

Comissão de Eventos Adversos/ Sentinela: Intervenções Educativas em Unidades de Terapia Intensiva

Commission Adverse Events / Sentinel: Educational Interventions in Intensive Care Units

Sebastião Ezequiel Vieira

Centro Universitário de Volta Redonda
ezequielvieira@hotmail.com

Marcelo Alves Paraíso

Centro Universitário de Volta Redonda
Marcelo.alves@ifrj.edu.br

Mayara Athanázio Diogo

Centro Universitário de Volta Redonda
mayaradiogo@gmail.com

Lijamar de Souza Bastos

Centro Universitário de Volta Redonda
Lijamar.bastos@ig.com.br

Kelly Cristina Lopes

Casa de Caridade de Muriaé – Hospital São Paulo
kellysouza@yahoo.com.br

Resumo

Os eventos adversos devem ser considerados uma complicação, incidente, iatrogenia ou erro profissional. Neste trabalho realizamos correlações e análise dos principais eventos adversos ocorridos nos anos de 2011 e 2012. A amostra foi constituída a partir da análise de 70 eventos adversos ocorridos no segundo semestre de 2011 e 126 casos do ano de 2012. Trata-se de uma análise quali-quantitativa de dados. Contatamos que eventos relacionados a cateteres como: Sonda vesical, sonda nasogástrica e enteral, tiveram um aumento de 3,89% em 2012. Já as úlceras por pressão tiveram uma queda de 1,59%. Nos eventos de perdas de acessos profundos e periféricos houve uma diminuição significativa de 15,63%. Estas melhorias foram possíveis devidos á implantação de medidas educativas que priorizaram desenvolver o conhecimento autoreflexivo e o principio da autopoiése. Algumas destas medidas foram: Adoção da escala de Braden, e treinamentos de POPs nos CTIs dentre outras.

Palavras chaves: Educação, eventos adversos, unidades de terapia intensiva

Abstract

Adverse events should be considered a complication, incident iatrogeny or malpractice. In this work, we performed correlations and analysis of major adverse events occurred in the years 2011 and 2012. The sample from the analysis of 70 adverse events occurred in the second half of 2011 and 126 cases in the year 2012. This is a qualitative and quantitative analysis of data. Contacted to events related to catheters as: Probe bladder and nasogastric enteral, increased by 3.89% in 2012. Already the pressure ulcers were down 1.59%. In the event of loss of heated deep and peripherals there was a significant decrease of 15.63%. These improvements as possible due to the implementation of educational measures that prioritized autoreflexivo develop knowledge and principle of autopoiesis. Some of these measures were: Adoption of the Braden scale, and training of POPs in ICUs among others.

Key words: Education, adverse events, intensive care units and self-reflection.

INTRODUÇÃO

O serviço de enfermagem deve ser compreendido como uma ferramenta importante na sociedade para adoção de medidas educativas. Seja na atenção primária ou em instituições que prestam serviços de nível secundário ou terciário, neste caso, as unidades hospitalares com os serviços de média e alta complexidade.

No decorrer da história os serviços de saúde sempre tiveram uma íntima relação com o processo de educação. No ambiente hospitalar esta realidade é mais uma vez retratada, principalmente quando nos referimos aos profissionais que neste ambiente trabalham. Nos hospitais as intervenções de educação permanente se tornaram cada vez mais necessárias. Esta situação ocorre devida a crescente complexidade dos serviços hospitalares, e também das várias complicações que estão agregadas aos tratamentos ofertados. Um bom exemplo desta realidade são os eventos adversos/sentinela. Devem ser considerados uma complicação, incidente, iatrogênia ou erro profissional. Os eventos adversos tendo ou não danos, podem ser devido a fatores humanos, organizacionais ou técnicos. Em relação aos eventos adversos podem ser considerados graves, quando compreende “qualquer ocorrência clínica desfavorável que resulta em morte; ameaça de vida; hospitalização ou prolongamento de uma hospitalização preexistente”, ou seja, todos os fatores relacionados a hospitalização que levem danos e ocorrências clínicas significativas de perda aos pacientes em tratamento. Quando nos referimos aos eventos sentinela são considerados eventos imprevistos que pode resultar em danos para os clientes internos e externos da instituição que presta o serviço. A sua monitorização é importante porque “interpreta-se como um sinal de que a qualidade dos serviços pode estar necessitando de melhoria” (ONA, 2006; CHALLOUB, 1996).

No ambiente hospitalar um setor de críticas mudanças são as unidades de terapia intensiva, com um uso acentuado de aparelhos e uma complexidade enorme dos pacientes internados. Devido a estas características o risco de eventos adversos/sentinela é maior, necessitando assim constantemente de intervenções educativas para que uma assistência de qualidade possa ser prestada (NOGUEIRA, 1994).

Um importante instrumento educativo usado na enfermagem é a educação permanente, que deve ser entendida como toda ação desenvolvida após a profissionalização com a finalidade de atualização dos conhecimentos e aquisição de novas informações, definida por meio de metodologias formais. Possui características fundamentais para o desenvolvimento

profissional, visto ser, conceituada como um conjunto de experiências adquiridas após a formação inicial, possibilitando assim o aumento, melhora ou manutenção de suas responsabilidades, concretizando a competência individual como atributo intransferível (DAVINI, 1994; PASCHOAL, 2004).

Desta forma, na educação permanente o consumo dá-se imediatamente na produção da ação, “não produzindo bens materiais, mas um bem simbólico que se evidencia no ato”. Em terapia intensiva esta educação permanente deve ser sempre algo em mutação num processo contínuo e progressivo (REIBNITZ, 2003. *ET AL*, 2003).

Mediante a necessidade de se impedir as ocorrências dos eventos adversos/sentinela compreendemos que para se evitar é preciso educar de forma transformadora. Dentro deste contexto o princípio defendido por Maturana e Varela (1995) no tocante a autopoíese, que impele ao consenso de que “todo ser vivo é um sistema autopoietico”, ou seja, que se auto-organiza e autoconstrói é extremamente relevante para a situação. Este pensamento pode e deve ser levado aos ambientes hospitalares. Objetivando a sensibilização dos profissionais, tendo como finalidade a obtenção de uma melhor adequação e assimilação das normas implementadas para se proporcionar qualidade no tratamento dos pacientes. Construindo um conhecimento que tenha condições de ser desenvolvido pelos próprios profissionais, sendo estes responsáveis por implementá-lo na prática, impedindo ou evitando os riscos.

A educação permanente em unidades de terapia intensiva deve visar os riscos cometidos aos clientes, proporcionando uma visão crítica sobre a ausência da auto-reflexão comum no sistema tradicional das ciências, este ponto de vista deve ser visualizado para um melhor desenvolvimento da capacidade profissional (DEVECHI, 2011. *ET AL*, 2011).

Acreditando que a educação pode e deve ser exercida em todos os ambientes, observamos por meio das unidades de terapia intensiva uma grande oportunidade para se evidenciar a eficácia da educação permanente em ambientes não formais (REIBNITZ, 2003; *ET AL*, 2003).

Outro autor que tem uma aplicabilidade ao trabalho é CARVALHO (2000), onde ele menciona a importância do relato pelos profissionais dos incidentes cometidos para que providências sejam tomadas o mais rápido possível. Para que isto ocorra, um processo de educação conscientizada se torna necessário, visto que a convivência com atos nocivos podem ocorrer como medida de proteção entre indivíduos de um determinado grupo.

Neste respeito Maturana (1995) fornece a base para um processo educativo eficaz e transformador, tendo como um dos fatores norteadores a autoreflexão. Este subsidia um conhecimento de transformações internas motivadas por um senso crítico da realidade. Diferenciando assim do modelo neoliberal que incentiva a certificação tecnicista, induzindo ao pensar que desta forma os indivíduos se tornam melhores cidadãos.

Os profissionais de saúde, como quaisquer seres humanos, são passíveis de falhas, no entanto, não se identificam os eventos adversos quando estes se solidarizam e mascaram tais situações. (MADALOSSO, 2000).

Partindo da premissa de que no processo de educar não pode haver respostas prontas, o que se procura fazer é estimular e ajudar os profissionais das unidades de terapia intensiva ao pensar de maneira reflexiva sobre os eventos adversos (REIBNITZ, 2003; *ET AL*, 2003)

Quando nos remetemos a incidentes evitáveis com pacientes internados em unidades de terapia intensiva, torna-se, extremamente importante que os profissionais que neste ambiente trabalham, sejam eles: Enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, médicos, dentre outros profissionais, busquem a reflexão aos procedimentos implementados na rotina do serviço. Devido a este contexto a adoção de

medidas educativas pode levar a resultados evolutivos no campo das comissões de eventos adversos/sentinela no ambiente hospitalar. Neste trabalho observamos que esta comissão se mostrou extremamente importante para um processo gradual e progressivo de educação permanente orientando e implementado medidas a enfermeiros e técnicos de enfermagem nas unidades de terapia intensiva da Casa de Caridade do Hospital São Paulo de Muriaé – MG.

Desta forma objetivamos constatar por meio de dados estatísticos o impacto das medidas adotadas pela comissão de eventos adversos/sentinela, identificando como o processo de educação permanente pode ser inserido em um ambiente hospitalar, e por consequência apresentar dados sobre a implantação de estratégias educativas na UTIs intervindo na diminuição dos eventos adversos/ sentinela.

Material e método

Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter descritivo e análise quantitativa dos dados. Foi realizada junto á comissão de eventos/adversos de um hospital geral de grande porte no interior do estado de Minas Gerais.

A pesquisa qualitativa de acordo com Minayo responde a questões bem particulares. No tocante as ciências sócias ela tem a preocupação com uma realidade que não pode ser quantificada, ou seja, trabalha com um mundo de significados, motivos e aspirações, o que corresponde a um espaço mais profundo dos relacionamentos, dos fenômenos dos quais não podem ser reduzidos á operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

Os conjuntos de dados quantitativos e qualitativos não se opõem em si mesmos. No entanto eles se complementam, pois a realidade que abrangem podem se interagir de maneira dinâmica (*Op. cit.*).

Os dados empíricos foram coletados a partir da análise documental dos formulários preenchidos pelos enfermeiros e enviados a comissão de eventos sentinela/adversos da referida instituição no período de junho de 2011 a dezembro de 2012. É importante considerarmos que os documentos são uma fonte de um relato vívido da representação dos vestígios de uma determinada atividade humana em um período específico. Desta forma, consideramos os comunicados de eventos adversos/sentinela como fontes de extrema riqueza de detalhes para a pesquisa (CELLARD, 2008).

Os formulários de notificações de eventos adversos foram instituídos na CCMHSP para realização das notificações junto á comissão responsável. Neste documento é possível encontrar ricas informações correspondentes aos eventos ocorridos.

A amostra foi constituída a partir da análise de 70 eventos adversos ocorridos no segundo semestre de 2011 e 126 casos do ano de 2012, sendo que todos foram notificados a comissão.

Limitamo-nos a demonstrar no trabalho como a educação permanente pode ser usada nas comissões de eventos adversos/sentinela e a fazer correlações e análise dos principais eventos adversos ocorridos nos anos de 2011 e 2012. Tendo como finalidade observar as melhorias e regressos após a implantação efetiva da comissão de eventos adversos/sentinela, propondo assim, uma abordagem educacional que contemple a realidade dos profissionais e gestores no ambiente hospitalar.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê da CCMHSP, sendo consideradas todas as exigências contidas na resolução 196, que normatiza as pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil.

Resultados e discussão

Na figura 01, foram analisados eventos adversos do ano de 2011 e na figura 02 eventos de 2012 com o total de 196 casos. Todos ocorridos em duas unidades de terapia intensiva da CCMHSP, sendo que, depois de notificadas foram encaminhadas a comissão responsável pelo controle.

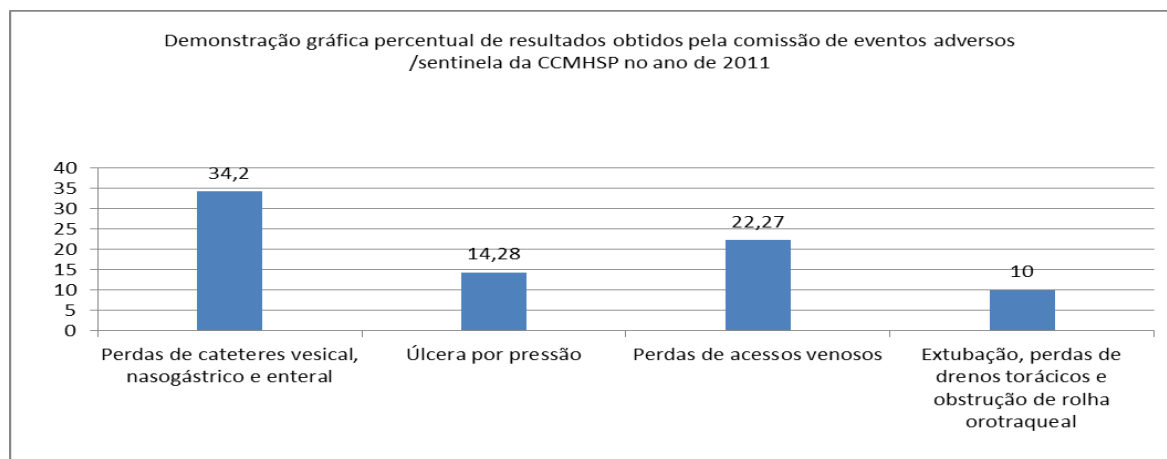


Figura 01

Na figura 02 que segue nos mostrará claramente os dados dos eventos adversos do ano de 2012. Podemos assim correlacionar de maneira visual a relevância do processo educativo nas unidades hospitalares, neste caso mais propriamente as unidades de terapia intensiva.

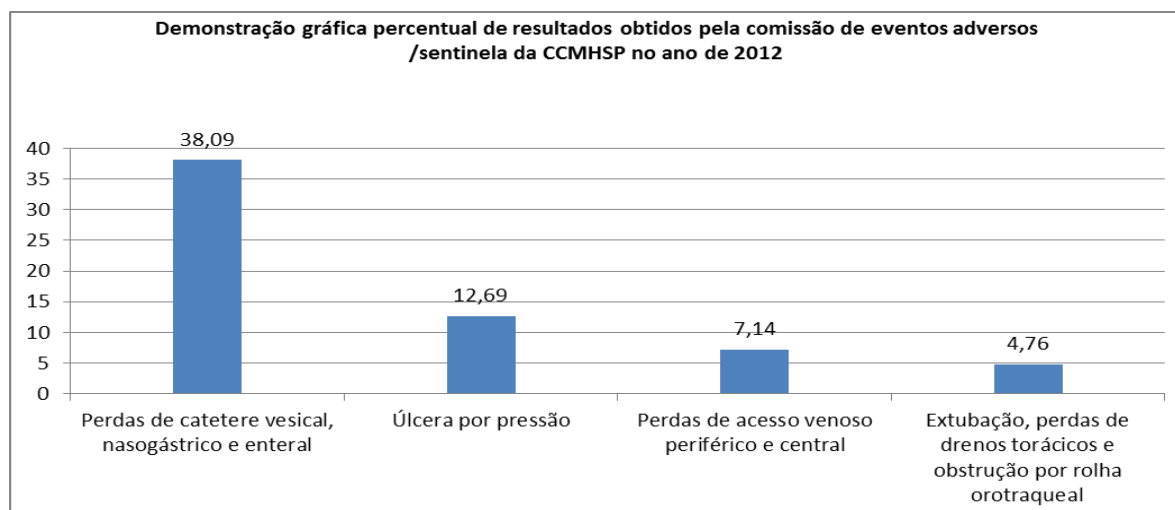


Figura 02

A correlação dos dados obtidos na figura um e dois mostram que eventos relacionados a cateteres como: Sonda vesical, sonda nasogástrica e enteral, tiveram um aumento de 3,89% em 2012. Dos eventos descritos na sequência todos tiveram uma diminuição estatística, comparando-se os dados de 2011 com os de 2012. No tocante as úlceras por pressão tiveram uma queda de 1,59%. Nos eventos de perdas de acesos profundos e periféricos, houve uma diminuição significativa de 15,63%. No caso de extubação, drenos de tórax e rolha em tubo orotraqueal, obteve-se uma queda de 5,24%.

Evidenciou-se por meio dos dados uma considerável melhora quanto aos eventos notificados. Porém quando nos referimos à perda de sondas observamos um aumento no percentual do ano de 2011 para o de 2012 de 3,89%. As medidas educacionais que levaram a conscientização quanto à caracterização da retirada das sondas como evento a ser notificado, pode ter levado a este aumento retratado na figura 01. Podemos e devemos considerar um avanço o aumento desta notificação, porque é parte do processo implantado pela comissão de eventos. Quando não se mascara ou se omite os eventos ocorridos é possível encontrar as falhas e melhorar a qualidade da assistência (MADALOSSO, 2000).

Referindo-se aos demais eventos adversos houve consideráveis melhoras. Em grande parte podemos atribuir ao processo de educação permanente implantado por meio da comissão de eventos adversos/sentinela. Quando nos remetemos às medidas educativas adotadas nos eventos de perdas de cateteres, acessos profundos, extubação, dreno de tórax e rolha, podemos considerar como principal e mais abrangente medida de educação, o treinamento de procedimento operacional padrão (POP). Estes possibilitaram adotar medidas padronizadas contendo em sua estrutura mínima: A definição do procedimento, objetivo, material utilizado, procedimento técnico, recomendações, responsabilidade e referências. Assim o POP é uma ferramenta de gestão de qualidade e ensino, que busca a excelência na prestação do serviço, buscando minimizar os erros nas ações rotineiras. Desta forma, permitiu-se que todos os turnos que trabalhavam nas unidades de terapia intensiva pesquisadas obtivessem a mesma qualidade assistencial, proporcionando assim uma redução dos indicadores de eventos adversos/sentinela (ROCHA, 2012).

Podemos ainda destacar a comissão de curativo que foi de extrema importância quanto ao processo de orientação e prevenção de tratamento das úlceras de pressão. Conforme descrito em literatura, no fim da década de 1990 começam chegar ao Brasil produtos específicos para tratamento de feridas. Com o uso da tecnologia esta comissão que é formada por enfermeiros capacitados, possuem condições de intervir com prescrição de coberturas (pomadas, gel e pastas) apropriadas, bem como, na orientação/ensino quanto à prevenção dos processos que desencadeiam as feridas. Desta forma foram proporcionadas grandes mudanças de comportamento tanto dos clientes quanto de profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem, em avaliar e acompanhar os riscos e evoluções das feridas. (DANTAS, *ET AL*, 2003).

Outro item importante na redução de úlceras de pressão foi à implantação da escala de Bradem. Por meio desta escala foi possível visualizar níveis de sensibilidade, especificidade e validade de predição positiva e negativa, ou seja, tem como finalidade a avaliação do risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão no período de internação. De acordo com esta escala são avaliados seis fatores de risco (sub-escalas), no cliente que são: 1- Quanto a percepção sensorial referindo-se a capacidade do cliente reagir significativamente ao desconforto relacionado á pressão (se o paciente está completamente limitado, muito ou pouco limitado e ou se não esta prejudicado). 2- Quanto a umidade referindo-se ao nível em que a pele é exposta á umidade (se ficam constantemente úmidos, pouco úmidos, ocasionalmente úmidos ou se estão livres de umidade). 3- Quanto à atividade, avaliando o grau de atividade física (se ficam restritos ao leito, cadeira se deambula ou não). 4- Quanto à mobilidade, referindo-se á capacidade do cliente em mudar e controlar a posição do seu corpo (completamente imóvel, muito ou pouco limitada, sem limitações). 5- Quanto à nutrição, retratando o padrão usual de consumo alimentar do cliente (se estão muito deficiente, com provável inadequação, adequada ou excelente). 6- Quanto à fricção/cisalhamento, retratando a dependência do cliente quanto á mobilização e posicionamento e sobre estados de espasticidade, contratura e agitação o que pode levar á constante fricção (se é um problema, um potencial problema ou não é um problema aparente). De acordo com a escala de Braden as

cinco primeiras subescalar dispostas respectivamente são pontuadas de 1(menos favorável) a 4(mais favorável); a sexta subescala, fricção e cisalhamento, é pontuada de 1 a 3. A somatória total fica entre os valores de 6 a 23. A baixa pontuação indica uma probabilidade maior no desenvolvimento da ulcera por pressão. Ao fim da avaliação do cliente pelo profissional enfermeiro, chega-se a conclusão numérica, que nos indica que: Abaixo de 11= Risco elevado, 12 a 14= Risco Moderado, 15 a 16= Risco Mínimo para o desenvolvimento de úlceras por pressão (BRADEN, 1987; BERGSTRON, 1987).

Devido às orientações obtidas por meio da escala de Braden é possível que de forma específica possam ser iniciadas medidas preventivas, baseadas no grau de risco de cada paciente.

Todos os métodos adotados pela comissão de eventos adversos/sentinela sejam os protocolos de operação padrão, escala de Braden. Possibilitaram a visualização de uma educação permanente como um processo educativo, formal, dinâmico, dialógico e contínuo, possibilitando a superação pessoal e profissional, buscando a conscientização e a relação integradora entre os sujeitos envolvidos para uma práxis crítica e criadora (BACKES, 2004).

Desta forma o acompanhamento diário feito pelos gerentes das unidades de terapia intensiva tendo em vista a educação permanente com técnicos de enfermagem e enfermeiros possibilitou a compreensão da realidade sendo vista a partir de interesses resultantes da ação (diminuição dos eventos adversos/sentinela), podemos afirmar que foi um grande avanço no processo de assimilação da teoria com a realidade. Foi usado no processo de educação permanente métodos de ensino que levaram em consideração os conhecimentos já adquiridos pelos educandos/profissionais, e concomitante a isto, foi proposta uma reformulação e ampliação do conteúdo, o que levou ao ato da autorreflexão, possibilitando a capacidade de superar as formas de dominação e de conhecimentos estáticos já preconizados (DEVECHI, ET AL, 2011).

Conclusão

A partir da identificação dos prevalentes eventos adversos nas unidades de terapia intensiva foi possível realizar uma correlação de dados para efeitos de comparação, também visualizamos quantitativamente e qualitativamente a efetiva atuação da comissão de eventos adversos/sentinela.

Observamos que melhoras foram possíveis a partir da implantação de medidas educacionais de forma permanente, como: Treinamento de protocolos de procedimentos operacionais padrão, a comissão de curativo e a escala de Braden.

Portanto, percebemos a relação entre teoria e a prática com as quedas dos índices percentuais apresentados. Conseguimos visualizar como podemos alcançar melhores padrões de qualidade na assistência hospitalar em unidades de terapia intensiva. Também observamos que a educação em serviço pode ser de enorme eficácia quando instalada de forma persuasiva, crítica, autoreflexiva e com princípios científicos que á embasem para uma maior credibilidade.

Ficamos com o legado de que o caminho para maiores aspirações em proporcionar qualidade e evitar complicações (Úlceras de pressão, perdas de cateteres, extubação dentre outros eventos adversos) no tratamento dos clientes em terapia intensiva é um processo de educação permanente visando á reflexão da prática por intermédio da teoria.

Referências

- BACKES V.M.S, SCHMIDT S.M.S, NIETSCHE E.A. Educação continuada: algumas considerações na história da educação e os reflexos na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis (SC) 2003 jan/mar; 12 (1):80-8.
- BRADEN B, BERGSTRON N.A. Conceptual schema dor the study of the etiology of pressure sore. *Rehab Nurs* 1987 jan-fev, 12(1): 8-12.
- CARVALHO V.T. Erros na administração de medicamentos: análise de relatos dos profissionais de enfermagem. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2000
- CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et.al A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos. *Pesquisa, Vozes*, 2008.
- CHALHOUB S. Cidade febril: Cortiços e epidemias na corte Imperial. São Paulo (SP): Companhia das Letras; 1996.
- DANTAS, S.R.P.E; JORGE, S.A. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo, atheneu, 2003
- DAVINI M.C. Practica laborales em los servicios de salud: lãs condiciones Del aprendizaje. In: Haddad J.Q, Roscheke M.A.C, Davini M.C, editores. *Educación permanente de personal de salud*. Washington: Organización Panamericana de La Salud: 1994. P. 109-25. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 100).
- DEVECHI, C.P.V. TREVISAN.A.L. Abordagem na formação de professores: uma reconstrução aproximativa do campo conceitual. *Rev Brasileira de Educação*. V.16 n. 47 maio-agosto. 2011
- MADALOSSO A.R.M. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo do cotidiano profissional. *Rev Latinoam Enferm*. 2000;8(3):11-7.
- MATURANA, H.; VARELA, F. A árvore do conhecimento. Campinas: Pay II, 1995
- MINAYO. M.C, *Pesquisa Social*. Petrópolis, Edição 23, 2004.
- NOGUERIA R.P. *Pespectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994. Xviii,155p.
- Organização Nacional de Acreditação. *Manual Brasileiro de Acreditação*. Brasília (DF); 2010.
- PASCHOAL A.S. O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal (dissertação). Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2004.
- REIBNITZ, K.S; Prado, M.L. Criatividade e Relação Pedagógica: Em busca de caminhos para a formação do profissional crítico criativo. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) 2003 jul/ago;56(4):439-442.
- ROCHA, F.C.V. *Procedimento Operacional Padrão – Enfermagem*. Hospital Getúlio Vargas. 2012.