

REPENSANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REVISÃO SISTEMÁTICA

Brendo Vitor Nogueira Sousa¹, Raquel Ribeiro Santana¹, Maiane Sousa dos Santos¹, Ellen Simone Vasconcelos Cipriano², Carla de Oliveira Brito³, Elenilda Farias de Oliveira⁴

RESUMO: Objetivou-se conhecer eventos adversos e práticas assistenciais realizadas para segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Revisão sistemática utilizando descritores: *Patient Safety; Intensive Care Units, Neonatal; Adverse events*. Estudo realizado entre setembro de 2015 e fevereiro de 2016, encontrados 84 artigos, em três bases de dados, entre 2006 e 2015. Após critérios de triagem e elegibilidades, foram selecionados 9 artigos. A análise dos artigos revelou eventos adversos presentes nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, atribuídos a diversos fatores. As ações citadas para prevenção dos eventos adversos foram educação continuada, treinamentos e aumento dos profissionais, apoio da gestão, fortalecendo conhecimento e comprometimento da equipe. Conclui-se que os eventos adversos de maior destaque foram os relacionados às medicações, infecções respiratórias e extubações não programadas, cujos principais fatores contribuintes para o erro foram as cargas excessivas de trabalho, falta de profissionais e de recursos e o ambiente de trabalho desfavorável.

DESCRIPTORES: Segurança do paciente; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Qualidade da Assistência à Saúde.

RECONSIDERING PATIENT SAFETY AT NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS: A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT: The objective was to get to know adverse events and care practices for the purpose of patient safety at a Neonatal Intensive Care Unit. Systematic review using the following descriptors: *Patient Safety; Intensive Care Units, Neonatal; Adverse events*. Study developed between September 2015 and February 2016. Eighty-four articles were found in three databases between 2006 and 2015. After applying the screening and eligibility criteria, nine articles were selected. The analysis of the articles revealed that adverse events take place at the Neonatal Intensive Care Units, which are attributed to different factors. The actions mentioned to prevent the adverse events were continuing education, training and an increasing number of professionals, support from management, knowledge strengthening and team commitment. In conclusion, the most noteworthy adverse events were related to medication, respiratory infections and non-programmed extubations. The main factors contributing to error were excessive workloads, lack of professionals and resources and an unfavorable work environment.

DESCRIPTORS: Patient Safety; Intensive Care Units, Neonatal; Quality of Health Care.

REPENSANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA

RESUMEN: La finalidad fue conocer eventos adversos y prácticas asistenciales efectuadas para seguridad del paciente en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. Revisión sistemática utilizando descriptores: *Patient Safety; Intensive Care Units, Neonatal; Adverse events*. Estudio desarrollado entre septiembre del 2015 y febrero del 2016, encontrando 84 artículos en tres bases de datos, entre 2006 y 2015. Tras la aplicación de los criterios de tamizaje y elegibilidades, fueron seleccionados 9 artículos. El análisis de los artículos reveló eventos adversos presentes en las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, atribuidos a diversos factores. Las acciones citadas para prevención de los eventos adversos fueron educación continuada, capacitaciones y aumento de los profesionales, fortaleciendo conocimiento y comprometimiento del equipo. En conclusión, los eventos adversos de mayor destaque fueron los relacionados a las medicaciones, infecciones respiratorias y extubaciones no programadas, cuyos principales factores contribuyentes al error fueron las cargas excesivas de trabajo, falta de profesionales y de recursos y el ambiente de trabajo desfavorable.

DESCRIPTORES: Seguridad del paciente; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal; Calidad de la Atención de Salud.

¹Discente de Enfermagem. Faculdade Adventista da Bahia. Cachoeira, BA, Brasil.

²Enfermeira. Pós-Graduada em Enfermagem Hospitalar no formato de Residência no Hospital Adventista Silvestre (HAS), Faculdade Adventista da Bahia. Cachoeira, BA, Brasil.

³Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Enfermeira Neonatologista do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, BA, Brasil.

⁴Enfermeira. Mestre em Patologia. Doutoranda em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Faculdade Adventista da Bahia. Cachoeira, BA, Brasil.

Autor Correspondente:

Brendo Vitor Nogueira Sousa
Faculdade Adventista da Bahia
R. Eugênio de Araújo, 13 - 47590-000 - Ipupiara, BA, Brasil
E-mail: brendovitornogueirasousa@gmail.com

Recebido: 29/02/2016

Finalizado: 06/07/2016

● INTRODUÇÃO

Discussões a respeito da segurança do paciente durante a hospitalização foram impulsionadas após a publicação do relatório americano “*To err is human: building a safer health care system*” (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), no ano 2000, apontando que mundialmente milhões de pessoas sofrem lesões e mortes decorrentes das práticas de saúde^(1,2). Estudos epidemiológicos realizados em países desenvolvidos evidenciam que o ambiente, a cultura, as relações e a complexidade do sistema culminam na ocorrência de inúmeros erros e eventos adversos que poderiam ser evitados, e acabam comprometendo a segurança do paciente, ocasionando sequelas e até mortes⁽³⁾.

Referindo-se à segurança do paciente no ambiente de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs) e relacionando esta com as particularidades dos neonatos, os riscos à segurança, nesta situação, podem ser maiores. Um estudo na UTIN de um hospital filantrópico brasileiro mostrou que dos 218 neonatos admitidos em um período de cinco meses, 183 (84%) sofreram eventos adversos (EAs) e a maioria destes sofreram mais de um EA, com uma taxa média de 2,6 EAs para cada paciente, durante uma média de internação de 13,5 dias^(1,4). Ainda há que se considerar que pode haver subregistro dos eventos adversos, e isso pode ser atribuído a diversos fatores: desconhecimento dos profissionais de saúde, negligência ou mesmo o medo de sanções.

Demonstrando preocupação com esta situação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004 criou a *World Alliance for Patient Safety*, que posteriormente passou a chamar-se “*Patient Safety Program*”, com objetivo de organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os EAs⁽⁵⁻⁷⁾.

Assim, no Brasil, em 2013, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, sejam eles públicos ou privados de acordo com a prioridade dada à segurança do paciente⁽⁸⁻⁹⁾. Nota-se que além do conhecimento inerente às práticas de saúde, necessita-se também de um ambiente que motive o profissional e que dê suporte adequado para realização dos diversos procedimentos, essenciais à recuperação e promoção da saúde dos pacientes.

A segurança do paciente nas UTINs é uma questão delicada, incitando que diversos fatores culturais precisam ser repensados, pois mesmo as pesquisas indicando as principais causas que interferem na segurança, os erros ainda são julgados como incompetência profissional, o que repercute na resistência em realizar as notificações de EAs. Segundo profissionais de enfermagem e medicina, a gestão hospitalar não prioriza a segurança do paciente e não proporciona um clima de trabalho que motive a sua promoção, dificultando o estabelecimento da mesma nas diversas instituições de saúde⁽¹⁾.

As instituições de saúde estão cuidando de pessoas com processos de doença, tratamentos e tecnologias complexas, o que exige esforços em direção a um sistema de cultura de segurança do paciente. Dentre esses espaços, destacam-se as UTINs, visto que tratam de crianças na faixa etária mais vulnerável da infância, o que pode implicar na sua sobrevivência e impor limitações no desenvolvimento de suas potencialidades. Por compreender a importância de uma assistência mais segura, que contribua para a melhoria da qualidade do trabalho e para a recuperação da saúde do cliente, são necessárias pesquisas que ampliem esta discussão.

Neste contexto, esta pesquisa objetivou conhecer os principais eventos adversos e práticas assistenciais realizadas para segurança do paciente de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

● METODOLOGIA

Consiste em uma revisão sistemática que partiu em responder à seguinte pergunta: quais os principais eventos adversos e as práticas assistenciais realizadas para a segurança do paciente de unidade de terapia intensiva neonatal?

O estudo foi realizado entre os meses de setembro de 2015 e fevereiro de 2016. Para a busca da evidência científica, utilizaram-se os seguintes descritores: *Patient Safety*; *Intensive Care Units*,

Neonatal; Adverse events; atrelando com os operadores booleanos (AND, OR) para respostas mais condizentes com o tema estudado. Os critérios de inclusão consistiram em artigos originais publicados nas seguintes bases de dados: Base de Dados em Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), entre os anos de 2006 a 2015, que abordassem os principais eventos adversos presentes nas UTINs e as práticas assistenciais de segurança do paciente realizadas para tentar evitá-los. Foram excluídos os artigos publicados em data anterior a 2006, artigos de revisão, relatos de experiência e artigos que fugiram do objetivo proposto por não trazerem informações sobre a temática nas UTINs.

Para a seleção dos estudos primeiramente foi realizada uma leitura prévia dos títulos e resumos para avaliação da temática. Em seguida foram selecionados os artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão e objetivo estabelecidos neste estudo. Por fim, os artigos foram avaliados novamente a partir de leitura integral, para síntese crítica dos estudos criteriosamente selecionados. Todos os artigos inseridos têm como principal temática a segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e passaram pelo processo de análise. Foi realizada a síntese crítica dos principais resultados, respondendo à pergunta norteadora deste estudo.

A Figura 1 faz uma representação esquemática destas etapas conforme recomendações metodológicas do "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta" (PRISMA) *Flow Diagram* específica para revisões sistemáticas^(10,11).

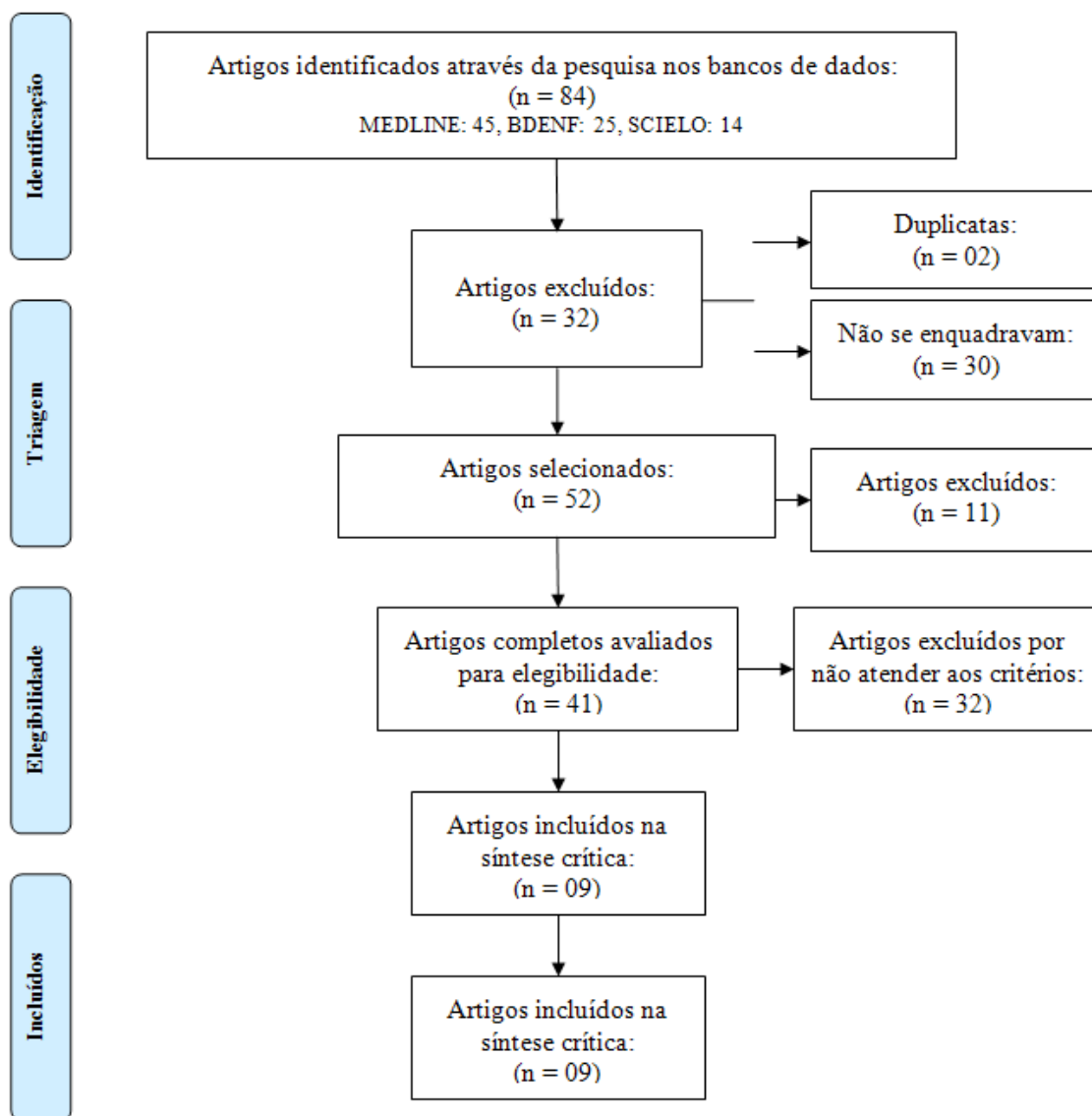


Figura 1 - Fluxograma dos métodos de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos artigos, de acordo com o PRISMA *Flow Diagram*^(10,11). Cachoeira, BA, Brasil, 2016

RESULTADOS

Dos nove artigos selecionados, três foram extraídos da MEDLINE, sendo dois de periódicos internacionais em língua inglesa (artigos de nº 02 e 03), um da BDENF e cinco da SCIELO. O periódico de maior prevalência foi o *Jornal de Pediatria* com duas publicações inseridas (artigos de nº 05 e 06). Além disso, traz o número de artigos selecionados conforme o ano de publicação, tendo havido maior publicação nos anos de 2014 e 2015.

Nota-se que os tipos de estudos e abordagens utilizadas (Quadro 2) foram os seguintes: prospectivos (três), retrospectivos (dois), descritivos (quatro) e transversais (três). Cabe salientar que 6 artigos (66,6%) utilizaram mais de um tipo de abordagem metodológica. Sobre o instrumento para coleta de dados, foi utilizado o “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*” (HSOPSC) pelos artigos de número 08 e 09. Este instrumento é constituído por nove seções listadas da letra A a I, somando 42 itens e é estruturado em 12 dimensões da cultura de segurança, avaliadas no âmbito individual, das unidades e hospitalar, avaliando o grau de concordância dos profissionais sobre questões relativas à cultura de segurança do paciente por meio de uma escala de *Likert*.

Quadro 1 - Identificação dos artigos, autores, título, base de dados, periódico e ano de publicação. Cachoeira, BA, Brasil, 2016

Nº	Autores	Título	Base	Periódico/Ano
1	Ventura, Claudiane Maria Urbano; Alves, João Guilherme Bezerra; Meneses, Jucille Do Amaral.	Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ⁽⁴⁾	MEDLINE	Revista Brasileira de Enfermagem/2012
2	Merkel, Lori; Beers, Kimberly; Lewis, Mary M; Stauffer, Joy; Majsce, Dennis J; Kresch, Mitchell J.	Reducing Unplanned Extubations in the NICU ⁽¹²⁾	MEDLINE	Pediatrics/2014
3	Samiee-Zafarghandy, Samira; Raman, Sudha R; Anker, John N. van den McHutchison, Kerstin; Hornik, Christoph P; Clark, Reese H; Smith, P. Brian.	Safety of milrinone use in neonatal intensive care units ⁽¹³⁾	MEDLINE	Early Human Development/2015
4	Barbosa, Maria Teresa de Souza Rosa; Alves, Valdecyr Herdy; Rodrigues, Diego Pereira; Branco, Maria Bertilla Lutterbach Riker; Souza, Rosângela de Mattos Pereira de; Bonazzi, Vera Cristina Augusta Marques.	Quality indicators in support of intravenous therapy in a university hospital: a contribution of nursing ⁽¹⁴⁾	BDENF	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online/2015
5	Ferreira, Janita; Bouzada, Maria CF; de Jesus, Lenize A; Cortes, Maria da Conceição Werneck; Armond, Guilherme A; Clemente, Wanessa T; Anchieta, Lêni M; Romanelli, Roberta MC.	Evaluation of national healthcare related infection criteria for epidemiological surveillance in neonatology ⁽¹⁵⁾	SCIELO	Jornal de Pediatria/2014
6	Filho, Fernando Lamy; Silva, Antônio AM; Lopes, José MA; Lamy, Zeni C; Simões, Vanda MF; Santos, Alcione M.	Staff workload and adverse events during mechanical ventilation in neonatal intensive care units ⁽¹⁶⁾	SCIELO	Jornal de Pediatria/2011
7	Oliveira, Poliana Cardoso Ribeiro De; Cabral, Laura Alves; Schettino, Renata De Carvalho; Ribeiro, Simone Nascimento Santos.	Incidência e principais causas de extubação não planejada em unidade de terapia intensiva neonatal ⁽¹⁷⁾	SCIELO	RevBras Ter Intensiva/2012
8	Tomazoni, Andréia; Rocha, Patrícia Kuerten; Kusahara, Denise Miyuki; Souza, Ana Izabel Jatobá de; Macedo, Taise Rocha.	Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal ⁽¹⁾	SCIELO	Texto Contexto Enferm. Florianópolis/2015
9	Tomazoni, Andréia; Rocha, Patrícia Kuerten; Souza, Sabrina de; Anders, Jane Cristina; Malfussi, Hamilton Filipe Correia de.	Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team ⁽¹⁸⁾	SCIELO	Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)/2014

Quadro 2 - Identificação dos artigos, tipo de estudo, objetivo, resultados/conclusão. Cachoeira, Bahia, Brasil, 2016 (continua)

Nº	Tipo de estudo	Objetivo	Resultados/Conclusão
1	Estudo observacional, prospectivo.	Determinar a frequência de EAs, aplicando a metodologia do "instrumento de gatilho" Americano, em uma UTIN de um país em desenvolvimento.	Os eventos adversos de maior ocorrência foram: distúrbios da termorregulação, distúrbios da glicemia, infecção (IRAS), extubação não programada. Assim percebe-se que é elevada a incidência de EAs nesta UTIN especialmente entre os Recém-nascidos de muito baixo peso.
2	Prospectivo	Reduzir extubações não planejadas, atingindo 1 extubação não planejada por 100 dias de entubado.	Através do desenvolvimento de um pacote de práticas potencialmente melhores implementadas em sucessivos ciclos Plan-Do-Study_Act (PSDA) que incluiu 1º educação do pessoal sobre a frequência e importância de extubações não programadas priorizando a segurança do tubo endotraqueal onde enfermeiros e fisioterapeutas devem avaliar regularmente a fita de segurança do tubo endotraqueal, 2º colocação de cartões coloridos para alertas de vias aéreas na cabeceira de cada paciente entubado e ventilado mecanicamente, 3º uso de um dispositivo comercial para proteger o tubo, 4º análise de qualquer extubação não planejada por uma equipe multidisciplinar, 5º ciclo resultou em uma diminuição significativa da taxa de extubação não planejada.
3	Análise retrospectiva	Determinar a segurança da terapia milrinona entre as crianças em unidade de terapia intensiva neonatal.	Os EAs observados durante a exposição à milrinona cerca de 42% dos pacientes da UTIN apresentaram pelo menos um. A hipotensão foi comumente relatada no início da terapia com milrinona e a trombocitopenia foram os EAs clínicos e laboratoriais mais relatados. Assim a segurança, a dosagem e a eficácia deste medicamento em crianças deve ser determinada em ensaios clínicos prospectivos.
4	Descritivo não experimental	Compreender os indicadores de qualidade da assistência de terapia intravenosa na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital universitário.	A instalação de cateteres intravasculares é uma das intervenções mais frequentes realizados em RNs internados em UTIN, os resultados desta pesquisa permitem evidenciar que as repetidas tentativas de punção contribuíam para a exposição do RN à dor e a EAs como flebite, inflamação, infecção e extravasamento de fluidos podendo causar prejuízos à rede venosa, configurando assim uma assistência inadequada. Houve uma média de 1,3 instalações por uma média de 2,1 tentativas de punção por RN. Desse modo os profissionais devem estar capacitados e instrumentalizados em suas ações de cuidado com os RNs favorecendo a sua segurança quanto aos erros de manutenção do equipamento.
5	Transversal	Avaliar a aplicação dos critérios nacionais para notificação de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) em Unidade Neonatal e comparar com os critérios propostos pelo National Health Care Safety Network (NHSN).	Foram acompanhados 882 pacientes na Unidade Neonatal de Cuidados Progressivos (UNCP) onde cerca de 330 RNs apresentaram pelo menos um episódio de infecção notificada. Foram notificados um total de 552 episódios de IRAS independente do critério, com densidade de incidência (DI) de 27,28 infecções/1000 paciente-dia. A sepse foi a complicação infecciosa mais frequente com 58,3%, após esta as infecções de pele (monilíase) 15,1%, seguida de conjuntivite 6,5% e pneumonia 6,1% foram às infecções mais presentes.
6	Estudo de coorte prospectiva	Investigar uma possível associação entre a carga de trabalho de profissionais da saúde e eventos adversos intermediários, tais como extubação acidental, obstrução do tubo endotraqueal e desconexão acidental do circuito do ventilador, durante ventilação (...)	Foram estudados 543 RNs durante um período de 6 meses, onde ocorreram 117 eventos adversos relacionados a ventilação mecânica neste período. Os números de desconexões do circuito do ventilador, extubações acidentais e obstruções do tubo endotraqueal, expressos em porcentagem do número total de pacientes avaliados foram de 9,98, 5,37 e 4,61% respectivamente. A equipe em cada turno consistia em 5,28 auxiliares de enfermagem, 1,45 enfermeiros e 3,54 médicos em média, a análise ajustada demonstrou uma associação entre o número de Recém-nascidos classificados de acordo com a Demanda de Cuidados (RCDs) por enfermeiro ou auxiliar e eventos adversos: quanto maior a (...)

Quadro 2 - Identificação dos artigos, tipo de estudo, objetivo, resultados/conclusão. Cachoeira, Bahia, Brasil, 2016 (continuação)

Nº	Tipo de estudo	Objetivo	Resultados/Conclusão
6		(...) mecânica neonatal em unidades neonatais de alto risco.	(...)proporção entre o número de RCDCs e o número de enfermeiros ou auxiliares, maior o risco de ocorrência de EAs. A hipótese de uma associação entre carga excessiva de trabalho e EAs na ventilação mecânica neonatal foi confirmada neste estudo.
7	Retrospectivo e descritivo	Determinar a incidência e as principais causas de extubação não planejada em recém-nascidos nas unidades de terapia intensiva neonatais do Hospital Sofia Feldman, de Belo Horizonte (MG).	Ocorreram 54 extubações não planejadas (ENP) com incidência observada de 1,0 ENP para cada 100 dias de intubação. As principais causas de ENP analisadas foram: agitação do paciente (30,8%); manipulação inadequada do paciente (17,9%), durante execução de alguns procedimentos (coleta de sangue, troca de curativo, punção lombar, radiografia e ao posicionar o RN no leito); fixação inadequada do TET (17,9%); posicionamento inadequado do TET (6,6%); RN mal posicionado no leito (9%); outros, como troca de fixação do TET e vômitos (3,9%); sem relato (2,6%), e circuito de VM mal posicionado (1,3%). Houve uma média de 1,44 causas de ENP para cada evento. Para que a incidência de ENP seja reduzida, é preciso melhorar ainda mais a avaliação e a qualidade da assistência contínua dos RNs internados nessas UTINs, principalmente por meio da vigilância dos sinais clínicos de possível evento de ENP e da adoção de medidas para diminuir as causas desse evento.
8	Estudo descritivo-exploratório de natureza quantitativa, do tipo survey transversal.	Analisar a cultura de segurança do paciente na perspectiva das equipes de enfermagem e médica de hospitais públicos de Florianópolis.	Foram analisadas 12 dimensões da cultura de segurança classificando as dimensões em áreas de força ou críticas. Considera-se que as dimensões "Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente" (61%) e "Aprendizado organizacional – melhoria contínua" (59%) que são as principais demonstram avanços na cultura de segurança e apresentam potencial para se tornarem áreas fortes nas UTINs. Os percentuais de respostas positivas indicam que as ações do supervisor/chefia e o aprendizado organizacional são fatores positivos da cultura de segurança do paciente. Ainda, a segunda área crítica em destaque foi "Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente", sendo que, na opinião dos sujeitos do estudo, há pouco comprometimento e apoio da gestão com relação à segurança do paciente. Destacou-se também que a alta carga de trabalho devido ao quadro de funcionários insuficiente indica riscos à segurança do paciente.
9	Estudo descritivo-exploratório de natureza quantitativa do tipo survey transversal.	Verificar a avaliação da cultura de segurança do paciente, de acordo com o cargo e tempo de trabalho das equipes de enfermagem e médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.	Analisando os cargos da equipe para nota de segurança, observou-se diferença estatística entre muito bom e regular. Nesse sentido, o técnico de enfermagem e o médico foram os que mais optaram pela nota muito bom (24 e 19%, respectivamente). Os ocupantes dos cargos de enfermeiro e auxiliar de enfermagem foram os que menos consideraram essas duas opções de notas de segurança do paciente. Notou-se que à medida que os profissionais foram adquirindo mais tempo de trabalho, tanto da instituição como na própria UTIN, optaram por menos respostas positivas. Com relação à comunicação de eventos, notou-se que os profissionais que optaram por um menor número de eventos relatados, tinham maior tempo de trabalho. Em relação aos cargos, os técnicos e médicos foram os que mais optaram por nenhum ou 1 a 2 eventos.

● DISCUSSÃO

A busca pela qualidade nos serviços de saúde é essencial, e os movimentos pela segurança do paciente devem ser um caminho prioritário a ser percorrido para a prestação de uma assistência adequada livre de danos. No entanto abordar a qualidade em saúde não é tarefa fácil, principalmente em se tratando do ambiente hospitalar, pois para que o atendimento ocorra com qualidade, de forma

segura e isenta de falhas, é necessária uma gama de aspectos tais como: adequação da infraestrutura dos serviços, articulação dos serviços que envolva a provisão de materiais, equipamentos, recursos humanos especializados; e a notificação de EAs se torna fundamental. A análise dos artigos selecionados revelaram uma diversidade de EAs presentes nas UTINs, o que dificulta a implementação de táticas para diminuição dos fatores contribuintes⁽¹⁹⁾.

O artigo um refere que os principais EAs são os distúrbios da termorregulação, distúrbios de glicemia, insuficiências respiratórias e extubação não planejada (ENP). Há uma elevada incidência de EAs nesta UTIN especialmente entre os RNs de muito baixo peso⁽⁴⁾. Outro estudo evidencia que os tipos de incidentes que mais ocorrem nas UTINs estão relacionadas a erros ou falhas no uso de medicamentos, infecção associada aos cuidados em saúde, lesão cutânea, ventilação mecânica e cateteres intravasculares⁽²⁰⁾, fazendo assimilação com os achados desta pesquisa.

Sobre o uso de medicamentos, o artigo três descreve que 42% dos pacientes da UTIN estudada apresentaram pelo menos um EA na exposição a milrinona, sendo os principais a hipotensão e trombocitopenia⁽¹³⁾. Em outro estudo realizado no interior de São Paulo no ano de 2012 com enfermeiros, verificou-se que os fatores que contribuem para os erros de medicação estão relacionados à sobrecarga de trabalho, falta de atenção, despreparo ou má formação profissional, prescrição ilegível, falta de profissionais, automatização do cuidado, falta de planejamento, desinteresse pelo trabalho e o ambiente físico inadequado. Por estes motivos, é essencial que as unidades disponham não somente de serviços sistematizados, voltados para a organização dos cuidados, como também que exerçam políticas em prol da saúde dos trabalhadores da área de saúde, uma vez que as sobrecargas de trabalho e déficits nas condições e na organização do mesmo podem vir a contribuir na ocorrência dos EAs⁽²¹⁾.

Estudos tem sido realizados e estratégias vem sendo definidas para a melhoria da segurança com medicamentos, como por exemplo a necessidade de educação continuada; capacitações para as equipes; aumento de funcionários visando evitar a sobrecarga de trabalho; melhor organização do ambiente físico e padronização do serviço; melhor supervisão do enfermeiro; melhor legibilidade das prescrições médicas e a não punição são pontos fundamentais para a melhoria da assistência de forma geral⁽²¹⁾.

Fazendo alusão ao supracitado e destacando a importância da educação continuada, um estudo realizado em 2014 em três unidades de um hospital de ensino do sul do Brasil destaca que a investigação dos EAs permite que ações educativas sejam estabelecidas na educação em serviço, tanto de cursos técnicos quanto de cursos de ensino superior. Visto que a PNSP sugere a inclusão de conteúdos de segurança nos processos de formação profissional, é necessário ampliar o escopo do ensino sobre segurança desde a formação⁽²²⁾.

O artigo sete, cujo objetivo foi determinar a incidência e principais causas de ENP em RNs, aponta que a incidência observada deste fenômeno é de 1,0 ENP para cada 100 dias de intubação. As principais causas analisadas foram agitação e manipulação inadequada do paciente durante a execução de alguns procedimentos, fixação e posicionamento inadequado do tubo endotraqueal (TET), dentre outros. Diante disso, descreve que é necessária a adoção de medidas para diminuir este evento⁽¹⁷⁾. Nesta mesma perspectiva, o artigo 02 apresenta um pacote de práticas que podem ser implementadas para reduzir as ENP, como a educação do pessoal, a frequência e importância de ENP, priorizando a segurança do TET, colocação de cartões coloridos para alertas de vias aéreas na cabeceira de cada paciente entubado e/ou ventilado mecanicamente, uso de um dispositivo comercial para proteger o tubo e a análise de qualquer ENP por uma equipe multidisciplinar. Essas medidas são de total importância para a diminuição significativa da taxa de ENP como descrito no estudo mencionado⁽¹²⁾.

As UTINs, devido à sua complexidade, acabam apresentando uma maior probabilidade de EAs, seja pela diversidade de aparelhos necessários à monitorização contínua do paciente, quer seja pela variedade de procedimentos que são realizados para manutenção da vida e da saúde de seus pacientes. Nesta perspectiva, uma dissertação de mestrado realizada em hospitais do Rio de Janeiro no ano de 2013, descreve que o risco está envolvido em todo e qualquer cuidado de saúde, desde os mais simples aos mais complexos, existindo assim as probabilidades de acertos, falhas e/ou incidentes, e atualmente com o desenvolvimento de novas tecnologias e avanços científicos na saúde, os sistemas que envolvem cuidados acabam ficando mais complexos, fortalecendo ainda mais as possibilidades de ocorrências de incidentes em seu processo de cuidado⁽²³⁾.

O artigo quatro mostra que as instalações de cateteres intravasculares são umas das intervenções mais realizadas em RNs internados em UTIN, cujas repetidas tentativas de punção contribuem para a exposição à dor e a diversos EAs, como flebite, inflamação, infecção e extravasamento de fluidos. Os autores mencionam uma média de 2,1 tentativas por RN, desse modo os profissionais devem estar capacitados em suas ações com os RNs favorecendo a sua segurança⁽¹⁴⁾. Além destas medidas, estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre cita outros fatores importantes que contribuem para a segurança do paciente e qualidade do cuidado com a criança hospitalizada: as intenções dos profissionais de saúde aliadas à comunicação efetiva, o atendimento individual, acesso e atendimento das informações a respeito do estado de saúde para o planejamento adequado das intervenções, rigorosa higienização de mãos e equipamentos, trabalho em equipe com visão crítica e bom senso⁽²⁴⁾.

Nesse sentido, para desenvolver uma cultura de segurança do paciente, o primeiro passo é reconhecer e identificar o erro e encarando-o como uma fonte de ensinamento. É essencial desconstruir o conceito de que o erro é individual, necessita-se ampliar o enfoque da equipe como responsável pelo EA. Esta temática poderia ser discutida nos currículos das profissões da área da saúde como tema transversal, pois a produção do conhecimento e o aumento de pesquisas sobre esta temática subsidiarão a socialização e a expansão do assunto em todos os contextos⁽²⁴⁾.

Os artigos seis e nove, associando carga de trabalho da equipe e EAs, demonstram que esta associação é verdadeira principalmente nos EAs relacionados à ventilação mecânica neonatal, como afirma o artigo seis⁽¹⁶⁾. Já o nove faz uma avaliação com os profissionais da equipe médica e de enfermagem das UTINs, sendo evidenciado que conforme os profissionais vão adquirindo mais tempo de trabalho, passam a optar por respostas menos positivas relacionadas à cultura de segurança do paciente⁽¹⁸⁾. Como descreve outro estudo de revisão integrativa, com artigos da Biblioteca Virtual de Enfermagem publicados entre os anos de 2004 a 2012, a segurança do paciente é uma temática que perpassa fatos passados e permanece desafiando os pesquisadores atuais, mesmo com os avanços da ciência. Acredita-se que para garantir uma assistência de qualidade, os profissionais da área da saúde devem ter uma visão holística do cuidado, tendo a segurança do paciente como prioridade, levando em consideração não somente os aspectos referentes ao cuidar, mas também ao educar e pesquisar. A educação e o treinamento dos profissionais e a realização de pesquisas certamente favorecerão a divulgação da cultura de segurança do paciente, visando reduzir ao máximo os EAs e as práticas inseguras que colocam em risco a saúde de pacientes e profissionais⁽²⁵⁾.

● CONCLUSÃO

Esta revisão evidenciou uma diversidade de EAs que estão presentes nas UTINs. Dentre eles, os que tiveram maior destaque foram os relacionados às medicações, infecções respiratórias e os relacionados às extubações não programadas. Sobre os principais fatores contribuintes para o erro, os artigos destacaram cargas excessivas de trabalho, falta de profissionais, falta de recursos físicos e materiais e um ambiente de trabalho desfavorável, fatores estes presentes em grandes partes dos hospitais públicos do Brasil, tornando assim o tema ainda mais importante. As ações citadas para prevenção dos EAs foram a educação continuada, treinamentos para toda a equipe de saúde, aumento do número de profissionais e apoio da gestão em todos os sentidos, fortalecendo o conhecimento e o comprometimento da equipe.

● REFERÊNCIAS

1. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, de Souza AIJ, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Texto contexto - enferm.* [Internet] 2015; 24(1) [acesso em 09 set 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health care system.* Institute of Medicine. Shaping the future for health; 1999.
3. Pedreira MDLG. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. *Acta paul. enferm.* [Internet] 2009; 22 (Especial - 70 Anos) [acesso em 10 set 2015]. Disponível:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/07.pdf>

4. Ventura CMU, Alves JGB, Meneses JDA. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev. bras. enferm. [Internet] 2012; 65(1) [acesso em 10 set 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100007>
5. World Health Organization (WHO). World Alliance for patient safety: forward programme. 2005 [acesso em 11 set 2014]. Disponível: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
6. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente Polo Ribeirão Preto (REBRAENSP). Boletins Informativo REBRAEMSP – Polo Ribeirão Preto. 2ª ed. 2013 [acesso em 13 set 2015]. Disponível: <http://www.rebraensp.com.br/phocadownload/publicacoes/2BoletimRP2013.pdf>
7. Ovretveiot J, Travassos C, Sousa P, Proqualis. Melhoria de qualidade que agrega valor – o cuidado de saúde; 2015.
8. Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde. 2014. [acesso em 13 set 2015]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário oficial da união, [Internet] 1 abr 2013 [acesso em 22 set 2015]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. Plos Med. [Internet] 2009; 3(3) [acesso em 01 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
11. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. The BMJ. [Internet] 2009; 339 [acesso em 01 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b2700>
12. Merkel L, Beers K, Lewis MM, Stauffer J, Mujsce DJ, Kresch MJ. Reducing Unplanned Extubations in the NICU. Pediatrics. [Internet] 2014; 133(5) [acesso em 03 nov 2015]. Disponível: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2013-3334>
13. Samiee-Zafarghandy S, Raman SR, Anker JN van den, McHutchison K, Hornik CP, Clark RH, et al. Safety of milrinone use in neonatal intensive care units. Early Hum. Dev. [Internet] 2015; 91(1) [acesso em 04 nov 2015]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.10.007>
14. Barbosa MTSR, Alves VH, Rodrigues DP, Branco MBLR, de Souza RMP, Bonazzi VCAM. Quality indicators in support of intravenous therapy in a university hospital: a contribution of nursing. J. res.: fundam. care. online. [Internet] 2015; 7(2) [acesso em 04 nov 2015]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2277-2286>
15. Ferreira J, Bouzada MCF, de Jesus LA, Cortes MCW, Armond GA, Clemente WT, et al. Evaluation of national healthcare related infection criteria for epidemiological surveillance in neonatology. J. Pediatr. [Internet] 2014; 90(4) [acesso em 04 nov 2015]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.11.002>
16. Lammy Filho F, da Silva AAM, Lopes JMA, Lamy ZC, Simões VMF, dos Santos AM. Staff workload and adverse events during mechanical ventilation in neonatal intensive care units. J. Pediatr. [Internet] 2011; 87(6) [acesso em 04 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2140>
17. de Oliveira PCR, Cabral LA, Schettino RDC, Ribeiro SNS. Incidência e principais causas de extubação não planejada em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. bras. ter. intensiva. [Internet] 2012; 24(3) [acesso em 04 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2012000300005>
18. Tomazoni A, Rocha PK, de Souza S, Anders JC, de Malfussi HFC. Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. Rev. Latino-Am. Enferm. [Internet] 2014; 22(5) [acesso em 05 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3624.2477>

19. Massoco ECP, Melleiro MM. Communication and patient safety: perception of the nursing staff of a teaching hospital. *Reme, Rev. Min. Enferm.* [Internet] 2015; 19(2) [acesso 05 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150034>
20. Lanzillotti LS, de Seta MH, de Andrade CLT, Mendes Junior WV. Adverse events and other incidents in neonatal intensive care units. *Ciênc. saúde colet.* [Internet] 2015; 20(3) [acesso em 05 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.16912013>
21. Dias JD, Mekaro KS, Tibes CMS, Zem-Mascarenhas SH. The nurses' understanding about patient safety and medication errors. *Reme, Rev. Min. Enferm.* [Internet] 2014; 18(4) [acesso em 06 nov 2015]. Disponível: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140064>
22. Souza VS de, Kawamoto AM, Oliveira JLC de, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2015; 20(3) [acesso em 06 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40687>
23. de Souza RFF. Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2013.
24. Wegner W, Pedro ENR. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet] 2012; 20(3) [acesso em 07 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300002>
25. Nunes FDON, Barros LAA, Azevedo RM, Paiva SSP. Patient safety: how nursing is contributing to the issue? *J. Res.: Fundam. Care. Online.* [Internet] 2014; 6(2) [acesso em 07 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n2p841>