O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE ERROS E EVENTOS ADVERSOS NA ASSISTÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE

Natalia Pereira dos Santos de Campos[1]

Me Márcia Féldreman Nunes Gonzaga[2]

RESUMO

Neste artigo propomos o entendimento sobre erros e eventos adversos e como eles têm crescido muito nos últimos anos dentro da saúde, este estudo tem por base Descrever o papel do enfermeiro na prevenção de erros e eventos adversos na assistência da equipe de saúde. Compreendendo as falhas sistêmicas, Identificando os tipos de erros e eventos adversos mais frequentes. É Através de revisões de literatura entender como a prevenção e o cuidado de enfermagem estão ligados, descrevendo as incidências destes eventos encontrados na literatura, visando melhorar a qualidade da assistência prestada e o papel do enfermeiro frente a essas limitações. A metodologia utilizada foi pesquisa descritiva e exploratória, qualitativa, baseada em um estudo teórico, dos resultados obtidos por outros autores especializados no assunto, trazendo assim conhecimento cientifico sobre a temática. A IOM (Institute of Medicine) indica que entre 44.000 e 98.000 erros estão associados à assistência, a cada ano, e que cerca de 2/3 são causados por eventos adversos que são decorrentes de erros humanos sistêmicos. Sendo assim os estudos demonstram que os registros de enfermagem dos erros e eventos adversos servem não só para notificação mais também para que melhoras ocorram e esses erros que podem levar a morte não aconteçam. Sendo assim o reconhecimento dos erros e eventos adversos, tem tornando possível adotar medidas preventivas, correções, redução e eliminação dessas ocorrências, ocasionado melhoras na assistência dos profissionais de enfermagem e consequentemente melhora para os pacientes.

PALAVRAS CHAVE: Prevenção, erros e eventos adversos, equipe de enfermagem, segurança do paciente, cuidados de enfermagem.

---

1. Acadêmico de Enfermagem 3º semestre - Centro Universitário Amparense –UNIFIA

2. Professora e Coordenadora no Centro Universitário Amparense - UNIFIA

1. INTRODUÇÃO

A base para a prevenção e identificação de erros e eventos adversos e a segurança do paciente, algo que julgamos simples e que não demanda tanta atenção, por ser algo que fazemos em nosso dia a dia, então nos depararam com noticias nas mídias, de erros na assistência á saúde, tais como medicações infundidas em vias erradas e até mesmos as cirurgias realizadas em partes erradas do corpo. (PAIVA et. al 2014, RIBAS 2010, SILVA et. al 2009, e NETO 2006).

O inicio da segurança do paciente bem como a prevenção de erros e eventos adversos podemos dizer que começou com a patrona da enfermagem Florence Nightingale (1820 1910), em sua época os hospitais eram considerados perigosos e precursores de infecção, e erros, devido à sujeira e falta de organização. Na guerra da Crimeia Florence realizou estudos estatísticos onde mostrou as altas taxas de mortes dos soldados devido à falta de saneamento básico, higiene e organização. Nessa época os soldados não eram separados por patologias, e a identificação era precária, tinha uma grande falta de profissionais capacitados. (SCLIAR 2010).

Segundo a OMS (Organização mundial de saúde), a definição de segurança do paciente é: à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. (WHO, 2007). Em 2002 a OMS criou um grupo com a finalidade de avaliar a sistematização da segurança do paciente nos serviços de saúde, três anos depois em 2005, lançou o programa denominado Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, visando minimizar os erros aos pacientes, com isso determinar o desenvolvimento de pesquisas fundamentais, que ficou conhecida com Classificação Internacional para a Segurança do paciente. (SILVA 2010).

O erro e definido como incapacidade de realizar uma ação planejada ou pretendida, aplicação incorreta de um plano, podendo levar a agir erroneamente, tanto no planejamento como execução. Sendo assim e tido como não intencional embora possa causar ou se tornar um eventos adversos. (NETO 2006 e WHO, 2007).

O erro ou incidente pode ser determinado como evento ou circunstancia que poderia ter resultado, ou causar dano desnecessário ao paciente, podendo ser proveniente de atos intencionais ou não. Quando são detectados antes ou não chegam ao paciente, são chamados de *near miss* (quase erro), já quando atingem, mas não causam agravos são chamados de incidente sem dano, e quando resultam em dano, são chamados de incidentes com dano ou evento adverso. Os eventos adversos são a forma mais simples de se reconhecer o erro quantitativamente, pois causam danos o que os tornam mais fáceis de ser identificados e afetam em media, 10% das admissões hospitalares. (NETO 2006 e PAVÃO et. al 2011).

Em 2009 foram realizadas pesquisas no Brasil, onde se constatou que dos três hospitais pesquisados 7,6% dos casos analisados eram de eventos adversos, e desde números 67% eram evitáveis. E importante resaltar que estudos estatísticos na America latina mostram que 10 a cada 100 pacientes sofreram algum tipo de dano ou agravo ao entrar nos serviços de saúde hospitalar, dobrando esses números com o aumento do período de internação. (MENDES et. al 2009 e ANDRADE et. al 2015).

Com base nesses dados foi realizado de 2007 a 2009 o estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos na Atenção (IBEAS) em cinco países da América Latina, Esse estudo mostrou que 58,9% poderiam ter sido evitados. Essa noticia ganhou popularidade pelo mundo fazendo com que vários países e organizações se mobilizassem para diminuir esses números. Assim iniciaram-se vários trabalhos e pesquisas visando apoiar as estratégias nacionais e internacionais para a prevenção e a redução das consequências das falhas no cuidado à saúde. (IBEAS, 2010).

Visto que o erro não e individual devemos substituir a responsabilidade individual e passar a repensar os processos de assistência, criando mecanismos que antecipem os erros permitindo assim a prevenção dos mesmos. (COLI et. al 2010 e ANDRADE et. al 2015).

A segurança dos pacientes e devidamente protegida pelas leis vigentes, que foi aprovada em 25 de novembro de 2011, a Resolução nº 63 que "Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde". Já o artigo 2º cita que o objetivo do Regulamento Técnico é estabelecer requisitos para a boa prática e funcionamento de serviços de saúde, fundamentados na qualificação, humanização da atenção e gestão, redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente. (NUNES, 2016).

Segundo Nunes 2016, também tem a portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 36, publicada em 25 de julho de 2013, que aponta especialmente os tópicos, prevenir, monitorar e reduzir a incidência de eventos adversos nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e à qualidade dos serviços de saúde.

2. OBJETIVO GERAL

Descrever o papel do enfermeiro na prevenção de erros e eventos adversos na assistência da equipe de saúde.

2.1 Objetivos Específicos

Compreender as falhas sistêmicas na assistência de enfermagem, Identificar os tipos de erros e eventos adversos na equipe de enfermagem.

Saber através de revisões de literatura quais os tipos de métodos usados para a prevenção, bem como praticas abordadas em estudos anteriores.

Avaliar a conduta do enfermeiro frente a esses obstáculos e descrever a incidência destes eventos, visando melhorar a qualidade da assistência prestada.

2.2 Justificativa

Os conceitos de erros e eventos adversos são bem complexos e depende de vários fatores segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) define evento adverso por incidente que resulta em dano implicações ou comprometimento a estrutura e funções corporais e/ou qualquer efeito danoso decorrente de lesão, sofrimento incapacidade ou morte, que pode ser físico, social e psicológico. (WHO, 2007).

Segundo a OMS, milhares de pessoa sem todo o mundo sofrem danos à saúde, a IOM (Institute of Medicine), indica que entre 44.000 e 98.000 erros estão associados à assistência, a cada ano nos hospitais dos EUA, e que cerca de 2/3 são causados por eventos adversos que são decorrentes de erros humanos sistêmicos. (KOHN et. al 2000 e SILVIA 2009).

E necessária à compreensão dos gestores e das instituições de saúde, pois os eventos adversos estão também estão muitas vezes, diretamente ou indiretamente relacionados às falhas no sistema, e não somente ao descaso ou incapacidade profissional. Assim e necessário identificar as fragilidades existentes no procedimento e adotar medidas preventivas. (COLI et. al 2010, RIBAS 2010 e ANDRADE et. al 2015).

3. METODOLOGIA

A partir da problemática levantada anteriormente, alcançar os objetivos proposto, bem como realizar uma pesquisa descritiva e exploratória, com metodologia quantitativa, baseada em um estudo teórico, dos resultados obtidos por outros autores especializados no assunto, trazendo assim conhecimento cientifico sobre o papel do enfermeiro na prevenção de erros e eventos adversos.

Para realizar a pesquisa, foram utilizadas as bases de dados com artigos científicos na área de saúde, acessados a base primaria BIREME e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), SCIELO (Scientific Eletrônica Library Online), MEDLINE/BVS (Medical Literature Analisis and Retrieval System Online/biblioteca virtual em saúde), e a PUBMED (National Library of Medicine).

O levantamento dos artigos científicos nas bases de dados nas bases de dados BIREME e BVS, SCIELO, MEDLINE/BVS e PUBMED, realizadas de janeiro a março de 2017. Os critérios de seleção

dos artigos relacionam-se com a sua relevância, atualidade, pertinência para o presente artigo. Os artigos selecionados eram nos seguintes idiomas português, inglês e espanhol, os em língua inglesa e espanhola forma traduzidos e utilizados no estudo.

A partir dos resultados encontrados após buscar dos estudos, realizarei dessa forma u estudo dos artigos a fim de verificar seu conteúdo e conhecimento pertinentes para a presente investigação, podendo verificar como e de quais maneiras e enfermagem pode prevenir os erros e eventos adversos na assistência de enfermagem.

4. DISCUSSÃO E RESULTADOS

O cuidado seguro e responsabilidade do enfermeiro e sua equipe, bem como avaliar o paciente e os riscos a que ele esta exposta e ameaçam a sua integridade. (CARRARO et. al 2012).

A OMS propõem diversas ações para identificar erros sistêmicos na saúde e com isso ela também recomenda soluções voltadas à prevenção e segurança do paciente. (RIBAS 2010 e CARRARO et. al 2012).

Em 2002 foi criado no Brasil a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o intuito de fazer notificações de eventos adversos e queixas técnicas referentes à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância. (DUARTE et. al 2015 e CARRARO et. al 2012).

A ANVISA, em conjunto com a OMS traçaram objetivos para identificar problemas acarretados por erros, visando às necessidades e tendo em vista os grandes números de serviços de saúde do país, para assim colocar em prática melhorias na assistência prestada a população. (CARRARO ET al 2012). Em 2013 com as experiências da Rede foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela portaria nº 529/13. (DUARTE et. al 2015).

Os desafios apontados pelo tema mostram que afeta não somente a equipe de enfermagem mais também os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, pois ele lida diretamente com o cuidado as pessoas. (CARRARO ET al 2012).

Mesmos com os avanços em tecnologias, o erro humano e um dos fatores que mais se destaca entre os profissionais e nas instituições. A falta de compreensão sobre o erro e a forte cultura punitiva existente nas instituições, fazem com que haja omissão desses episódios. (RIBAS 2010 e DUARTE et. al 2015).

A enfermagem e a maior força de trabalha da saúde tendo mais de 1.500.000 profissionais atuantes, o que torna necessário a relação desses profissionais com a estratégia para a segurança do paciente e a prevenção desses erros. . (DUARTE et. al 2015).

Dentre essas estratégias que devem ser adotadas pelos enfermeiros, estão o desenvolvimento de articulações entre as instituições de saúde e o educador, para fortalecer assistência de enfermagem. Os eventos adversos estão diretamente ligados às falhas sistêmicas e não somente a incompetência do profissional então tem que identificar as fragilidades que existem nesse processo e adotar medidas preventivas. Os erros mais comuns encontrados estão: eventos adversos relacionados à administração de medicamentos; eventos adversos relacionados à vigilância do paciente; eventos adversos relacionados à manutenção de integridade cutânea e eventos adversos relacionados aos recursos materiais. (NETO 2006 e DUARTE et. al 2015).

O déficit de pessoas foi muito evidenciado nos estudo, como raiz de muitos dos erros e eventos adversos, além deste também foi detectado déficit de cumprimento de normas e rotinas institucionais e inexperiência do profissional, como maiores fatores para a ocorrência de eventos adversos. (DUARTE et. al 2015).

Estudos mostram que tanto para o enfermeiro quanto para os técnicos de enfermagem o erro não e intencional, é muitas vezes eles não percebem que ocorreu. Foi observado que a maioria dos técnicos de enfermagem comunica o evento adverso ao enfermeiro, independente da conduta que o mesmo tomará. Com isso vemos a crescente adesão da equipe de enfermagem a meios e instrumentos de notificação de eventos adversos, mostram assim a correção dos erros, minimizando as consequências e os processos decorrentes do mesmo. (RIBAS 2010 e DUARTE et. al 2015).

Sendo assim os estudos demonstram que os registros de enfermagem dos erros e eventos adversos servem não só para notificação mais também para a melhora dos mesmos. Permitindo assim o reconhecimento dos erros e eventos adversos, e tornando possível adotar medidas preventivas, correções, redução e/ou eliminação das ocorrências, implementando melhoras na pratica desses profissionais. (DUARTE et. al 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui- se que para prevenir antes temos que conhecer os erros e eventos adversos que mais acontecem para promover ações estratégicas de prevenção, introduzindo novas pratica de acordo com os resultados observados.

Para evitar a ocorrência desses erros e eventos adversos vimos que e necessário por parte do enfermeiro entender e classificar para assim descrever as razões de sua ocorrência e poder criar estratégias junto a sua equipe para minimizar e evitar futuros erro e eventos adversos.

Lembrando que a notificação desses eventos adversos e erros são primordiais pra sua prevenção, e a implantação de medidas corretivas bem como educação continuada e estudos são de extrema necessidade. Também vemos a necessidade de superar esses obstáculos e criar novas rotinas, com condições e responsabilidade, para assim prestar uma assistência segura e de qualidade, e alcançar nosso objetivo principal a segurança dos pacientes.

Espera-se que esta revisão de literatura mostre com uma visão diferente como o erro e eventos adverso pode influencia não só a vida dos pacientes mais também da equipe de saúde a sua volta, mostram a necessidade de continuar as pesquisas e estudos sobre a temática.

REFERÊNCIAS

1. Andrade Alves K.Y., Pereira Santos V.E., Nunes Dantas C. A análise do conceito *segurança do paciente:* a visão evolucionária de Rodgers. *Aquichan.* 2015; 15 (4): 521-528. DOI: 10.5294/aqui. 2015.15.4.7/ acessado em 04/05/17
2. Carraro TE, Gelbcke FL, Sebold LF, Kempfer SS, Zapelini MC, Waterkemper R. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. 2012; 33(3): 14-19.
3. Coli RCP, Anjos MF, Pereira LL. The attitudes of nurses from an intensive care unit in the face of errors: an approach in light of bioethics. Rev. Latinoam Enferm. 2010; 18(3): 324-30.
4. DUARTE, Sabrina da Costa Machado et. al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev.Bras.Enferm. Brasília, v.68, n.1, p.144154, Feb. 2015.Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S003471672015000100144&lng=en&nrm=iso>>.Accessem 02 Junho2017. http ://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p.
5. Estudio IBEAS. Prevalência de efectos adversos en hospitales de Latino América. Espanha 2010 (acessado em 29/03/17)
6. Kohn LY, Corrigan JM, Donaldson MS, Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: Building a Safer Health System. Washington DC: National Academy Press; 2000. ISBN 0-309-06837-1.
7. MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. International Journal for Quality in Health Care, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.(Acessado em 29/03/17)

8. NETO, Antonio Quinto. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. Revista de administração em saúde, v. 8, n. 33, p. 153-58, 2006.

9. Nunes, Maria da Conceição. Normas e Portaria a serem cumpridas. Janeiro de 2016. **http://www.segurancadopaciente.com.br/central_conteudo/entrevistas/conheca-normas-e-portarias-que-hospitais-nao-cumprem-adequadamente/acessado em 05/05/17**

10. PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de et. al. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2014, vol.22, n.5, pp.747-754. ISSN 1518-8345. http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3556.2476.

11. Pavão ALB, Barbosa, DAR, Mendes W, Martins MS, Travassos CMR. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. Rev Bras Epidemiology .2011; 14(4):651-61.

12. RIBAS, Maria José. Erro médico: Eventos adversos em cuidados de saúde primários: Promover uma cultura de segurança. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, v. 26, n. 6, p. 5859, nov.2010. ISSN21825173.Disponívelem:<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10801>. Acesso em: 28 maio 2017.

13. Scliar, Moacyr. Publicado em 30/08/2010 -http://www.cofen.gov.br/a-vida-deflorencenightingale-a-criadora-da-moderna-enfermagem_5455.html. Acessado em 23/03/17.

14. SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem**.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 422-4, set.2010.ISSN 1518-1944. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/11885>. Acesso em: 28 maio 2017. Doi: https://doi.org/10.5216/ree.v12i3.11885.

15. SILVA, Bianca Kirchner da et. al. Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem**,** Goiânia, v. 9, n. 3, set. 2009. ISSN 1518-1944. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7479>. Acesso em: 28 maio 2017. Doi: https://doi.org/10.5216/ree.v9i3.7479.

16. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en

17. World Health Organization (WHO). Geneva: World Health Organization (SW). WHO launches. Nine patient safety solutions. Solutions to prevent health care-relatedharm.2007.Availablefrom: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en/index.html