causou dano aparente	64	24,24
Não causou dano e requereu monitoramento	41	15,53
Não há anotações sobre consequências para o paciente	17	6,44
Contribuiu para dano temporário e prolongou a internação	16	6,06
Causou dano e requereu intervenção necessária para manter a vida	3	1,14
Contribuiu para ou resultou na morte do paciente	1	0,38
Total	264	100,00

Quanto às consequências, a maioria dos EAs resultou em dano temporário. Grande parte não causou dano aparente, mas alguns requereram monitoramento. E a consequência mais grave foi o óbito, o que alerta profissionais e instituições sobre a gravidade dos EAs.

A ocorrência de EAs sempre terá um resultado danoso, sendo necessário intervir para manter a segurança do paciente.

Estudo semelhante realizado em São Paulo, analisando a distribuição das consequências imediatas aos clientes pelo dano dos EAs, mostrou que, em 108 ocorrências observadas, 25(23,1%) não acarretaram

falhas nos registros de enfermagem, os dados apontam que o primeiro passo foi dado, que é a tentativa de monitorar os EAs e gerenciar os riscos que o paciente está exposto diante da internação hospitalar.

CONCLUSÃO

Foram constatados 264 EAs na clínica cirúrgica relacionados à retirada de sondas, drenos e cateteres, quedas, processos alérgicos, evasão do paciente, úlcera por pressão, erros de medicação, procedimentos médicos inadequados, hemoderivados e queimaduras.

O índice de prevalência foi de 19,05%, evidenciando a subnotificação. A consequência mais grave foi a ocorrência de um óbito e grande parte resultou em dano requerendo intervenções.

Uma limitação do estudo é representada pelas falhas nos registros de enfermagem, o que impossibilitou uma investigação mais profunda sobre causas e consequências dos EAs. Em contrapartida, os registros apontaram que os profissionais de saúde reconhecem e notificam o EA, adotam medidas preventivas para possíveis correções, redução e/ou eliminação, e ainda acompanham o desenvolvimento das ações implementadas para melhoria da prática em saúde.

No entanto, ressalta-se a importância de elaborar instrumentos de notificação de EAs, a fim de subsidiar as ações de enfermagem e permitir melhor investigação e gerenciamento desses eventos, utilizando-os, então, como indicadores de resultados visando à qualidade do serviço e estimulando o desenvolvimento de uma cultura de segurança institucional.

REFERÊNCIAS

- Morais AS, Braga AT, Nicole AG, Tronchin DMR, Melleiro MM. Qualidade e avaliação em saúde: publicações em periódicos de enfermagem nas últimas duas décadas. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16:404-9.
- Haddad MCL. Qualidade da assistência de enfermagem: processo de avaliação em hospital universitário público. Londrina (PR): Universidade de São Paulo; 2004.
- Zanon U. Qualidade da assistência médico-hospitalar – conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. Rio de Janeiro: Medsi; 2001.
- Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008; 16:746-51.
- Padilha KG. Ocorrências Iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2001; 9(5):91-6.
- Gallotti RMD. Eventos adversos - O que são? *Rev Ass Med Bras*. 2004; 50(2):114-4.
- Ferreira VR. Análise dos eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva neonatal como ferramenta de gestão da qualidade da assistência de enfermagem [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem/UFGM; 2007.
- World Health Organization (WHO). Word Alliance for Patient Safety program 2006-2007. [citado em 12 ago 2010]. Disponível no site: <http://www.who.int/patientysafety/en>.
- Gaidzinski RR, Soares AVN, Lima AFC, Gutierrez BPO, Cruz DALM, Rogenski NMB, et al. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre (RS): Artemed; 2008.
- World Health Organization (WHO). Patient Safety: Rapid Assessment Methods for Estimating Hazards. Genebra (SWI): Who; 2003.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): Institute of Medicine; 2000.
- 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.
- Pedreira MLG. Enfermagem para segurança do paciente. In: Pedreira MLG, Harada MJCS, organizadoras. *Enfermagem dia a dia: segurança do paciente*. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2009. p. 23-32.
- Bezerra ALQ, Silva AEBC, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:467-72.
- Mendes W, Travassos C, Martins M, Marques PM. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. *Rev bras epidemiol*. 2008; 11(1):55-66.
- Lesar TS, Briceland L, Stein DS. Factors related to errors in medication prescribing. *JAMA*. 1997; 277:312-7.
- Conselho Federal de Enfermagem (Br). Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2007.
- Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas em unidade de terapia intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. *Rev paul enferm*. 2006; 25:18-23.
- Santos CC, Omura F, Guimarães HP, Falcão LFR, Lopes RD, Saes LSV. Perfuração de mucosa esofágica por sonda entérica: relato de caso. *Rev bras ter intensiva*. 2006; 18:104-8.
- Machado AF, Pedreira MLG, Chaud MN. Adverse events related to the use of peripheral intravenous catheters in children according to dressing regimens. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008; 16:362-7.
- Anders JC, Soler VM, Brandão EM, Vendramini EC, Bertagnolli CLS, Giovani PG, Carvalho EC, Suen VMM, Marchini JS, Voltarelli JC. Aspectos de enfermagem, nutrição, fisioterapia e serviço social no transplante de medula óssea. *Medicina*. Ribeirão Preto 2000; 33:463-85.
- Parra AV, Amorim RC, Wigman SE, Baccaria LM. Retirada de dreno torácico em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Arq cienc saúde*. 2005; 12(2):116-9.
- Marin HF, Bourie P, Safran C. Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. *Rev Latino-Am Enferm*. 2000; 8:27-32.
- Decesaro MN, Padilha KG. Queda: comportamentos negativos de enfermagem e consequências para o paciente durante o período de internação em UTI. *Arq cienc saúde*. 2001; 5(2):115-25.
- Diccini S, Pinho PG, Silva FO. Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurocirúrgicos. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008; 16:752-7.
- Nagão-Dias AT, Bassros-Nunes P, Coelho HLL, Sole D. Reações alérgicas a medicamentos. *J Pediatr*. 2004; 80(4):259-66.
- Vieira AS, Dallagnol CM. Concepções de uma equipe multidisciplinar sobre fuga de pacientes. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62:79-85.
- Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Con-

- sulta no. 23.606/97. [citado em 25 jul 2009]. Disponível em: http://www.cremesp.com.br/legislação/pareceres/parcrm/23606_1997.htm.
29. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. *Rev Ass Med Bras*. 2004; 50(2):182-7.
 30. Araújo CRD, Lucena STM, Santos IBC, Soares MJGO. A enfermagem e a utilização da escala de braden em úlcera por pressão. *Rev enferm UERJ*. 2010; 18:359-64.
 31. Krokosz DVC. Efeitos da alocação do pessoal e da carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidade de internação médico-cirúrgicas [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2007.
 32. Wannmacher L. Erros: evitar o evitável. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. 2005 [citado em 13 jul 2010]; 2(7)1-6. Disponível em: <http://vsites.unb.br/fs/errodedicamentos.pdf>.
 33. Bohomol E, Ramos LH. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60:32-6.
 34. Carvalho M, Vieira AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. *J Pediatr*. 2002; 78(4):261-8.
 35. Blumberg N, Heal JM, Hicks JGL, Risher WH. Association of ABO-mismatched platelet transfusions with morbidity and mortality in cardiac surgery. *Transfusion*. 2001; 41:790-3.
 36. Bisinotto FM, Abud TV, Neto NA, Sousa MCQ. Queimadura provocada por bisturi elétrico associado ao oxímetro de pulso. *Rev Bras Anestesiol*. 1996; 46(2):133-5.
 37. Harrada MJCS. Ocorrências adversas de enfermagem em uma unidade de cuidados intensivos pediátrica [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2002.
 38. Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. *Rev Eletr Enf*. 2010; 12:422.