

Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a ocorrência e medidas de prevenção de eventos adversos em uma unidade de hemodiálise.

Maiana Regina Gomes de Sousa¹, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva², Ana Lúcia Queiroz Bezerra³, Juliana Santana de Freitas⁴

Universidade Federal de Goiás - Faculdade de Enfermagem

maianaregina@gmail.com, anaelisa@terra.com.br, analuciaqueiroz@uol.com.br,
juzinha_gyn@hotmail.com.

PALAVRAS-CHAVE: Eventos Adversos, Hemodiálise, Enfermagem, Gerenciamento de Risco.

1. INTRODUÇÃO

A insuficiência renal ocorre quando os rins são incapazes de remover os resíduos provenientes do metabolismo celular, ou de realizar as funções reguladoras, provocando disfunções metabólicas e endócrinas, além de distúrbios hídricos, eletrolíticos e ácido-básicos (RIBEIRO, 2008). É uma doença grave que acomete milhões de pessoas, as quais buscam no tratamento dialítico uma chance de sobrevivida.

A terapia renal substitutiva (TRS) é um tratamento que realiza o processo de filtração e purificação do sangue para remover líquido e produtos urêmicos que necessitam ser eliminados. No Brasil, aproximadamente 77.589 pessoas realizam esse tipo de tratamento e desses, 89,6% são submetidos à hemodiálise, sendo então a modalidade de diálise mais frequentemente prescrita no país (SESSO, 2010).

O procedimento de hemodiálise é efetuado a partir de um acesso venoso (central ou periférico) que permite um elevado fluxo sanguíneo, no qual o sangue é transportado até um filtro capilar, por meio de um sistema de circulação extracorpórea, onde é depurado e depois

Revisado pelo orientador.

¹ Orientanda. Acadêmica do 9º período do curso de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica. Integrante do Núcleo de Estudos de Enfermagem em Gestão de Instituições de Saúde e Segurança do Paciente – NEGISP.

² Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Líder do Núcleo de Estudos de Enfermagem em Gestão de Instituições de Saúde e Segurança do Paciente – NEGISP.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Líder do Grupo de Estudos em Gestão e Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem – GERHSEn.

⁴ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Integrante do Núcleo de Estudos de Enfermagem em Gestão de Instituições de Saúde e Segurança do Paciente – NEGISP.

devolvido para o corpo. Geralmente é realizado três vezes semanais, durante um intervalo de três a quatro horas (MARIOTTI, 2009).

As unidades de Hemodiálise são locais susceptíveis à ocorrência de eventos adversos, pois apresentam vários fatores de risco, como: procedimentos invasivos, utilização de equipamentos complexos, pacientes críticos, alta rotatividade de pacientes e administração de medicamentos potencialmente perigosos, como a heparina.

Um estudo realizado em quatro unidades de hemodiálise dos EUA apontou que, em um período de 17 meses, ocorreram 88 EA durante 64.541 tratamentos de diálise (1 caso a cada 733 tratamentos). Os EA foram: infiltração do acesso à hemodiálise (n = 31); coagulação do circuito de diálise (n = 19); problemas nos equipamentos de diálise (n= 30); erros de medicação (n=35) e queda de pacientes (n=9) (HOLLEY, 2006).

Os EA são definidos como incidentes que ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e que resultam em dano ao paciente, podendo este ser físico, social e psicológico, o que inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte (WHO, 2009). Os eventos adversos são divididos entre os inevitáveis e os que são passíveis de prevenção, ou seja, que decorrem de erros (PEDREIRA, 2009).

Em âmbito mundial, a ocorrência crescente desses eventos vem preocupando especialistas, pesquisadores, gestores e profissionais da área de saúde. Dados da Organização Mundial de Saúde indicam que anualmente, dezenas de milhões de pessoas no mundo inteiro sofrem lesões incapacitantes ou morte devido a eventos adversos (WHO, 2009).

No Brasil, com o intuito de mudar essa realidade, a agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA criou em 2002 a Rede de Hospitais Sentinelas, visando formar uma rede de serviços em todo o país, habilitada para notificar EA nas áreas de fármaco, tecno e hemovigilância. Com esta estratégia buscou-se sistematizar a vigilância do desempenho e segurança de produtos utilizados em serviços de saúde e assim, efetivar e melhorar o gerenciamento de risco (BRASIL, 2008).

O processo de gerenciamento de risco deve ser implantado em instituições de saúde com o objetivo de formular e executar procedimentos técnicos e administrativos para detectar precocemente as situações que podem gerar EA, compreender suas causas, calcular os riscos e controlá-los por meio de medidas preventivas e corretivas, além de criar uma cultura de segurança, com cooperação dos profissionais, promovendo a melhoria do cuidado (FELDMAN, 2008; SILVA, 2008).

Os profissionais da equipe de Enfermagem são responsáveis pela maioria das ações de cuidado e, portanto, encontram-se em posição privilegiada para anular a possibilidade de

incidentes atingirem o paciente, além de detectar as complicações precocemente e realizar as condutas necessárias para minimizar os danos (PEDREIRA, 2009).

Neste contexto, a equipe de Enfermagem que atua em unidades de hemodiálise deve ter o conhecimento e o entendimento do conceito de eventos adversos de forma clara, para poder identificar os riscos e as situações que propiciam a sua ocorrência na assistência aos pacientes nefropatas, com a intenção de buscar alternativas para minimizar as falhas, adotar métodos de análise de risco e assim garantir a qualidade do serviço.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar o conhecimento dos profissionais da equipe de Enfermagem sobre a ocorrência e medidas de prevenção de eventos adversos na unidade de Hemodiálise de um hospital ensino de Goiânia.

2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar os profissionais de Enfermagem em relação ao tempo de formação, tempo de atuação na unidade e jornada de trabalho;
- Analisar o conhecimento dos profissionais de Enfermagem sobre a definição de Eventos Adversos, sobre o Programa Hospitais Sentinela e sobre o Serviço de Gerenciamento de Risco da instituição;
- Identificar a ocorrência de EA na unidade de estudo e seus fatores causais;
- Identificar as condutas adotadas pela unidade e instituição para prevenção de EA;
- Obter dos profissionais sugestões de medidas para prevenção dos EA;
- Conhecer a opinião dos profissionais em relação à qualidade e à segurança da assistência de enfermagem prestada nessa unidade.

3. METODOLOGIA

Estudo do tipo Survey, exploratório, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na unidade de Hemodiálise de um hospital de ensino de Goiânia – Goiás, que integra a Rede Sentinela da ANVISA.

A equipe de Enfermagem que atua no serviço de Terapia Renal Substitutiva desempenha suas funções tanto na unidade de Hemodiálise como na Diálise Peritoneal e

Unidades de Terapia Intensiva, conforme rodízio de escala. É composta por 42 profissionais, sendo 08 enfermeiros, dos quais um é o coordenador da unidade, 27 técnicos em Enfermagem e 07 auxiliares de Enfermagem. Todos cumprem carga horária de 30 horas semanais, com exceção do coordenador que cumpre 40 horas semanais.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de fevereiro, março e abril de 2011, utilizando-se de entrevista guiada por um instrumento semi-estruturado, validado por especialistas da área e composto por perguntas abertas e fechadas. A entrevista foi realizada na própria instituição, no horário de trabalho, mediante agendamento prévio com data, hora e local, atendendo a disponibilidade de cada profissional.

A população do estudo foi constituída de 25 profissionais que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Ressalta-se que houve três recusas à participação da pesquisa, sendo uma técnica em Enfermagem e duas auxiliares de Enfermagem.

Como critério de inclusão, foi determinado que o profissional deveria ter desenvolvido atividades na unidade no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010 e estar atuando durante o turno matutino ou vespertino, no período de coleta. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias, licença médica e licença maternidade.

Os dados obtidos através das perguntas fechadas foram digitados em banco de dados do Microsoft Excel versão 2007 e analisados estatisticamente, empregando-se o software SPSS 15.0, e os dados provenientes das perguntas abertas foram agrupadas e categorizadas por semelhança de conteúdo.

O estudo foi realizado após autorização da direção do hospital e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal, sob protocolo nº 064/2008. Trata-se de um subprojeto vinculado a um projeto maior, intitulado “Análise de ocorrências de eventos adversos em um hospital da rede sentinela na região Centro Oeste”. O projeto foi desenvolvido segundo as recomendações do Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

4. RESULTADOS

Em relação à caracterização dos 25 profissionais de Enfermagem que participaram do estudo os resultados analisados apontaram que 07 (28%) eram enfermeiros, 16 (64%) técnicos em Enfermagem e 02 (08%) auxiliares de Enfermagem. A caracterização dos profissionais de Enfermagem por tempo de formação, tempo de atuação na unidade de estudo, vínculo

empregatício em outra instituição e carga horária semanal total, está apresentada na tabela abaixo.

TABELA 1 – Caracterização dos profissionais de Enfermagem segundo o tempo de formação, tempo de atuação na TRS, vínculo empregatício em outra instituição e carga horária semanal total, por categoria profissional, número e frequência. Goiânia, GO - 2011

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	PROFISSIONAIS			RESULTADOS	
	E	T	A	N	%
Tempo de Formação					
1 a 5 anos e 11 meses	-	-	-	-	-
6 a 10 anos e 11 meses	02	03	01	06	24
11 a 15 anos e 11 meses	02	09	-	11	44
Mais de 16 anos	03	04	01	08	32
TOTAL	07	16	02	25	100
Tempo de Atuação na TRS					
1 a 5 anos e 11 meses	04	01	-	05	20
6 a 10 anos e 11 meses	01	14	01	16	64
11 a 15 anos e 11 meses	-	01	-	01	04
Mais de 16 anos	02	-	01	03	12
TOTAL	07	16	02	25	100
Vínculo Empregatício em Outra Instituição					
Não	05	07	01	13	52
Sim	02	09	01	12	48
TOTAL	7	16	02	25	100
Carga horária Semanal Total					
30 horas	04	07	01	12	48
40 horas	01	-	-	01	04
50 horas	02	01	-	03	12
60 horas	-	05	01	06	24
70 horas	-	03	-	03	12
TOTAL	07	16	02	25	100

E = Enfermeiro T = Técnico em Enfermagem A = auxiliar de Enfermagem

Os dados apontam que a maior parte dos profissionais da equipe de Enfermagem possuía mais de 11 anos de formação e entre seis a 10 anos de atuação no serviço de terapia renal substitutiva da instituição. O tempo de formação e atuação na profissão pode ser um indicativo da experiência e de conhecimentos específicos do profissional.

Os resultados dos dados que buscaram analisar o conhecimento dos profissionais identificaram que, ao serem questionados sobre a definição de Eventos Adversos, 12 profissionais (48%) não souberam responder; 09 (36%) responderam como *incidentes, complicações ou eventos inesperados que ocorrem durante o tratamento*; 03 (12%) referiram ser *eventos ou falhas na assistência que causam prejuízo ao paciente*; e 01 (4%) relatou como sendo *um acidente que não deveria acontecer*.

Em relação ao programa Hospitais Sentinela, 19 (76%) não souberam responder o que é um hospital Sentinela, 04 (16%) relataram como *um hospital que notifica a ocorrência dos EA e realiza a vigilância da qualidade dos materiais utilizados*; 01 (4%) como *um hospital que faz parte de um projeto ou grupo em que há avaliação e controle dos EA*; e 01 (4%) como *um hospital que busca a melhoria da assistência*. Um dado relevante identificado foi que uma quantidade significativa dos profissionais (19; 76%) não sabia que a instituição é integrante da Rede de Hospitais Sentinela.

Sobre o Serviço de Gerenciamento de Riscos da instituição, 22 (88%) servidores não possuíam conhecimento da existência e das atribuições do serviço. Dos 03 (12%) que conheciam o serviço, dois não souberam descrevê-lo e um referiu que é *“um serviço que recebe as informações e é responsável pela notificação do Hospital Sentinela, porém é falho, devido à falta de comunicação”*.

Os dados provenientes da pergunta que objetivava saber se os profissionais de Enfermagem entrevistados já presenciaram ou tiveram ciência sobre a ocorrência eventos adversos, na unidade de hemodiálise do hospital estudado, no período de 2005 a 2010, possibilitaram a identificação de 517 relatos de 32 tipos de EA que foram distribuídos em 11 categorias.

As categorias com maior número de relatos de EA foram aquelas em que os eventos estavam relacionados ao acesso venoso central (28,6%), seguida de acesso venoso periférico (19,7%). Posteriormente, foram as relacionadas aos equipamentos e materiais médico-hospitalares (14,6%), processos alérgicos (9,3%), relacionados ao tratamento de água (5,6%), coagulação do sistema extracorpóreo (4,8%), evasão, recusa ou abandono do tratamento pelo paciente (4,5%), queda (3,6) e outras (9,3%).

Os EA mais identificados foram: cateter obstruído, retirada acidental da agulha e coagulação do sistema extracorpóreo, sendo que todos os profissionais entrevistados relataram ter presenciado ou ter ciência da ocorrência desses eventos na unidade, conforme pode ser visualizado na tabela abaixo.

TABELA 2 – Distribuição dos eventos adversos ocorridos na unidade de hemodiálise, segundo relato dos profissionais de Enfermagem, por categoria, tipo, número e frequência. Goiânia, GO – 2011

CATEGORIAS E EVENTOS ADVERSOS	PROFISSIONAIS			RESPOSTAS	
	E	T	A	N	%
Relacionado ao acesso venoso central (cateter)					
Cateter obstruído	07	16	02	25	16,9
Implante inadequado	07	14	02	23	15,5
Cateter dobrado	06	15	01	22	14,9
Infecção	06	11	01	18	12,1
Presilhas ineficientes	06	09	02	17	11,5
Retirada acidental do cateter	06	09	01	16	10,9
Cateter furado	06	08	01	15	10,1
Desconexão acidental do cateter com a linha sanguínea	05	07	-	12	8,1
Subtotal	49	89	10	148	100
Relacionado ao acesso venoso periférico (FAV)					
Retirada acidental da agulha	07	16	02	25	24,5
Infiltração	07	16	01	24	23,5
Insucesso na punção	05	15	01	21	20,6
Infecção	07	13	-	20	19,6
Falta de agulha	04	08	-	12	11,8
Subtotal	30	68	04	102	100
Relacionado a equipamentos e materiais médico-hospitalares					
Funcionamento inadequado da máquina de hemodiálise	07	15	02	24	32,0
Rompimento de fibras do capilar	05	12	01	18	24,0
Troca de capilares entre pacientes	04	11	02	17	22,7
Ausência de capilares	01	09	01	11	14,7
Ausência de máquina de hemodiálise	03	02	-	05	6,6
Subtotal	20	49	06	75	100
Relacionado a processos alérgicos					
Hemoderivados	07	11	01	19	39,6
Esparradrapo	07	07	02	16	33,3
Medicamentos	05	08	-	13	27,1
Subtotal	19	26	03	48	100
Relacionado ao tratamento de água					
Falta de água	07	15	02	24	82,8
Cloro residual livre acima do valor permitido	02	03	-	05	17,2
Subtotal	09	18	02	29	100
Relacionado à coagulação do sistema extracorpóreo					
	07	16	02	25	100
Subtotal	07	16	02	25	100
Relacionado à evasão, recusa ou abandono de tratamento					
	06	15	02	23	100
Subtotal	06	15	02	23	100
Relacionado à queda					
Própria altura	04	05	01	10	52,6
Maca	06	02	-	08	42,1
Cadeira de rodas	01	-	-	01	5,3
Subtotal	11	07	01	19	100
Relacionado à reação ao esterilizante					
	04	13	02	19	100
Subtotal	04	13	02	19	100
Lesão de pele devido ao uso contínuo de esparadrapo/micropore					
	07	08	02	17	100
Subtotal	07	08	02	17	100
Relacionado a erro de Medicação					
Erro de Administração	03	08	-	11	91,7
Erro de Prescrição	-	01	-	01	8,3
Subtotal	03	09	-	12	100
TOTAL	165	318	34	517	100

E = Enfermeiro T = Técnico em Enfermagem A = Auxiliar de Enfermagem

Os eventos relacionados ao acesso venoso central, que foram os de maior frequência, se referiam ao cateter de duplo ou triplo lúmen, curta ou longa permanência, e os eventos relacionados ao acesso venoso periférico se referiam à fístula arteriovenosa.

Os resultados relacionados às opiniões dos profissionais sobre as causas dos EA ocorridos apontam que 42,8% estavam relacionadas ao próprio paciente; 28,9% ao profissional e 28,3% à organização do serviço. Vale ressaltar que alguns profissionais relataram mais de uma causa para um mesmo evento, como demonstrado na tabela 3.

TABELA 3 – Distribuição das categorias dos profissionais de Enfermagem quanto aos tipos de fatores causais dos eventos adversos. Goiânia, GO - 2011

CAUSAS DOS EVENTOS ADVERSOS	PROFISSIONAIS			RESPOSTAS	
	E	T	A	N	%
Relacionadas ao Paciente					
Condição clínica do paciente	60	112	13	185	61,1
Falta de cuidado do paciente/acompanhante	23	69	03	95	31,3
Não aceitação da doença	07	14	02	23	7,6
Subtotal	90	195	18	303	100
Relacionadas ao Profissional					
Falhas individuais	60	108	04	172	83,9
Despreparo do profissional	09	07	-	16	7,8
Falta de atenção	06	05	01	12	5,9
Falha de comunicação	02	02	-	04	1,9
Mais de um emprego	-	01	-	01	0,5
Subtotal	77	123	05	205	100
Relacionadas à Organização do Serviço					
Materiais e equipamentos velhos/com defeitos/sem manutenção	16	31	04	51	25,5
Recursos materiais de má qualidade	22	17	07	46	23,0
Falta de recursos materiais	08	25	02	35	17,5
Defeito técnico no tratamento/fornecimento de água	10	21	02	33	16,5
Sobrecarga de trabalho	03	05	-	08	4,0
Recursos materiais inadequados	03	03	02	08	4,0
Falta de energia	05	02	-	07	3,5
Recursos humanos inadequados	04	01	01	06	3,0
Área física inadequada	01	01	-	02	1,0
Falta de treinamento	02	-	-	02	1,0
Ausência de protocolos específicos	01	-	01	02	1,0
Subtotal	75	106	19	200	100
TOTAL	242	424	42	708	100

E = Enfermeiro T = Técnico em Enfermagem A = Auxiliar de Enfermagem

Em relação às condutas que foram adotadas pela unidade/instituição para a prevenção de EA, a análise dos dados possibilitou distribuir as respostas dos profissionais em duas categorias: *Direcionadas ao serviço e Direcionadas aos profissionais*.

Dentro da categoria *direcionadas ao serviço* foram identificados 60 relatos e destes, houve 31 (51,7%) citações de implementação/alteração de protocolos e rotinas na unidade, 12 (20%) de melhoria dos recursos materiais, 05 (8,4%) de relatórios e pareceres sobre a qualidade dos materiais para o serviço de compra ou departamento responsável, 03 (5%) de melhoria dos recursos humanos, 02 (3,3%) de manutenção dos materiais e equipamentos, 02 (3,3%) de participação no programa Hospitais Sentinela, 02 (3,3%) de realização de testes e vigilância constante dos materiais, 02 (3,3%) de estudos e pesquisas sobre avaliação de riscos e soluções e 01 (1,7%) relato de que nada foi feito.

Na categoria *direcionadas aos profissionais* houve 46 relatos sobre as condutas adotadas e as mais prevalentes foram relacionadas à ações de educação continuada, sendo que 23 (50,0%) se referiam a reuniões de discussão dos problemas e orientações, 11 (23,9%) a treinamentos, 08 (17,4%) a cursos de capacitação e 04 (8,7%) citaram outras condutas.

No concernente a sugestões que os profissionais entrevistados dariam para a prevenção de EA na unidade, foram citadas com maior frequência as seguintes estratégias: educação continuada por meio de cursos de capacitação, atualização e treinamentos periodicamente; orientações aos profissionais e pacientes; adequação dos recursos humanos e materiais; melhoria da comunicação e do trabalho em equipe; conscientização e maior atenção por parte dos profissionais; redução da sobrecarga de trabalho e demanda de pacientes; implementação de protocolos e advertência, dependendo da situação.

Os dados relacionados à qualidade e segurança da assistência de enfermagem prestada aos pacientes na unidade de estudo, indicaram que a maioria (14; 56%) dos profissionais concordava totalmente que a assistência de enfermagem da unidade é de qualidade e segura para os pacientes e 11 (44%) relataram que concordavam, porém, parcialmente.

5. DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo permitiram identificar que quase metade dos servidores possuía mais um vínculo empregatício em outra instituição, sendo que 12% dos profissionais realizavam 70 horas semanais de trabalho. Um estudo americano revelou que os riscos de o profissional cometer um erro aumentam significativamente quando eles trabalham mais de quarenta horas por semana, quando os turnos de trabalho excedem 12 horas ou quando realizam horas extras (ROGERS, 2004). É importante que o profissional reconheça e respeite seus limites para atuar com responsabilidade e compromisso com a saúde do paciente.

Foi constatado que 48% dos servidores não sabiam o que eram eventos adversos e o restante respondeu de forma incompleta. Estudo realizado por Silva *et al.* (2011) no Rio de Janeiro/RJ, apontou que 78% dos profissionais de Enfermagem questionados acerca do que é evento adverso, afirmaram saber o que é, 9% disseram já ter ouvido falar sobre, mas não sabiam o que é, e 7% disseram nunca ter ouvido falar.

Os profissionais devem ter conhecimento sobre os eventos adversos e seu impacto na atenção à saúde uma vez que, a incidência desses eventos é um importante indicador de qualidade das instituições de saúde. Para tal, devem buscar constantemente informações e cursos de atualização. Bezerra (2003) lembra que ao se graduar o enfermeiro estabelece um compromisso pessoal e social de manter-se atualizado e de buscar novos conhecimentos técnicos e científicos.

Entretanto, estes conhecimentos devem ser reforçados nas instituições de saúde. Bezerra (2003) também destaca que as instituições devem ser cientes das discrepâncias existentes entre a formação acadêmica e a prática profissional.

As instituições de saúde precisam investir em educação continuada, fornecer cursos de atualização, fontes de informações acessíveis e rápidas nos ambientes de trabalho, a fim de propiciar aos profissionais conhecimentos que os capacitem para o desenvolvimento de suas atividades com segurança. No estudo de Silva *et al.* (2011) também pôde-se identificar que, entre os que souberam e os que já ouviram falar sobre evento adverso, 45% aprenderam ou ouviram dentro do próprio hospital.

Recomenda-se atualmente que o conhecimento sobre segurança do paciente e prevenção de eventos adversos deve começar a ser construído nos cursos de graduação e de formação do auxiliar e do técnico de Enfermagem (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2007).

A maioria dos profissionais não sabia o que era o programa Hospitais Sentinela, nem mesmo que a instituição faz parte da rede. Esse dado chama a atenção, considerando que a instituição tornou-se integrante do programa no ano de 2002 e desde então, possui um serviço de Gerenciamento de Risco, o qual grande parte dos profissionais também desconhece. Nesse contexto, o gestor de risco tem um papel fundamental na divulgação de informações dentro da organização, contribuindo para o aumento do conhecimento, consciência dos riscos entre os profissionais, despertando a motivação, colocando-os em alerta sobre as deficiências existentes e disseminando as boas práticas (FELDMAN, 2004).

Dentre as 11 categorias dos tipos de EA, as mais prevalentes foram as relacionadas ao acesso vascular. Por se tratar de uma técnica invasiva, as complicações associadas ao acesso

vascular podem ser graves, ocasionando um alto risco de morbi-mortalidade para os pacientes. O acesso vascular é determinante para a vida dos pacientes que realizam hemodiálise, pois a eficiência da terapia está intimamente ligada ao implante, manuseio e monitoramento adequados (NICOLE, 2009).

Dos 32 tipos de EA, três foram identificados e relatados por 100% dos profissionais, que são: cateter obstruído, retirada acidental da agulha e coagulação do sistema extracorpóreo.

A obstrução do cateter ocorre quando há formação de coágulo no lúmen do cateter impedindo o fluxo sanguíneo do corpo do paciente para a máquina de hemodiálise. Um estudo realizado em um serviço de nefrologia da cidade de Ribeirão Preto/ SP mostrou que de todas as complicações locais dos cateteres utilizados pelos pacientes em tratamento hemodialítico, 18% eram obstrução do cateter. Esse tipo de evento pode estar relacionado à condição clínica do paciente, ao tipo de cateter, à habilidade técnica do profissional, ao tempo de permanência do cateter, manipulações excessivas e inadequadas, à anticoagulação do cateter, dentre outros (FERREIRA, 2007).

Geralmente utiliza-se heparina para evitar obstrução do cateter devido à formação de coágulos. Entretanto, um estudo recente feito no Canadá demonstrou que o uso de ativador de plasminogênio tecidual recombinante (rt-PA), no lugar da heparina, uma vez por semana, reduziu significativamente a incidência de mal funcionamento dos cateteres. Acredita-se que o rt-PA é capaz de quebrar pequenos coágulos e prevenir coágulos maiores, impedindo que o lúmen do cateter seja bloqueado (HEMMELGARN, 2011).

A retirada acidental da agulha que punciona a fístula arteriovenosa pode ser considerada um dos eventos mais perigosos em unidades de hemodiálise, pois o paciente pode sangrar até a morte em poucos minutos. Sendo assim, faz-se necessário monitorar rigorosamente cada paciente e orientá-los quanto ao risco de desconexão da agulha, para que o mesmo participe ativamente na promoção de sua segurança. Na Europa, a Associação de Enfermagem de Diálise e a Associação de Assistência Renal elaboraram 12 recomendações práticas para reduzir o risco de desconexão da linha venosa, detectar sangramento o mais cedo possível, prevenir esse tipo de evento e reduzir os danos (VAN WAELEGHEM, 2008).

A coagulação sanguínea do sistema extracorpóreo ocorre frequentemente, segundo os profissionais, e geralmente acontece nas sessões realizadas sem heparina por contra-indicação do medicamento. No estudo de Holley (2006), a coagulação do sistema foi o segundo tipo de EA mais reportado e a maioria desses casos também aconteceu em tratamentos sem o uso de heparina.

Diversos fatores podem causar a coagulação sanguínea, como a velocidade do fluxo sanguíneo através do circuito de diálise, o próprio cateter de hemodiálise, o tipo de membrana utilizada no filtro dialisador e o tipo de terapia prescrita, relacionados com a condição clínica do paciente ou com a própria técnica de diálise e materiais nela utilizados (GARCÉS, 2007).

Dentre os principais fatores causais relatados pelos profissionais, a condição clínica do paciente foi a mais prevalente sendo que, nesses casos, muitos eventos adversos são considerados inevitáveis. As condições clínicas de cada paciente influem diretamente na ocorrência de eventos adversos, principalmente os pacientes graves, em razão da sua instabilidade e necessidade de intervenções, apresentando-se particularmente mais vulneráveis à ocorrência desses eventos (CANINEU, 2006).

As falhas individuais foram a segunda causa mais citada para a ocorrência de EA. Nas questões individuais existem diversos fatores psicológicos e fisiológicos que podem influenciar o comportamento dos profissionais durante a assistência e interferir na segurança do paciente. Entre os fatores mais frequentes estão a falta de habilidades técnicas cognitivas (percepção da situação), sociais (trabalho em equipe) e pessoais (estresse) (FLIN, 2009).

Segundo Silva (2008), na ocorrência de um incidente o importante é entender que ele não foi causado por uma falha única e exclusiva de uma pessoa e sim, considerar que os erros são reflexos de falhas do sistema. O ser humano é falível e por isso as falhas devem ser esperadas. Nesse contexto, as organizações devem estruturar o sistema de forma segura ajudando os profissionais a não errarem (REASON, 2003).

A falta de cuidado do paciente/acompanhante foi a terceira causa mais prevalente. A cooperação dos pacientes e acompanhantes é fundamental para a obtenção de uma assistência segura e os profissionais são responsáveis pelas orientações dos mesmos, para que eles possam entender a complexidade do tratamento e a importância de sua cooperação na melhoria da qualidade do cuidado. A Aliança Mundial para Segurança do Paciente criou o programa Pacientes para Segurança do Paciente, que objetiva realçar a cooperação do paciente, para que o mesmo participe ativamente na promoção de sua segurança, na tentativa de aumentar a qualidade dos serviços de saúde (WHO, 2008).

Em relação às condutas adotadas para a prevenção de EA, as mais relatadas foram implementação/alteração de protocolos e educação continuada. Os protocolos são elaborados para facilitar e tornar mais eficiente o processo de trabalho, uniformizando e padronizando a assistência (ATAKA, 2007).

Os profissionais entrevistados forneceram várias sugestões para prevenir a ocorrência desses EA, sendo educação continuada a mais frequente. A educação continuada é uma ação

importante na formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições. Deve ser considerada como parte de uma política global de qualificação dos profissionais de saúde, focada nas necessidades de mudanças da prática (SILVA, 2008). Sendo assim, as instituições de saúde devem fornecer educação continuada por meio de programas que visem desenvolver as habilidades e conhecimentos dos seus funcionários para garantir a qualidade do cuidado.

Apesar dos relatos dos profissionais terem indicado uma alta incidência de EA, eles consideraram que a assistência de enfermagem da unidade é de qualidade e segura para os pacientes. Uma assistência de qualidade é aquela que promove a segurança dos pacientes e, portanto, deve ser livre de eventos adversos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a análise do conhecimento dos profissionais da equipe de Enfermagem sobre a ocorrência de eventos adversos na unidade de hemodiálise, seus fatores causais, condutas adotadas e medidas de prevenção desses eventos. Entretanto, identificou-se que há falta de conhecimento sobre o tema, assim como sobre o serviço de gerenciamento de risco da instituição e o programa Hospitais Sentinela.

A falta de conhecimento sobre gerenciamento de risco e o programa Hospitais Sentinela representa uma lacuna a ser preenchida pelo Serviço de Gerenciamento de Risco da instituição, no que tange a divulgação de conceitos e informações em relação à gestão de risco e qualidade do cuidado, indicando que a cultura de segurança do paciente não está consolidada nesta instituição.

Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para uma análise crítica por parte dos profissionais e gestores de saúde sobre a qualidade do cuidado e que estimule o desenvolvimento de ações pró-ativas de educação, controle e prevenção de EA, auxiliando na promoção da segurança dos pacientes assistidos em unidades de hemodiálise.

7. REFERÊNCIAS

ATAKA, T.; OLIVEIRA, L. S. S. Utilização dos Protocolos de Enfermagem no Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, bimestral, editorial bolina, São Paulo, vol.3, n.13, p.19-24, 2007.

BEZERRA, A. L. Q. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo: Lemar e Martinari. 111 p. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Rede de Hospitais Sentinela**. 2008. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sentinela/apresenta.htm>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Pesquisas com seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, p.26. 1996.

CANINEU, R.; GUIMARAES, H. P.; LOPES, R. D.; *et al.* Iatrogenia em medicina intensiva. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v.18, n.1, 2006

FELDMAN, L. B.; SIMONATTO, O. A gestão de risco na visão da acreditação nacional - Organização Nacional de Acreditação (ONA). *In*: FELDMAN, L. B. (Org.). **Gestão de risco e segurança hospitalar**. São Paulo: Martinari, v.1, p.263-278, 2008.

FELDMAN, L. B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde**: critérios de avaliação, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari; p. 21, 2004.

FERREIRA, V.; ANDRADE, D. Cateter para hemodiálise: retrato de uma realidade. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.40, n.4, p.582-88, 2007.

FLIN, R.; WINER, J.; SARAC, C.; RADUMA, M. **Human factors in patient safety**: review of topics and tools. World Health Organization. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf>. Acesso em 14 jun 2011.

GARCÉS, E. O.; VICTORINO, J.A.; VERONESE, F.V. **Anticoagulação em terapias contínuas de substituição renal**. *Rev Assoc Med Bras*, v.53, n.5, p.451-455, 2007.

HEMMELGARN, B. R.; MOIST, L. M.; LOK, C. E.; TONELLI, M.; MANNIS, B. J.; HOLDEN, R. M. *et al.* Prevention of dialysis catheter malfunction with recombinant tissue plasminogen activator. **New England Journal of Medicine**, v. 364, p.302-312, 2011.

HOLLEY, J. L. **A descriptive report of errors and adverse events in chronic hemodialysis units**. *Nephrol News Issues*, v.20, n.12, p.57-8, p.60-1, p.63, 2006.

MARIOTTI, M. C. **Qualidade de vida na hemodiálise**: impacto de um programa de terapia ocupacional / Milton Carlos Mariotti. Curitiba, 2009. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br:8080/dspace/bitstream/1884/21795/1/Mariotti.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

NICOLE, A. G. **Construção e validação de indicadores de avaliação do acesso vascular de usuários em hemodiálise**. 2009. p.32. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud**. II Reunión de Expertos em Enfermagem e a Segurança do Paciente. 11 p. Miami 2007.

PEDREIRA, M. L. G. Erro humano no sistema de saúde. *In*: PEDREIRA, M.L.G, HARADA, M.J.C.S. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora; p. 3-22; 2009.

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para segurança do paciente. *In*: PEDREIRA, M.L.G., HARADA, M.J.C.S. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora; p. 23-31, 2009.

REASON, J. **Human error**. Cambridge, M. A.: Cambridge University Press, 2003. 301p.

RIBEIRO, R. C. H. M. *et al.* Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Acta Paul. Enferm.**, n.21(Número Especial), p.207-11, 2008.

ROGERS, A. E.; HWANG, W. T.; SCOTT, L. D.; AIKEN, L. H.; DINGES, D. F. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. **Health affairs**, v.23, n.4, p202-212, 2004.

SESSO, R. C. C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S.; LUGON, J. R.; BURDMANN, E. A. Censo brasileiro de diálise, 2009. **J Bras Nefrol.** v.32, n.4, p.380-384, 2010.

SILVA, A. B. C. **Análise de risco o processo de administração de medicamentos por via intravenosa em pacientes de um hospital universitário de Goiás**. 2008. 342p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SILVA, M. F.; CONCEIÇÃO, F. A.; LEITE, M. M. J. **Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem**. O mundo da Saúde, São Paulo: v.32, n.1, p.47-55, 2008.

SILVA, R.C.L.; CUNHA, J. J. S. A.; MOREIRA, C. L. S. **Evento adverso em terapia intensiva: o que sabem os profissionais de enfermagem**. R. pesq.: cuid. fundam. online, abr/jun, v.3, n.2, p.1848-55, 2011. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/1393/pdf_384>. Acesso em: 12 jun. 2011.

VAN WAELEGHEM, J.P.; CHAMNEY, M.; LINDLEY, E.J.; PANCIROVA, J. **Venous needle dislodgement: how to minimise the risks**. Journal of Renal Care, v.34, n.4, p.163-168, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The International Classification for Patient Safety (ICPS)**. Taxonomy – more than words. ICPS – 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety**. Forward program 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. **Patients for Patient Safety**. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/>. Acesso em: 13 jun. 2011.