



**FATORES CONTRIBUINTES PARA OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO**
**CONTRIBUTIVE FACTORS FOR ADVERSE EVENTS OCCURRENCE IN AN INTENSIVE THERAPY
UNIT: NURSE'S PERSPECTIVE**

**FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LA UNIDAD DE
TERAPIA INTENSIVA: PERSPECTIVA DEL ENFERMERO**

Kelcione Pinheiro Lima¹, Islene Victor Barbosa², Francisca Ligia Medeiros Martins³, Samira Rocha Magalhães de Alencar⁴, Virna Ribeiro Feitosa Cestari⁵

RESUMO

Objetivo: avaliar as atitudes dos enfermeiros sobre as condições que contribuem para a ocorrência de eventos adversos. **Método:** estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 28 enfermeiros das UTI's, em hospital público de Fortaleza-CE, utilizando a Escala de Predisposição a Eventos Adversos (EPEA). Na análise exploratória, foram calculadas as frequências absolutas e percentuais para as variáveis nominais. No caso de variáveis quantitativas, foram apresentados a média e o desvio padrão e as médias das duas escalas (ideal e real). **Resultados:** encontrou-se, no estudo, o nível de importância que os enfermeiros atribuem aos aspectos da estrutura e processo (nível ideal) como, também, a percepção sobre a existência dos aspectos da estrutura e processos no seu ambiente de trabalho (nível real). **Conclusão:** o estudo determinou as atitudes dos enfermeiros frente às condições que podem favorecer a ocorrência de eventos adversos através dos itens da EPEA. **Descritores:** Assistência à Saúde; Unidades de Terapia Intensiva; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to evaluate nurses' attitudes about the conditions that contribute to the occurrence of adverse events. **Method:** a descriptive study, with a quantitative approach, performed with 28 nurses from the ICUs, in a public hospital in Fortaleza-CE, using the Predisposition to Adverse Events Scale (EPEA). In the exploratory analysis, the absolute and percentage frequencies were calculated for the nominal variables. In the case of quantitative variables, the mean and standard deviation and the means of the two scales (ideal and real) were presented. **Results:** the level of importance that nurses attribute to the structure and process aspects (ideal level), as well as, the perception about the existence of aspects of the structure and processes in their work environment (real level), was found in the study. **Conclusion:** the study determined the nurses' attitudes regarding the conditions that may favor the occurrence of adverse events through the EPEA items. **Descriptors:** Health Care; Intensive care units; Patient Safety; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: evaluar las actitudes de los enfermeros acerca de las condiciones que contribuyen a la ocurrencia de eventos adversos. **Método:** estudio descriptivo, con un enfoque cuantitativo, realizado con 28 enfermeros de UTI's, en hospital público de Fortaleza-CE, mediante la Escala de Predisposición a Eventos Adversos (EPEA). En el análisis exploratorio, se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes para las variables nominales. En el caso de variables cuantitativas, se presentan la media y desviación estándar y los promedios de las escalas (ideal y real). **Resultados:** Se han encontrado, en el estudio, el nivel de importancia que los enfermeros le atribuyen los aspectos de estructura y procesos (nivel ideal), como, también, la percepción acerca de la existencia de los aspectos de la estructura y procesos en su ambiente de trabajo (nivel real). **Conclusión:** el estudio determinó las actitudes de los enfermeros delante de las condiciones que pueden favorecer la ocurrencia de eventos adversos a través de los elementos de la EPEA. **Descriptor:** Cuidado de la Salud; Unidades de Cuidados Intensivos; Seguridad del Paciente.

¹Enfermeira, Pós-Graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva, Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Pós-Graduação em Enfermagem em Neonatologia, Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: kelcione@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/UFC. Instituto Dr José Frota/IJF, Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: islenevictor@hotmail.com; ³Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem Clínica Cirúrgica, Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: ligiamedeiros@superig.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: samira_magalhaes@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Mestranda em Cuidados clínicos/ Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: virna.ribeiro@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a redução, no mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. A redução mínima aceitável se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco do não tratamento ou outro tratamento.¹

Complementando este conceito, a segurança do paciente não é nada mais que a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e uso das melhores práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente.²

Na literatura e na prática cotidiana, reconhecem-se circunstâncias que relacionam os eventos adversos que culminam em erros na atenção em saúde. Erros que têm gerado milhões de mortes no mundo inteiro. No ano 2004, foi criada a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo principal de mobilizar esforços globais na segurança do cuidado em saúde para todos os pacientes.³

Receber a assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura, com a satisfação do paciente em todo o processo. Sabe-se que os sistemas de serviços de saúde são complexos e têm cada vez mais incorporado tecnologias e técnicas elaboradas, acompanhadas de riscos adicionais na prestação de assistência aos pacientes.⁴

Os investimentos na segurança do paciente voltam-se para o aprimoramento de programas que têm como meta a criação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde, com vistas à prevenção de qualquer tipo de eventos adversos (EAs).^{4,5}

Destaca-se que os EAs são incidentes indesejáveis, porém, podem ser evitados e ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde, resultando em danos ao paciente, podendo gerar um comprometimento da estrutura ou função do corpo ou algum efeito nocivo, como piora do quadro clínico, a ocorrência de lesão, incapacidade física ou até a morte. Estes eventos podem ser de caráter físico, social ou psicológico.⁶

Os cuidados de saúde realizados de maneira insegura resultam em uma expressiva morbidade e mortalidade que poderiam ser evitadas. Assim, os gastos adicionais com a

recuperação e manutenção dos danos causados durante a assistência à saúde não representariam uma grande preocupação em nível mundial.⁷ Os erros, as violações e as falhas no processo de cuidado são os grandes responsáveis pelos incidentes que põem em risco a integridade dos indivíduos submetidos diretamente à referida assistência.⁸

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os EAs merecem análise particular, levando em consideração que o paciente grave apresenta características que o tornam mais suscetível a erros, eventos esses que devem ser analisados para identificar problemas estruturais, recursos humanos, materiais, equipamentos e processo de trabalho para subsidiar medidas preventivas de falhas no ambiente hospitalar, reforçando aí a ênfase na importância de uma boa gerência.⁹

As iniciativas do governo brasileiro, para melhorar a segurança do paciente nos serviços de saúde, estão em consonância com as atividades da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a partir de ações desenvolvidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), baseadas nos objetivos internacionais. Nesse aspecto, a busca e o incentivo podem favorecer a redução das doenças e de danos.¹⁰

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde.⁴

No Brasil, têm sido frequentes os estudos sobre a utilização de indicadores de resultado, principalmente os de EA. De modo geral, a qualidade do cuidado tem sido avaliada por meio do indicador de resultado como, por exemplo, avaliar o êxito de um cuidado de Enfermagem baseando-se na ocorrência de um EA.

Em se tratando do cuidado de Enfermagem em UTI, este deve ser estudado como um produto entre as condições ideais de trabalho (estrutura e processo) derivadas de recomendações nacionais e internacionais de promoção da qualidade e segurança do paciente em UTI, e os riscos e benefícios decorrentes da falibilidade do ser humano ao prestar o cuidado.¹¹⁻²

Observou-se que há uma carência de estudos científicos que abordem os instrumentos de análise das atitudes dos enfermeiros, sobretudo, em relação aos aspectos da estrutura e processos que podem comprometer a qualidade do cuidado.

Destaca-se o estudo desenvolvido por Lobão (2016) que construiu a Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos (EPEA), composta por 46 itens, agrupados em duas dimensões: estrutura (12 itens) e processo (34 itens). Após validação e aplicação da mesma, obtiveram-se resultados satisfatórios. A EPEA se propõe a avaliar não só o nível de importância que os enfermeiros atribuem aos aspectos da estrutura e processo (nível ideal) como, também, a percepção sobre a existência desses aspectos no seu ambiente de trabalho (nível real) que podem comprometer a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI, tendo como indicador de resultado o EA.¹³

Surgiu, então, o interesse pela temática, onde se percebeu a importância de medidas que visem à segurança do paciente. Para tanto, instigou-se para avaliar a cultura de segurança incutida nos enfermeiros que trabalham na UTI.

O estudo pretende contribuir para a prática dos enfermeiros intensivistas, visto que há uma quantidade de abordagens mínimas sobre o referido assunto, assim como contribuir com a instituição para a adoção de estratégias preventivas para ocorrência de EA's. Faz-se necessário que novas pesquisas sejam realizadas com a aplicação da EPEA, para que as evidências de sua eficácia possam ser avaliadas, pois os resultados obtidos poderão guiar uma assistência mais segura.

Diante do exposto, objetivou-se avaliar as atitudes dos enfermeiros da UTI sobre as condições que contribuem para a ocorrência dos eventos adversos fundamentada na Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos (EPEA).

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital público de referência em atendimento às vítimas de trauma situado na cidade de Fortaleza-Ceará. O hospital é composto por cinco UTI's, sendo uma pediátrica e quatro adulto, com 33 enfermeiros compondo as equipes em escalas fixas nas UTI's. A amostra foi composta por 28 enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Das

cinco que não completaram a amostra, uma encontrava-se de licença saúde, duas negaram participar da pesquisa e duas estavam de férias.

Os dados foram coletados no período de março a abril de 2016, por meio da aplicação inicial do instrumento que abordou dados de identificação referentes aos seguintes itens: sexo; idade; estado civil; vínculo empregatício; tempo de atuação na Enfermagem; titulação; renda individual; renda familiar; presença ou não de outro emprego. Quanto a este último quesito, caso a resposta fosse sim, especificar o vínculo, carga horária de trabalho semanal, tempo de atuação na assistência hospitalar, unidade e turno em que trabalha no hospital.

Posteriormente, utilizou-se a EPEA que, avaliando as atitudes dos enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processos que podem comprometer a qualidade do cuidado de Enfermagem em UTI, tenham como indicador de resultado o evento adverso. A escala possui 46 itens que abrangem as dimensões: Estrutura (12 itens) e Processo (34 itens). A dimensão estrutura corresponde aos insumos, recursos físicos e financeiros, localização geográfica, equipamentos, acessibilidade e a qualificação/especialização da mão de obra que possibilitam a prestação do serviço. A dimensão processos trata da execução de ações mediante um conjunto pressuposto de critérios, regras, padrões, procedimentos e protocolos, a partir de uma imagem objetivo, para alcançar a melhor assistência.

Os participantes pontuaram cada um dos itens que descreveram a predisposição da ocorrência dos eventos adversos durante o cuidado de Enfermagem na UTI. Há uma primeira coluna na qual indicaram o nível em que consideram que o item expressa algo importante e que deverá existir em sua organização (Coluna Ideal) e, em seguida, avaliaram o quanto tal característica existe na UTI onde trabalham (Coluna Real). A pontuação é do tipo Likert onde: 1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo levemente; 3 - Não discordo; 4 - Concordo levemente e 5 - Concordo totalmente.

Os dados foram organizados e tabulados no programa Excel, versão 2010. Na análise exploratória, foram calculadas as frequências absolutas e percentuais para as variáveis nominais. No caso de variáveis quantitativas, foram apresentados a média e o desvio padrão e as médias das duas escalas (ideal e real).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa, recebendo o parecer de número 1.505.847.

RESULTADOS

Participaram do estudo 28 (100%) enfermeiros do sexo feminino. Com idade média de 51,04 ± 5,25 anos, com mínima de

44 anos e máxima de 66 anos. No tocante ao recorte de idade, constatou-se que 15 (53,6%) enfermeiras possuíam idade inferior ou igual a 50 anos.

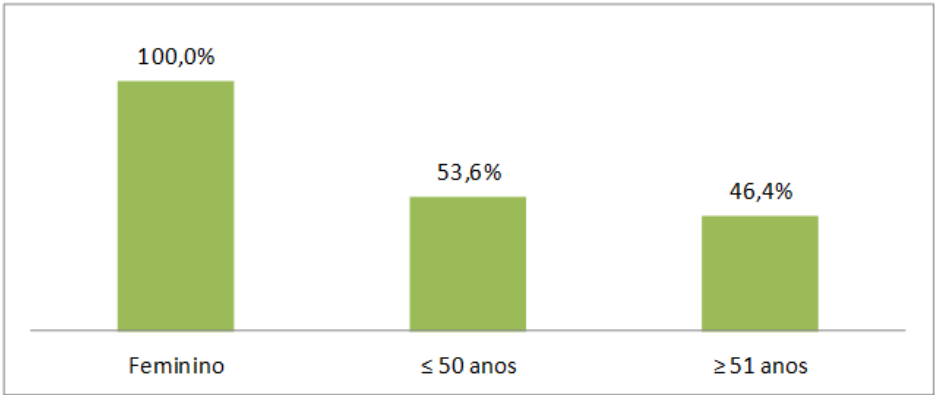


Figura 1. Caracterização das enfermeiras participantes quanto ao sexo e idade. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.

Com relação à distribuição das variáveis profissionais analisadas nesta pesquisa, conforme a Tabela 1, observou-se que todas as 28 (100%) enfermeiras eram servidoras públicas com o tempo médio de atuação na

Enfermagem de 25,46 ± 4,1 anos, onde 19 (67,9%) já atuavam há 25 anos na área. A amostra foi composta, em sua maioria, por 21 (75%) especialistas e sete (25%) mestres. Não se encontraram doutoras ou pós-doutoras.

Tabela 1. Distribuição das variáveis profissionais das enfermeiras. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.

Variáveis	n	%
Vínculo empregatício		
Servidor público	28	100
Cooperado	0	-
Tempo de atuação na Enfermagem (em anos)		
Até 25 anos	19	67,9
Acima de 25 anos	09	32,1
Titulação		
Especialista	21	75
Mestre	07	25
Doutora	0	-
Pós-doutora	0	-
Exerce outra atividade remunerada		
Sim	12	42,9
Não	16	57,1
Carga horária semanal (em horas)		
Até 40 horas/semanais	18	64,3
Acima de 40 horas/semanais	10	35,7
Tempo de atuação em Unidade de Terapia Intensiva (em anos)		
Até 25 anos	25	89,3
Acima de 25 anos	03	10,7

Ainda analisando os dados contidos na Tabela 1, verificou-se que 16 (57,1%) enfermeiras exerciam outra atividade remunerada. A carga horária média semanal foi de 39,89 ± 14,01 horas, sendo que 18 (64,3%) trabalhavam até 40 horas. Quanto ao tempo de atuação em UTI, a média foi de 22,9 ± 4,4 anos. A quase totalidade das

enfermeiras já atuava na UTI há 25 anos - 25 (89,3%).

Em análise às dimensões da EPEA, a dimensão estrutura apresentou média de nível ideal de 4,9 ± 0,32, e real de 2,96 ± 1,35. Quanto à dimensão de processos, a média de nível ideal foi de 4,83 ± 0,43, e nível real de 2,77 ± 1,37 (Figura 2).

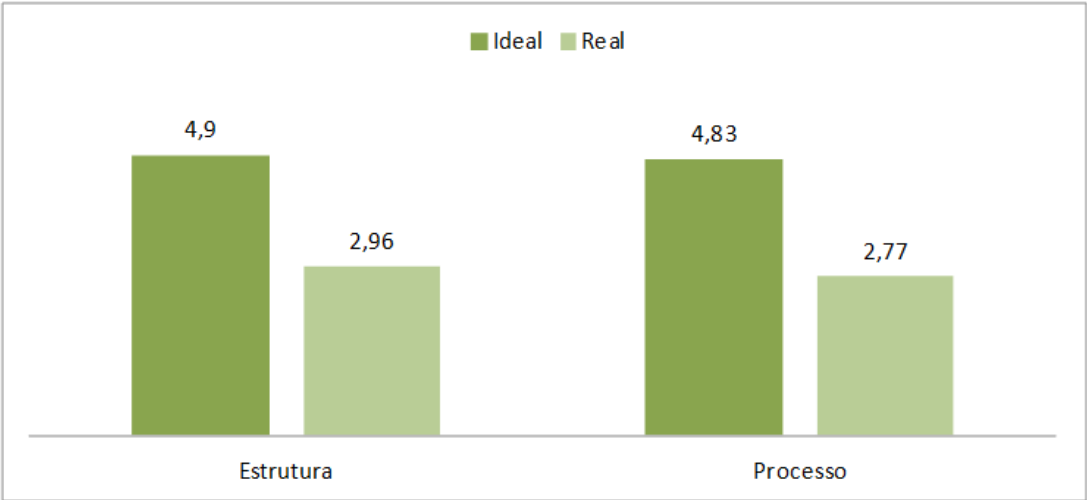


Figura 2. Distribuição das médias dos níveis ideais e reais das dimensões de estrutura e processo da EPEA. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.

Dentre os itens da dimensão estrutura considerada ideal, aqueles que tiveram a maior média cinco (5,00) de concordância entre as enfermeiras como mais importantes foram os itens “Distribuição dos leitos de forma que favoreça a visualização direta dos pacientes internados” e “Dispor de

dispensadores de álcool gel entre os leitos e na entrada da UTI”. Constatou-se discordância entre as enfermeiras quanto à percepção sobre a existência desses aspectos no seu ambiente de trabalho (nível real). Não foi verificado nenhum item com média igual ou superior a quatro (4,00) (Figura 1).

Itens	Ideal	Real
Iluminação adequada para a execução das atividades	4,96±0,19	3,75±1,04
Distribuição dos leitos de forma que favoreça a visualização direta dos pacientes internados	5,00±0,00	3,68±1,25
Capacitação permanente da equipe de Enfermagem no uso dos equipamentos biomédicos	4,96±0,19	2,50±1,29
Disponibilidade no posto de Enfermagem de manual de normas, rotinas e procedimentos atualizados anualmente	4,82±0,61	2,82±1,33
Dispor de padronização de soluções e diluição de drogas	4,93±0,38	2,57±1,45
Dispor de cateteres, sondas e seringas com dispositivos que previnam conexão incorreta ou desconexão acidental	4,96±0,19	2,75±1,32
Possuir um formulário próprio para notificação de eventos adversos	4,86±0,59	2,75±1,51
Dispor de válvula com sistema fechado de pressão positiva para infusão	4,82±0,39	2,86±1,46
Dispor de dispensadores de álcool gel entre os leitos e na entrada da UTI	5,00±0,00	3,64±1,37
Dispor de equipo de cores diferentes de acordo com a finalidade	4,61±0,79	2,57±1,45
Dispor de uma comissão de educação permanente	4,96±0,19	3,00±1,39
Dispor de um programa de qualidade do cuidado no hospital	4,89±0,31	2,57±1,32

Figura 3. Distribuição da média e desvio-padrão dos itens da dimensão estrutural da EPEA. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.

Em relação aos itens da dimensão de processos, entre os ideais, aqueles que foram considerados importantes por todas as enfermeiras, apresentando a maior média cinco: “Estimular a equipe de Enfermagem e notificar as ocorrências de eventos adversos”; “Utilização do indicador de incidência de úlcera por pressão”; “Higienizar as mãos”; “Aplicar as etapas da SAE”; “Utilizar a escala de Glasgow” e “Utilizar o indicador de

incidência de infecção hospitalar”. Quando confrontados com a realidade do seu setor, os itens que tiveram média superior a quatro, indicando maior concordância, foram “Identificar bombas de infusão (soluções, sedação e drogas vasoativas)” e “Utilizar a escala de Braden no diagnóstico de risco para o desenvolvimento de úlcera por decúbito” (Figura 2).

Itens	Ideal	Real
Estimular a equipe de Enfermagem a notificar as ocorrências de eventos adversos	5,00±0,00	2,89±1,45
Utilização do indicador de incidência de úlcera por pressão	5,00±0,00	3,25±1,38
Higienizar as mãos	5,00±0,00	3,57±1,20
Gerenciamento de risco de acordo com um protocolo específico (exemplo: RDC-07-2010)	4,96±0,19	2,86±1,21
Sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária e identificada por paciente	4,93±0,26	3,14±1,67
Utilizar checklists (exemplo: montagem de leitos, passagem de plantão e pendência de exames diagnósticos)	4,93±0,26	2,00±1,33
Utilizar no mínimo dois identificadores para identificação do paciente (nome e data de nascimento)	4,82±0,39	3,36±1,62
Monitorização frequente do paciente, analisando a compatibilidade com os dados obtidos pelos monitores multiparamétricos	4,93±0,26	3,39±1,55
Identificar equipos com o rótulo das soluções e data de troca (soluções, sedação e drogas vasoativas)	4,93±0,26	3,86±1,21
Identificar bombas de infusão (soluções, sedação e drogas vasoativas)	4,93±0,26	4,29±0,94
Utilizar índice de gravidade ou índice prognóstico: valor que reflète o grau de disfunção orgânica de um paciente (exemplo: APACHE 2)	4,64±0,91	1,86±1,33
Utilizar protocolos clínicos baseados em evidência (exemplo: extubação e desmame da ventilação mecânica)	4,82±0,55	2,64±1,47
Não utilizar siglas que possibilitem interpretação ambígua (exemplo: IU X IV; u X O)	4,93±0,38	2,75±1,48
Utilizar o indicador de incidência de extubação acidental	4,68±0,61	1,96±1,26
Utilizar o indicador de incidência de queda do leito	4,71±0,60	2,54±1,64
Utilizar a escala de sedação de Ramsay ou RASS	4,96±0,19	3,36±1,45
Aplicar protocolos para a identificação de pacientes com identidade desconhecida, comatosos, confusos ou sob sedação	4,64±0,91	2,61±1,64
Aplicar as etapas da SAE	5,00±0,00	3,54±1,37
Utilizar a dor como 5º sinal vital	4,79±0,57	2,00±1,56
Utilizar a escala de avaliação de risco de queda (exemplo: escala de Morse)	4,61±0,99	1,46±1,04
Utilizar a escala de coma de Glasgow	5,00±0,00	3,79±1,10
Utilizar escala de avaliação da intensidade da dor	4,71±0,66	2,00±1,44
Utilizar a escala de Braden no diagnóstico de risco para o desenvolvimento de úlcera por decúbito	4,96±0,19	4,07±1,21
Discussão clínica diária dos quadros clínicos dos pacientes entre os enfermeiros assistenciais e a coordenação de Enfermagem da UTI	4,89±0,31	1,75±1,27
Realizar mudança sistemática de decúbito a cada duas horas nos pacientes com Braden <17	4,96±0,19	2,11±1,31
Utilizar protocolo de dupla checagem para a administração de medicamentos	4,68±0,86	2,00±1,44
Proteger a pele do paciente do excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento	4,93±0,26	3,61±1,17
Utilizar protocolo de insulinoterapia	4,57±1,10	2,25±1,51
Utilizar protocolo de banho no leito para paciente em ventilação mecânica	4,54±0,92	2,11±1,34
Utilizar protocolo de banho no leito para paciente em uso de droga vasoativa	4,43±1,07	2,07±1,30
Utilização criteriosa de contenção mecânica em caso de agitação psicomotora	4,79±0,50	3,29±1,38
Infusão de hemoderivado em via exclusiva ou com o SF 0,9%	4,96±0,19	3,04±1,57
Utilizar o indicador de incidência de não conformidade na administração de medicações	4,71±0,85	2,21±1,37
Utilizar o indicador de incidência de infecção hospitalar	5,00±0,00	2,71±1,38

Figura 4. Distribuição da média e desvio-padrão dos itens da dimensão de processos da EPEA. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.

DISCUSSÃO

Participaram do estudo 28 (100%) enfermeiros do sexo feminino, com idade média de 51,04 ± 5,25 anos, com mínima de 44 anos e máxima de 66 anos, com o predomínio de casadas - 16 (57,2%).

A Enfermagem assume, em sua trajetória, desde suas origens, até sua moderna profissionalização, contornos que vão além da técnica e prática que são próprias desta profissão. Seu percurso histórico mantém conexões diretas com a história social do

trabalho, das mulheres e da cultura dos cuidados.¹⁴

Em se tratando das variáveis profissionais, todas as 28 (100%) enfermeiras eram servidoras públicas com o tempo médio de atuação na Enfermagem de 25,46 ± 4,1 anos, onde 19 (67,9%) enfermeiras já atuavam há 25 anos na área, perfazendo uma carga horária média semanal de 39,89 ± 14,01 horas, na qual 18 (64,3%) trabalhavam até 40 horas semanais. No tocante à titulação, 21 (75%) eram especialistas e sete (25%) eram mestres. Não se encontraram doutoras ou pós-doutoras.

No que tange à carga horária de trabalho, estudo destaca que os profissionais que trabalham além do tempo estipulado tornam-se mais expostos ao risco de falhas e, quanto mais tempo no turno de trabalho, maior o número de acidentes.^{15,16}

Ainda nesse contexto, autores destacam que os EAs estão comumente associados ao erro humano individual, mas devem-se considerar, como seus desencadeadores, as condições de trabalho, os aspectos estruturais e a complexidade das atividades desenvolvidas. As situações que predisõem ao risco de eventos adversos incluem avanço tecnológico, com deficiente aperfeiçoamento dos recursos humanos, desmotivação, falha na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), delegação de cuidados sem supervisão adequada e sobrecarga de serviço e horas de trabalho.¹⁷

Atrelado a isso, percebe-se que, em uma UTI onde as condições clínicas do paciente oscilam entre limites estreitos de normalidade/anormalidade, em que pequenas mudanças orgânicas podem levar à deterioração grave da função corporal, o risco é maior.

Destaca-se a importância do enfermeiro assistencial investir em sua capacitação, mesmo com as dificuldades muitas vezes mencionadas em relação aos ajustes de horários de escala de serviço com os horários dos cursos de aperfeiçoamento.

Um grande incentivo está sendo fornecido através da oferta de Mestrado Profissional (MP) com horários flexíveis que possam contemplar as necessidades dos enfermeiros que são exclusivamente assistenciais.

O MP visa a possibilitar a formação de profissionais externos à academia que saibam desenvolver e utilizar a pesquisa para agregar valor às suas atividades profissionais, tendo uma análise crítica da prática do trabalho e fomentando o desenvolvimento e implementação da produção tecnológica.¹⁸

Encontrou-se, no estudo, o nível de importância que as enfermeiras participantes atribuem aos aspectos da estrutura e processo (nível ideal) como, também, a percepção sobre a existência dos aspectos da estrutura e processos no seu ambiente de trabalho (nível real) que podem comprometer a qualidade do cuidado de Enfermagem.

Nesse contexto, destacam-se os valores de aplicação da EPEA, na qual a dimensão estrutura apresentou média de nível ideal de $4,9 \pm 0,32$, e real de $2,96 \pm 1,35$. Quanto à dimensão de processos, a média de nível ideal foi de $4,83 \pm 0,43$ e nível real de $2,77 \pm 1,37$.

Em relação à dimensão estrutura que as enfermeiras consideraram a ideal, destacou-se a de “Distribuição dos leitos de forma que favoreça a visualização direta dos pacientes internados” e “Disponer de dispensadores de álcool gel entre os leitos e na entrada da UTI”, sendo observada uma discordância entre as participantes quanto à percepção sobre a existência desses aspectos no seu ambiente de trabalho (nível real).

Assevera-se que esses achados se deparam com o controle de infecções, que é uma realidade constante no ambiente hospitalar, principalmente, pelo grande número de antibióticos utilizados e o consequente aumento de infecções causadas por bactérias multirresistentes. Portanto, há uma preocupação mundial no controle destas, nos danos gerados para o paciente que as adquirem e também em relação aos custos decorridos dessas infecções.¹⁹

No que diz respeito à dimensão processo da EPEA, aqueles que foram considerados ideais por todas as enfermeiras foram: “Utilização do indicador de incidência de úlcera por pressão”; “Higienizar as mãos”; “Aplicar as etapas da SAE”; “Utilizar a escala de Glasgow”; “Utilizar o indicador de incidência de infecção hospitalar” e “Estimular a equipe de Enfermagem e notificar as ocorrências de eventos adversos”.

A prática de utilizar os recursos materiais, tecnológicos e os princípios éticos e legais do processo de trabalho da equipe de Enfermagem é um pressuposto incutido no processo do cuidado de Enfermagem e segurança do paciente na UTI.^{20,21}

O estudo de Lima e Barbosa (2015) evidenciou a importância no monitoramento dos EAs, por meio da aplicação de indicadores de qualidade, com o intuito de melhoria da segurança e assistência ao paciente.¹²

Em estudo desenvolvido em duas UTI's da cidade de Florianópolis, elencou-se a necessidade de definição de protocolos, barreiras de risco, identificação do paciente, dose unitária e dupla checagem, capacitação e treinamento, disponibilização de materiais e equipamentos em quantidade e qualidade, bem como quantitativo adequado de profissionais.²²

É importante considerar que a implementação da SAE em UTI contribui positivamente na qualidade da assistência por reforçar uma melhor organização e estruturação do setor, onde a integração desse instrumento na UTI garante maior segurança ao enfermeiro, facilita a troca de informações, permite atenção individualizada

Lima KP, Barbosa IV, Martins FLM et al.

Fatores contribuintes para ocorrência...

e sistematizada, criação do vínculo e humanização da assistência.²³

Conforme estudo que analisou 70 pesquisas sobre os aspectos relevantes quanto à utilização da SAE em UTI, evidenciaram as dificuldades encontradas em implementar a SAE na UTI, local em que, apesar das dificuldades quanto às diversas atribuições do enfermeiro, cabe ao mesmo buscar soluções e ter a iniciativa em aplicar e visualizar o resultado de seu trabalho devido à importância e às vantagens em utilizar a SAE em seu serviço.²⁴

Percebe-se a preocupação com a adequada comunicação da ocorrência de EA entre os membros da equipe, atitude também considerada princípio básico da prática de Enfermagem. Sobre este aspecto, pesquisadores garantem que a documentação durante a passagem de plantão, o compartilhamento de informação e os relatos de incidentes são considerados os aspectos mais formais da comunicação em Enfermagem na perspectiva de garantir sua efetividade.²⁵

No que se refere aos registros, estudo demonstrou que as equipes de Enfermagem estudadas têm se posicionado em prol da notificação dos EAs e da adoção de medidas de minimização de danos. Entretanto, a notificação dos EAs ainda é negligenciada socialmente, dada a cultura punitiva existente. Ainda é grande a dificuldade para se aceitar o erro, temendo-se o castigo e a incompreensão social.²⁶

Quando confrontados com a realidade da UTI, as enfermeiras tiveram maior concordância no que seria o ideal em relação a: “Identificar bombas de infusão (soluções, sonda e drogas vasoativas)” e “Utilizar a escala de Braden no diagnóstico de risco para o desenvolvimento de úlcera por decúbito”.

Uma pesquisa realizada em uma unidade de Clínica Médica de Santa Catarina identificou como o acondicionamento, a distribuição e a organização dos medicamentos podem ocasionar erros e, consequentemente, EAs na assistência de Enfermagem. Dentre os resultados, destacou-se a grande quantidade de sobras de medicamentos, uma vez que a dispensação dos mesmos é individual e o armazenamento inadequado, com medicamentos não identificados, amontoados e sobrepostos, além de frascos e embalagens abertas, dificulta a localização.²⁶

A literatura evidencia que as úlceras por decúbito destacam-se por serem eventos preveníveis pela adoção de medidas preventivas como o monitoramento, inspeção e proteção da pele, a aplicação de

instrumentos, além de mudança de decúbito do paciente. O profissional de saúde precisa estar atento aos problemas que as úlceras por pressão podem ocasionar ao paciente, à família e à instituição hospitalar.²⁷

A avaliação da cultura de segurança é vista como o ponto de partida para iniciar o planejamento de ações que busquem mudanças para reduzir a incidência de EA e, consequentemente, garantir cuidados de saúde seguros.^{28,29}

CONCLUSÃO

O estudo determinou as atitudes das enfermeiras frente às condições que podem favorecer a ocorrência de eventos adversos. Destacaram-se itens da EPEA que poderiam comprometer a qualidade do cuidado na UTI (nível ideal), assim como foi constatada discordância entre os enfermeiros quanto à percepção sobre a existência desses aspectos no seu ambiente de trabalho (nível real).

É possível concluir que é importante atuar frente aos problemas em busca de soluções que proporcionem melhorias para a prática clínica e que fortaleçam a segurança do paciente em UTI, incluindo a adoção de boas práticas baseadas em evidências científicas e a realização de treinamentos e de educação continuada com todos os profissionais envolvidos no processo de cuidado ao paciente.

Destaca-se a importância da utilização dos instrumentos de notificação de eventos adversos pelas instituições, além da adoção de outras estratégias de notificação, pois poderão contribuir para o acompanhamento e controle das ocorrências e para a elaboração de medidas preventivas realmente eficazes.

Apresenta-se, como limitação, o número reduzido de enfermeiras, já que se trata de uma instituição pública e com funcionários antigos por ausência de concursos e novas admissões de funcionários no setor. A ausência do uso de alguns itens em sua realidade também é um fator importante para o julgamento dos itens, fazendo com que a pontuação no nível real fosse baixa, já que as mesmas julgaram ser importantes no nível ideal.

A pesquisa foi valiosa para o estabelecimento de evidências que apontem os avanços e as necessidades de aprimoramentos. Sugere-se a aplicação da EPEA em outros estabelecimentos privados, a fim de comparações das atitudes dos enfermeiros quanto ao nível de importância e percepção dos aspectos que contribuem para o surgimento de eventos adversos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 [cited 2016 Feb 09]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
2. Zambon LS. Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da OMS - Conceitos Fundamentais [Internet]. Porto Alegre: MedicinaNet; 2010. [cited 2015 Dec 05]. Available from: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gereciamento/2976/classificacao_internacional_para_a_seguranca_do_paciente_da_oms_%E2%80%9393_conceitos_fundamentais.htm
3. World Health Organization. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety: technical report [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2016 Feb 02]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf
4. Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 [cited 2016 Feb 09]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
5. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Terapia intensiva neonatal. Texto contexto-enferm [Internet]. 2015 Jan/Mar [cited 2016 Feb 15];24(1):161-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00161.pdf
6. Almeida TG, Maia GHO, Santos KMC et al. Predisposição à ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva. J Nurs UFPE on line [Internet]; 2016 July [cited 2016 Oct 21];10(7):2767-9. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9359/pdf_10704
7. Silva LD. Segurança do paciente no contexto hospitalar. Rev enferm UERJ [Internet]. 2012 July/Sept [cited 2015 Oct 10];20(3):291-2. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a01.pdf>
8. Gouvêa CSD, Travassos C. Indicadores de segurança do paciente para Hospitais de pacientes agudos: Revisão sistemática. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 June [cited 2016 Feb 09];26(6):1061-78. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/02.pdf>
9. Beccaria LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2009 July/Aug [cited 2016 10 Jan];23(3):276-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3.pdf>
10. Barros AA, Oliveira RM, Pinheiro AC, Leitão IMTA, Vale AP, Silva LMS. Práticas de incentivo à cultura de segurança por lideranças de enfermagem segundo enfermeiros assistenciais. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 Dec [cited 2016 Mar 15];8(12):4330-6. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6753/pdf_6759
11. Lobão WM, Menezes IG. Análise psicométrica da Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos no cuidado de enfermagem em UTI. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 Jan/Feb [cited 2016 Jan 10];21(1)[8 screens]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a15.pdf
12. Lima CSP, Barbosa SFF. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. Rev enferm UERJ [Internet]. 2015 Mar/Apr [cited 2016 Mar 16];23(2):222-8. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a13.pdf>
13. Lobão WM, Menezes IG. Construction and content validation of the scale of predisposition to the occurrence of adverse events. Rev Latino Am Enfermagem [Internet]. 2012 Jul/Aug [cited 2015 Dec 1];20(4):796-803. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/21.pdf>
14. Souza LL, Araújo DB, Silva DS, Bêrredo VCM. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. Ciênc cogn [Internet]. 2014 [cited 2016 Apr 12];19(2):218-32. Available from: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/908>
15. Barbosa TP, Oliveira GA, Lopes MN, Poletti NA, Beccaria LM. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. Acta Paul Enferm [Internet]. 2014 May/June [cited 2016 May 20];27(3):243-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300243
16. Van Bogaert P, Timmermans O, Weeks SM, Van Heusden D, Wouters K, Franck E. Nursing unit teams matter: impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events-a cross-sectional survey. Int J Nurs Stud. 2014 Aug;51(8):1123-34.

Lima KP, Barbosa IV, Martins FLM et al.

Fatores contribuintes para ocorrência...

17. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2014 Jan/Mar [cited 2016 Feb 11];18(1):122-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S1414-81452014000100122
18. Munari DB, Parada CMGL, Gelbcke PFL, Silvino ZR, Ribeiro LCM, Scochi CGS. Mestrado profissional em enfermagem: produção do conhecimento e desafios. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2014 Mar/Apr [cited 2016 Feb 10];22(2):204-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00204.pdf
19. Pedreira LC, Brandão AS, Rei AM. Evento adverso no idoso em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 May/June [cited 2016 Apr 12];66(3):429-36. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0034-71672013000300019
20. Alves KYA, Santos VEP, Dantas CN. A análise do conceito segurança do paciente: a visão evolucionária de Rodgers. Aquichan [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Mar 15];15(4):521-8. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n4/v15n4a07.pdf>
21. Shcolnik W, Mendes W. Laboratory errors, adverse events and research methodologies: a systematic review. J Bras Patol Med Lab [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 22];49(5):332-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v49n5/v49n5a06.pdf>
22. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: Recomendações da enfermagem. Texto contexto-enferm [Internet]. 2013 Oct/Dec [cited 2016 June 12];22(4):1124-33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0104-07072013000400031
23. Oliveira APC, Coelho MEAA, Almeida VCF, Lisboa, KWSC, Macêdo, ALS. Sistematização da Assistência de Enfermagem: implementação em uma unidade de terapia intensiva. Rev Rene [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 12];13(3):601-12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0034-71672009000200008
24. Santos JS, Lima LM, Melo IA. Sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva: Revisão bibliográfica. Ciênc Biol Saúde [Internet]. 2014 Oct [cited 2016 Mar 25];2(2):59-68. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/1657>
25. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2014 Jan/Mar [cited 2016 Mar 15];18(1):122-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S1414-81452014000100122
26. Duarte SCM, Stipp, MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2015 Jan/Feb [cited 2016 Mar 15];68(1):144-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>
27. Moreira IA, Bezerra ALQ, Paranaguá TT, Silva AEBC, Azevedo filho, FM. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre eventos adversos em unidade de terapia intensiva. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2015 July/Aug [cited 2016 Feb 12];23(4):461-7. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v23n4/v23n4a05.pdf>
28. Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Rizatto Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMC. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2014 Sep/Oct [cited 2016 May 12];22(5):747-54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292683/pdf/0104-1169-rlae-22-05-00747.pdf>
29. Fernando FSL, Almeida MTG, Oliveira KA, Lopes VS, Moreschi CL. Segurança do paciente: análise reflexiva. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 Feb [cited 2016 May 13];10(Supl. 2):894-902. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/7464/14461>
30. Silva Junior SD, Costa FJ. Mensuração e escalas de verificação: uma análise comparativa das escalas de likert e phrase completion. Rev PMKT [Internet]. 2014 Oct [cited 2015 Dec 1];7(2):1-16. Available from: http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Volumes/15/1_Mensura%C3%A7%C3%A3o%20e%20Escalas%20de%20Verifica%C3%A7%C3%A3o%20uma%20An%C3%A1lise%20Comparativa%20das%20Escalas%20de%20Likert%20e%20Phrase%20Completion.pdf

Submissão: 24/06/2016

Aceito: 10/02/2017

Publicado: 01/03/2017

Correspondência

Kelcione Pinheiro Lima
 Rua Monsenhor salviano, 397
 Bairro Parangaba
 CEP: 60720-440 – Fortaleza (CE), Brasil