







EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES SEM DANO EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM CARDIOLOGIA

ADVERSE EVENTS AND NEAR MISSES IN HOSPITALIZATION UNITS OF A SPECIALIZED HOSPITAL IN CARDIOLOGY

EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES SIN DAÑO EN UNIDADES DE INTERNACIÓN DE UN HOSPITAL ESPECIALIZADO EN CARDIOLOGÍA

-  Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni ¹
-  Aliny Fernandes Goularte ¹
-  Cintia Koerich ²
-  Emilene Reisdorfer ³
-  Marina Miotello ¹
-  Betina Horner Schlindwein Meirelles ²

¹ Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Departamento de Enfermagem. Florianópolis, SC – Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC – Brasil.

³ Centre for Addiction and Mental Health – CAMH. Toronto, KS – Canadá.

Autor Correspondente: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni
E-mail: gabriela.lanzoni@ufsc.br

Contribuições dos autores:

Análise estatística: Emilene Reisdorfer; **Aquisição de financiamento:** Gabriela M. M. Lanzoni; **Coleta de Dados:** Aliny F. Goularte, Marina Miotello, Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni; **Conceitualização:** Aliny F. Goularte, Marina Miotello, Gabriela M. M. Lanzoni; **Gerenciamento de Recursos:** Gabriela M. M. Lanzoni; **Gerenciamento do Projeto:** Aliny F. Goularte, Marina Miotello, Gabriela M. M. Lanzoni, Cintia Koerich; **Investigação:** Aliny F. Goularte, Marina Miotello, Gabriela M. M. Lanzoni, Cintia Koerich, Emilene Reisdorfer, Betina H. M.; **Metodologia:** Aliny F. Goularte, Marina Miotello, Gabriela M. M. Lanzoni, Cintia Koerich, Emilene Reisdorfer, Betina H. S. Meirelles; **Redação - Preparação do Original:** Aliny F. Goularte, Marina Miotello, Gabriela M. M. Lanzoni, Cintia Koerich, Emilene Reisdorfer, Betina H. S. Meirelles; **Redação - Revisão e Edição:** Aliny F. Goularte, Marina Miotello, Gabriela M. M. Lanzoni, Cintia Koerich, Emilene Reisdorfer, Betina H. S. Meirelles; **Supervisão:** Gabriela M. M. Lanzoni; **Validação:** Aliny F. Goularte, Marina Miotello, Gabriela M. M. Lanzoni, Cintia Koerich, Emilene Reisdorfer, Betina H. S. Meirelles; **Visualização:** Aliny F. Goularte, Marina Miotello, Gabriela M. M. Lanzoni, Cintia Koerich, Emilene Reisdorfer, Betina H. S. Meirelles.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 20/02/2018

Aprovado em: 21/03/2019

Como citar este artigo:

Lanzoni GMM, Goularte AF, Koerich C, Reisdorfer E, Miotello M, Meirelles BHS. Eventos adversos e incidentes sem dano em unidades de internação de um hospital especializado em cardiologia. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em ____];23:e-1184. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20190032

RESUMO

Objetivo: caracterizar os eventos adversos em unidades de internação de um hospital referência em Cardiologia no estado de Santa Catarina. **Método:** o estudo teve enfoque quantitativo, exploratório, descritivo, tendo como cenário uma instituição hospitalar pública referência cardiovascular para Santa Catarina. Utilizou-se para a coleta das informações um instrumento adotado pela instituição para controle das notificações de eventos adversos, considerando o período de setembro de 2014 a setembro de 2015. **Resultados:** foram analisados 193 casos de eventos adversos ocorridos em 155 pacientes, os quais estavam relacionados predominantemente a hematoma no local de aplicação de medicação por via subcutânea, flebite em punção venosa, queda do leito e lesão de pressão grau II. **Considerações finais:** para o controle desses eventos é de extrema importância conhecer o perfil dos incidentes e dos pacientes acometidos, visando garantir a gestão da qualidade da assistência e o cuidado seguro.

Palavras-chave: Enfermagem; Segurança do Paciente; Cirurgia Torácica; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Gestão da Qualidade.

ABSTRACT

Objective: characterize the adverse events in hospitalization units of a reference hospital in cardiology in the state of Santa Catarina. **Method:** the study had quantitative, exploratory, descriptive approach, having as scenario a public hospital institution reference in cardiovascular care to para Santa Catarina. For data collection we used an instrument adopted by the institution to control notifications of adverse events, considering the period from September 2014 to September 2015. **Results:** this study analyzed 193 cases of adverse events occurred in 155 patients, which were predominantly related to a hematoma at the subcutaneous injection site, phlebitis in venipuncture, bed fall and stage II pressure ulcer. **Final considerations:** for the control of these events is of extreme importance to know the profile of these incidents and the affected patients, aiming to guarantee the quality management of the healthcare and a safe assistance.

Keywords: Nursing; Patient Safety; Thoracic Surgery; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Quality Management.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar los eventos adversos en las unidades de internación de un hospital de referencia en cardiología del estado de Santa Catarina. **Método:** estudio exploratorio, cuantitativo, descriptivo realizado en un hospital público de referencia de Santa Catarina. La recogida de información se realizó de septiembre de 2014 a septiembre de 2015 a través de un instrumento adoptado por el hospital para controlar las notificaciones de eventos adversos. **Resultados:** se analizaron 193 casos en 155 pacientes, básicamente vinculados a hematomas en el sitio de aplicación de la medicación subcutánea, flebitis en la punción venosa, caídas de la cama y lesiones de presión grado II. **Consideraciones finales:** para controlar eventos adversos es sumamente importante conocer el tipo de incidentes y de

pacientes involucrados, con miras a garantizar la gestión de la calidad asistencial y de brindar cuidados seguros.

Palabras clave: Enfermería; Seguridad del Paciente; Cirugía Torácica; Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud; Gestión de la Calidad.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por um número cada vez maior de internações hospitalares. Em 2015 as internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS) foram de 516.163 e despesa de R\$ 1.593.806.957,52 com esses pacientes.¹ No estado de Santa Catarina, no mesmo ano, foram internados 1.300 pacientes com DCV no serviço público de saúde, tendo custo médio por paciente de R\$: 3.800,00.¹ Levando em conta os longos períodos de internações a que esses pacientes estão sujeitos diante das repercussões da doença,² esse número causa grande impacto na economia do país, além de deixar o paciente sujeito a possíveis eventos adversos. Isso, além de um complicador para a condução clínica do tratamento, está associado às internações significativamente mais prolongadas quando comparados com pacientes que não os apresentaram.³

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS),⁴ os eventos adversos (EA) são considerados incidentes que resultam em danos, não intencional e não relacionados à evolução natural da doença de base para um paciente, enquanto um incidente sem dano se trata de evento que ocorreu, mas não trouxe qualquer tipo de dano discernível ao paciente.⁴ Nesse sentido, em 2004 a OMS criou a *World Alliance for Patient Safety*, a qual definiu cinco metas para segurança do paciente: identificá-lo corretamente, melhorar a efetividade de comunicação entre profissionais de assistência, melhorar a segurança de medicações de alta vigilância, assegurar cirurgias em local de intervenção correto, paciente e procedimento correto e reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde.⁵

No Brasil, em abril de 2013, o Ministério da Saúde (MS) criou, a partir da Portaria n° 529/13, o Programa Nacional de Segurança de Paciente (PNSP), em resposta ao apelo da sociedade e dos profissionais por uma atenção segura, no sentido de reduzir os incidentes que gerem danos para os indivíduos. De acordo com o PNSP, o cuidado seguro carece da implantação de uma cultura de segurança, que amplia a ênfase sobre a atuação profissional, encorajando uma prática responsável, ética e que avalia os erros e incidentes pautados nas notificações, tornando-os fonte de aprendizado.⁶

Nesse contexto, a atuação da Enfermagem é crucial na prevenção desses eventos, por compor o maior quantitativo de profissionais envolvidos na assistência oferecida nas instituições hospitalares 24 horas por dia, sendo o enfermeiro respon-

sável pela criação de estratégias para melhoria da segurança do paciente e prevenção de erros,⁷ destacando-se a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, que busca fortalecer o cuidado de Enfermagem seguro e qualificado.

As taxas de EA em instituições hospitalares podem ser utilizadas como indicadores de cuidado seguro e qualidade da assistência de Enfermagem, assim como base para a criação de estratégias de melhoria do cuidado e da segurança do paciente.⁸ Ainda, como elemento indutor de práticas seguras, o registro e avaliação dos EA podem identificar/orientar práticas de educação permanente a fim de qualificar a prática clínica dos profissionais de saúde,⁹ resultando diretamente em melhores indicadores de saúde.

Diante desse cenário, questionam-se quais são os eventos adversos que ocorrem em unidades de internação de um hospital referência em Cardiologia. Visando contribuir com o processo de avaliação das práticas em saúde e propiciar elementos que possibilitem identificar potenciais fragilidades na prática clínica da equipe de Enfermagem, tem-se por objetivo caracterizar os eventos adversos e incidentes sem dano em unidades de internação de um hospital referência em Cardiologia no estado de Santa Catarina.

MÉTODO

ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa utilizou dados secundários de evento adverso em unidades de internação de um hospital cardiológico, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 59851516.8.0000.0121.

DESENHO, LOCAL DO ESTUDO E PERÍODO

Estudo quantitativo, exploratório, descritivo, realizado em um hospital público referência cardiovascular para Santa Catarina no período de setembro de 2014 a setembro de 2015.

AMOSTRA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Utilizou-se para a coleta de dados um instrumento utilizado pela instituição para notificações de eventos adversos. Desta forma, todos os instrumentos registrados no setor no período foram incluídos, pois nenhum deles atendeu aos critérios de exclusão: presença de letra ilegível e rasuras, ausência de informações definidoras dos eventos adversos e documento danificado e/ou incompleto.

PROTOCOLO DO ESTUDO

As variáveis consideradas para este estudo foram sexo, idade, tempo de permanência na instituição até a ocorrência do evento adverso, turno em que este ocorreu e a caracterização do tipo, separados por suas determinadas categorias, como: farmacovigilância (falta ou redução do efeito terapêutico ou desvio da qualidade e reação adversa), erro (identificação de onde e quando ocorreu), quedas (identificação do tipo, local, dano, presença de cuidadores), exteriorização não intencional de sonda/cateter (identificação de dispositivo e motivos), infecções relacionadas à assistência à saúde (identificando via e motivos facilitadores), venopunções e punções arteriais (identificando local e motivos facilitadores) e LPP (setor de desenvolvimento da lesão e grau). Especificamente em relação ao grau da lesão, estas foram classificadas em estágio I (pele intacta, com rubor não branqueável, normalmente sobre uma proeminência óssea), estágio II (ferida superficial com leito vermelho/rosa sem esfacelo ou flictema fechada ou aberta), estágio III (ferida com exposição do tecido subcutâneo, mas não expostos ossos, tendões ou músculos) e estágio IV (exposição de ossos, tendões ou músculos, pode ser cavitada e fistulizada). Os dados foram organizados em planilha no programa *Excel* da *Microsoft*®.

ANÁLISE DOS RESULTADOS E ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial, com o uso do teste qui-quadrado para comparar os percentuais entre os grupos; o teste t de Student para a comparação das variáveis contínuas; e análise de variância seguida de comparações de Tukey para comparar média de mais de dois grupos. Para os testes estatísticos foi assumido valor de significância de 0,05, o que equivale à confiança de 95%. Para tal análise utilizaram-se o *Software SAS* versão 9 e o auxílio de um estatístico.

RESULTADOS

O estudo analisou 190 casos de eventos adversos ocorridos em 155 pacientes dos 487 atendidos no período de setembro de 2014 a setembro de 2015. A amostra do sexo feminino se constituiu de 81 pacientes (52,3%) e a do sexo masculino de 74 pacientes (47,7%), a idade ficou entre 18 e 101 anos, sendo que a mediana se manteve em 66 anos.

Em relação à ocorrência do EA, a mediana de tempo foi de 20 dias (44,7%), com tempo mínimo de zero dia e máximo de 208 dias após a internação. Nota-se também que a maioria dos eventos ocorreu no turno matutino (31,7%) seguido do período vespertino (26,8%) (Tabela 1).

Das 190 notificações, 26,3% foram por erro de medicação, sendo 40% vinculados a hematomas decorrentes de aplicações

de medicações subcutâneas (SC), sendo, portanto, considerados eventos adversos. Os demais registros não descreviam dano imediato ou tardio relacionado ao erro na administração do medicamento, conforme apresenta a Tabela 2. A maioria dos erros envolvendo medicações aconteceu no período matutino (36%).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, de tempo para a ocorrência dos incidentes com e sem danos e turno. Florianópolis, Brasil, 2015

Variáveis	N	%
Tempo até o evento adverso (dias)		
0 a 10	43	22,6
11 a 20	42	22,1
21 a 30	20	10,5
31 a 40	16	8,5
41 a 50	6	3,1
51 a mais	34	17,9
Sem registro	29	15,3
Total	190	100,0
Turno do incidente		
Matutino	60	31,7
Vespertino	51	26,8
Noturno	30	15,8
Sem registro	49	25,7
Total	190	100

Tabela 2 - Registros de erros com e sem dano relacionado à administração de medicamentos. Florianópolis, Brasil, 2015

Variáveis	N	%
Erros de medicação com dano (EA)		
Hematoma devido à aplicação de medicação	20	40,0
Erro de medicação sem dano*		
Medicação não administrada	16	32,0
Dose errada	7	14,0
Horário errado	2	4,0
Velocidade de infusão	1	2,0
Paciente errado	2	4,0
Medicação errada	2	4,0
Turno dos incidentes		
Matutino	18	36,0
Vespertino	6	12,0
Noturno	12	24,0
Sem registro	14	28,0
Total de erros de medicação	50	100

Em relação aos eventos adversos relacionados à punção venosa, estes representaram 18,9% das notificações. Como

consequência, os pacientes apresentaram flebite, soroma e/ou hematomas. Houve predomínio no sexo feminino (63,9%) na faixa etária entre 61 e 70 anos. Desses eventos adversos, 91% foram investigados de acordo com protocolo institucional e o paciente foi orientado sobre o ocorrido (Tabela 3).

Tabela 3 - Registros de eventos adversos relacionados à punção

Variáveis	N	%
Eventos adversos relacionados à punção venosa		
Flebite	18	50,0
Hematoma	16	44,4
Soroma	2	5,6
Turno		
Matutino	6	16,7
Vespertino	16	44,4
Noturno	4	11,1
Sem registro	10	27,8
Total	36	100

As quedas foram responsáveis por 10,5% dos eventos adversos no período estudado. Observou-se maior prevalência em pacientes do sexo masculino, sendo a maioria com idade entre 61 e 70 anos. O registro de quedas apresentou-se mais elevado no período noturno (40,0%). Do total de quedas registrado no período da coleta de dados, 65,0% apresentaram danos, variando de pequenas lesões até casos de fraturas ósseas.

Destaca-se que, do número total de notificações por queda, 65% foram investigados e mostram que em 45,0% dos casos os pacientes estavam na presença de acompanhantes, porém apenas 15,0% possuíam a placa com indicação de risco de queda no leito, segundo os registros.

Do número total de quedas, é importante ressaltar que houve predomínio de 45% de casos de queda do leito seguidos por 35% de quedas da própria altura. Os 20% restantes ficaram divididos entre quedas do vaso sanitário e quedas da poltrona. Do número total de quedas, é importante ressaltar que houve predomínio de 45% de casos de queda do leito seguidos por 35% de quedas da própria altura. Os 20% restantes ficaram divididos igualmente entre quedas do vaso sanitário e quedas da poltrona.

Os casos de lesão por pressão (LPP) representam 6,8% das notificações, sendo que 69,2% destas se encontravam em estágio II e 54% foram registrados na unidade coronariana. Consta que a maioria dos casos ocorreu em pacientes do sexo masculino (61,6%), com idade entre 71 e 80 anos (30,8%). Quanto ao processo de investigação desse evento, em todos os casos foi executado protocolo da unidade de acordo com a necessidade e estágio da LPP (Tabela 5).

Tabela 4 - Relação entre quedas ocorridas em relação ao sexo do paciente e o turno da ocorrência do evento. Florianópolis, Brasil, 2015

	Ocorrência de quedas		Valor de p*
	Não n(%)	Sim n(%)	
Sexo			
Masculino	61	13	0,06
Feminino	74	7	
Turno			
Matutino	56	4	0,02
Vespertino	45	6	
Noturno	22	8	
Sem registro	47	2	
Total	135 (100)	20(10,5)	

* Teste qui-quadrado.

Tabela 5 - Registros de eventos adversos referentes à lesão por pressão. Florianópolis, Brasil, 2015

	n	%
Lesão cutânea aparente		
Sim	13	65,0
Não	7	35,0
Presença de acompanhante		
Sim	9	45,0
Não	8	40,0
Sem registro	3	15,0
Turno		
Matutino	4	20,0
Vespertino	6	30,0
Noturno	8	40,0
Sem registro	2	10,0
Lesão por pressão		
Estágio I	1	7,7
Estágio II	9	69,2
Estágio IV	2	15,4
Sem registro	1	7,7
Local de origem		
Unidade coronariana	7	54,0
Emergência	5	38,5
Sem registro de local	1	7,6
Total de LPP	13	100

DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.⁵

No que se refere ao paciente com doença cardiovascular, estudo que buscou avaliar as tendências das taxas de eventos adversos entre os hospitalizados por infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, pneumonia ou condições que exigem cirurgia nos Estados Unidos e Porto Rico revelou que a razão de chances para a morte entre pacientes com um ou mais eventos adversos, em comparação a pacientes sem eventos adversos, foi de 1,24 (IC 95%: 1,01 a 1,51) para infarto agudo do miocárdio e 1,77 (IC 95%: 1,36-2,29) para insuficiência cardíaca congestiva.³

Entre os incidentes citados, encontra-se o erro na administração de medicamentos, com e sem danos, que tem sido identificado em vários estudos nacionais e internacionais com grande incidência.^{9,10}

O presente estudo apresentou 26,3% de registros de erro de medicação, no período de um ano, sendo 32% deles casos de medicação não administrada, por inúmeros motivos, desde o fato de a medicação ter sido checada anteriormente até não haver a medicação disponível.

O predomínio de registros de erro de medicação com danos encontrado nesta pesquisa foi referente a hematomas na administração de medicações subcutâneas, tais como enoxaparina, perfazendo 40% dos casos, muitos devidos ao registro incorreto no protocolo de rodízio de medicação do paciente. O hematoma é uma complicação bastante comum dessa via, podendo gerar dor e desconforto local, edema e até mesmo infecção quando a assepsia não é feita de forma correta. O recomendado nessa via é que o local de aplicação seja alterado a cada aplicação ou em até 72 horas, caso não apareça alguma alteração.¹¹

No estado de São Paulo, pesquisas referentes ao erro de medicação acusam que aproximadamente 23% dos erros de medicação estavam relacionados à dose, seguido por 22% relacionados a erros no horário da administração do medicamento.¹² Os erros com dose de medicação neste estudo apresentaram índices mais baixos, sendo de 14%. Quanto ao horário da medicação, o índice foi de 4%. Esse fato pode indicar certa melhoria na prestação da assistência, entretanto, existem ainda muitos casos de subnotificação, o que também pode justificar o baixo número apresentado no estudo. Os erros de medicação podem ser muitas vezes provocados pelo não seguimento dos nove certos da medicação: medicamento certo, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa e monitoramento certo.² No entanto, a causa dos erros pode estar relacionada também a falhas no processo de comunicação entre profissionais, podendo agravar a situação do paciente.¹⁰

Com o intuito de diminuir e prevenir o número de erros, são necessárias medidas como a melhora da comunicação, o cumprimento de políticas e procedimentos referentes ao preparo e à administração de medicamentos e ainda a realização de treinamentos que deixem os profissionais cientes dos riscos

e atualizados sobre novas medicações. Requer-se também a realização de treinamentos acerca de técnicas de administração e até mesmo novos procedimentos, estimulando a educação continuada nas instituições de saúde.

A criação de estratégias de construção de conhecimentos técnico-científicos que envolvem questões do cotidiano das instituições e buscam articulação com as diretrizes de políticas de saúde tem mostrado bons resultados quanto ao processo de capacitação e redução de danos.¹³

Além dos erros de medicação, outro evento adverso que ocorreu em 18,9% dos casos foram as complicações por punção venosa, da qual suas principais causas foram a flebite, hematomas e soroma, respectivamente. Na prática clínica frequentemente nos deparamos com as complicações associadas às punções venosas, que são subestimadas pela equipe de Enfermagem. Esse aspecto é confirmado por estudo realizado com 76 pacientes, com o objetivo de identificar a frequência e as causas da flebite em um hospital geral do Vale de Paraíba, que revelou incidência de flebite em 24 dos 76 pacientes, em torno de 35,5%.¹⁴ A flebite é uma das complicações mais frequentes e considerada uma das principais falhas de infusão. Pode se dar tanto pela técnica de inserção do cateter, como por propriedades físico-químicas do fluido administrado. Ela se caracteriza por inflamação aguda da veia, que causa edema, dor, desconforto e eritema ao redor da punção.^{14,15} Neste estudo, a flebite foi responsável por 50% dos casos de EA relacionados à punção venosa periférica.

Para a realização da punção venosa periférica, a equipe de Enfermagem deve apresentar conhecimento técnico e científico sobre o assunto, tendo cuidado com a instalação e manutenção do cateter periférico a ser inserido e principalmente com a técnica medicamentosa que será aplicada.¹⁶

A prevenção para as complicações relacionadas ao acesso venoso está associada aos passos que antecedem o procedimento, como lavagem das mãos, escolha do material apropriado, seleção das veias, realização correta da antisepsia, rodízio a cada 72 horas do local puncionado, fixação adequada para prevenir irritação e a exteriorização.^{14,17} É importante ressaltar que a escolha referente aos locais, calibre e prevenção de complicações é de responsabilidade do enfermeiro.¹⁶

Um dos principais eventos adversos a serem prevenidos em instituições de saúde é o risco de quedas em pacientes internados,¹⁸ principalmente quando são da terceira idade. No presente estudo, o valor referente a quedas no período de um ano foi de 10,5%. E 50% dos pacientes que sofreram quedas tinham 61 a 70 anos, com predomínio de 65% no sexo masculino, 40% dos casos no turno noturno e 45% dos registros referentes a quedas do leito.

De acordo com dados de pesquisa feita em Porto Alegre, 51% dos pacientes que sofreram quedas pertenciam ao sexo masculino, 57% possuíam idade superior a 60 anos e 56,6% ocor-

reram no período noturno, sendo que 43,40% das quedas não causaram qualquer tipo de dano visível ao paciente e 41,51% causaram danos que envolvem pouco ou nenhum cuidado. Os outros 15% dos registros foram danos que levaram desde distensão e fraturas até ao óbito,¹⁸ corroborando, até certo ponto, os resultados deste estudo. Outro resultado semelhante entre as pesquisas foi o turno em que ocorreram os eventos, sendo 40% dos registros do presente estudo ocorridos no turno da noite.

Apesar de a investigação apresentar predomínio do sexo masculino, isso não representa um fator de risco. Esse resultado pode se dar devido a uma questão cultural dos homens em nosso meio que não aceitam ou se sentem confortáveis em pedir auxílio para executar tarefas que são realizadas no dia a dia. O fato de o paciente não estar em seu ambiente de costume, com pessoas próximas também pode fazer com que ele não se sinta confortável em solicitar ajuda. No turno noturno pode-se ainda considerar o fato de que geralmente nesse período o número de profissionais é reduzido, diminuindo a vigilância e as visitas no quarto.¹⁸

Para evitar que as quedas ocorram, diversas medidas podem e devem ser tomadas, como a presença e elevação das grades nos pacientes que sofrem esse risco, a contenção no leito, caso seja realmente necessário e não lhes traga outro dano, a sinalização no prontuário e quarto, com placas e pulseiras que indiquem o risco e o seguimento do protocolo de segurança do paciente seguido pela unidade.¹⁹ Essas atitudes tendem a reduzir os danos causados por esse agravo. Os cuidados específicos relacionados às estruturas físicas das instituições também devem ser estimulados pelo poder público e pelos familiares, pois são considerados fatores de risco para quedas.²⁰

Uma das causas mais comuns de permanência aumentada em hospitais é o surgimento de alterações na pele. As lesões por pressão causam dificuldade no processo de recuperação do paciente, aumentam o risco de desenvolvimento de outras complicações e ainda causam acréscimo do sofrimento físico e emocional dos pacientes. Sua incidência aumenta proporcionalmente de acordo com a combinação dos fatores de risco, dos quais se destacam a idade avançada e a restrição ao leito.^{19,21}

Neste estudo, 13 (6,8%) dos registros de eventos adversos foram relacionados à LPP. Esse valor se assemelha ao encontrado em um estudo realizado em um hospital geral universitário em Goiânia, cujo índice foi de 4,9%.²²

De acordo com dados da *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, no EUA, a prevalência de lesão por pressão (LPP) em hospitais é de 15% e a incidência é de 7%. Já no Reino Unido casos novos acometem 4 a 10% dos pacientes admitidos em hospital.²² Condições de trabalho, considerando o número de profissionais e materiais adequados, bem como a condição clínica do paciente, influenciam significativamente no processo de desenvolvimento e cuidado dessas lesões. No presente estudo

identificaram-se 69,2% dos registros de lesões por pressão em estágio II, havendo predomínio em pacientes com idade entre 51 e 80 anos e sexo masculino (61,6%). Em estudo realizado em Fortaleza, 34,7% dos registros são pacientes com faixa etária entre 73 e 83 anos. Já em São Paulo, apuraram-se 34,4% de pacientes com LPP, sendo que, destes, 68,4% estavam em estágio II e possuíam idade acima de 60 anos.²³

As lesões por pressão surgem quando não há a correta realização das medidas preventivas, assim como a falta de recursos e materiais adequados.²² Como forma de prevenção, é de suma importância a adoção de medidas tais como a mudança de decúbito realizada a cada duas ou três horas ou ainda, de acordo com a necessidade do paciente, o uso de materiais próprios para esses cuidados, como coxins, limpeza e hidratação corporal, controle das condições nutricionais e ingestão hídrica.²⁴ Sugere-se também que a utilização de iniciativas multimodais de prevenção impactam na redução de LPP, as quais incluem a simplificação e padronização de intervenções específicas para esse evento adverso e sua documentação, o envolvimento de equipes multidisciplinares e o desenvolvimento de liderança clínica, uso de coberturas adequadas para as lesões, educação continuada, auditoria e *feedback* sustentado.²⁴ Uma ação complementar ao controle dos eventos adversos, o gerenciamento do risco de LPP proporciona o reconhecimento de oportunidades de reestruturação de protocolos, objetivando cuidados de qualidade e melhores práticas de saúde.²²

LIMITAÇÕES DO ESTUDO E CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM, SAÚDE OU POLÍTICA PÚBLICA

Embora este estudo tenha como limitações a utilização de dados secundários que se originam do registro profissional, o qual pode estar sujeito à subnotificação, foram considerados todos os instrumentos institucionais de notificação de eventos adversos.

A Enfermagem tem grande importância na prevenção dos eventos adversos, revendo os fatores que contribuem para mais divulgação e visibilidade do tema, visando ao aumento do controle para que eles não ocorram. Assim, o conhecimento do perfil dos incidentes e dos pacientes acometidos poderá direcionar a prática clínica e de gestão de risco para o refinamento dos parâmetros institucionais, regionais e nacionais, com a perspectiva de ampliar o alcance das ações locais dos núcleos de segurança do paciente e políticas públicas em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelam que os eventos adversos ainda são muito presentes em unidades de internação hospitalar, prolongando a permanência e expondo o paciente a novos riscos. Os

principais eventos adversos citados neste estudo estão relacionados a hematoma no local de aplicação de medicação por via subcutânea, flebite em punção venosa, queda do leito, úlcera de pressão grau II e infecção de sítio cirúrgico.

Os eventos adversos constituem uma potente ferramenta para a gestão de qualidade, atuando como um forte indicador do cuidado prestado, sendo possível avaliar os erros, sejam eles com danos ou não, investigar os prejuízos para a saúde do paciente e propor estratégias de mudança e desenvolvimento dos serviços. O cuidado seguro requer uma cultura da segurança entre os profissionais, sendo necessário ampliar as estratégias de educação permanente, avaliando as condições e os processos e trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília: MS 2016[citado em 2017 abr. 12]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>
2. Koerich C, Lanzoni GMM, Erdmann AL. Factors associated with mortality in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Rev Latino-Am Enferm.* 2016[citado em 2017 abr. 12];24:274-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100373
3. Wang Y, Eldridge N, Metersky ML, Verzier NR, Meehan TP, Pandolfi MM, et al. National Trends in Patient Safety for Four Common Conditions, 2005–2011. *N Engl J Med.* 2014[citado em 2017 abr. 12];370:341-51. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1300991#t=articleDiscussion>
4. World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report. 2009[citado em 2017 abr. 12]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter1.pdf
5. Donaldson L, Philip P. Patient safety – a global priority. *Bull World Health Organ.* 2004[citado em 2017 abr. 12];82(12):892. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/12/editorial11204html/en/>
6. Urbanetto JS, Gerhardt LM. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa. *Rev Gaúch Enferm.* 2013[citado em 2017 abr. 12];34(3): 8-9. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43294/27285>
7. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2015[citado em 2017 abr. 12];60(1): 144-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>
8. Lima CSP, Barbosa SFF. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UERJ.* 2015[citado em 2017 abr. 12];23(2):222-8. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a13.pdf>
9. Koerich C, Erdmann AL. Gerenciando práticas educativas para o cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia. *Rev Bras Enferm.* 2016[citado em 2017 abr. 12];69(5):872-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0872.pdf>
10. Santana JCB, Sousa MA, Soares HC, Avelino KSA. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. *Enferm Rev.* 2012[citado em 2017 abr. 12];15(1):122-37. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3300/3657>
11. Daquino MO, Souza RM. Hipodermoclise ou Via Subcutânea. *Rev HUPE-UERJ.* 2012[citado em 2017 abr. 12];11(2):89-93. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=332
12. Teixeira TCA, Cassiani SHB. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. *Acta Paul Enferm.* 2014[citado em 2017 abr. 12];27(2):100-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000200003
13. Pereira FGF, Aquino GA, Melo GAA, Praxedes CO, Caetano JA. Conformidades e não conformidades no preparo e administração de antibacterianos. *Cogitare Enferm.* 2016[citado em 2017 abr. 12];21(5):1-9. Disponível em: <http://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/view/45506>
14. Tertuliano AC, Borges JLS, Fortunato RAS, Oliveira AL, Poveda VB. Phlebitis associated with peripheral intravenous catheter among in-patients of a Hospital in Vale do Paraíba. *REME - Rev Min Enferm.* 2014[citado em 2017 abr. 12];18(2):220-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100435&script=sci_arttext&tlng=pt
15. Magerote NP, Lima MHM, Silva JB, Correia MDL, Secoli SR. Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. *Texto Contexto Enferm.* 2011[citado em 2017 abr. 12];20(3):286-92. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3956/art_SECOLI_Associacao_entre_flebite_e_retirada_de_cateteres_2011.pdf?sequence=1
16. Melo EM, Aragão AL, Pessoa CMP, Lima FT, Barbosa IV, Sturdart RMB. Cuidados dispensados pela equipe de enfermagem durante o procedimento de punção venosa periférica. *Rev Enferm UFPE on line.* 2015[citado em 2017 abr. 12];9(3):1022-30. Disponível em: <file:///C:/Users/marin/Downloads/6906-69135-1-PB.pdf>
17. Oliveira AKA, Medeiros LP, Melo GSM, Torres, GV. Passos da técnica de punção venosa periférica: revisão integrativa. *Arq Ciênc Saúde.* 2014[citado em 2017 abr. 12]; 21(1):88-96. Disponível em: www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/download/3194/pdf
18. Costa SGRF, Monteiro DR, Hemesath MP, Almeida MA. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011[citado em 2017 abr. 12];32(4):676-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a06>
19. Abreu DRM, Oliveira JLC, Abreu ARG, Abreu HCA. Quedas no ambiente hospitalar, qualidade e segurança do paciente: metassíntese da literatura. *Rev Eletr Gestão Saúde.* 2016[citado em 2017 abr. 12];7(3):95-03. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/21993/15700>
20. Xie H, Peel NM, Hirdes JP, Poss JW, Gray LC. Validation of the interRAI pressure ulcer risk scale in acute care hospitals. *J Am Geriatr Soc.* 2016[citado em 2017 abr. 12];64(6):2324-8. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.14131/full>
21. Castilho AFOM, Parreira PMD, Martins MMFPS. Cuidados de enfermagem e eventos adversos em doentes internados: Análise dos fatores intervenientes. *Rev Ibero-americana de Saúde e Envelhec.* 2016[citado em 2017 abr. 12];2(2):600-18. Disponível em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/121/190
22. Moore Zena EH, Cowman Seamus. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2009.* [citado em 2017 abr. 12]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006471.pub3/pdf>
23. Rogenski NMB, Kurcgant P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Rev Latino-Am Enferm.* 2012[citado em 2017 abr. 12]; 20(2):7 telas. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_16
24. Sullivan N, Scholles KM. Preventing in-facility pressure ulcers as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013[citado em 2017 abr. 12];158(5 part 2):410-6. Disponível em: <http://annals.org/aim/article/1657885/preventing-facility-pressure-ulcers-patient-safety-strategy-systematic-review>
25. Lima CSP, Barbosa SFF. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UERJ.* 2015[citado em 2017 abr. 12];23(2):222-8. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a13.pdf>