

**EVENTOS ADVERSOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA****ADVERSE EVENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT****EVENTOS ADVERSOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA***Ragive Ferreira de Souza¹, Audimar de Sousa Alves², Isabele Gouveia Muniz de Alencar³***RESUMO**

Objetivo: caracterizar os eventos adversos de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, com pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário. A análise estatística considerou frequências absolutas e relativas calculadas por meio do programa MS Excel e apresentadas em tabelas e figuras. **Resultados:** constatou-se a ocorrência de 152 eventos adversos. O perfil dos pacientes destacou-se por ser do sexo masculino, adultos jovens, com média de 45 anos. Os principais eventos adversos identificados foram: erros de medicação (29,6%), lesão por pressão (21%), extubação não planejada (17%), infecções associadas aos cuidados de saúde (15,13%), perda de sonda (9,90%), entre outros. **Conclusão:** reforça-se a necessidade de educação permanente dos profissionais, a fim de sensibilizá-los para notificar os eventos, e da capacitação, para reduzir os índices dos eventos adversos. **Descritores:** Segurança do Paciente; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados Críticos; Enfermagem; Educação Continuada.

ABSTRACT

Objective: to characterize the adverse events of an Intensive Care Unit. **Method:** quantitative, descriptive, retrospective study with patients admitted to the Intensive Care Unit. Data were collected through a questionnaire. The statistical analysis considered absolute and relative frequencies calculated through the MS Excel program and presented in tables and figures. **Results:** The occurrence of 152 adverse events was verified. The profile of the patients was highlighted as being male, young adults, with an average of 45 years. The main adverse events identified were: medication errors (29.6%), pressure injury (21%), unplanned extubation (17%), healthcare-associated infections (15.13%), 9.90%, among others. **Conclusion:** the need for continuing education of professionals, is reinforced in order to sensitize them to notify the events, and the capacitation, to reduce the rates of adverse events. **Descriptors:** Patient Safety; Quality Indicators, Health Care; Intensive Care Units; Critical Care; Nursery; Education, Continuing.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar los eventos adversos de una Unidad de Terapia Intensiva. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, con pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva. La recolección de datos se produjo por medio de un cuestionario. El análisis estadístico consideró frecuencias absolutas y relativas calculadas a través del programa MS Excel y presentadas en tablas y figuras. **Resultados:** se constató la ocurrencia de 152 eventos adversos. El perfil de los pacientes se destacó por ser del sexo masculino, adultos jóvenes, con promedio de 45 años. Los principales eventos adversos identificados fueron: errores de medicación (29,6%), lesión por presión (21%), extubación no planificada (17%), infecciones asociadas a la atención de salud (15,13%), pérdida de sonda (9,90%), entre otros. **Conclusión:** se refuerza la necesidad de educación permanente de los profesionales a fin de sensibilizarlos para notificar los eventos, y de la capacitación, para reducir los índices de los eventos adversos. **Descriptor:** Seguridad del Paciente; Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Unidad de Cuidados Intensivos; Cuidados Críticos; Enfermería; Educación Continua.

¹Enfermeiro, Especialista em Enfermagem Intensivista, Universidade Federal do Vale do São Francisco. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: r.give@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9490-6561>; ²Enfermeira, Professora Mestre, Universidade Federal do Vale do São Francisco. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: audimar.sa@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-7269-0982>; ³Enfermeira, Mestre, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: isabele_muniz@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-9626-3830>

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tornou-se uma das principais metas dos serviços de saúde, tanto em decorrência do impacto com os gastos resultantes da falta de segurança, quanto em virtude de danos sofridos durante o cuidado. Cerca de 42,7 milhões de incidentes com dano ocorrem nos pacientes ao redor do mundo por ano. Mediante esses acontecimentos, gestores de organizações de saúde têm debatido a temática com o objetivo de reduzir a ocorrência de tais incidentes.¹

No Brasil, implantou-se a Portaria 529, em 1º de abril de 2013, que instituiu a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e a RDC 36, para promover práticas seguras e contribuir para a qualidade do cuidado nas instituições de saúde.²⁻³

A política integra um conjunto de ações e esforços complexos no desempenho da melhoria da segurança ambiental e gerenciamento de riscos. Um dos objetivos desta política é a redução ou minimização dos Eventos Adversos (EA), que se trata de evento ou circunstância que resultaria ou resultou no comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo lesões permanentes ou temporárias, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, seja qual for a esfera do bem-estar do cliente. Estes incidentes são considerados danos desnecessários à saúde que podem ser evitados. Geralmente, decorrem da assistência, recursos materiais e/ou técnicos da organização do serviço.^{2,4}

Os EA podem ser categorizados em infecciosos (infecções adquiridas dentro do serviço decorrentes da assistência) e não infecciosos relacionados à assistência à saúde e têm um impacto importante na saúde por acarretar o aumento na morbidade e mortalidade.⁵ A investigação, de forma a caracterizar os EA, é uma medida que contribui para o entendimento dos danos causados e direciona as mudanças necessárias para práticas assistenciais mais seguras e na organização de protocolos. Recomenda-se propor soluções e avaliá-las continuamente por meio de ações de monitoramento.⁶

Dentre os serviços mais propícios à ocorrência de EA citam-se as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que se caracterizam como serviços que dispõem de um arsenal tecnológico, com materiais de alta complexidade, com o propósito de atender pacientes graves.⁷⁻⁸ A comunicação dos EA ocorridos na UTI deve ser de forma clara e precisa, garantindo melhoria das ações deste

setor. Este processo deverá ser por meio de sistemas de vigilância, prontuário e outros registros que permitam a consulta e a análise.

Vale salientar que a subnotificação é um agravante para a análise dos EA.⁹ A falta de comunicações de incidentes são as principais causas de erros relacionados à saúde.⁹ Além do registro clínico em livros e prontuários, o emprego de instrumentos de notificações é imprescindível.

Mediante essa problemática, em 31 de julho de 2014, foi lançado o sistema de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares, o VIGIHOSP, pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Este Sistema tem por objetivo facilitar o processo decisório em ações, por meio de um banco de notificações, para a melhoria na qualidade dos serviços prestados aos pacientes.¹⁰

Ao se considerar a necessidade da qualidade da assistência em saúde, a prevenção de eventos adversos e a promoção da segurança do paciente, surgiu o interesse de aprofundamento sobre a temática na UTI.

OBJETIVO

- Caracterizar os eventos adversos de uma Unidade de Terapia Intensiva.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, realizado na UTI de um hospital universitário na cidade de Petrolina - PE. A UTI do hospital de pesquisa dispõe de 19 leitos, sendo 16 leitos ativos e três desativados. Este setor atende uma clientela proveniente dos municípios da rede interestadual de atenção à saúde do Vale Médio do São Francisco, rede PEBA, composta por 53 municípios. O perfil de atendimento desta instituição são as urgências e emergências que incluem politraumatismo, neurologia e neurocirurgia (alta complexidade), traumatismo-ortopedia (alta complexidade), cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia buco-maxilo-facial e clínica médica.¹¹

Para a coleta dos dados, elaborou-se um instrumento baseado em protocolos de segurança do paciente e em publicações sobre a temática de forma a atender aos objetivos do estudo. Assim, os EA propostos para esta pesquisa foram: Erros Relacionados à Medicação ERM - omissão de dose; Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS); Lesão Por Pressão (LPP); Extubação Não Programada (ENP); Flebite; falhas da

Enfermagem na manipulação ou lesões e exteriorizações de cateteres e sondas; quedas de pacientes; retiradas não programadas de cateteres e drenos; exteriorização de sondas nasoenterais e nasogástricas.¹²⁻³

A coleta de dados ocorreu por meio de dados secundários: prontuário do paciente, coletado no serviço de arquivo médico estatístico (SAME); dados da Comissão de Segurança do Paciente do serviço, por meio do sistema de vigilância em saúde e gestão de riscos assistenciais hospitalares - VIGIHOSP - *software*, incorporado em janeiro de 2016 pelo hospital onde foi realizada a pesquisa.

A amostra do estudo foi constituída por pacientes internados na UTI no período de março a julho de 2016, compreendendo um total de cinco meses. Para definir a amostra do estudo, utilizou-se a fórmula estatística: $N = X \cdot M$, tal que a amostra (N) é o resultado da média mensal (X) de pacientes internados multiplicado pelos meses (M) selecionados para o estudo. No período de 16 de janeiro a 16 de abril de 2016, foram internados 139 pacientes. A média mensal foi de 46 pacientes, sendo multiplicado pelo total de meses selecionados pela pesquisa. Dessa forma, estimou-se uma amostra de 230 pacientes.

Foram adotados como critérios de inclusão no estudo: pacientes que permaneceram por um período mínimo de 24 horas de internação na UTI, no período de vigência do estudo. Foram excluídos do estudo: eventos adversos e incidentes que tiveram início antes da

admissão dos pacientes na UTI, notificações de eventos adversos incompletas e/ou com ausência de informações que as inviabilizem para o estudo e pacientes cujos prontuários não foram localizados no SAME.

Os dados coletados foram inseridos no programa *MS Excel XP*. Realizou-se a análise descritiva detalhada dos dados que compreenderam as frequências absolutas e relativas. Os dados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos no referido programa para responder aos objetivos da pesquisa.

Os riscos associados com o estudo, tais como o extravio/perda de prontuário e a divulgação de informações, foram minimizados por meio da garantia de que os danos não ocorreriam e as informações encontradas no decorrer da pesquisa foram mantidas no absoluto e rigoroso sigilo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo número de protocolo 1.707.068.¹⁴

RESULTADOS

No período de março a julho de 2016, foram admitidos 241 pacientes na UTI, entretanto, no SAME, foram analisados apenas 138 prontuários que se encontravam no setor. A análise destes constatou 152 eventos adversos no período.

Do total de pacientes admitidos no setor, 83 (34,4%) foram acometidos por algum EA; 33 (13,69%) pacientes tiveram mais de uma classe de EA; 39 (16,18%), mais de um EA. A taxa de EA por paciente/dia foi de 6,67.

Tabela 1. Perfil dos pacientes, categorização e distribuição dos EA, no período de março a julho de 2016. Petrolina (PE), Brasil, 2016.

Variáveis	Total	Categorias	n	%
Sexo	83	Masculino	63	76
		Feminino	20	24
Idade	83	10 - 19 anos	6	7,23
		20 - 29 anos	16	19,27
		30 - 39 anos	15	18,07
		40 - 49 anos	12	14,46
		50 - 59 anos	12	14,46
		60 - 69 anos	12	14,46
		> 69 anos	10	12,05
Razão da admissão	83	Trauma	37	44,58
		Clínico	35	42,17
Especialidades	83	Pós-Cirúrgico	11	13,25
		Neurologia	57	68,67
		Clínico	12	14,46
		Cirurgia Geral	7	8,43
		Vascular	4	4,82
		Ortopedia	2	2,41
		Buco-maxilo	1	1,21
Fonte	152	VIGIHOSP	50	33
		Prontuário	102	67
Notificador	50	Enfermeiro	39	78
		Fisioterapeuta	11	22
Turno	94	Manhã	32	34,04
		Tarde	24	25,53
		Noite	21	22,34
		Não informado	17	18,09

Souza RF de, Alves AS, Alencar IGM de.

Eventos adversos na unidade de terapia intensiva.

Mês	152	Março	31	20,40
		Abril	39	25,66
		Maio	35	23,02
		Junho	26	17,11
		Julho	21	13,82
EA	152	Erros relacionados à medicação	45	29,60
		Lesão por pressão	32	21
		Extubação não planejada	26	17
		Infecções relacionadas aos cuidados de saúde	23	15,13
		Perda de sonda	15	9,87
		Flebite	3	1,97
		Acesso venoso central	1	0,66
		Outros	7	4,61
Paciente/EA		No mínimo 1 EA	83	34,60
		> 1 EA	39	16,18
		> 1 Classe de EA	33	13,69

Quanto ao sexo, a maioria dos pacientes que sofreram EA é do sexo masculino 63 (76%), contra 20 (24%) do feminino. Os adultos jovens foram a faixa de maior incidência, sendo a média das idades de 45 anos.

Quanto ao perfil dos pacientes internados e que sofreram EA, 37 (44,58%) eram vítimas de traumas. A neurologia correspondeu a 68,7% das especialidades dos pacientes que necessitaram de internamento na UTI. O tempo de permanência dos 83 pacientes foi, em média, de 15,8 dias. Para o surgimento do primeiro EA, constatou-se que a média foi de 10,3 dias de internamento.

Quanto à categoria profissional responsável pelas notificações, observou-se que 39 (78%) foram realizadas por enfermeiros. Quanto ao meio de notificação, 102 (67,1%) eventos foram notificados por meio do prontuário médico e 50 (32,9%) eventos notificados por meio do sistema VIGIHOSP do serviço.

Com relação aos turnos de maior incidência dos EA, destacou-se o turno da manhã (34%). Em seguida, o da tarde (26%) e noite (22%) e em 18% não foi informado o turno. Quando se avaliou o mês de maior incidência de EA, o

mês de abril apresentou maior destaque, com 39 (25,65%).

Os ERM foram o EA mais incidente, com 45 (29,6%), seguidos por LPP, 32 (21%); ENP, 26 (17%); IACS, 23 (15,13%); perda de sonda gástrica/enteral, 15 (9,90%); flebite, três (1,97%); perda de acesso venoso central, um (0,65%); perda de dreno cefálico, dois (1,30%); retirada de sonda vesical de demora pelo paciente, dois (1,30%) e falhas de identificação de sondas nasoenterais, dois (1,30%).

Quanto à ERM, procurou-se quantificar a omissão de dose a partir das prescrições médicas, a qual corresponde à etapa de administração. A incidência para cada 100 pacientes internados/dia foi de 1,97. Dos 138 prontuários pesquisados, 23,18% evidenciaram a omissão de dose nas prescrições. Dentre as prescrições, a omissão das hidratações e soros (51,11%) foram as mais frequentes (Tabela 2). O turno da tarde foi o período em que mais ocorreu ERM.

Tabela 2. Distribuição dos medicamentos omissos identificados, a partir dos prontuários (n=138), no período de março a julho de 2016. Petrolina (PE), Brasil. 2016.

Medicamentos	n	%
Soluções e hidratação	23	51,11%
Antieméticos	4	8,89%
Antibióticos	4	8,89%
Anticonvulsivante	3	6,67%
Anti-inflamatório	3	6,67%
Analgésico	2	4,45%
Hipoglicemiante	1	2,22%
Anti-histamínico	1	2,22%
Protetor gástrico	1	2,22%
Neuroléptico	1	2,22%
Antipsicótico	1	2,22%
Anti-hipertensivo	1	2,22%
Total	45	100%

Souza RF de, Alves AS, Alencar IGM de.

Eventos adversos na unidade de terapia intensiva.

Quanto à de LPP, a incidência foi de 13,27%. As principais regiões acometidas foram a calcânea, com 20 (51,28%), seguida da sacral, com dez (25,64%); occipital, com quatro

(10,26%); maléolo, com três (7,7%); auricular, com um (2,56%) e cotovelar, também com um (2,56%) (Figura 1).

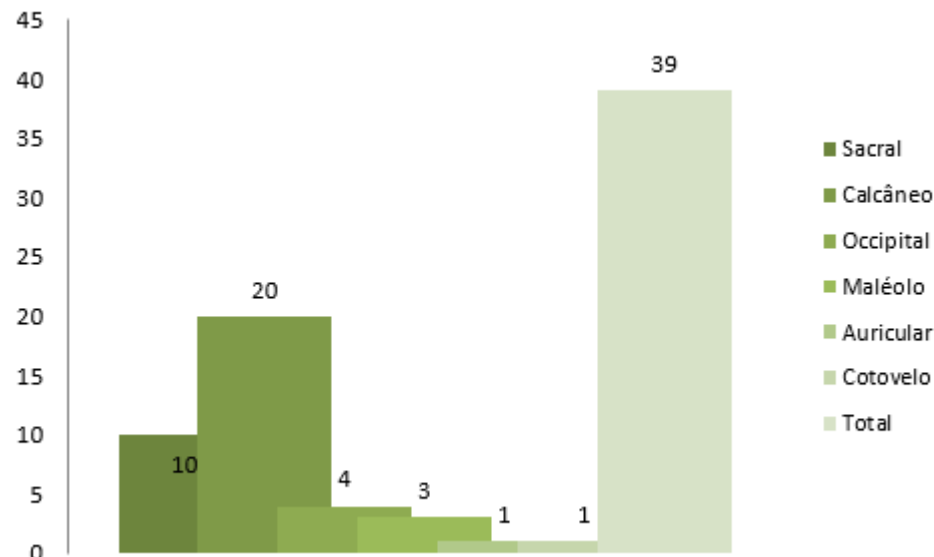


Figura 1. Distribuição das regiões acometidas pelas lesões por pressão identificados no período de março a julho de 2016 (n = 39).

Quanto à ENP, a incidência foi 1,55 para cada 100 pacientes entubados/dia. Do total de pacientes, 7,88% sofreram ENP. Metade dos pacientes que sofreram ENP estava em uso de sedoanalgesia e a maior parte deles, 69,23%, encontrava-se desorientada. A agitação, em 46,15%, foi mencionada como a principal causa do evento, seguida pela autoextubação, com 34,62%. Entretanto, apenas três

pacientes faziam uso de contenção mecânica (Figura 2). O alarme do ventilador mecânico foi a forma de identificação mais frequente, em 88,46% das extubações. Cinco (26,31%) pacientes tiveram mais de uma ENP e 17 (65,38%) dos 26 pacientes precisaram ser reintubados, contudo, não houve complicações graves relacionadas.

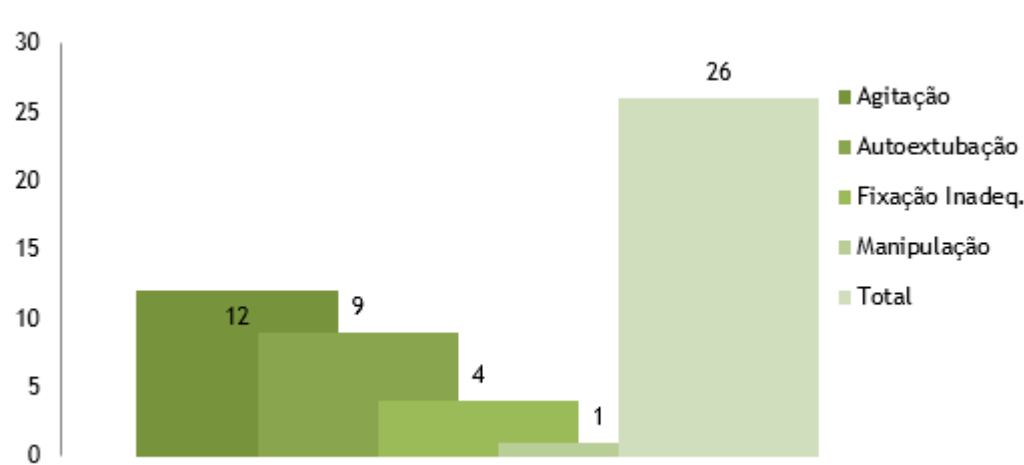


Figura 2. Distribuição dos fatores de causa identificados nas extubação não planejada no período de março a julho de 2016 (n = 26).

Foram identificados 23 (15,13%) casos IACS, do total de EA, e em 15,21% dos prontuários investigados observou-se que pacientes adquiriram infecções hospitalares. A incidência deste agravo foi de 1/100 pacientes internados/dia. A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) foi a IACS mais presente, com 18 casos (78,26%); infecções relacionadas à corrente sanguínea, com quatro casos (17,39%) e um único caso de ITU (4,34%). Os diagnósticos foram clínicos e identificados em prontuários.

A retirada de sondas correspondeu a 4,98% dos pacientes. Destes, três pacientes apresentaram mais de um incidente. Como fatores determinantes para a ocorrência deste evento, destacam-se a autorretirada da sonda enteral ou gástrica pelo paciente, com 93,33%; ausência de contenção (66,67%); desorientação (73,33%) e a ausência de sedoanalgesia (80%). Apenas dois pacientes não necessitaram da reintrodução da sonda. O turno prevalente da ocorrência foi o da manhã, com 46,67%.

DISCUSSÃO

Quando comparadas a incidência e a taxa de EA com estudo similar, os valores encontrados foram superiores ao da pesquisa, 74,2% e 8,05%, respectivamente.¹⁵ Já outro estudo encontrou um valor inferior, onde cerca de 32,4% dos pacientes sofreram algum EA.¹⁶ Os EA interferem na integridade do paciente, consequentemente, no aumento na morbidade, mortalidade, tempo de tratamento e custos hospitalares.¹

O sexo masculino adulto jovem foi o perfil mais incidente. Atribui-se ao perfil do hospital, referência ao atendimento a vítimas de traumas, sendo estes as vítimas mais envolvidas nos acidentes de trânsito.¹⁷ O mesmo resultado foi obtido corroborando com o estudo de pacientes que sofreram EA no qual cerca de 51,8% pacientes eram masculinos e 27,24%, adultos jovens.¹⁸

Os eventos adversos são incidentes, com danos que podem resultar no prolongamento do tempo de internamento. Pesquisas observaram que estes mesmos eventos prolongaram o tempo de internação, em média, em 19 dias, e o aumento na mortalidade.¹⁶ Já em outro estudo, esse tempo foi ainda maior, 31 dias.¹⁵

A equipe de Enfermagem é constantemente mencionada nos estudos de segurança do paciente e EA. Os profissionais de Enfermagem possuem segurança e capacidade para realizar as notificações. Porém, o receio a respeito da cultura punitiva, questões como a sobrecarga de trabalho, desconhecimento e esquecimento levam à subnotificação dos EA.¹³ Instituições que trabalham a sensibilização das notificações, segurança do paciente e EA têm boas respostas dos profissionais quanto aos registros.¹

O turno da manhã foi onde se observou maior incidência de EA. Os incidentes durante o turno diurno podem ser atribuídos pela maior frequência de procedimentos. Já os registros da noite foram correlacionados com o número de horas de trabalho ser maior do que os outros turnos, consequentemente, levando à fadiga e ao estresse. No entanto, o turno noturno apresentou índices inferiores aos diurnos, o que não necessariamente indica que ocorre menos EA, e a subnotificação pode ser um fator.¹⁸

O ERM é um dos eventos mais frequentes na assistência à saúde. Entre os efeitos indesejáveis relacionados a este EA encontram-se a hipotensão arterial, hipoglicemia e náusea/vômito como os mais frequentes.¹⁶

Os ERM são categorizados em: prescrição; omissão; de tempo; administração de medicamentos não autorizados; da dose; apresentação; preparação; administração; uso de medicamentos deteriorados; monitorização e outros. A omissão de dose, definida como a ausência da administração do medicamento prescrito, foi a categoria previamente selecionada para determinar os erros relacionados de medicação.¹⁹

Estima-se que 43% dos pacientes internados nas UTI sofrem, pelo menos, um ERM, entretanto, 82% destes erros são classificados como totalmente evitáveis. De acordo com o processo ou etapa da administração de medicamentos, aqueles que ocorrem na fase de prescrição têm sido os mais relatados, seguidos por administração do total, reportada de ERM em um estudo. Esta segunda etapa é onde se enquadra a omissão de dose.²⁰

A análise dos fatores relacionados às causas que levam aos ERM são informações que permitem compreender e reduzir sua ocorrência, tais como: falta de conhecimento sobre medicamentos; falta de informação sobre pacientes; falhas na administração de doses; problemas relacionados com os dispositivos de infusão de fármacos atribuídos a má compreensão da prescrição; ordens verbais de medicação sem estar prescrito.¹⁹

Em uma pesquisa recente, A LPP foi o EA mais incidente dentre outros, com 48,2%, atingindo 19,1% dos pacientes. Quanto à taxa de incidência, foi de 4,5 úlceras por 100 pacientes/dia.¹⁶ Ambos os valores superaram ao desta pesquisa. As regiões que geralmente desenvolvem lesão são a calcânea, sacra, escápula e ísquia.¹² Um dado curioso é que se estima que 95% das lesões são evitáveis.¹⁸

As LPP são agravos à saúde de difícil tratamento, prolongados e que geram custos, o que enfatiza a premissa da prevenção. A alta incidência demonstra a fragilidade da assistência. Este agravo é comumente associado à falha da assistência de Enfermagem. A Enfermagem tem papel primordial na sua prevenção. Entretanto, a equipe multiprofissional deve estar envolvida nas medidas de prevenção. Os indicadores de LPP são imprescindíveis para o planejamento, a organização, a coordenação, a avaliação e o controle das atividades desenvolvidas, por proporcionar uma visão mais ampla dos fenômenos envolvidos, o que direciona para ações efetivas.²¹

A ausência de dispositivos para preveni-las foi umas das barreiras com as quais o serviço se deparou para reduzir seus índices. Apesar de a LPP ser um agravo de notificação, não

Souza RF de, Alves AS, Alencar IGM de.

houve registros nos sistemas de vigilância. Entretanto, a UTI deste serviço utiliza a Escala de Braden como ferramenta para o monitoramento.

Outro evento adverso comum nas UTI's é a extubação não planejada (ENP), definida como a remoção precoce ou o mau posicionamento inadequado do tubo endotraqueal na via aérea.²² A taxa de ocorrência da ENP varia de três a 14% em pacientes ventilados/dia. Com isso, a ENP é uma preocupação dos serviços hospitalares.²³ O percentual de 7,88% dos pacientes demonstra o que se esperava de acordo com a literatura, entretanto, reduzir ao mínimo possível, em torno de 2%, é o desejado.²³

65,38% dos pacientes que necessitaram de reintubação eram incapazes de realizar ventilação espontânea fora do ventilador mecânico devido à sua condição clínica. Consequentemente, foram expostos às complicações deste EA. Dentre as principais razões para a reintubação menciona-se a hipóxia (33%) e o excesso de secreções (33%).²⁴

A remoção do tubo endotraqueal pode ser decorrente da ação do próprio paciente, manuseio inadequado pelos profissionais, fixação inadequada, posicionamento seletivo, troca da fixação, mau posicionamento do paciente, circuito posicionado de forma a tracionar o tubo, transporte, obstrução do tubo endotraqueal ou defeitos no *cuff*.²² A identificação deste evento é evidenciada por meio de sinais e sintomas, sendo necessária a atenção para os mesmos.

Ainda são pontuados o difícil manejo da sedoanalgesia e a aplicação de protocolos que permitem o manejo do nível neurológico e da agitação do paciente visto esses fatores o põem em risco ao evento.¹⁸ Alguns sedativos podem levar o paciente a apresentar delírios que, por sua vez, geram agitação.²⁵

O percentual de IACS atinge de 13 a 22% dos pacientes internados nas UTI.^{18,25} As pneumonias associadas à ventilação mecânica (PAVM) são o tipo mais comum das infecções respiratórias dentre as infecções nas UTI's, geralmente de origem aspirativa de secreções das vias aéreas superiores.¹² Entre as principais medidas, que podem contribuir para a redução das PAVM, destacam-se a higiene das mãos, o decúbito elevado 30-45°, a aspiração de vias aéreas, a manutenção das pressões do *cuff endotraqueal* e a higiene oral com clorexidina bucal.²⁶

Perdas de sondas enterais ou gástricas é um dos EA mais comuns na UTI. A agitação motora, a contenção inadequada, a confusão

Eventos adversos na unidade de terapia intensiva.

mental, a manipulação do paciente, a fixação inadequada e a obstrução são as principais causas de perda da sonda. Sua ocorrência pode ser evitada por meio de medidas mais eficazes.⁴ O percentual de repasse de sondas para a alimentação deixa evidente o desperdício em relação aos custos diante deste incidente.

Além dos eventos mencionados, identificaram-se outros incidentes isolados que estão minimamente relacionados aos cuidados. Perda de AVC, que tem como fatores a infecção do cateter, a retirada acidental, a má fixação, a obstrução e a autorretirada.²⁷ Também, a perda de dreno cefálico, retirada de SVD pelo paciente e falhas de identificação de sondas enterais.

CONCLUSÃO

Este trabalho detectou a presença e estimou a ocorrência de EA. A UTI apresentou índices mais elevados de EA do que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). É possível que esse número seja ainda maior, considerando a possibilidade de subnotificações e a ocorrência de outros EA que não foram incluídos na pesquisa.

Além disso, a pesquisa apresentou algumas limitações, como a indisponibilidade de prontuários ou prontuários incompletos que não se encontravam no SAME, permanecendo nas contas médicas ou que não foram arquivados. Outra limitação foi a ausência de registros dos EA em prontuários por parte dos profissionais.

O VIGIHOSP é um sistema cuja implantação e a incorporação, pelos profissionais, ocorreram de forma gradativa. Contudo, percebeu-se que há uma subnotificação e a utilização não satisfatória deste sistema de vigilância por parte dos profissionais, exigindo medidas de controle para que esse impasse possa ser contornado.

A taxa dos incidentes, com e sem danos, é utilizada como um indicador da qualidade da assistência. Os resultados obtidos reforçam a necessidade de educação permanente dos profissionais, a fim de sensibilizá-los para a notificação, da capacitação a partir de protocolos, como medidas para reduzir seus índices e o monitoramento contínuo, pois tais eventos são passíveis de prevenção não só pela equipe de Enfermagem, mas, também, pela equipe multiprofissional que participa do cuidado ao paciente.

Este estudo atingiu os objetivos propostos e almeja-se que os resultados obtidos contribuam para o precoce reconhecimento dos pacientes vulneráveis a sofrer EA, de

Souza RF de, Alves AS, Alencar IGM de.

Eventos adversos na unidade de terapia intensiva.

modo a desenvolver medidas preventivas, monitoramento e avaliação do progresso de uma assistência mais segura. Além disso, espera-se que os dados revelados permitam o acompanhamento e o desenvolvimento de ações para a melhoria da prática em saúde, auxiliando a instituição na identificação de suas fragilidades e propiciando melhor utilização dos recursos para garantir a segurança do paciente.

AGRADECIMENTOS

Aos orientadores que contribuíram com a concepção do estudo. Ao estatístico do hospital, que contribuiu com a parte metodológica da análise dos dados. Agradecer também à direção e aos funcionários do hospital, SAME, coordenadores da UTI, fisioterapia e segurança do paciente, que permitiram a realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. 2015 Mar/Apr; 49(2):277-83. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013>
2. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2015 Oct 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
3. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC ANVISA/MS nº 36, de 25 de julho de 2015. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2016 jan 13]. Available from: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e
4. Lima CSP, Barbosa SFF. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. Rev Enferm UERJ. 2015 Jan/May;23(2):221-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.6076>
5. Ministério da Saúde (BR), Agência de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2016 Jan 13]. Available from: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaci>
6. Ministério da Saúde (BR), Agência de Vigilância Sanitária. Investigação de eventos adversos em serviços de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2016 Jan 15]. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/investigacao-de-eventos-adversos-em-servicos-de-saude>
7. Cenedési MG, Bernardino E, Lacerda MR, Dallaire C, Lima K. Funções Desempenhadas pelo enfermeiro em unidade de terapia intensiva. Rev RENE [Internet]. 2012;13(1):92-102 [cited 2016 Jan 19]. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/21/17>
8. Versa GLGS, Inoue KC, Nicola AL, Matsuda LM. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. Texto contexto-enferm. 2011 Oct/Dec; 20(4):796-802. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400020>
9. Leitão IMTA, Oliveira RM, Leite SS, Sobral MC, Figueiredo SV, Cadete MC. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. Rev RENE. 2013 Nov/Dec;14(6):1073-83. Doi: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1193/pdf>
10. Ministério da Educação (BR), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Plano de reestruturação hospital de ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco - Dr. Washington Antônio de Barros [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2013 [cited 2016 Jan 15]. Available from: http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/103444/plano_de_reestruturacao_hedwab_univasf.pdf/e8940436-ffd9-4811-be81-b22a36988836
11. Ministério da Educação (BR), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Vigihosp completa um ano de lançamento [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2015 [cited 2016 May 19]. Available from: http://www.ebserh.gov.br/web/hc-uftm/noticia-aberta/-/asset_publisher/Zo21hrThpSTk/content/vigihosp-completa-um-ano-de-criacao
12. Pedreira LC, Brandão AS, Reis AM. Evento adverso no idoso em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm. 2013 May; 66(3):429-36. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000300019>
13. Claro CM, Kroczek DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de

Souza RF de, Alves AS, Alencar IGM de.

Eventos adversos na unidade de terapia intensiva.

Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Mar;49(1):167-72. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100023>

14. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Institui as diretrizes e normas que regulamentam o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2016 Jan 18]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

15. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enferm*. 2015 Sept/Oct;67(5):692-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>

16. Roque KE, Tonini T, Melo EC. Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. *Cad Saúde Pública*. 2016 Oct; 32(10): :e00081815. Doi: [10.1590/0102-311X00081815](http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081815)

17. Moura JC, Rangel BLR, Creôncio SCE, Pernambuco JRB. Perfil clínico-epidemiológico de traumatismo cranioencefálico do Hospital de Urgências e Traumas no município de Petrolina, estado de Pernambuco. *Arq Bras de Neuroc* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 18]; 30(3):99-104. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2011/v30n3/a2709.pdf>

18. Saldaña DA, Rodríguez SM, Díaz, JC, Cavallo, E, Zarate GR, Vargas TR, Salas R. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enferm Glob* [Internet]. 2016 Apr [cited 2016 Jan 25];42(15):324-40. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/215791/192481>

19. Ferreira PC, Dantas ALM, Diniz KD, Ribeiro KRB, Machado RC, Tourinho FSV. Evento adverso versus erro de medicação: percepções da equipe de enfermagem atuante em terapia intensiva. *J res fundam care*. 2014 Apr/June;6(2):725-34. Doi: [10.9789/2175-5361.2014v6n2p725](http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n2p725)

20. Merino P, Martín MC, Alonso A, Gutiérrez I, Álvarez J, Becerril F. et al. Medication errors in Spanish intensive care units. *Med Intensiva*. 2013 Aug/Sept;37(6):391-9. Doi: [10.1016/j.medin.2012.11.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.11.002)

21. Silva MRV, Dick NRM, Martini AC. Incidência de úlcera por pressão como indicador de qualidade na assistência de

enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(2):339-346. Doi: <http://dx.doi.org/10.5902/217976925238>

22. Silva PS, Fonseca MC. Unplanned endotracheal extubations in the intensive care unit: systematic review, critical appraisal, and evidence-based recommendations. *Anesth Analg*. 2012 May; 114(5):1003-14. Doi: [10.1213/ANE.0b013e31824b0296](http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0b013e31824b0296)

23. Oliveira PCR, Cabral LA, Schettino RC, Ribeiro SNS. Incidência e principais causas de extubação não planejada em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012 July/Dec; 24(3):230-35. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2012000300005>

24. Tanios M, Epstein S, Grzeskowiak M, Nguyen HM, Park H, Leo J. Influence of sedation strategies on unplanned extubation in a mixed intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2014 July; 23(4):306-14. Doi: [10.4037/ajcc20144446](http://dx.doi.org/10.4037/ajcc20144446)

25. Oliveira AC, Garcia PC, Nogueira LS. Carga de trabalho de enfermagem e ocorrência de eventos adversos na terapia intensiva: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP*. 2016 July/Aug; 50(4):683-694. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500020>

26. Ministério da Saúde (BR), Agência de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecções relacionadas à assistência a saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2017 Aug 13]. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6b16dab3-6d0c-4399-9d84-141d2e81c809>

27. Lima NP, Silva GMC, Park M, Pires-Neto RC. Realização de fisioterapia motora e ocorrência de eventos adversos relacionados a cateteres centrais e periféricos em uma UTI brasileira. *J Bras Pneumol*. 2015 May/June; 41(3):225-30. Doi: [10.1590/S1806-37132015000004338](http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132015000004338)

Submissão: 11/09/2017

Aceito: 10/11/2017

Publicado: 01/01/2018

Correspondência

Ragive Ferreira de Souza

Rua das Umburanas, 165

BR Areia branca.

CEP: 56330-130 – Petrolina (PE), Brasil