**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MILEIDE MORAIS PENA

**OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS E SUA
RELAÇÃO COM O FATOR COMUNICAÇÃO EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**SÃO PAULO
2015**

MILEIDE MORAIS PENA

**OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS E SUA
RELAÇÃO COM O FATOR COMUNICAÇÃO EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Profª Drª Marta M. Melleiro

SÃO PAULO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data:___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pena, Mileide Moraes

Ocorrência de eventos adversos e sua relação com o fator comunicação em um hospital universitário / Mileide Moraes

Pena. São Paulo, 2015.

195 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marta Maria Melleiro

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Assistência à saúde – qualidade. 2. Pacientes – segurança. 3. Comunicação. 4. Enfermagem.I. Título.

Nome: Mileide Morais Pena

Título: Ocorrência de eventos adversos e sua relação com o fator comunicação em um hospital universitário

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Orientadora: Dr^a Marta Maria Melleiro

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*A Deus, por mais essa oportunidade de
aprendizado e crescimento profissional e pessoal.*

*Ao meu marido Junior, por compreender as
minhas ausências.*

*A minha mãe Cirley, pelo amor incondicional e
ao meu irmão Ronan, pela ajuda imensurável.*

AGRADECIMENTOS

*À professora Doutora Marta Maria Melleiro,
pela forma suave com que me conduziu neste desafio, amenizando as
dificuldades e tornando tudo mais agradável e prazeroso.*

*Às professoras Doutoras Daisy Maria Rizatto Tronchin e Edinêis Guirardello,
pela valorosa contribuição no exame de qualificação.*

*Aos meus queridos afilhados Gustavo e Helena,
que com sua pureza de criança tornaram minha jornada muito mais alegre.*

*À prima, madrinha, comadre e amiga Roselene,
por se colocar sempre disponível para me ajudar em todos os momentos.*

*Aos amigos Andressa, Alexandre, Aretuza e Michelle,
que sempre me apoiaram de forma tão sincera e verdadeira.*

*À amiga Célia,
pelo convívio diário e pela presença nos momentos tristes e alegres.*

*À companheira de doutorado Aline,
por compartilhar os desafios desta jornada.*

*Aos gerentes de enfermagem do hospital: Ana Cláudia, Daniele, Elisa, Hellen e
Júlio, pela torcida.*

*À diretora de enfermagem Ana Luíza Ferreira Meres,
por contribuir mais uma vez para a concretização de um sonho.*

“Primum non nocere.”

Hipócrates

*“...talvez pareça estranho enunciar como
primeiro dever de um hospital não causar mal
ao paciente...”*

Florence Nightingale

PENA MM. Ocorrência de eventos adversos e sua relação com o fator comunicação em um hospital universitário [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: Anualmente, dezenas de milhões de pacientes sofrem lesões incapacitantes ou morte devido a eventos adversos no mundo. Inúmeros são os fatores que contribuem para tal, dentre eles, as falhas de comunicação. **Objetivos:** identificar as não conformidades referentes aos eventos adversos: erro de medicação, flebite, queda e úlcera por pressão (UPP) que causaram dano permanente ou temporário, no triênio 2011-2013; analisar as causas raízes dos eventos adversos; estratificar os eventos relacionados às falhas de comunicação e avaliar se eram evitáveis. **Método:** Estudo quantitativo e exploratório-descritivo com coleta retrospectiva dos dados, desenvolvido em um hospital universitário, cuja amostra foi de 263 Relatórios de Não Conformidade. A análise dos dados ocorreu pela estatística descritiva e testes específicos. **Resultados:** Os eventos foram distribuídos em 39,9% de flebites, 32,7% de erros de medicação, 16% de UPP e 11,4% de quedas. A média de idade dos pacientes foi de 52,04 anos. 39,5% dos eventos ocorreram no plantão da manhã, sendo 33,1% nas UTI. Na maioria dos eventos, houve o envolvimento de mais de um profissional e, na análise de causa raiz, a maioria dos eventos apresentou mais de uma causa. 98,9% dos eventos resultaram em dano temporário e 69,2% foram considerados evitáveis. Na análise do fator comunicação, 71% dos eventos evidenciaram falha de comunicação. No erro de medicação, a prevalência foi de 53,5% com falhas na comunicação verbal e escrita; nas quedas, 36,7% apresentaram falha na comunicação verbal; nas UPP, 52,4% com falhas na comunicação verbal e escrita; nas flebites, falha na comunicação escrita em 37,1% dos eventos. Os auxiliares/técnicos de enfermagem participaram de 98,1% dos eventos com falhas na comunicação escrita. 96,8% dos eventos

relacionados aos profissionais apresentaram falhas de comunicação verbal e escrita. Dos eventos que apresentaram falha de comunicação verbal, 97,5% resultaram em danos temporários. Dentre os eventos que apresentaram falha de comunicação, 82,3% foram considerados evitáveis. **Conclusões:** Os achados deste estudo contribuem para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho em saúde e enfermagem, ensino e pesquisa, direcionando as ações dos gestores para a implantação de melhores práticas e a capacitação contínua dos profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade da assistência à saúde. Segurança do paciente. Gerenciamento de segurança. Comunicação. Enfermagem.

PENA, MM. Occurrences of adverse events and their relation with the communication factor in a university hospital [Thesis]. São Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: Every year, tens of millions of patients suffer incapable hurting or they die from adverse events all over the world. Several factors are the causes of the events and the miscommunication is one of them. **Objectives:** to identify the no-conformities related to the adverse events: medication error, phlebitis, fall and pressure ulcer which caused permanent or temporary damage from 2011 to 2013; to analyze the root causes of the adverse events; to stratify the events related to miscommunication and to evaluate if they could be avoided. **Methodology:** Exploratory-descriptive-quantitative-study with retrospective data collection developed in a university hospital whose sample was provided by 263 Non Compliance Reports. The analysis was based on descriptive statistics and specific tests. **Results:** The events were divided up into 39.9 % of phlebitis, 32.7% of medication errors, 16% of pressure ulcer and 11.4% of falls. The average age of the patients was 52.04 years old. 39.5% of the events took place in the morning, 33.1% of them in intensive care units. In the most part of the events, there were at least two professionals involved. About the root cause, the most part of the events had more than one cause. 98.9% of the events resulted in temporary damages and 69.2% were considered avoidable. Analyzing the communication factor, 71% of the events revealed miscommunication existence. For errors in medication, 53.5% represent verbal and written communication failure; 36.7 % of the cases of falls presented verbal communication failure; 52.4% of the pressure ulcer had verbal and written communication failures; 37.1% of the phlebitis cases had written communication failures. The nursing assistants/technicians participated in 98.1% of the events with written communication failures. 96.8% of the events related to workers had verbal and

written communication failures. There were temporary damages in 97.5% of the events in which there was the verbal communication failure. 82.3% of the events with verbal communication failure could be avoided. **Conclusions:** The findings resulted from this study can improve working, teaching and researches in health and nursing and also guide the managers for better practices and training of their staffs.

KEYWORDS: Quality of health care. Patient safety. Safety management. Communication. Nursing.

PENA MM. Ocurrencia de eventos adversos y su relación con el factor comunicación en un hospital universitario [Tesis]. São Paulo: Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo; 2015.

RESUMEN

Introducción: Cada año, decenas de millones de pacientes sufren incapacitantes lesiones o muerte debido a eventos adversos, en el mundo. Hay muchos factores que contribuyen a esto, incluyendo la falla de comunicación. **Objetivos:** identificar las disconformidades relacionadas con eventos adversos: los errores de medicación, flebitis, caída y úlceras por presión (UPP), que causaron daño permanente o temporario, el trienio 2011-2013; analizar las causas raíces de los eventos adversos; estratificar a los eventos relacionados con fallas de comunicación y evaluar si eran evitables.

Método: Estudio cuantitativo, exploratorio-descriptivo, recolección retrospectiva de datos, desarrollado en un hospital universitario, cuya muestra fue de 263 informes de disconformidad. El análisis de datos utiliza la estadística descriptiva y pruebas específicas.

Resultados: Los eventos fueron divididos en el 39,9% de flebitis, el 32,7% de los errores de medicación, el 16% de UPP y el 11,4% de caídas. La edad promedio de los pacientes fue de 52,04 años. El 39,5% de los eventos ocurridos fueron durante el turno de la mañana, siendo el 33,1% en la unidad de cuidados intensivos. En la mayoría de los incidentes estuvieron involucrados varios profesionales y en un análisis de la causa raíz, la mayoría de los casos presentó más de una causa. El 98,9% de los incidentes resultó en un daño temporal y el 69,2% se consideró evitable. En el análisis factorial de comunicación, el 71% de los acontecimientos demostró falla de comunicación. En error de medicación la prevalencia fue del 53,5% con fallas en la comunicación verbal y escrita; en las caídas, el 36,7% en la comunicación verbal; en la UPP, el 52,4% en la comunicación verbal y escrita; en la flebitis, la de comunicación escrita fue en el 37,1% de los eventos. El 98,1% de

los auxiliares/técnicos en enfermería participaron en los casos con falla en la comunicación escrita. De los relacionados con los profesionales, el 96,8% tuvo fallas en la comunicación verbal y escrita, los que las tuvieron en comunicación verbal y resultaron en daño temporal fue el 97,5% y entre los que las tuvieron en comunicación, el 82,3% se consideraron evitables. **Conclusiones:** Los resultados contribuyen a la mejora de los procesos de trabajo en salud y enfermería, docencia e investigación, dirigiendo las acciones de los administradores para implementar las mejores prácticas y la capacitación continua de los profesionales.

PALABRAS CLAVE: Calidad de la atención de salud. Seguridad del paciente. Gestión de la seguridad. Comunicación. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Esquema demonstrativo da trajetória percorrida para o alcance dos objetivos do estudo, São Paulo (Interior SP), 2015	23
Figura 2 - Modelo de Acidente Organizacional	37
Figura 3 - Modelo do Queijo Suíço	38
Figura 4 - Distribuição dos RNC segundo os tipos de eventos adversos notificados, São Paulo (Interior de SP), 2015..	63
Figura 5 - Distribuição dos RNC segundo a idade dos pacientes que sofreram os eventos, São Paulo (Interior de SP), 2015..	65
Figura 6 - Distribuição dos RNC segundo o turno de trabalho de ocorrência dos eventos, São Paulo (Interior de SP), 2015	68
Figura 7 - Distribuição dos RNC segundo o serviço de ocorrência dos eventos, São Paulo (Interior de SP), 2015	69
Figura 8 - Distribuição dos RNC segundo os profissionais envolvidos nos eventos, São Paulo (Interior de SP), 2015	71
Figura 9 - Distribuição dos RNC segundo a(s) causa(s) raiz(es) dos eventos, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	73
Figura 10 - Distribuição dos RNC segundo os danos causados pelos eventos, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	75
Figura 11 - Distribuição dos RNC segundo classificação dos eventos como evitável ou inevitável, São Paulo (Interior de SP), 2015	77
Figura 12 - Diagrama de causa e efeito.....	80

Figura 13 - Distribuição dos erros de medicação segundo o turno de trabalho de ocorrência do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015	84
Figura 14 - Distribuição dos erros de medicação segundo o serviço de ocorrência do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015	85
Figura 15 - Distribuição dos erros de medicação segundo os profissionais envolvidos no evento, São Paulo (Interior de SP), 2015	86
Figura 16 - Distribuição dos erros de medicação segundo a(s) causa(s) raiz(es) do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015	88
Figura 17 - Distribuição das flebites segundo o turno de trabalho de ocorrência do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015.. ..	93
Figura 18 - Distribuição das flebites segundo o serviço de ocorrência do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	94
Figura 19 - Distribuição das flebites segundo os profissionais envolvidos no evento, São Paulo (Interior de SP), 2015	95
Figura 20 - Distribuição das flebites segundo a(s) causa(s) raiz(es) do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	96
Figura 21 - Distribuição das flebites segundo classificação do evento como evitável ou inevitável, São Paulo (Interior de SP), 2015	98
Figura 22 - Distribuição das quedas segundo o turno de trabalho de ocorrência do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015	101

Figura 23 - Distribuição das quedas segundo o serviço de ocorrência do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	102
Figura 24 - Distribuição das quedas segundo os profissionais envolvidos no evento, São Paulo (Interior de SP), 2015	105
Figura 25 - Distribuição das quedas segundo a(s) causa(s) raiz(es) do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	106
Figura 26 - Distribuição das quedas segundo danos causados pelo evento, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	107
Figura 27 - Distribuição das quedas segundo classificação do evento como evitável ou inevitável, São Paulo (Interior de SP), 2015	109
Figura 28 - Distribuição das úlceras por pressão segundo o turno de trabalho de ocorrência do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	111
Figura 29 - Distribuição das úlceras por pressão segundo o serviço de ocorrência do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015	112
Figura 30 - Distribuição das úlceras por pressão segundo os profissionais envolvidos no evento, São Paulo (Interior de SP), 2015	114
Figura 31 - Distribuição das úlceras por pressão segundo a(s) causa(s) raiz(es) do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015	115
Figura 32 - Distribuição das úlceras por pressão segundo classificação do evento como evitável ou inevitável, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	116

Figura 33 - Tipos de falhas de comunicação encontradas na ocorrência dos eventos, São Paulo (Interior de SP), 2015	118
Figura 34 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por categoria profissional: auxiliar/técnico de enfermagem, São Paulo (Interior de SP), 2015	125
Figura 35 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por categoria profissional: técnico de farmácia, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	127
Figura 36 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por categoria profissional: enfermeiro, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	129
Figura 37 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por categoria profissional: farmacêutico, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	131
Figura 38 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por categoria profissional: fisioterapeuta, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	133
Figura 39 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por categoria profissional: médico, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	134
Figura 40 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por categoria profissional: nutricionista, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	137
Figura 41 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por causa raiz: método, São Paulo (Interior de SP), 2015	138

Figura 42 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por causa raiz: matéria prima, São Paulo (Interior de SP), 2015	139
Figura 43 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por causa raiz: mão de obra, São Paulo (Interior de SP), 2015	141
Figura 44 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por causa raiz: máquinas, São Paulo (Interior de SP), 2015	143
Figura 45 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por causa raiz: medição, São Paulo (Interior de SP), 2015	144
Figura 46 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por causa raiz: meio ambiente, São Paulo (Interior de SP), 2015	145
Figura 47 - Esquema ilustrativo das intervenções para melhoria do processo de comunicação, São Paulo (Interior de SP), 2015	153
Figura 48 - Esquema ilustrativo da ferramenta <i>SBAR</i> , São Paulo (Interior de SP), 2015	155

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos eventos por idade, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	66
Tabela 2 - Distribuição dos erros de medicação segundo a idade dos pacientes, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	82
Tabela 3 - Distribuição das flebites segundo a idade dos pacientes, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	92
Tabela 4 - Distribuição das quedas segundo a idade dos pacientes, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	99
Tabela 5 - Distribuição das UPP segundo a idade dos pacientes, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	110
Tabela 6 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por evento, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	120
Tabela 7 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por serviço, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	123
Tabela 8 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por danos causados pelos eventos, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	146
Tabela 9 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por classificação do evento como evitável ou inevitável, São Paulo (Interior de SP), 2015.....	148

LISTA DE SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CC	Centro Cirúrgico
CO	Centro Obstétrico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente do Polo São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
IHI	<i>Institute Healthcare Improvement</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JCI	<i>Joint Commission International</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization</i>
MRSA	<i>Staphylococcus Areus</i> Resistente a Meticilina
NCCMERP	<i>National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
RNC	Relatórios de Não Conformidade
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
SBAR	<i>Situation-Background-Assessment-Recommendation</i>
SPSS 22	<i>Statistical Package for Social Science</i>
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
UPP	Úlcera Por Pressão
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

EIXO NORTEADOR	23
JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	25
CAPÍTULO 1	
QUALIDADE E SEGURANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	29
CAPÍTULO 2	
O FATOR HUMANO, AS FALHAS DE COMUNICAÇÃO E A OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS.....	37
CAPÍTULO 3	
O EMPREGO DE INDICADORES NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA	48
OBJETIVOS	56
CAPÍTULO 4	
PERCURSO METODOLÓGICO	58
4.1. TIPO DE ESTUDO	58
4.2. ASPECTOS ÉTICOS	58
4.3. LOCAL DO ESTUDO	58
4.4. CASUÍSTICA.....	59
4.5. COLETA DE DADOS	59
4.5.1 Operacionalização da coleta	60
4.6. ANÁLISE DOS DADOS.....	60
CAPÍTULO 5	
RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	63
5.2. ANÁLISE DA CAUSA RAIZ POR EVENTO.....	79
5.2.1. Erro de medicação	82
5.2.2. Flebite	92

5.2.3. Queda.....	99
5.2.4. Úlcera por pressão	110
5.3. ANÁLISE DO FATOR COMUNICAÇÃO.....	118

CAPÍTULO 6

INTERVENÇÕES PARA MELHORIA DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO.....	151
---	-----

CONCLUSÕES.....	158
------------------------	------------

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	163
----------------------------------	------------

REFERÊNCIAS	166
--------------------------	------------

APÊNDICES	186
------------------------	------------

APÊNDICE A - Solicitação de autorização para coleta de dados	186
--	-----

APÊNDICE B - Análise de erro/ evento sentinela.....	187
---	-----

ANEXOS.....	189
--------------------	------------

ANEXO 1 - RELATÓRIO DE NÃO CONFORMIDADE.....	189
--	-----

ANEXO 2 - SBAR - TRANSIÇÃO DO CUIDADO/RESUMO DE ALTA DAS UTI'S.....	191
--	-----

ANEXO 3 - SBAR - TRANSIÇÃO DO CUIDADO: UNIDADES URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	193
---	-----

ANEXO 4 - SBAR - UNIDADES DE APOIO ASSISTENCIAL.....	194
--	-----

EIXO NORTEADOR

A Figura 1 retrata a trajetória percorrida para o alcance dos objetivos deste estudo.

Figura 1 - Esquema demonstrativo da trajetória percorrida para o alcance dos objetivos do estudo, São Paulo (Interior SP), 2015

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Nos últimos anos temos observado a crescente preocupação dos profissionais de saúde e da sociedade em geral quanto à qualidade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, com a segurança do paciente.

A cada ano, dezenas de milhões de pacientes no mundo sofrem lesões incapacitantes ou morte devido a eventos adversos. Quase um em cada dez pacientes é prejudicado ao receber cuidados de saúde em ambientes hospitalares, mesmo com infraestrutura adequada e tecnologias cada vez mais avançadas. Há poucas evidências sobre a gravidade dos eventos adversos ocorridos em países em desenvolvimento, onde se pressupõe maior risco de dano ao paciente devido às limitações de tecnologia, infraestrutura e outros recursos não disponíveis (*World Health Organization - WHO*, 2008, 2009a).

Inúmeros são os fatores que contribuem para a ocorrência de erros na prática assistencial, frente à interdependência entre os diferentes profissionais envolvidos. Entretanto, existem situações que predispõem a ocorrência de eventos adversos, tais como: avanço tecnológico com incompatibilidade do aperfeiçoamento de pessoal necessário, distanciamento das ações próprias de cada profissional, desmotivação, ausência ou limitação da sistematização e documentação do cuidado de enfermagem, delegação de cuidados sem supervisão adequada, falhas de comunicação, desatenção, pressa e sobrecarga de trabalho (Beccaria et al., 2009; Fragatta, 2010).

Dentre as causas citadas, cabe salientar as falhas de comunicação que no período de 1995 a 2005 foram consideradas a principal causa de eventos sentinela ou adversos reportados à *Joint Commission International (JCI)*, nos Estados Unidos.

É fato que dos 25.000 a 30.000 eventos adversos evitáveis que levaram à invalidez permanente na Austrália, 11% foram devidos a problemas de comunicação em contraste com 6% devido

ao nível inadequado de qualificação dos profissionais (Andrews, Millar, 2005).

Outros estudos demonstram que aproximadamente 20% a 30% da informação transmitida durante as transferências de pacientes ou trocas de plantões não estão documentadas em prontuário. Os impactos da ausência de registro incluem a ocorrência de eventos adversos, atrasos no diagnóstico e no tratamento, procedimentos e exames desnecessários, aumento dos custos, maior tempo de internação hospitalar e aumento nas reinternações hospitalares (Patterson et al., 2004; Arora et al., 2005; Van Eaton, 2005; Philibert, Leach, 2005; Shaw, 2006; Solet et al., 2005; Vidyarthi et al., 2006).

Em relação à equipe de enfermagem, destaca-se a passagem de plantão como momento crucial de comunicação e troca de informações importantes entre as equipes.

Teodoro e Aquino (2010) constataram, em uma unidade de internação pediátrica, que a linguagem verbal é a mais utilizada na passagem de plantão e que há divergências entre as percepções dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem quanto às informações consideradas importantes durante esse processo.

O maior desafio dos especialistas em segurança do paciente tem sido a assimilação por parte dos dirigentes de que a causa dos eventos adversos é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometê-los. A compreensão de que sistemas falham e permitem que as falhas dos profissionais se propaguem leva a organização hospitalar a conhecer as falhas latentes que tornam o sistema frágil e suscetível a eventos adversos, rever os seus processos e estudar e reforçar suas barreiras de defesa (Silva, 2010).

Diante dessas considerações e por atuar em uma instituição hospitalar certificada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) em Nível 2 - Gestão Integrada - percebo a relevância do tema e a necessidade de investigar as não conformidades relacionadas a falhas na comunicação e os fatores intervenientes nesse processo.

Nesse sentido, tenho apresentado os seguintes questionamentos: Qual o impacto das falhas de comunicação na segurança do paciente? Qual a proporção de eventos adversos relacionada? Quais as dificuldades encontradas pelos profissionais nesse processo? Que ferramentas poderiam ser utilizadas para minimizar os danos ao paciente?

Primeiramente como enfermeira assistencial, atuando em Unidades de Internação e Pronto Atendimento e, posteriormente, na Gerência de Enfermagem das Unidades de Convênios e Particulares de um hospital universitário, venho percebendo que tanto a interação entre as equipes quanto as estratégias para consolidação do plano terapêutico são de grande importância para oferecer um tratamento mais individualizado e seguro para o paciente, através de processos sistematizados e baseados em protocolos e referenciais confiáveis.

Todavia, esse empenho não será exitoso se os profissionais que atuam nessa esfera não instituírem um canal de comunicação efetivo que englobe as premissas básicas e também aquelas, mundialmente, preconizadas para a segurança do paciente.

A adoção de medidas com foco na segurança do paciente e a adesão dos profissionais estabelecem um meio de promover a instituição, uma vez que as referências de avaliadores constituem fontes de informação em relação ao serviço de saúde.

Frente a essas colocações e conhecendo as lacunas ainda existentes na literatura em relação à segurança do paciente e seus desdobramentos, me dispus a realizar este estudo, no qual pretendo verificar o comportamento dos indicadores assistenciais frente às falhas de comunicação em um hospital universitário do interior de São Paulo.

CAPÍTULO 1

QUALIDADE E SEGURANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O tema qualidade engloba conceitos e terminologias que remetem aos índices de desempenho, aos resultados de sucesso e à busca pela excelência. Sua abrangência e influência podem ser observadas nos diversos campos da sociedade, com destaque para o campo da saúde. Entretanto, as instituições de saúde são sistemas abertos que sofrem a ação do meio e são influenciadas pela evolução e mudanças em todos os campos sociais, tornando-se um espaço multidisciplinar de interação com a sociedade e, conseqüentemente, um campo mais complexo para implementação de tais conceitos.

Para Donabedian (1988, 1992), qualidade é a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o usuário. Os benefícios, por sua vez, definem-se em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores. Para esse autor, a qualidade pode ser definida, também, como a satisfação das necessidades dos usuários, que devem ser ouvidos tanto sobre a avaliação sistemática das atitudes dos profissionais de saúde como a respeito do impacto dos processos de tratamento a eles oferecidos.

Deming (1990) relata que a qualidade pode ser entendida como tudo aquilo que representa as necessidades futuras do usuário, em características mensuráveis, podendo somente ser decidida em termos de quem avalia.

Segundo Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990), a qualidade é o julgamento do usuário sobre a excelência global ou superioridade de um serviço. Cabe salientar, a relevância da percepção do usuário na avaliação dos serviços de saúde, visto que, decorrente do seu ponto de vista, é possível obter-se um conjunto de percepções relacionado à atenção recebida, com os quais se adquirem informações que beneficiam a organização desses serviços.

Conforme Zaicaner (2001), o conceito de qualidade em saúde significa um julgamento a respeito do quanto são bons o cuidado técnico, as relações interpessoais, as condições sob as quais esse cuidado foi prestado e a que custo ocorreu. Consiste também nas características do produto por inferência dos serviços, que vão ao encontro das necessidades dos usuários, sendo a satisfação desses a principal meta do desenvolvimento de um plano de qualidade. Tal autor, ainda, afirma que o prestador de serviço precisa ser capaz de oferecer benefícios aos usuários utilizando os meios possíveis para que fiquem efetivamente satisfeitos.

Miguel (2001) destaca que a implementação da qualidade nos serviços prestados está relacionada ao conceito de qualidade assumido pela organização, que ao construir e praticar uma política de qualidade tem suas atividades atreladas a um contínuo monitoramento, viabilizando a redução de não conformidades, menores custos e ausência do desperdício e do retrabalho.

O termo qualidade também tem sido empregado em um sentido amplo para refletir não só a qualidade da atenção, definida como atendimento das necessidades de saúde existentes ou potenciais, mas também a satisfação com os serviços, os custos da atenção, a qualificação do pessoal dos serviços de saúde, a segurança e a aparência das instituições nas quais os serviços são fornecidos e a adequação dos equipamentos que contribuem para a prestação dos serviços (Starfield, 2002).

De acordo com Vasconcellos (2002), a diferença fundamental ao se definir qualidade na prestação de serviços encontra-se na subjetividade e na dificuldade de se estabelecer o que é qualidade, uma vez que os usuários reagem diferentemente ao que parece ser o mesmo serviço. Cada usuário percebe a qualidade de forma diferente, pois seus padrões sobre a mesma irão variar ao longo de suas vidas.

Morais et al. (2008) constataam que a qualidade pode ser mensurada por meio da avaliação em saúde e que sua definição perpassa por uma complexa relação entre a cultura organizacional da instituição prestadora de serviços e as necessidades e as expectativas dos usuários.

Qualidade em saúde é considerada o grau, segundo o qual os cuidados ao paciente aumentam a possibilidade da desejada recuperação e reduzem a probabilidade da ocorrência de eventos indesejados, dado o atual estado de conhecimento. (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization - JCAHO*, 2006).

Desse modo, a qualidade em saúde está intimamente ligada à adoção de medidas que visam garantir a segurança do paciente durante todos os processos de atendimento.

A *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* define segurança do paciente como práticas seguras, tipos de processos ou estruturas cujas aplicações reduzem a probabilidade de eventos adversos resultantes da exposição a sistemas de saúde (AHRQ, 2001).

Em 1999, a publicação do livro *“To err is human: building a safer health system”* atraiu a atenção da opinião pública revelando a ocorrência de 98.000 mortes por ano relacionadas a erros do sistema de saúde nos Estados Unidos da América (EUA), além de outros eventos adversos (Khon, Corrigan, Donaldson, 2000).

Inicia-se, então, uma mobilização de autoridades, pesquisadores e órgãos públicos no sentido de criar barreiras ou sistemas de segurança para minimizar o erro humano tornando o tema segurança do paciente objeto de estudo e constante inquietação.

Três meses após a referida publicação do *Institute of Medicine*, um grupo federal americano, *Quality Interagency Coordination Task Force*, elaborou uma publicação denominada *“Doing What Counts for Patient Safety: Federal Actions to Reduce*

Medical Errors and Their Impact” sobre como promover segurança do paciente em serviços de saúde (AHRQ, 2001).

Em maio de 2002, a 55ª Assembleia da Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou a Resolução WHA 55.18, que determinava que todos os países membros tivessem a atenção redobrada para o problema da segurança de pacientes e para o fortalecimento de evidências científicas necessárias para melhorar a segurança dos mesmos e a qualidade do cuidado em saúde (WHO, 2008).

A 57ª Assembleia da OMS, de 2004, ratificou a criação de uma aliança internacional que fomentasse o desenvolvimento de políticas e práticas relacionadas à segurança do paciente nos Estados Membros denominadas Aliança Global para a Segurança do Paciente. A cada dois anos, a Aliança determina ações prioritárias envolvendo aspectos sistêmicos e técnicos para melhorar a segurança do paciente, denominado “*The Global Patient Safety Challenge*”. O primeiro desses desafios, iniciado em 2005, foi relacionado ao controle de infecção em serviços de saúde, cujo lema era “*Clean care is safe care*”. Nos anos 2007 e 2008, o segundo desafio focava cirurgias seguras: “*Safe Surgery Saves Lives*”. Já em 2009, foi lançado o desafio “*Tackling Antimicrobial Resistance*” (WHO, 2008).

Além disso, essa Aliança criou um grupo de especialistas com o intuito de padronizar os conceitos referentes ao tema segurança do paciente. Desse trabalho, resultou a *International Classification for Patient Safety* (ICPS), uma categorização da informação acerca da segurança do paciente, utilizando um conjunto de conceitos padronizados e uma terminologia própria resultando em uma classificação internacional (WHO, 2009b).

Paralelamente a essa iniciativa, o *Institute Healthcare Improvement (IHI)* lançou a “Campanha 100.000 Vidas” com o objetivo de evitar cem mil mortes decorrentes de erro na assistência em um período de 18 meses, através de melhorias na estrutura das

instituições de saúde, nos EUA em dezembro de 2004. Mais de 2000 instituições aderiram ao movimento. A campanha recomendava seis intervenções para ajudar os hospitais nesse importante trabalho: estabelecer um time de resposta rápida, fornecer tratamento baseado em evidência para infarto agudo do miocárdio e prevenir reação adversa medicamentosa, infecção de cateter venoso central, infecção de sítio cirúrgico e pneumonia relacionada à ventilação mecânica (Berwick et al., 2006).

Dado o sucesso da primeira campanha e focado na redução de incidência de danos relacionados à assistência, o *IHI* lança a “Campanha Cinco Milhões de Vidas” acrescentando mais seis melhorias àquelas propostas na campanha anterior: prevenir danos por medicação de alto risco, reduzir complicações cirúrgicas, prevenir úlceras por pressão (UPP), reduzir infecções por *Staphylococcus Aureus* Resistente a Metilina (*MRSA*), fornecer tratamento baseado em evidência para insuficiência cardíaca congestiva e envolver a liderança do hospital (McCannon, Hackbarth, Griffin, 2007).

Em 2007, foi assinada na América do Sul a Declaração de Compromisso na Luta Contra Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, apoiando o primeiro desafio global para a segurança do paciente, instituído pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, 2011).

No Brasil, a segurança do paciente também tem sido objeto de atenção e de várias ações do Ministério da Saúde por meio da ANVISA e em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde. Órgãos de controle de transfusões de sangue e infecções hospitalares, assim como os serviços de anestesia, destacaram-se como pioneiros em práticas para garantir a segurança do paciente. O próprio Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) faz parte dessas ações ao avaliar risco e segurança em serviços de saúde (DATASUS, 2009).

Em agosto de 2010, foi lançado o Programa Brasileiro de Segurança do Paciente em São Paulo com o objetivo de salvar 50 mil vidas e evitar 150 mil danos ao paciente até 2011. Participaram inicialmente do programa 12 hospitais brasileiros escolhidos com base em resultados e *performance* clínica.

Em primeiro de abril de 2013, o Ministério da Saúde e a ANVISA lançam o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com objetivo de reduzir a incidência de eventos adversos nos serviços de saúde no país. A Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 define os conceitos relevantes na área da segurança do paciente e lança as principais estratégias para implementação do Programa: elaboração de protocolos, promoção de processos de capacitação, suporte à implementação de práticas seguras nos hospitais, criação de um sistema de notificação de eventos adversos, além da criação de núcleos de segurança do paciente nas unidades hospitalares (Brasil, 2013a).

Em nove de julho de 2013, através da Portaria nº1.377, o Ministério da Saúde aprova os seguintes protocolos básicos de segurança do paciente: Cirurgia Segura; Higiene das Mãos; UPP (Brasil, 2013b).

Em 24 de setembro de 2013, o Ministério da Saúde aprova outros três protocolos básicos de segurança do paciente através da Portaria 2.095 (Brasil, 2013c): Prevenção de Quedas; Identificação do Paciente; Segurança na Prescrição; Uso e Administração de Medicamentos.

Analisando as estratégias apresentadas acima, podemos inferir a necessidade do alinhamento entre os diversos profissionais da área de saúde, que atuam no cuidado ao paciente para que os resultados possam ser alcançados.

Clinco (2007) evidencia que os profissionais de saúde acreditam que a opção pela acreditação hospitalar tornou suas instituições mais seguras devido ao aprimoramento de seus processos, tanto nas organizações hospitalares acreditadas pela

metodologia adotada pela ONA como pela metodologia do Consórcio Brasileiro de Acreditação. Entretanto, relatam que ainda existe a cultura punitiva para os eventos adversos, criando obstáculos às notificações.

Além disso, compreender o evento adverso e analisá-lo atentamente de forma multidisciplinar é a melhor forma de corrigir a prática. Nessa perspectiva, a preocupação com a segurança dos pacientes consiste em fornecer instrumentos para que os profissionais possam apoderar-se das medidas de prevenção, abordando o evento de forma construtiva na busca da causa raiz e da diminuição de ocorrências.

Nessa direção, a comunicação é considerada como um instrumento determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados. Para garantir a efetividade na assistência, por meio do trinômio qualidade, comunicação e segurança, é necessário que os profissionais estejam preparados e capacitados para construir uma relação estruturada na qual a qualidade das informações fornecidas propiciem a diminuição dos riscos e favoreçam maior segurança e qualidade na saúde, sem gerar danos ao paciente.

CAPÍTULO 2

O FATOR HUMANO, AS FALHAS DE COMUNICAÇÃO E A OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS

Fator humano é a expressão utilizada por especialistas em segurança para designar o comportamento dos profissionais no trabalho. Esse termo é, frequentemente, invocado nas análises de catástrofes industriais; acidentes com trens, petroleiros ou aviões; acidentes de trabalho, geralmente associados à ideia de erro ou falha (Dejours, 2005).

Entretanto, é importante frisar que, na maioria das vezes, os grandes propulsores dos erros são os fatores organizacionais que recaem sobre as pessoas, atribuindo-lhes erroneamente a culpa pelos incidentes.

A Figura 2 representa o Modelo de Acidente Organizacional, no qual o incidente é desencadeado pelas consequências negativas de processos organizacionais, falhas latentes e falhas ativas. Na ponta do atendimento aparecem as pessoas como herdeiras e não iniciadoras de uma sequência que leva até o incidente (Vincent, 2001, 2009).

Figura 2 - Modelo de Acidente Organizacional

Fonte: Vincent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Ed. Yendis; 2009.

As falhas ativas são aquelas que ocorrem no nível do operador da linha de frente do trabalho, sendo seus efeitos sentidos quase que imediatamente e apresentando-se em forma de lapsos, deslizos e falhas do processo. Falhas latentes ficam adormecidas dentro desse sistema e são relacionadas às influências organizacionais, supervisão insegura e pré-condições para atos inseguros (Reason, 2000).

A compreensão do caráter multifatorial subjacente às falhas de segurança é elucidada à luz da Teoria Sobre o Erro Humano, proposta por James Reason, professor de psicologia da Universidade de Manchester, Reino Unido. Conhecida como a Teoria do Queijo Suíço, compara as vulnerabilidades do sistema de saúde aos buracos de um queijo suíço. A fonte do problema seria, frequentemente, desencadeada por múltiplos fatores; como se a ocorrência dos eventos adversos se devesse ao alinhamento de diversos “buracos”, que seriam as falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros ou de risco por parte dos pacientes, conforme explicitado na Figura 3 (Reason, 2000).

Figura 3 - Modelo do Queijo Suíço

Fonte: Adaptado de Reason J. *Human error: models and management*. BMJ. 2000; 320 (7237):768-70.

Dessa forma, Teixeira (2012) considera que as falhas humanas podem ocorrer até mesmo em instituições de excelência e que não se pode mudar a natureza humana, mas é possível modificar as condições de trabalho dos indivíduos para prevenir, minimizar ou evitar a ocorrência de eventos adversos. Assim, as instituições de saúde têm se aprofundado nas temáticas de qualidade, segurança do paciente e gerenciamento de risco, a fim de proporcionar um ambiente mais seguro.

Países da América do Norte, Oceania e Europa são pioneiros na investigação da ocorrência de eventos adversos desde a década de 1990. Países da América Latina, incluindo o Brasil, têm atuado mais recentemente nessas questões, porém as ações não se mostraram tão efetivas ainda (Teixeira, 2012).

Nesse contexto, emerge a reflexão sobre a qualidade da interação e comunicação entre os profissionais que são responsáveis pelo cuidado e suas implicações na ocorrência de eventos adversos.

Ao longo dos anos, profissionais, instituições e outras organizações ligadas ao cuidado em saúde têm discutido e implantado estratégias para melhorar a comunicação entre os profissionais da área, visando à redução de danos ao paciente.

Em 2005, a WHO nomeia “*The Joint Commission International Center for Patient Safety*” com o objetivo de identificar problemas e desafios à segurança do paciente e estudar ações de melhoria. Dos trabalhos da comissão, resultou o documento “*Nine Life-saving Patient Safety Solutions*”, que lançou nove desafios para a segurança do paciente, dentre eles a melhoria da comunicação nos processos de transição do cuidado (JCI, 2007).

A importância da comunicação é, igualmente, realçada nas dez áreas de intervenção identificadas pela “*The Global Patient Safety Challenge*”. Na área referida como “*Patients for Patient Safety*”, é especificamente atribuído um valor central à perspectiva

do paciente, de sua família e do cidadão comum. Segundo a comissão, a segurança poderá ser aumentada se os pacientes forem incluídos como colaboradores ativos nas iniciativas de reforma, devendo suas contribuições serem integradas de forma sistêmica na melhoria da qualidade e da segurança (WHO, 2006; Novo, 2007).

Em 2010, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), em parceria com membros da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente do Polo São Paulo (REBRAENSP), lança a cartilha “10 Passos para a Segurança do Paciente”, com o intuito de contemplar os principais pontos que teriam impacto direto na prática assistencial de enfermagem, capazes de serem implementados em diversos ambientes de cuidados. Profissionais com experiência acumulada na assistência, no ensino ou na pesquisa elaboraram os dez passos com base em evidências científicas atualizadas, sendo que o sétimo passo referiu-se a comunicação efetiva (COREN, 2010).

Muitos problemas de comunicação entre os profissionais de saúde ocorrem durante a transição do cuidado, nas passagens de plantão ou trocas de turno entre as equipes, na interação entre os profissionais de saúde e entre os próprios profissionais e os pacientes (Santos et al., 2010).

Dois termos têm sido utilizados amplamente para descrever os processos de transição do cuidado, os quais estão intimamente relacionados à comunicação entre os profissionais de saúde: “*handoff*” e “*handover*”.

O termo “*handoff*” pode ser entendido como o processo ocorrido entre um profissional e outro de transferência de autoridade e responsabilidade para a prestação de cuidados clínicos a um paciente. Supõe-se que o “*handoff*” deva ser conduzido entre os profissionais em níveis comparáveis de experiência e conhecimento e que estejam em níveis equivalentes hierarquicamente. Não inclui a

transição do cuidado nas trocas de plantões ou turnos (JCAHO, 2010).

O termo “*handover*” refere-se ao processo de transição do cuidado, no qual ocorre a transferência de informações específicas de um profissional de saúde a outro, de uma equipe de saúde a outra ou da equipe ao paciente e/ou família, com o objetivo de garantir a continuidade dos cuidados e a segurança do paciente. Também está relacionado à transferência de informações de profissionais da saúde de uma organização a outra ou até mesmo à família do paciente. Assim, são consideradas as passagens de plantão e as trocas de turno (WHO, 2007).

As informações compartilhadas nesses processos consistem habitualmente no estado atual do paciente, mudanças recentes na condição, alterações de tratamento e possíveis complicações que podem ocorrer, incluindo, ainda, todas as etapas do cuidado: admissão do paciente, assinatura do termo de consentimento, troca de turno da equipe de enfermagem, transferência de pacientes entre unidades ou instituições, recuperação pós-anestésica, alta hospitalar, dentre outros (WHO, 2007).

Ao longo dos anos os dois termos acabaram se tornando sinônimos e têm sido utilizados atualmente para descrever os processos relacionados à transferência de informações sobre o paciente, seja nas passagens de plantão, trocas de turno ou na transição do cuidado de um profissional a outro.

Hesselink et al. (2012a) relatam que quando o processo de transição de cuidado do hospital para o domicílio é subestimado ocorre um aumento nas reinternações e queda na qualidade do cuidado em saúde.

Ilan et al. (2012) analisaram o processo de passagem de plantão entre médicos intensivistas em um hospital no Canadá, detectando que o conteúdo das informações trocadas nesse momento restringia-se ao estado atual do paciente e a algumas

interpretações pessoais desses profissionais. Não existia um padrão ou roteiro sistematizado do que deveria ser compartilhado com o profissional que assume o plantão, tampouco o histórico do paciente era mencionado. Desse modo, a falta de padronização pode levar ao esquecimento de informações importantes, ocasionando erros.

Pesquisa realizada com profissionais de enfermagem e médicos de uma Unidade de Emergência de um hospital de grande porte em Londres, Reino Unido, demonstrou que esses profissionais reconhecem os itens necessários e prioritários que devem ser mencionados durante a passagem de plantão ou troca de turno numa Unidade de Emergência. A partir das informações fornecidas pelos próprios profissionais da unidade, foi desenvolvido um instrumento para nortear a passagem de plantão, garantindo a segurança nesse processo (Farhan et al., 2012).

O processo de comunicação na enfermagem pode ocorrer de várias formas, mas a comunicação verbal é a forma predominantemente utilizada para transmitir os fatos e as intercorrências durante a assistência ao paciente.

Uma das situações em que há as maiores incidências de forma verbal de comunicação em enfermagem é o procedimento de passagem de plantão. É nele que ocorre um grande volume de trocas de informações sobre a assistência prestada. Esse procedimento é tido como o ponto de união das mensagens necessárias para direcionar o trabalho a ser desenvolvido continuamente no hospital interligando-se por turnos com mudança de equipes assistenciais (Teodoro, Aquino, 2010).

Residentes médicos do Departamento de Pediatria da Universidade de Virgínia, Estados Unidos, participaram de um estudo no qual deveriam preencher um questionário imediatamente após a passagem de plantão, assinalando dificuldades relacionadas à transferência de informações. Os resultados apontaram que 31% dos residentes sinalizaram não ter sido preparados adequadamente

para esse processo, 82% indicaram não ter recebido informações no início do plantão que poderiam ter sido úteis no decorrer do mesmo, 82,5% informaram que intercorrências ocorreram com pacientes durante o plantão por não terem sido discutidas previamente durante a troca do plantão. Relataram, ainda, que aproximadamente metade do tempo foi despendida para tentar obter mais informações sobre os pacientes, por meio de ligações telefônicas (Borowitz et al., 2008).

Outra investigação, realizada no Hospital Universitário de *Wales*, no Reino Unido, acompanhou o processo de *handover* de 55 pacientes realizado por médicos residentes, sem auxílio de ferramentas ou padronização de informações e constatou que em 4 casos o diagnóstico do paciente não foi mencionado; em 20 casos foram omitidas as lesões que o paciente apresentava; em apenas 15 casos foram informados procedimentos realizados; somente 6 de 32 casos de coletas de exames laboratoriais de resultados relevantes foram informados (Ferran, Metcalfe, O'Doherty, 2008). Tais resultados demonstraram a necessidade de padronizar o processo de *handover* para garantir uma assistência segura ao paciente.

A ocorrência de eventos adversos em decorrência de falhas de comunicação tem sido frequentemente relatada. Em 2004, a *JCAHO* avaliou 2.455 eventos adversos de hospitais dos EUA e constatou, através da análise de causa raiz, que 70% desses eventos ocorreram por falhas de comunicação (Beckett e Kipnis, 2009).

Guidelines e recomendações para práticas de *handover* têm sido propostas por organizações que focam o cuidado seguro do paciente em todo o mundo. Em particular, o uso de instrumentos e abordagens padronizadas durante *handover*, incluindo mnemônicos, que estabelecem temas e sequências, têm sido promovidos e aprovados pelos órgãos certificadores (Ilan et al., 2012).

Há mais de 25 anos o setor de aviação vem fornecendo valiosas lições sobre o gerenciamento de riscos e o desenvolvimento e implementação de medidas de prevenção de acidentes. Esse setor, ao constatar que 70% dos acidentes de voos comerciais resultaram de falhas de comunicação entre os membros da tripulação, implantou uma ferramenta para padronização da comunicação entre eles. Essa ferramenta, conhecida como *Situation-Background-Assessment-Recommendation* (SBAR) foi adaptada por um médico de *Oakland, EUA*, para comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar na transição do cuidado com foco na qualidade da assistência e segurança do paciente (Leonard, Graham e Bonacum, 2004; Beckett e Kipnis, 2009).

A ferramenta SBAR é um mnemônico utilizado para auxiliar os profissionais a elencarem informações importantes a serem transmitidas durante a transferência do paciente. Consiste em perguntas rápidas, padronizadas em quatro seções:

- ✓ S – *Situation*: identificar o paciente e o motivo de sua internação e/ou procedimento;

- ✓ B - *Background*: informar a história do paciente, medicamentos em uso, alergias e resultados de exames relevantes;

- ✓ A – *Assessment*: informar os sinais vitais, impressões clínicas, alterações no exame físico, presença de dispositivos e preocupações;

- ✓ R – *Recommendations*: Indicar exames complementares, cuidados específicos e outras recomendações (*National Health Service - NHS*, 2008).

Em revisão de literatura de 46 artigos que citavam mnemônicos para o processo de *handover*, 69,6% mencionaram a ferramenta SBAR como facilitador na transferência de informações (Riesenberg, Leitzsch, Little, 2009).

Outro aspecto a ser ressaltado é a pouca ou nenhuma participação do paciente e de seus familiares no planejamento de

sua transferência (Roy et al., 2005; Coleman et al., 2006; WHO, 2007; Hesselink et al., 2012b).

Investimentos para melhoria do processo de transição e alta podem parecer onerosos para a instituição, entretanto tem um valor modesto quando comparados ao custo de intervenções clínicas realizadas devido a erros cometidos com o paciente, conforme demonstrado pelo estudo de Yao et al. (2012).

Além disso, o mesmo autor relata que um terço dos eventos ocorridos por falhas na alta de pacientes poderiam ser prevenidos com melhorias no processo de *handover*.

Dalmolin, Rotta e Goldim (2013) evidenciaram que o tipo de erro de medicação mais frequente no Hospital de Clínicas de Porto Alegre era o erro de prescrição (48%) e que esse erro gerou, ao longo do processo, novos erros de medicação associados. Observou-se que a falta de comunicação entre os profissionais e a cultura de infalibilidade, presente no campo da saúde, contribuiu para a ocorrência desses eventos.

A promoção de uma cultura de segurança está intimamente ligada à inclusão de estratégias, que reforcem os times de comunicação e ao engajamento dos profissionais da linha de frente das organizações no processo de segurança do paciente (Weaver et al., 2013).

A comunicação é um processo social que constitui muito mais do que simples envio e recebimento de informações técnicas. Cada uma das partes na interação traz sua história, suposições e expectativas. Somente quando o indivíduo aceita a necessidade de aperfeiçoamento e de mudança é que ele consegue remodelar seus padrões de comunicação e garantir a eficácia desse processo e a segurança do paciente (Lyndon, Zlatnik, Wachter, 2011).

Nessa direção, não resta dúvida de que a comunicação é um dos pontos fundamentais a ser observado, para garantir a segurança do paciente. Entretanto, alguns estudos demonstram que os

profissionais de saúde hesitam em expressar suas preocupações diante de situações que impõe riscos ao paciente, levando a ocorrência de eventos adversos. Torna-se, assim, extremamente importante incentivar uma maior comunicação dos profissionais entre si e deles com os pacientes. Alguns fatores são determinantes para que se crie essa cultura de comunicação:

- ✓ a motivação para falar, como por exemplo a percepção de risco para os pacientes e a ambiguidade ou clareza da situação clínica;
- ✓ a criação de estratégias de melhoria e fortalecimento do trabalho em equipe e relacionamento;
- ✓ a atitude dos líderes e superiores;
- ✓ os fatores individuais, tais como a satisfação no trabalho, a responsabilidade para com os pacientes, a responsabilidade como profissionais;
- ✓ a percepção de um clima de segurança ao se manifestar sem medo de retaliações ou conflitos;
- ✓ o estabelecimento de metas e estratégias de acompanhamento e a divulgação dos resultados para os membros da equipe de saúde (Okuyama, Wagner, Bijnen, 2014).

Diante dessas considerações, observo que embora o processo de comunicação nos sistemas de saúde seja bastante complexo, envolvendo todos os membros da equipe multidisciplinar, tende a ser subestimado, colocando em risco aspectos relevantes da segurança do paciente. Daí a necessidade de estudar questões referentes a esse tema, em específico os fatores intervenientes no processo de comunicação e sua relação com a ocorrência de eventos adversos.

CAPÍTULO 3

O EMPREGO DE INDICADORES NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Os Capítulos 1 e 2 versaram sobre a qualidade e segurança nos serviços de saúde, bem como a relevância do fator comunicação na ocorrência dos eventos adversos. Torna-se, dessa maneira, imperativo o emprego de instrumentos que sejam capazes de prevenir ou minimizar essas ocorrências.

Dentre as possibilidades de prevenção, monitoramento e avaliação destacam-se os indicadores de qualidade, cujos resultados podem retratar uma dada realidade e proporcionar aos gestores tomadas de decisão assertivas.

Na área da saúde, os indicadores são considerados uma medida quantitativa que pode ser empregada como guia para monitorar e avaliar a qualidade dos cuidados providos ao paciente e às atividades dos serviços ou como uma chamada que identifica ou dirige a atenção para assuntos específicos de resultados dentro de uma organização de saúde, que devem ser motivos de revisão e atenção (Bittar, 2004).

Indicador também pode ser conceituado como uma medida empregada para determinar, através do tempo, o desempenho de funções, processos e resultados de uma instituição (*Joint Commission International*, 2008).

Para Tronchin et al. (2009), indicadores são ferramentas destinadas a monitorar e avaliar a qualidade de um serviço, propiciando a identificação de problemas reais e potenciais, a fim de se implementar ações efetivas.

Jeong e Kurcgant (2010) ponderam que, pelo fato da qualidade ser considerada um conceito abstrato e subjetivo, ela necessita de subsídios concretos e consensuais para ser adotada como ferramenta de avaliação de decisões e ações gerenciais.

Sob essa ótica, o uso de indicadores tem sido adotado como ferramenta de medição para avaliação da qualidade em saúde monitorando processos, resultados e a influência da estrutura na redução dos riscos (Kurcgant et al., 2009).

É de extrema importância que as instituições utilizem indicadores apropriados a sua realidade, levando em consideração seus objetivos. Um banco de dados deve ser constituído para que os resultados possam ser comparados com a série histórica da própria instituição ou até mesmo com outras instituições de perfil semelhante.

Teixeira (2012) recomenda que alguns indicadores gerais, como taxa de mortalidade e de rotatividade de pacientes, reinternações, taxas de infecções, dentre outros, sejam monitorados pelas instituições. Indicadores específicos devem também ser monitorados de acordo com o perfil de cada unidade assistencial, como, por exemplo, o monitoramento de taxa de extubação acidental em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Os indicadores podem estar voltados para análise da qualidade assistencial ou gerencial. Dentre os assistenciais destacam-se Erro de Medicação, Flebite, Queda e UPP, muitas vezes passíveis de interferência dos processos de comunicação, cujas falhas resultam na ocorrência de eventos adversos.

Eventos adversos são incidentes que ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde, não relacionados à doença de base, e que resultam em danos ao paciente, podendo gerar um comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou algum efeito nocivo como danos temporários ou permanentes, incluindo incapacidade física, social ou psicológica ou até mesmo a morte (WHO, 2009b).

Além de serem considerados indicadores de falhas nos processos, sistemas ou equipes, os eventos adversos são fatos indesejáveis na assistência à saúde, com consequências imprevisíveis para os pacientes e para a instituição envolvida. Podem acarretar em denúncia formal, investigação e processo judicial ou intervenção dos órgãos normatizadores dos serviços de saúde e de exercício profissional.

Neste estudo os referidos indicadores assistenciais são analisados, verificando-se a ocorrência de evento adverso que causou danos temporários ou permanentes aos pacientes, cabendo, portanto, sua conceituação a seguir.

Erro de medicação é qualquer evento evitável, que de fato ou potencialmente, pode levar ao uso inadequado do medicamento pelo profissional da saúde, paciente ou consumidor, podendo causar danos ao paciente (*National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention – NCCMERP, 2001*).

O erro pode estar relacionado à prática profissional, ao produto usado, ao procedimento, à falha de comunicação na prescrição, aos rótulos, às embalagens, ao preparo, à dispensação, à distribuição, ao monitoramento e ser cometido por qualquer membro da equipe em qualquer momento do processo do cuidado (Teixeira, Cassiani, 2010).

No que diz respeito aos danos, a administração de medicamentos é uma das intervenções mais utilizadas no ambiente hospitalar, na qual se evidencia a presença de erros nas várias etapas do processo, podendo causar prejuízos aos pacientes, que vão desde o não recebimento do medicamento necessário até lesões e mortes (Silva, Santos, 2011).

Os erros de medicação também têm sido estudados sob as mais diferentes perspectivas, identificando os tipos e frequências dos erros, analisando os impactos causados por embalagens e rótulos de medicamentos semelhantes, os erros de dispensação, a influência de fatores externos durante o preparo e administração de medicamentos e medidas para minimização dos erros (Galvão et al., 2012; Lemos, Silva, Martinez, 2012; Lopes et al., 2012; Santana et al., 2012; Silva, Camerini, 2012).

No Brasil, a preocupação com o impacto dos erros de medicação na segurança do paciente é evidenciada pelo número de estudos desenvolvidos na última década. Nesse sentido, estudo multicêntrico sobre erros de medicação realizado em cinco hospitais

brasileiros identificou 1.500 erros de medicação, ou seja, 30% das doses administradas continham algum erro (Reis et al., 2010).

Essa realidade não é diferente no que tange ao evento flebite, que consiste em um processo inflamatório na parede da veia, associado ao eritema, com ou sem dor, edema, endurecimento do vaso ou cordão fibroso palpável, com ou sem drenagem purulenta (Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH, 2012).

Pesquisa realizada em um hospital universitário do estado de São Paulo demonstrou que a flebite em cateter venoso periférico correspondia a 53,8% dos eventos identificados na assistência prestada pelos profissionais da enfermagem (Santos, Ceolim, 2009).

Em pacientes adultos, a permanência do cateter por mais de 72 horas aumenta em até quatro vezes a chance do desenvolvimento de flebite, quando comparada à permanência dos cateteres por menor tempo (Furtado, 2011).

A melhor prevenção para as complicações relacionadas ao acesso venoso está diretamente ligada à escolha de veias mais calibrosas ou a utilização de acesso central para administração de soluções hipertônicas; à opção pelo menor dispositivo indicado à infusão; ao rodízio a cada 72 horas do local puncionado, à fixação adequada para prevenir irritação mecânica; às punções realizadas por profissionais habilitados; à higienização adequada das mãos; ao protocolo de orientação sobre medicações irritantes e soluções hipertônicas e à troca dos frascos de soluções a cada 24 horas (Tertuliano et al., 2014).

Portanto, no intuito de se evitar complicações, é necessário que os profissionais de enfermagem aliem seus conhecimentos sobre anatomia, fisiologia, microbiologia e farmacologia, além de buscar atualização constante, por meio de atividades educativas obtendo, dessa forma, a qualificação da equipe e consequente redução de riscos.

Referente à queda, esta é conceituada como um incidente não intencional que resulta no deslocamento do paciente para o chão ou outro nível mais baixo que sua posição inicial (CQH, 2012).

Apesar da maioria das quedas serem evitáveis com medidas preventivas relativamente simples, Telles (2008) demonstrou aumento no índice de quedas passando de 28,6% para 31,1% entre os anos de 2000 e 2006.

Pacientes hospitalizados apresentam um risco aumentado de quedas devido à presença de doenças agudas, tratamentos, comorbidades e ambiente não familiar (Dykes et al., 2012).

Acidentes por quedas podem acarretar inúmeras consequências ao paciente, tanto de ordem física (lesões e incapacidades) quanto de ordem psicológica. Esse evento também pode gerar insatisfação e ceticismo em relação à qualidade da assistência de enfermagem, além de afetar negativamente a gestão em saúde aumentando o tempo de internação, o custo do tratamento e as implicações éticas e legais para a instituição (Costa et al., 2011b).

O sistema de saúde americano analisou o relato de incidentes relacionados à segurança do paciente e identificou que 9% deles tiveram, pelo menos, um incidente relatado, sendo que 29% foram erros de medicação e 14% foram quedas (Nuckols et al., 2007).

No Brasil foram notificados 229 incidentes relacionados à segurança do paciente em um hospital, sendo que 16,6% relacionaram-se a quedas e 14,8%, a erros na administração de medicamentos (Nascimento et al., 2008).

As UPP são definidas como áreas de localização de necrose tissular, que se desenvolvem quando o tecido de acolchoamento é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por um período prolongado (CQH, 2012).

A UPP pode ser classificada de acordo com o estágio, sendo atualmente diferenciada conforme os comprometimentos teciduais em níveis de I a IV, que podem afetar desde o tecido epitelial, até

músculos e ossos. Quanto maior a lesão tissular, um estágio mais avançado desvela-se, por conseguinte, gera custos adicionais à internação e ao tratamento. Além disso, amplia-se a carga de trabalho despendida ao paciente pela enfermagem e maior morbidade e mortalidade dos pacientes internados (Elias et al., 2014).

Nessa perspectiva, a prevenção dessas lesões teciduais tem se tornado imperativa, no que diz respeito ao caráter econômico e psicológico, além de minimizar os riscos à saúde física do paciente, bem como redução do trabalho empenhado pela equipe de saúde. Entre as estratégias de prevenção (uso de coxins, elevação da cabeceira, dentre outros) estão a capacidade e a habilidade clínica dos profissionais de saúde em reconhecer os pacientes com fatores de risco para o desenvolvimento de UPP, por meio de escalas que avaliam tal risco como a Escala de *Braden* (Silva et al., 2010).

A Escala de *Braden* foi desenvolvida como estratégia para atenuar a incidência de UPP, pois avalia seis pontos importantes para a determinação do risco do paciente em desenvolver a úlcera: percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade, estado nutricional, fricção e cisalhamento. Utilizam-se dois determinantes considerados críticos para o aparecimento da UPP: a intensidade e a duração da pressão e a tolerância tecidual (Lima, Guerra, 2011).

Nos Estados Unidos, 42.817 pacientes hospitalizados foram avaliados quanto à incidência de UPP, determinando a seguinte distribuição por unidade: clínica médica (28%), clínica cirúrgica (13%), unidade semi-intensiva (9%), ortopédica (7%) e UTI (7%). A prevalência global de pacientes com UPP nesse estudo foi 14,8%, sendo que as UTI obtiveram os maiores valores (Amlung, Miller, Bosley, 2001).

Rogenski e Santos (2005) conduziram um estudo por três meses consecutivos em um hospital universitário brasileiro, no qual identificaram a incidência de UPP de 39,8%, variando de acordo com a unidade hospitalar estudada, sendo 41% na UTI.

Araújo et al. (2011) contabilizaram 20 UPP em 14 pacientes em outro hospital universitário brasileiro, atribuindo como causa o aglomerado de fatores de risco externos, como pressão, cisalhamento e fricção, acrescidos dos fatores internos. Nesse contexto, consideraram que manter o paciente na posição dorsal horizontal por um tempo prolongado desencadeia as forças de fricção e cisalhamento, culminando no surgimento de lesões.

Estudo transversal constatou a subnotificação de dados ao comparar os eventos notificados em sistema de indicador de qualidade assistencial de UPP com registros em evoluções de enfermagem nos prontuários dos pacientes. Em uma amostra de 188 pacientes, 6 (3%) apresentaram notificação de UPP grau II ou mais, porém 19 (10%) tiveram registro nas evoluções de enfermagem. A maioria eram mulheres, idosas e portadores de doenças cérebro vasculares (Santos et al., 2013).

Considerando a importância dos indicadores como instrumentos de gestão e o impacto dos eventos adversos na qualidade da assistência prestada ao paciente, torna-se imprescindível o monitoramento dos mesmos.

OBJETIVOS

- ❖ Identificar as não conformidades referentes aos eventos adversos: erro de medicação, flebite, queda e UPP que causaram dano permanente ou temporário, no triênio 2011-2013;
- ❖ Analisar as causas raízes dos eventos adversos, identificadas pelos profissionais de saúde da instituição;
- ❖ Estratificar os eventos relacionados às falhas de comunicação;
- ❖ Avaliar se os eventos adversos encontrados eram evitáveis ou inevitáveis.

CAPÍTULO 4

PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, exploratório-descritivo e coleta retrospectiva dos dados.

4.2. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil, sob nº 21793013.0.0000.5392 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade através de parecer nº 447.736¹.

Foi enviada uma carta de solicitação de autorização de coleta de dados à Direção da instituição esclarecendo o teor e os objetivos da pesquisa e garantindo seu anonimato (Apêndice A).

Devido ao caráter documental da pesquisa, não foi necessário aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento pelo qual o sujeito e/ou seu representante legal autoriza sua participação voluntária na pesquisa, após explicação completa sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que essa possa acarretar.

4.3. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital universitário privado, de grande porte, nível terciário, localizado no interior de São Paulo.

Trata-se de uma instituição assistencial que tem como missão “dar atendimento de qualidade na área de saúde e contribuir para a promoção do conhecimento, considerando sua orientação cristã e seu caráter de hospital universitário”.

O referido estabelecimento de saúde foi criado com a finalidade de servir como hospital universitário para realização de atividades docentes e assistenciais.

Em 1996 iniciou atendimento à saúde suplementar, visando à autossustentabilidade. Possui 355 leitos, 311 leitos ativos, sendo

¹O documento de aprovação da pesquisa não está anexado a esta tese em virtude do compromisso de anonimato. Todavia, encontra-se em poder da pesquisadora, podendo ser solicitado quando necessário.

atualmente 199 para o atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) e 112 para atendimento de Convênios Privados e Particulares.

Conta com 2293 colaboradores ativos dos quais 366 pertencem ao Corpo Clínico e 850 à Enfermagem.

A estrutura organizacional dessa instituição é composta por uma Superintendência, um Colegiado de Diretores (Administrativo, Clínico, de Enfermagem e Técnico) e Gestores das Unidades de Negócio (Administrativas, Apoio e Assistenciais).

As linhas de cuidado prioritárias são a Cardiologia, Trauma, Oncologia e Pediatria. Está inserido na Rede de Urgência e Emergência e na Rede Cegonha.

4.4. CASUÍSTICA

O estudo foi constituído por 263 Relatórios de Não Conformidade (RNC) de eventos adversos de erro de medicação, flebite, queda e UPP que causaram dano permanente ou temporário no triênio 2011-2013.

A amostra foi calculada considerando o total de 831 eventos ocorridos no citado triênio com erro amostral de 5% para mais ou menos com confiança de 95%.

Os RNC foram selecionados sistematicamente, avaliando um a cada quatro para garantir aleatoriedade. Após o levantamento desses RNC, foram identificadas e analisadas as causas raízes dos eventos adversos, atribuídas pelos próprios profissionais da instituição.

Em seguida foram estratificados os eventos com causa raiz relacionadas às falhas de comunicação e, por fim, avaliado se os eventos eram evitáveis ou inevitáveis.

4.5. COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu após aprovação do CEP e autorização da instituição em questão, no período de janeiro a abril de 2014.

4.5.1 Operacionalização da coleta

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, através da análise documental dos RNC (Anexo 1).

Os dados foram coletados por meio de um instrumento estruturado contendo informações como data, horário, idade do paciente, unidade onde ocorreu o evento, profissionais envolvidos no evento, tipos de eventos e consequências, análise da causa raiz através do Diagrama de Causa e Efeito, evento evitável ou inevitável (Apêndice B).

A partir de uma planilha contendo todos os RNC dos eventos adversos ocorridos no triênio 2011-2013, os relatórios foram selecionados sistematicamente conforme recomendação estatística.

Em seguida os RNC foram separados pelo Serviço de Qualidade da referida instituição e encaminhados à pesquisadora, que analisou individualmente cada relatório, extraindo as informações necessárias para o estudo e transferindo-as para uma planilha Excel para realização de testes estatísticos específicos.

4.6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados em Planilha Eletrônica Excel para o processamento.

Para análise dos dados utilizou-se de recursos de computação por meio do processamento no sistema *Microsoft Excel* e através do *software* estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS 22).

As variáveis analisadas foram: idade dos pacientes, turno de trabalho onde ocorreu o evento, unidade onde ocorreu o evento, profissionais envolvidos, tipos de eventos e consequências, causa raiz do evento, falha de comunicação, evento evitável ou inevitável e suas relações.

Os resultados foram apresentados na forma de tabelas e figuras. O tratamento dos dados foi realizado por meio da estatística

descritiva, aplicando-se testes específicos de ANOVA e qui-quadrado para o cruzamento das variáveis estudadas.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram analisados e discutidos observando-se a seguinte lógica:

- 5.1. caracterização da amostra
- 5.2. análise da causa raiz por evento
- 5.3. análise do fator comunicação.

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os resultados apresentados a seguir caracterizam os eventos adversos constantes nos RNC, distribuídos segundo o tipo de evento, idade dos pacientes, o turno de trabalho e serviço em que ocorreu o evento, profissionais envolvidos, causa(s) raiz(es), tipo de dano decorrente do evento e a classificação do evento como evitável ou inevitável.

Figura 4 - Distribuição dos RNC segundo os tipos de eventos adversos notificados, São Paulo (Interior de SP), 2015

A Figura 4 contempla os 263 eventos adversos analisados, distribuídos em 105 (39,9%) flebites, 86 (32,7%) erros de medicação, 42 (16%) UPP e 30 (11,4%) quedas.

Pode ser observado que o maior número de eventos notificados foi de flebites, seguido por erros de medicação.

Mendes et al. (2013) analisaram as características dos eventos adversos em pacientes internados em hospitais do Rio de Janeiro. Na amostra de 1.103 pacientes, as infecções associadas

aos cuidados da saúde representaram 24,6%; UPP, 18,4%; danos por complicações na punção venosa, 7,7%; quedas, 6,2% e danos em consequência do emprego de medicamentos, 4,6%.

Lorenzini, Santi e Bão (2014) avaliaram os incidentes notificados em um hospital de grande porte da região Sul do Brasil entre os anos 2008 e 2012. Foram identificados 755 eventos, sendo a maior prevalência de quedas com 45,4%, seguidas do erro de medicação com 16,7%.

Paranaguá et al. (2014a) conduziram estudo de corte transversal, em um hospital universitário, com amostra de 735 internações, no qual a prevalência dos incidentes relacionados à medicação foi estimada em 48%.

A incidência de eventos adversos é maior em hospitais de ensino quando comparados aos demais. Cabe destacar que esses hospitais prestam uma assistência de alta complexidade, geralmente, agregando os pacientes mais graves. Adicionalmente, há situações em que a internação é antecipada ou se prolonga para garantir a hospitalização do paciente. A falta de recursos de custeio e equipamentos danificados pode, ainda, gerar aumento da permanência hospitalar. Somando-se aos fatores citados, dificuldades financeiras, familiares e sociais podem contribuir para o adiamento da alta hospitalar, o que culmina na ocorrência de eventos adversos (Roque, Melo, 2011).

Nascimento et al. (2008), ao analisar unidades hospitalares, apontaram que um dos locais de maior índice de ocorrência de eventos adversos é a unidade de internação clínica-cirúrgica, destacando-se, entre seus achados, eventos relacionados com sondas, drenos e cateteres, erros de medicação, queda de pacientes, UPP e infecções adquiridas no hospital.

É consenso entre os estudiosos do tema que os números relatados de eventos adversos sejam uma estimativa muito modesta do valor real do problema. Como resultado, depara-se com a indesejável subnotificação e omissão de relato de eventos,

indispensáveis para a implementação de medidas preventivas (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000).

A revisão de literatura mostra um aumento dos estudos que analisam os eventos adversos, consequentemente, a segurança do paciente, explorando eventos específicos e gerais, focando os ambientes onde a assistência acontece, propondo estratégias de prevenção, entre outras abordagens. São também unânimes os estudos e organizações que recomendam a prática da cultura não punitiva para que medidas de prevenção sejam instituídas (Claro et al., 2011).

É nesse sentido que a prática da cultura de segurança é imperativa, uma vez que tem como pressuposto o conceito de que os seres humanos cometem erros e que, portanto, a chave consiste em estruturar sistemas que minimizem a oportunidade dos erros acontecerem.

Figura 5 - Distribuição dos RNC segundo a idade dos pacientes que sofreram os eventos, São Paulo (Interior de SP), 2015

Na Figura 5 observamos a distribuição das idades dos pacientes que sofreram os eventos adversos. A idade mínima encontrada em 20 (7,6%) pacientes foi de zero ano, considerando nessa faixa etária os bebês de até 11 meses e 29 dias. A idade máxima de 101 anos ocorreu em 1 (0,4%) paciente. A média entre as idades foi de 52,04 anos e o desvio padrão de 25,17.

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos.

Em 1940, a esperança de vida do brasileiro não atingia os 50 anos de idade. Os avanços no setor da saúde e as melhorias nas condições gerais de vida da população concorreram para que, em 2011, esse indicador atingisse 74,08 anos. Segundo a projeção de população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2050 esse indicador deverá chegar aos 81,3 anos. (IBGE, 2009, 2011).

As populações com elevada proporção de pessoas idosas podem ter prioridades econômicas diferentes e necessidades distintas, o que implica em avaliações permanentes das políticas sociais, voltadas para o atendimento das demandas de um contingente de adultos e idosos que cresce a cada dia.

Tabela 1 - Distribuição dos eventos por idade, São Paulo (Interior de SP), 2015

Evento	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Erro de medicação	86	42,71	29,304	0	88
Flebite	105	52,28	23,869	0	89
Queda	30	64,13	17,104	25	101
UPP	42	61,90	15,148	26	99
Total	263	52,04	25,179	0	101

($p < 0,001$)

A média de idade por evento pode ser analisada na Tabela 1. Foi aplicado o teste de *Welch* para comparar as médias de idade entre as pessoas dos grupos formados pelo tipo de evento. As médias de idade dos eventos foram consideradas estatisticamente diferentes ($p < 0,001$).

Os eventos erro de medicação e flebite foram identificados em pacientes a partir de zero ano.

Para os eventos queda e UPP, a idade mínima de ocorrência foi de 25 e 26 anos, respectivamente.

O paciente com a maior idade encontrada na amostra (101 anos) sofreu uma queda.

Paranaguá et al. (2014b), em um hospital universitário, identificaram que idade maior que 45 anos, tempo de internação igual ou superior a quatro dias, prescrição de três ou mais medicamentos/dia e realização de intervenção cirúrgica são fatores associados à ocorrência de incidentes relacionados à medicação.

Investigações têm demonstrado que não existe relação estatisticamente significativa entre a idade do paciente e a ocorrência de flebite, porém idade maior que 65 anos é considerada um fator predisponente para o seu desenvolvimento. Outros aspectos a serem observados na etiologia da flebite são os calibres, tamanhos, comprimentos, materiais e o tempo prolongado das inserções dos cateteres venosos periféricos, bem como a qualidade da manutenção dos cateteres (Nassaji-Zavareh, Ghorbani, 2007; Tertuliano et al., 2014).

Extremos de idade (menor ou igual a cinco anos e maior ou igual a 60 anos) contribuem para a ocorrência de quedas. Nos Estados Unidos, as quedas são as causas mais comuns de lesões não fatais em pessoas com mais de 65 anos. Dos indivíduos residentes na comunidade com idade superior a 65 anos, 32% caem a cada ano, sendo que as mulheres caem com maior frequência que os homens (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2007).

Em relação ao envelhecimento e a ocorrência de UPP, é sabido que a diminuição da elasticidade, da textura, da circulação, do nível de reposição celular e do processo de cicatrização da pele, bem como da sensibilidade periférica, indubitavelmente, levam ao aumento do risco de trauma tegumentar. A idade avançada é um fator desencadeante de úlceras, sendo que 50% a 70% dessas lesões desenvolvem-se em pessoas com mais de 70 anos (Gomes et al., 2010).

Neste estudo observamos que a idade influenciou de formas diferentes na ocorrência dos eventos adversos.

Os eventos queda e UPP têm médias de idade semelhantes, porém maiores que as médias de idade dos eventos erro de medicação e flebite, o que está diretamente ligado aos fatores de risco para ocorrência de cada um desses eventos.

Em hospitais do Rio de Janeiro, uma investigação demonstrou que a média de idade dos pacientes da amostra era de 46,8 anos e mediana de 46 anos, porém a média era de 59,5 anos e a mediana de 64 anos entre os pacientes que sofreram evento adverso evitável. A diferença entre as médias de idade da amostra total (1.103) e dos pacientes com eventos adversos evitáveis (56) foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Em relação à amostra total, quanto maior a idade, maior foi a proporção de eventos adversos evitáveis ($p < 0,001$). De um modo geral, foi observado que as maiores faixas etárias (61-70 anos e acima de 70 anos) concentraram cerca de 21% desses eventos (Mendes et al., 2013).

Figura 6 - Distribuição dos RNC segundo o turno de trabalho de ocorrência dos eventos, São Paulo (Interior de SP), 2015

Os eventos adversos analisados neste estudo ocorreram prevalentemente no plantão da manhã, 104 (39,5%) eventos, conforme explicitado na Figura 6.

Paiva M, Paiva S e Berti (2010), em um hospital universitário da região Centro-Sul do Estado de São Paulo, demonstraram que o maior número de eventos adversos notificados foi no período diurno,

no qual são executadas a maior parte das ações como consultas, procedimentos, exames e visitas médicas e de enfermagem. Nesse período, portanto, ocorre maior exposição do paciente à adversidades.

Entretanto, em outro hospital universitário, pertencente à rede de hospitais sentinela, o maior quantitativo de eventos adversos ocorreu no plantão noturno, o que pode ser atribuído à carga horária de trabalho e redução do período de sono dos profissionais, afetando a capacidade de tomada de decisão, mediante as situações de emergência (Carneiro et al., 2011), o que corrobora com os estudos de Correa et al. (2012) e Prates et al. (2014).

Todavia, neste estudo essa tendência não foi confirmada, podendo-se inferir que esse fato possa estar associado ao dimensionamento de pessoal de enfermagem, onde não há a redução de profissionais no período noturno, como foi mencionado em outras pesquisas.

Figura 7 - Distribuição dos RNC segundo o serviço de ocorrência dos eventos, São Paulo (Interior de SP), 2015

De acordo com a Figura 7, o maior número de eventos foi evidenciado nas UTI, totalizando 87 (33,1%) eventos, seguido por 84 (31,9%) eventos ocorridos nas unidades de internação.

O trabalho em UTI é peculiar, pois as condições clínicas dos pacientes são oscilantes, exigindo atenção ainda maior da equipe multiprofissional.

Além disso, a UTI é um ambiente insalubre para os profissionais que ali atuam, principalmente, para a equipe de enfermagem. Essa unidade caracteriza-se por ser um local de tensões constantes, onde os profissionais vivenciam experiências angustiantes. De forma cumulativa e progressiva, o estresse desses profissionais pode acarretar sofrimento psíquico, comprometendo a organização do trabalho. Consequentemente, essas questões podem levar à uma maior ocorrência de eventos adversos (Beccaria et al, 2009).

Sendo assim, a qualidade do cuidado de enfermagem em UTI deve ser estudada como um produto entre as condições ideais de trabalho derivadas de recomendações nacionais e internacionais e os riscos e benefícios decorrentes da falibilidade do ser humano ao prestar o cuidado (Lobão, Menezes, 2013).

Indagados sobre a vivência pessoal com a ocorrência de eventos adversos, 97,1% de enfermeiros brasileiros que atuavam em UTI relataram que essa experiência havia sido vivenciada. Desses, 80,6% informaram não ter sofrido punição, sendo que os demais relataram represálias do tipo advertência verbal e advertência escrita (Claro et al., 2011).

Lorenzini, Santi e Báó (2014), em hospital de grande porte do Sul do Brasil, evidenciaram 487 (64,8%) eventos adversos notificados nas unidades de internação, sendo os locais de maior ocorrência de eventos. Em segundo lugar na frequência de ocorrências, ficaram as UTI com 50 (6,6%) eventos.

Cabe ressaltar que as unidades de urgência e emergência apareceram em terceiro lugar em ocorrência de eventos neste estudo, com 66 (25,1%) eventos.

Nesse contexto, é importante lembrar que a instituição cenário deste estudo é de nível de complexidade terciário com uma

unidade de emergência SUS porta aberta que, frequentemente, está acima da capacidade instalada. Entretanto, essa unidade não se destacou pelo maior número de eventos. As taxas de ocupação das unidades de emergência foram de 217% em 2011, 239% em 2012 e 319% em 2013, enquanto que a taxa de ocupação geral do hospital permaneceu entre 81%, 86% e 94%, nesse mesmo período.

Sendo assim, pode ser inferido que mesmo com as dificuldades enfrentadas por essas unidades em relação à estrutura física, recursos humanos e materiais, o gerenciamento de risco tem se mostrado efetivo na prevenção dos eventos adversos.

Figura 8 - Distribuição dos RNC segundo os profissionais envolvidos nos eventos, São Paulo (Interior de SP), 2015

A Figura 8 mostra que, na maioria dos eventos, há o envolvimento de mais de um profissional no evento adverso, sendo que em 242 (92%) o auxiliar ou técnico de enfermagem, seguidos pelo enfermeiro em 215 (81,7%) eventos e pelo médico em 151 (57,4%) dos eventos.

O envolvimento dos profissionais foi considerado desde a participação no momento da ocorrência e notificação do evento, nas ações de mitigação até a investigação e elaboração do plano de ação.

Consequentemente, a característica marcante da enfermagem, que é a permanência ao lado do paciente durante as 24 horas do dia, faz com que essa categoria profissional esteja presente na maioria dos eventos relatados.

A enfermagem atua em todas as etapas do cuidado e é capaz de interceptar uma elevada proporção de erros. O processo de prevenção e interceptação de erros previne o agravamento do quadro clínico, quando esse está diretamente relacionado à qualidade da assistência (Roque, Melo, 2011).

Dessa maneira, os profissionais de enfermagem estão em posição privilegiada para reduzir a possibilidade de incidentes atingirem o paciente, além de detectar as complicações precocemente e realizar as condutas necessárias para minimizar os danos (Sousa et al., 2013).

Além disso, na instituição pesquisada, deparamos com a equipe de enfermagem, particularmente, o enfermeiro, em uma posição de liderança frente aos processos de qualidade e segurança do paciente. Assim, na ocorrência de um evento adverso, é o enfermeiro quem toma a frente desse processo, convocando os profissionais envolvidos para investigação e análise do evento, bem como elaboração do plano de ação para prevenir novos eventos.

Contudo, não se deve excluir a responsabilidade da equipe multiprofissional e da própria instituição de saúde no gerenciamento dos riscos e na segurança do paciente.

Na relação entre o paciente e o profissional de saúde, está implícito o princípio de cuidado e quando ocorrem erros, há uma violação desse princípio. Cabe às instituições de saúde elaborar e estabelecer padrões sistematizados para o controle e redução dos incidentes. A avaliação desses resultados possibilita o planejamento de estratégias que melhorem o sistema de saúde trazendo benefícios à equipe e, principalmente, ao paciente (Paranaguá et al., 2014b).

Outrossim, a percepção dos profissionais relativa ao tema qualidade leva a maior necessidade de atuar na previsão, provisão, execução, monitoramento e prevenção de riscos, sendo, portanto, a avaliação da qualidade uma atividade de suma importância nos processos de trabalho dos profissionais de saúde (Lima, Melleiro, 2013).

A existência de um comitê de segurança do paciente, formado por uma equipe multidisciplinar e a adoção de metodologias de análise de riscos, pode ser considerada uma estratégia eficaz para prevenção dos eventos adversos, assim como estudar os erros para evitar sua repetição é também uma estratégia relevante (Costa, Meirelles, Erdmann, 2013).

Figura 9 - Distribuição dos RNC segundo a(s) causa(s) raiz(es) dos eventos, São Paulo (Interior de SP), 2015

Na análise de causa raiz apresentada na Figura 9, evidenciamos 175 (66,5%) eventos relacionados a falhas dos profissionais, 115 (43,7%) relacionados à matéria prima e 79 (30%) relacionados ao método. A maioria dos eventos apresentou mais de uma causa raiz.

A notificação de erros é uma prática adotada em vários países em busca da diminuição dos mesmos. É sabido que erros notificados não representam o todo ocorrido na prática devido à subnotificação. O objetivo da notificação de erros é encontrar as

causas que levaram a ocorrência dos erros e quais foram as falhas ocorridas no processo. Após a identificação das causas, são implementadas estratégias de correção dos processos envolvidos para evitar a repetição de erros semelhantes afetando outros pacientes (Lima, Melleiro, 2013).

Teixeira e Cassiani (2014) sugerem que, após a identificação dos eventos por meio de relatos voluntários e notificação, seja reunida uma equipe multiprofissional para a análise de causa raiz, a fim de contribuir com vários pontos de vista sobre o fato analisado e identificar diferentes fatores causais. É importante que um membro dessa equipe tenha conhecimento mais aprofundado nessa metodologia de análise para que possa atuar como facilitador do processo.

As causas de eventos adversos vêm sendo estudadas como ponto de partida para prevenção de novos eventos.

Cabe salientar que a relação entre o sujeito e a organização do trabalho pode afetar negativamente o desempenho do trabalhador de saúde. Alguns fatores como número de pacientes, níveis elevados de ruído e de luz e longos turnos de trabalho podem contribuir para a ocorrência de eventos adversos (Lorenzini, Santi, Bão, 2014).

Mendes et al. (2013) demonstraram que o fator contribuinte mais frequente da ocorrência de evento adverso evitável foi a ausência do cumprimento de alguma norma. Isso significa que em 55,9% dos casos o profissional não verificou ou não seguiu o protocolo ou a diretriz clínica.

Para Sousa et al. (2013), as falhas individuais foram a segunda causa mais citada para a ocorrência de eventos adversos. Existem diversos fatores psicológicos e fisiológicos que podem influenciar o comportamento dos profissionais durante a assistência e interferir na segurança do paciente. Entre os mais frequentes estão a falta de habilidades técnicas cognitivas (percepção da situação), sociais (trabalho em equipe) e pessoais (estresse).

Silva (2010) ressalta que, na ocorrência de um incidente, o importante é a assimilação de que a causa dos eventos é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometê-los quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados. As organizações devem estruturar o sistema de forma segura ajudando os profissionais a não errar. Todas as causas devem ser analisadas para o desenvolvimento de ações corretivas, visando a prevenção e a redução de eventos adversos.

O conceito atual de segurança do paciente aponta como principais fatores responsáveis pela ocorrência de eventos adversos as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde em sua concepção, organização e funcionamento em vez de responsabilizar os profissionais ou produtos isoladamente. A premissa é de que os seres humanos cometem falhas, portanto, erros são esperados e considerados como consequências e não como causas. Embora não se possa mudar a condição humana, é possível atuar naquelas sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas ou barreiras no sistema (Reis, Martins, Laguardia, 2013).

Figura 10 - Distribuição dos RNC segundo os danos causados pelos eventos, São Paulo (Interior de SP), 2015

Quanto aos danos, 260 (98,9%) eventos adversos resultaram em dano temporário e apenas 3 (1,1%) eventos em dano permanente, conforme explicitado na Figura 10.

Em uma unidade de pronto socorro de hospital universitário da Rede de Hospitais Sentinela, 19,6% do total de eventos adversos resultaram em dano, requerendo monitoramento e/ou prolongando o tempo de internação do paciente, sendo que um deles resultou em óbito (Paranaguá et al., 2014b).

Em outro estudo, a magnitude e gravidade das consequências dos eventos adversos foram distintas. Dos 218 eventos analisados, 77,9% resultaram em dano leve, 16,5% em dano moderado e 2,3% em dano grave. Com baixa prevalência, mas de maior impacto, 3,2% dos eventos resultaram em óbito (Paranaguá et al. 2013).

A prevalência dos eventos adversos é estimada entre 15% e 21,9% no ambiente cirúrgico. Como consequência, 45,4% a 83,9% desses eventos resultam em dano temporário e/ou prolongamento da internação e 16,1% em óbito (Carneiro et al., 2011; Souza et al., 2011).

Além disso, os custos diretos relacionados à ocorrência de eventos adversos ocasionam altos gastos decorrentes da execução de exames adicionais, aumento significativo da permanência hospitalar, uso de medicamentos suplementares, necessidade de realização de procedimentos médicos e, ainda, a transferência para unidades de terapia semi-intensiva ou intensiva. Os custos indiretos, associados à perda da produtividade e ao sofrimento físico e psicológico do paciente e seus familiares também devem ser considerados (Roque, Melo, 2011).

Figura 11 - Distribuição dos RNC segundo classificação dos eventos como evitável ou inevitável, São Paulo (Interior de SP), 2015

Na Figura 11 observamos que 182 (69,2%) eventos poderiam ter sido evitados se todas as medidas de segurança tivessem sido seguidas, enquanto que 81 (30,8%) eventos foram considerados inevitáveis.

Segundo a ANVISA (2013), atualmente, estão instalados mais de 200 mil estabelecimentos assistenciais de saúde em solo brasileiro, nos quais os pacientes são expostos rotineiramente às tecnologias e às intervenções de profissionais de saúde, estando sujeitos à ocorrência de eventos adversos.

Reason (2000) estima que em torno de 60% dos incidentes relacionados à assistência à saúde são considerados passíveis de prevenção. Considerando que o incidente está relacionado a uma falha humana, sua ocorrência está associada, frequentemente, a vergonha, punição e perda de prestígio por parte dos profissionais e por isso a tendência é escondê-lo especialmente nos casos que resultam em dano, perdendo-se importante oportunidade de aprendizado. Isso se deve ao fato de a abordagem dos erros no sistema de saúde ser feita de forma individualista, considerando o erro um ato inseguro cometido por pessoas com capacitação deficiente ou desatentas.

Em 1999, o total de custos anuais com eventos adversos evitáveis nos EUA foi estimado entre 17 e 29 bilhões de dólares (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000).

Em revisões retrospectivas de prontuários, a proporção de evento adverso evitável foi a seguinte: 42,8% na Espanha, 70% na Suécia, 39,6% na Holanda, 53,2% em Portugal e 60% na Tunísia (Aranaz-Andrés et al., 2008, Soop et al., 2009, Zegers et al., 2009, Sousa et al., 2011, Letaief et al., 2011).

Poucos são os dados sobre a frequência de eventos adversos em países em desenvolvimento e em fase de transição. Aranaz-Andrés et al. (2011) avaliaram a prevalência pontual de eventos adversos em 58 hospitais localizados na Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru. Foi observado um total de 11.379 pacientes internados e estimada uma prevalência pontual de eventos adversos de 10,5%. Dos eventos adversos identificados, 28% causaram incapacidade aos pacientes, 6% foram associados à morte do paciente e 60% foram classificados como evitáveis.

No Brasil, o levantamento da incidência de eventos adversos em hospitais foi realizada por Mendes et al. (2009) e evidenciaram que, do total de 1103 pacientes internados no ano de 2003, 7,6% haviam sofrido eventos adversos e desses, 66,7% poderiam ter sido evitados, resultado semelhante ao deste estudo.

Segundo Mendes et al. (2013) eventos adversos evitáveis de hospitais do Rio de Janeiro ocorreram, predominantemente, nas enfermarias (56,9%) e no Centro Cirúrgico (CC) (30,8%).

Esse conjunto de achados chama atenção para a importância de se compreender as características e os fatores contribuintes associados à ocorrência de eventos adversos evitáveis. Trata-se de desfechos indesejáveis, que não deveriam acontecer em organizações de saúde, cuja gravidade pode até mesmo levar ao óbito do paciente.

5.2. ANÁLISE DA CAUSA RAIZ POR EVENTO

A metodologia da Análise de Causa Raiz é uma investigação formal de eventos adversos relacionados à segurança do paciente. Essa análise foi desenvolvida na indústria, numa tentativa de descobrir a verdadeira causa do incidente ocorrido e hoje vem sendo empregada pelas instituições de saúde. Trata-se de uma avaliação retrospectiva utilizada para identificar as causas profundas dos quase erros e de eventos adversos com ou sem dano (Teixeira, 2012).

A Análise de Causa Raiz é utilizada para analisar eventos adversos de forma reativa, sendo capaz de apresentar ações para reduzi-los. É um processo sistemático em que os fatores que contribuem para a ocorrência de um evento são identificados por meio da reconstrução da sequência lógica dessa ocorrência e utiliza-se a pergunta "por quê?" até que as causas ativas subjacentes sejam elucidadas (Teixeira, Cassiani, 2014).

Várias ferramentas têm sido utilizadas para a análise da causa raiz, dentre elas: a Análise de Barreiras, Análise de Mudanças, Diagrama de Ishikawa, Análise de Pareto, Árvores das Causas, dentre outros, para elaborar a cadeia causal partindo de um evento final indesejado, a fim de encontrar a causa raiz (Teixeira, Cassiani, 2010).

O Diagrama de Ishikawa, também conhecido como Diagrama de Espinha-de-Peixe ou Diagrama de Causa e Efeito ou 6M é uma ferramenta de representação gráfica que possibilita a identificação das causas de um determinado problema.

Neste estudo, esse diagrama será referenciado como Diagrama de Causa e Efeito (Figura 12).

Figura 12 - Diagrama de causa e efeito

Fonte: Adaptado de Ishikawa, K. *What is total quality control?* Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1985.

Esse Diagrama classifica os fatores causadores dos eventos em seis classes:

- ✓ Método: a forma como o processo analisado é realizado, a organização das informações e do trabalho;
- ✓ Matéria prima: característica dos insumos necessários para a realização do processo;
- ✓ Mão de obra: recursos humanos (pessoas);
- ✓ Máquinas: todos os equipamentos e sistemas (informática, telecomunicações, etc.) utilizados para a realização do trabalho;
- ✓ Medição: de que forma o resultado é medido, a supervisão do comportamento do processo;
- ✓ Meio Ambiente: características físicas do ambiente de trabalho (temperatura, ruídos, iluminação, etc.), bem como a relação das pessoas da organização (motivação, remuneração, relação entre diferentes níveis hierárquicos) (Ishikawa, 1985).

Inúmeros estudos vêm sendo conduzidos com a metodologia da Análise de Causa Raiz para avaliar técnicas e tratamentos e para analisar tipos específicos de eventos ocorridos nas mais variadas unidades e suas causas (Smits et al., 2009, Stahel et al., 2010;

Teixeira, Cassiani, 2010; Lynn, Curry, 2011; Vaidyanathan et al., 2011; Teixeira, Cassiani, 2014).

Na instituição investigada, utiliza-se o Diagrama de Causa e Efeito para identificação de causas raízes como parte da análise dos eventos adversos, erros e quase erros.

O RNC é um impresso padronizado para notificação de quase erros, erros de processo e eventos adversos.

Cabe salientar que a instituição em questão emprega a nomenclatura evento sentinela para os eventos adversos erro de medicação, flebite, queda e UPP, os quais recebem uma subclassificação em graus, de acordo com as consequências que acarretaram para o paciente: Grau I (aquele que levou a óbito); Grau II (aquele que causou danos permanentes); Grau III (aquele que causou danos temporários); Grau IV (aquele que não causou danos). Portanto, no anexo onde se lê evento sentinela, leia-se evento adverso.

Esse relatório é dividido em várias etapas: descrição do evento; classificação do erro/evento pelo notificador; descrição do fato; ações de mitigação; classificação do erro/evento pelo Serviço de Qualidade; classificação do erro/evento pelo investigador; Diagrama de Causa e Efeito; plano de ação e ciência do notificador na conclusão da investigação.

A notificação dos eventos é voluntária e pode ser realizada por qualquer profissional da instituição com a finalidade de levantar, analisar e propor intervenções.

Após a notificação de um evento, o RNC é encaminhado ao Serviço de Qualidade para classificação e em seguida é devolvido à unidade onde ocorreu o evento para análise e proposta de intervenção.

De posse do RNC, o responsável pela unidade convida os profissionais relacionados ao evento para análise e discussão. Nesse momento, é levantada a causa raiz do evento e elaborado um plano de ação com intuito de evitar a ocorrência de novos eventos.

O notificador do evento recebe o RNC para validar as ações propostas e sua efetividade.

A investigação é concluída e o RNC é devolvido ao Serviço de Qualidade para acompanhamento dos prazos de cumprimento do plano de ação.

Neste estudo são analisados os RNC referentes aos eventos adversos erro de medicação, flebite, queda e UPP, que causaram dano permanente ou temporário, no triênio 2011-2013.

5.2.1. Erro de medicação

Tabela 2- Distribuição dos Erros de medicação segundo a idade dos pacientes, São Paulo (Interior de SP), 2015

Evento	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Erro de medicação	86	42,71	29,304	0	88

O erro de medicação, visualizado na Tabela 2, foi o segundo evento mais frequente observado neste estudo com 86 (32,6%) ocorrências.

Lorenzini, Santi e Bão (2014) detectaram 126 (16,7%) erros de medicação em um hospital de grande porte do Sul do Brasil, sendo também o segundo evento mais frequente.

No entanto, os erros de medicação corresponderam a 62,7% do total de eventos nos achados de outra pesquisa (Camerini, Silva, 2011).

Berdot et al. (2012), em hospital de ensino francês, constataram que, em 27,6% das situações observadas, ocorreu pelo menos um erro no processo de medicação. Os erros de horário corresponderam a 72,6% dos incidentes e a administração de medicamento não autorizado, em paciente errado ou droga não prescrita, ocorreram em 3,7%.

Neste estudo, a média de idade dos pacientes que sofreram um erro de medicação foi de 42,71 anos.

A idade mínima de 11 meses e 29 dias e a máxima de 88 anos demonstram que qualquer paciente está sujeito à ocorrência de

erro de medicação, atribuindo as causas desses eventos a fatores externos, organizacionais e aos profissionais e muito pouco às condições do paciente.

Pode ser observada diferença estatisticamente significativa entre a média de idades dos pacientes que sofreram um erro de medicação e aqueles que sofreram queda ou desenvolveram uma UPP ($p < 0,001$).

A ocorrência de erro de medicação pode ser influenciada por fatores ambientais, condições e método de trabalho e características dos profissionais envolvidos no processo, porém, em menor escala pela idade do paciente.

Em pacientes com afecções cardíológicas, que sofreram erro de medicação, a média de idade foi de 59 anos, desvio-padrão $\pm 15,82$ anos e a incidência de eventos foi de 14,3% (Roque, Melo, 2011).

Análise retrospectiva de cuidados gerais em instituições de saúde na Inglaterra constatou, entre os fatores de risco associados aos incidentes com medicamentos, o sexo masculino, a idade inferior a 15 anos ou superior a 64 anos e o número de doses únicas prescritas (Avery et al., 2012).

Estudos descrevem que idade avançada, sexo, comorbidades, polifarmácia, uso inapropriado de medicamentos e ilegibilidade nas prescrições são os principais fatores de risco associados aos erros de medicação. Fatores como raça/etnia, renda e nível de escolaridade podem influenciar na evitabilidade do evento, no entanto são pouco investigados (Cano, Rozenfeld, 2009; Melo, Silva, 2008; Gimenes et al., 2009).

Insuficiência cardíaca congestiva, doença vascular periférica, doença pulmonar crônica, doença reumatológica, insuficiência hepática, insuficiência renal, diabetes mellitus e câncer possuem estreita relação com o aumento das readmissões hospitalares de pacientes por reações adversas a medicamentos (Zhang et al., 2009).

As tendências relativas ao aumento da idade do paciente e a ocorrência de erros de medicação não se confirmaram neste estudo, evidenciando, novamente, que as causas raízes desses erros não tiveram relação com as condições do paciente.

Figura 13 - Distribuição dos erros de medicação segundo o turno de trabalho de ocorrência do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

A ocorrência do erro de medicação concentrou-se no período da manhã com 42 (40,7%) eventos, conforme explicitado na Figura 13 ($p=0,903$).

O período da manhã é aquele que concentra o maior número de atividades dos profissionais de saúde, como visitas multiprofissionais, elaboração de prescrições, encaminhamento para exames e internações cirúrgicas. Todas essas atividades influenciam o ambiente de trabalho e, conseqüentemente, a concentração dos profissionais de enfermagem, que preparam e executam as medicações.

Os fatores de risco para os erros de medicação relacionados a variáveis ambientais são: inexistência/deficiência de instalações ou inadequado uso do espaço, desorganização da estocagem de medicamentos, inexistência/inadequação de equipamentos e iluminação imprópria e/ou excesso de ruídos no ambiente de trabalho. Entre os fatores de risco de origem organizacional e psicossocial estão incluídos: deficiências de recursos humanos, sobrecarga de trabalho, desvios de função, equipes temporárias

e/ou inexperientes, trocas excessivas de equipes ou rodízios de turnos de trabalho, ausência de padronização de medicamentos e de processos, indisponibilidade e/ou centralização de profissionais farmacêuticos, déficit de formação, capacitação e treinamento de pessoal, ausência de suporte psíquico, social, legal e administrativo por parte da instituição e fatores ligados a situações específicas durante os processos de trabalho e/ou de natureza pessoal, tais como: interrupções frequentes da tarefa executada; distração e/ou desvio da atenção, falha de comunicação verbal ou escrita, estresse, cansaço, fadiga, insatisfação com o trabalho e pressão por resultados (Spadoti, 2014).

Figura 14 - Distribuição dos erros de medicação segundo o serviço de ocorrência do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

A Figura 14 demonstra que a maior porcentagem de eventos ocorreu nas UTI, 34 (39,5%) eventos ($p < 0,001$). Esse resultado pode derivar do maior número de prescrições e de itens prescritos e da desestabilização frequente do paciente, resultando em alterações frequentes nas prescrições.

Diante disso, é reforçada a necessidade de alinhamento da comunicação, principalmente nas alterações de prescrição.

A UTI é um setor do hospital para o atendimento de pacientes que necessitam de cuidados complexos e especializados. Devido a

pior condição clínica e maior gravidade da doença, os pacientes internados em UTI recebem pelo menos duas vezes mais medicamentos que os pacientes internados, o que geralmente aumenta a sua exposição a erros (Ferreira et al., 2014).

Nas UTI, pacientes que requerem cuidados intensivos são considerados pacientes de risco para eventos adversos, tendo em vista as constantes alterações hemodinâmicas e iminente risco de morte, que exigem dos profissionais cuidados complexos, atenção ininterrupta e tomada de decisões imediatas.

Investigações apontam que o ambiente, a organização e a tecnologia são elementos do sistema de trabalho que interferem na qualidade da assistência prestada ao paciente crítico. As condições de trabalho, dentre elas a adequação do quadro de pessoal, são fatores que comprometem a qualidade do cuidado intensivo (Gonçalves et al., 2012).

Figura 15 - Distribuição dos erros de medicação segundo os profissionais envolvidos no evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

Assim como na análise geral da participação dos profissionais nos eventos, observamos na Figura 15 o envolvimento de mais de um profissional na maioria dos eventos de erro de medicação, sendo que em 74 (86%) eventos o auxiliar ou técnico de enfermagem

estavam envolvidos seguidos pelo enfermeiro em 56 (65,1%) eventos e o médico em 47(54,7%) eventos ($p<0,001$).

Para a equipe de enfermagem, as medicações são consideradas como um dos principais fatores que impacta na carga de trabalho e gera riscos potenciais ao paciente (Magalhães, Dall'Agnol, Marck, 2013).

Dessa forma, a equipe de enfermagem despende grande parte de seu tempo no preparo e administração de medicamentos, justificando novamente sua participação nos eventos adversos de erros de medicação.

A equipe de enfermagem, mesmo não sendo responsável pela prescrição de medicamentos, precisa conhecer os aspectos envolvidos em cada etapa do processo, visto que ao atuar nas fases de preparo e administração, tem a possibilidade de interceptar erros que poderiam passar despercebidos. Cerca de 86% dos erros de medicação podem ser interceptados por enfermeiros e farmacêuticos e a atualização de conhecimentos é forte aliada na prevenção (Oliveira, Melo, 2011; Lopes et al., 2012).

O farmacêutico também desempenha um papel primordial na terapia medicamentosa, pois todas as etapas que antecedem o preparo e a administração do medicamento são acompanhadas por esse profissional. Cabe a ele avaliar esse processo e implementar barreiras para tornar o sistema mais seguro.

As estratégias para a redução desses incidentes devem concentrar-se na capacitação da equipe, no desenvolvimento contínuo dos profissionais, na liderança clínica e na melhoria da comunicação e dos sistemas de segurança do paciente (Avery et al., 2012).

Figura 16 - Distribuição dos erros de medicação segundo a(s) causa(s) raiz(es) do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

Na Figura 16 evidenciamos a análise de causa raiz com 82 (95,3%) eventos relacionados às falhas dos profissionais, 32 (37,2%) relacionados ao método e 20 (23,3%) relacionados ao ambiente ($p < 0,001$). A maioria dos eventos apresentou mais de uma causa raiz.

Tal resultado leva à reflexão sobre o modo como esses eventos estão sendo avaliados e a ênfase dada pelos profissionais aos fatores causais relacionados ao indivíduo e à etapa final da terapia medicamentosa sugerindo uma análise superficial, na qual a visão pode estar voltada para a culpabilização dos profissionais.

Revisão integrativa, com o objetivo de identificar características das publicações de enfermeiros sobre erros com medicamento, divide suas causas em individuais (sobrecarga de trabalho, fadiga, distrações e interrupções) e causas sistêmicas (má qualidade de rótulos, aplicação incorreta dos cinco certos e ilegibilidade das prescrições) (Silva, Carvalho, 2012).

Ainda nesse estudo, quanto aos erros na administração de medicamentos, foi constatada falha no planejamento de horários, uma vez que mostrou diversos medicamentos concentrados num mesmo horário em virtude do aprazamento atrelado a horários que beneficiam a equipe de saúde, mas que não necessariamente

atende às necessidades do paciente hospitalizado, podendo favorecer a ocorrência de interações medicamentosas.

Os eventos adversos relacionados à medicação mostram a necessidade de avaliar o processo de previsão, provisão, dispensação, preparo e administração de medicamentos. Entre os fatores de riscos podem ser apontadas as prescrições de múltiplas drogas e diferentes dosagens, conhecimento deficiente da equipe sobre o medicamento, falta de devolução dos medicamentos não utilizados à farmácia, interferências durante o preparo, transcrição das prescrições e falhas na escrita e redação (Paranaguá et al., 2013).

Alterações frequentes da prescrição, desconsiderando as indicações de outros médicos, inconsistência na informação ou ser tratado por vários médicos ao mesmo tempo são fatores associados aos erros de medicação ocorridos em pacientes fora do ambiente hospitalar. As mulheres utilizam mais drogas que os homens e, também, apresentam maior risco para esse tipo de erro (Mira et al., 2013).

Como os profissionais da equipe de enfermagem atuam, essencialmente, no final do processo da terapia medicamentosa, sua responsabilidade em evidenciar e impedir essas falhas aumenta, pois a ação de administrar pode interromper o sistema e evitar erros iniciados nas primeiras etapas.

Muitas vezes, o foco do pensamento organizacional é a culpabilização do indivíduo, atribuindo a responsabilidade do erro por falhas individuais. A advertência do profissional envolvido em erros de medicação, ainda, é um fato e configura-se como uma medida punitiva, mas não educativa. Os erros com medicação são o segundo maior motivo de advertências, no entanto, essa prática institucionalizada não é avaliada quanto ao seu impacto na melhoria dos processos, sobretudo como recurso na prevenção de erros e redução dos eventos adversos. Infere-se que advertir um profissional numa perspectiva individual sobre os erros, além de não contribuir

para melhorar seu desempenho, pode inibir a espontaneidade de notificações (Hoefel, Magalhães, Falk, 2009; Silva, Santos, 2011).

Na área da saúde, o erro humano está atrelado a múltiplos fatores que trafegam desde àquelas causas inerentes ao próprio paciente, institucionais, financeiras, estruturais e de fatores humanos, como à falta de conhecimento e habilidades (Pereira, Caetano, 2014).

Partindo de uma visão mais abrangente e sistêmica, os erros estão mais comumente associados a sistemas defeituosos e processos falhos, o que permite sua análise por meio de um paradigma que reconhece a condição humana como propensa a cometer falhas. A segurança depende da criação de sistemas que antecipem esses erros e que os previnam ou captem antes que eles causem danos (Watcher, 2013).

Portanto, é possível compreender que, apesar da multifacetada polissemia na qual a definição do erro humano encontra-se em relação aos serviços de saúde com muitas implicações éticas e legais, sua discussão tem sido ampliada, inclusive com a elaboração de políticas e programas que necessitarão, invariavelmente, de mudança na cultura organizacional para gerar mudanças efetivas e eficazes nesses locais.

Quanto aos danos causados pelos eventos, observamos que o total de 86 (100%) erros de medicação resultou em danos temporários ($p < 0,001$).

Uma pesquisa que objetivou estimar a frequência e caracterizar os eventos adversos a medicamentos em hospital de nível de complexidade terciário demonstrou que 82% dos eventos contribuíram ou provocaram danos temporários ao paciente demandando intervenção, sendo que 6% podem ter colaborado para o óbito do paciente (Rozenfeld, Giordani, Coelho, 2013).

Roque e Melo (2012), em um hospital público e cardiológico, localizado no Município do Rio de Janeiro, avaliaram a ocorrência de eventos adversos a medicamentos e os classificaram em relação à

gravidade do dano. Foi observada uma incidência de 14,3% de eventos adversos, sendo que em 31,2% dos casos houve a necessidade de intervenção para suporte de vida.

Estudo prospectivo, tipo coorte, que visou identificar a influencia da sobrecarga de trabalho da enfermagem na ocorrência de eventos adversos em UTI, constatou elevada taxa de incidentes sem lesão (84,6%) durante o período, além de evidenciar que 74,2% das admissões sofreram ao menos um evento adverso durante a permanência nas UTI avaliadas, ambos relacionados à sobrecarga de trabalho (Novaretti et al., 2014).

Evidenciamos que todos os 86 (100%) erros de medicação poderiam ser evitados, uma vez que todos apresentaram falha em alguma etapa do processo que poderia ser corrigida ($p < 0,001$).

Erros envolvendo medicamentos frequentemente ocorrem em hospitais e são classificados como eventos adversos preveníveis, podendo ou não resultar em danos aos pacientes. Em média, um paciente hospitalizado é vítima de pelo menos um erro de medicação por dia. Um exemplo é quando a enfermagem abre cápsulas de liberação controlada (o que libera o princípio ativo do medicamento imediatamente), quando a forma farmacêutica foi desenvolvida para liberar o princípio ativo de forma lenta (Lisboa, Silva, Matos, 2013).

Estimativas de revisão sistemática com metanálise são de que eventos adversos evitáveis, relativos a medicamentos, atinjam 1,6% dos pacientes hospitalizados, correspondendo a quase metade do total de eventos identificados. Parece haver tendência à elaboração de estudos com ênfase nas estimativas globais de frequência de eventos com dano ao paciente, independentemente da causalidade estar associada ao erro, deixando para abordagens específicas o estudo dos erros e da sua possível prevenção (Hakkarainen et al., 2012).

Algumas estratégias de promoção da segurança do paciente têm se mostrado efetivas na prevenção dos erros de medicação:

educação continuada; uso de tecnologias duras que permitam o acesso a conteúdos científicos na rede e medidas para minimizar distrações no preparo e administração de medicamentos. Todos os estudos dessa categoria foram realizados no exterior e alguns refletem a perspectiva individual na abordagem do erro, quando ressaltam como variável analisada a distração do profissional que prepara e administra medicamentos, mas também a perspectiva sistêmica quando emprega a educação continuada e tecnologia como medidas de barreira (Silva, Carvalho, 2012).

5.2.2. Flebite

Tabela 3 - Distribuição das flebites segundo a idade dos pacientes, São Paulo (Interior de SP), 2015

Evento	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Flebite	105	52,28	23,869	0	89

O evento Flebite representou maior ocorrência na amostra com 105 (39,9%) notificações, conforme explicitado na Tabela 3.

A média de idade dos pacientes que desenvolveram flebite foi de 52,28 anos, sendo que a idade mínima foi de 11 meses e 29 dias e a máxima de 89 anos.

Na literatura, a incidência de flebite é variável. A frequência observada dessa complicação foi de 4,7% em estudo com crianças. Em adultos, 43% da terapia intravenosa foi interrompida devido a ocorrência de flebite (Furtado, 2011).

Tertuliano et al. (2014) constataram a ocorrência de flebite em 31,6% dos pacientes de um hospital geral, porcentagem considerada elevada quando comparada ao padrão aceito pela *Intravenous Nurses Society* (2006) que é de 5%. Além disso, 62,5% desses pacientes tinham idade inferior a 60 anos e 37,5% mais de 60 anos, apesar da idade maior que 65 anos ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento de flebite.

Neste estudo, evidenciou-se diferença estatisticamente significativa entre a média de idades dos pacientes que

desenvolveram flebite e aqueles que sofreram queda ou desenvolveram uma UPP ($p < 0,001$).

O preparo da punção, condições clínicas do paciente, características da veia, incompatibilidade entre fármacos, calibre, tamanho, comprimento, material e tempo prolongado de inserção do cateter venoso periférico podem influenciar na inflamação do vaso (Tertuliano et al., 2014).

Figura 17 - Distribuição das flebites segundo o turno de trabalho de ocorrência do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

Constatamos na Figura 17 que a notificação das flebites ocorreu em maior número no período da manhã com 42 (40%) eventos ($p = 0,903$).

Nesse caso, não é possível afirmar que o evento tenha, realmente, iniciado no plantão da manhã, mas sim que ele foi notado e notificado pelo profissional que prestou os cuidados nesse plantão.

Segundo Magerote et al. (2011) a flebite é comum em 25,8% dos pacientes internados, prevalecendo no lado esquerdo (55%). A respeito do risco de infecção hospitalar, 11,6% das infecções estão relacionadas com microrganismos multirresistentes, afetando a população com a faixa etária entre 60 e 69 anos.

O tempo recomendado para permanência do dispositivo intravenoso é de 72 a 96 horas de acordo com *Center for Diseases Control and Prevention* (2002).

Entretanto, Tertuliano et al. (2014) demonstraram o surgimento de flebite com média de 49 horas após a instalação do dispositivo, variando de três a 120 horas e com outros fatores associados.

Figura 18 - Distribuição das flebites segundo o serviço de ocorrência do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

Observamos na Figura 18 que a maior porcentagem de eventos ocorreu nas unidades de internação com 39 (37,1%) eventos, seguida pelas unidades de urgência e emergência com 32 (30,5%) eventos notificados ($p < 0,001$).

A terapia intravenosa é definida como um conjunto de conhecimentos e técnicas, que visam à administração de soluções ou fármacos no sistema circulatório e abrange diversos aspectos do cuidado, desde o preparo do paciente, a escolha e obtenção do acesso venoso periférico, o cálculo, o preparo e a administração de fármacos e soluções, as trocas de soluções, dispositivos e curativos, até a retirada dos cateteres (Jacinto et al., 2014).

Apesar das UTI terem sido as unidades com maior índice de erro de medicação, as flebites, que podem ser muitas vezes

consideradas como a consequência da aplicação de algum medicamento, foram mais prevalentes nas unidades de internação.

Podemos inferir que as UTI possuem em seu dimensionamento maior número de profissionais para realizar a supervisão das condições do acesso venoso e, consequentemente, prevenir a ocorrência de flebites, enquanto que nas unidades de internação o número de profissionais de enfermagem é relativamente menor.

Figura 19 - Distribuição das flebites segundo os profissionais envolvidos no evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

Notamos na Figura 19 o envolvimento maciço do auxiliar ou técnico de enfermagem em 99 (94,3%) eventos, seguidos pelo enfermeiro em 94 (89,5%) eventos e pelo farmacêutico em 77 (73,3%) eventos ($p < 0,001$).

A grande maioria das punções venosas é realizada pelo auxiliar ou técnico de enfermagem. Estudo realizado sobre a incidência de flebites em pacientes de hospital geral evidencia que apenas 6,6% das punções venosas foram realizadas por enfermeiros sendo que nenhuma dessas punções desenvolveu flebite (Tertuliano et al., 2014).

Cabe à equipe multiprofissional avaliar criteriosamente os riscos de flebite nos pacientes, devendo informar e orientar toda a equipe envolvida na assistência quanto a essas complicações e

propor cuidados necessários. Por isso, é extremamente importante que se alie conhecimentos teóricos a habilidades técnicas.

Além disso, é primordial que o médico conheça o pH, osmolaridade das drogas e suas interações e que o farmacêutico contribua no processo de avaliação de prescrições, verificando as diluições e as interações para alertar o médico.

Na instituição, cenário deste estudo, todas as flebites são analisadas primeiramente pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar para descartar infecção e, em seguida, pelo farmacêutico clínico para avaliar questões referentes à farmacovigilância e às características da droga. A equipe médica e a de enfermagem são envolvidas na investigação em momento oportuno. Muitas vezes, é evidenciado pelo farmacêutico o alto poder irritante da droga e a flebite é atribuída, exclusivamente, ao uso e às propriedades do medicamento, podendo ser considerada inevitável.

Figura 20 - Distribuição das flebites segundo a(s) causa(s) raiz(es) do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

Na análise de causa raiz, evidenciamos 90 (85,7%) eventos relacionados à matéria prima, 39 (37,1%) relacionados aos profissionais e 20 (19%) relacionados ao método, conforme Figura 20 ($p < 0,001$). A maioria dos eventos apresentou mais de uma causa raiz.

A flebite pode ser classificada segundo o fator predisponente como flebite química, quando tem relação com a administração de medicamentos ou soluções de risco; flebite mecânica, que pode resultar do trauma ocasionado pelo cateter na parede do vaso; flebite infecciosa, relacionada à contaminação da solução, do local de inserção do cateter e do dispositivo. Como sinais e sintomas, podem ser observados: edema, calor local, hiperemia, cordão fibroso no trajeto do vaso, dor e saída de exsudato pelo local da punção (Alexander, 2011).

Neste estudo, a maioria das flebites foi classificada como flebite química devido ao potencial irritante das drogas infundidas, refletindo na análise de causa raiz, cujo fator preponderante foi a matéria prima.

Segundo Gomes et al.(2011), a administração de fármacos ou soluções com características de risco para complicações foi uma variável que demonstrou distribuição estatisticamente significativa entre pacientes que apresentaram flebite.

Alguns autores revelam que fármacos com extremos de pH e osmolaridade trazem maiores riscos para o desenvolvimento da flebite e que o uso de antibióticos constitui fator de risco para tal complicação, além de outros fármacos (Fang L, Fang H, Chung, 2011; Gomes et al. 2011).

Os analgésicos e os antibióticos estão entre os fármacos mais envolvidos em eventos adversos, embora a medicação cardiovascular também figure entre as classes mais imputadas. Os três grupos correspondem a 61% dos fármacos relacionados ao evento (Rozenfeld, Giordani, Coelho, 2013).

Portanto, observamos que a característica das drogas tem papel fundamental na ocorrência das flebites.

Quanto aos danos causados pelo evento, averiguamos que o total de 105 (100%) flebites resultou em danos temporários ($p<0,001$).

A flebite caracteriza-se por edema, dor, desconforto e eritema ao redor do local de inserção do cateter ou ao longo do trajeto da veia. Usualmente, dor e edema local podem persistir por vários dias ou até por semanas, entretanto são reversíveis e não trazem dano permanente ao paciente.

Cerca de 90% dos pacientes hospitalizados recebem algum tipo de terapia intravenosa e, por estar relacionada a um procedimento invasivo na obtenção do acesso venoso, seja ele periférico ou profundo, sua utilização não é isenta de riscos e complicações, estimadas em torno de 50 a 75%. Tais complicações são classificadas como locais e sistêmicas. As locais podem ser reconhecidas precocemente pela avaliação objetiva. São elas: hematoma, trombose, flebites (mecânica, química, bacteriana ou pós-infusão), tromboflebite, extravasamento, infiltração, infecção local, espasmo venoso, deslocamento do cateter, cateter rompido, injúria em nervo, tendão ou ligamento. As sistêmicas são sepse, sobrecarga circulatória, edema pulmonar, embolia gasosa, choque por infusão rápida e embolia por cateter (Oliveira et al., 2014).

Figura 21 - Distribuição das flebites segundo classificação do evento como evitável ou inevitável, São Paulo (Interior de SP), 2015

A Figura 21 demonstra que 36 (34,3%) flebites poderiam ser evitadas e 69 (65,7%) eram inevitáveis ($p < 0,001$), principalmente

pela característica das medicações infundidas e seu alto potencial para causar flebite, como por exemplo, a amiodarona.

A flebite química está diretamente relacionada à infusão de soluções ou medicamentos irritantes e/ou ácidos, medicamentos diluídos de modo inadequado ou à mistura de medicamentos incompatíveis, infusão muito rápida e presença de pequenas partículas na solução (Magerote et al., 2011).

Oliveira et al. (2014) recomendam a utilização de algoritmos com orientações precisas para a administração de drogas com alto risco para a ocorrência de flebite.

5.2.3. Queda

Tabela 4 - Distribuição das quedas segundo a idade dos pacientes, São Paulo (Interior de SP), 2015

Evento	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Queda	30	64,13	17,104	25	101

Neste estudo, o evento queda foi o que apresentou menor número de ocorrências, representado por 30 (11,4%) notificações, conforme evidenciado na Tabela 4.

A queda é considerada um problema de saúde pública no mundo. No ambiente hospitalar é responsável por dois em cada cinco eventos adversos relacionados à assistência ao paciente, com índices que variam de 1,4 a 13 quedas para cada mil pacientes-dia (Correa et al., 2012).

Divergindo deste estudo, outras pesquisas apontam que a queda é o evento adverso mais comum entre os pacientes hospitalizados, totalizando cerca de 70% dos acidentes que ocorrem dentro do hospital. Nos EUA, os custos relacionados a quedas estão em torno de 75 a 100 bilhões de dólares por ano. Além dos prejuízos financeiros, cabe mencionar os danos físicos como fraturas ósseas, traumatismos e outros danos que podem limitar o paciente na sua atividade e independência, comprometendo o bem-estar físico e mental (Carneiro et al., 2011).

Os protocolos são ferramentas que contribuem para a sistematização da assistência, favorecendo a melhoria dos processos na busca pela excelência.

O Protocolo de Prevenção de Quedas da instituição pesquisada prevê que seja realizada uma avaliação pelo enfermeiro clínico para identificar o risco de queda nas primeiras 24 horas de internação e que essa avaliação seja atualizada diariamente para verificar a manutenção ou exclusão do risco. Após a identificação do risco, medidas de prevenção serão adotadas para evitar a ocorrência do evento.

Nesta pesquisa, a média de idade dos pacientes que sofreram queda foi de 64,13 anos e desvio padrão 17,1 anos, sendo que a idade mínima foi 25 anos e a máxima 101 anos.

Evidenciamos diferença estatisticamente significativa entre a média de idades dos pacientes que sofreram erro de medicação ou desenvolveram flebite. Constatamos, também, a semelhança de idade entre os pacientes que sofreram queda e desenvolveram UPP, ambos relacionados à idade do paciente ($p < 0,001$).

Prates et al. (2014) verificaram que a média de idade dos pacientes que sofreram queda no ambiente hospitalar foi de 71 anos e o desvio padrão de 12,6 anos.

Esses dados corroboram as indicações do Protocolo de Prevenção de Queda do Ministério da Saúde, que prevê pacientes com mais de 65 anos com alto risco para queda.

Entretanto, a queda também pode ocorrer em pacientes jovens. Na amostra desta investigação observamos uma queda ocorrida com uma paciente de 25 anos de idade. Tratava-se de uma paciente com diagnóstico de gravidez ectópica, que apresentava sangramento ativo. A paciente foi encaminhada em maca ao Serviço de Imagem para realização de ultrassom. Na sala de exames foi solicitado pelo médico que a paciente fosse ao banheiro para esvaziar a bexiga. A paciente foi sozinha ao banheiro, apresentou lipotímia e caiu, sofrendo um pequeno corte nos lábios.

A equipe de enfermagem não estava presente na sala de exames nesse momento. A paciente foi avaliada pela equipe médica e não foram encontrados outros danos. O evento foi classificado como evitável e com danos temporários.

Podem ser observados nesse evento a importância da orientação ao paciente e o seu envolvimento nas medidas de segurança, bem como a responsabilidade da equipe multiprofissional na avaliação do paciente e na implementação das medidas de prevenção de eventos.

Figura 22 - Distribuição das quedas segundo o turno de trabalho de ocorrência do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

A Figura 22 evidencia que a ocorrência de quedas foi distribuída igualmente entre os três turnos de trabalho, ou seja, 10 (33,3%) quedas em cada plantão ($p < 0,001$), o que difere dos resultados de outros estudos realizados.

Em um hospital geral de alta complexidade do Sul do Brasil, a maioria das quedas ocorreu no período da noite. Os tipos de queda mais frequentes foram as da própria altura, com 97(52,4%) casos e as quedas da cama ou maca, com 60 (32,4%) casos (Prates et al., 2014).

Para alguns autores que caracterizaram as quedas de pacientes hospitalizados, a maior ocorrência foi evidenciada também no plantão noturno. A partir da prática clínica infere-se que muitos pacientes não solicitam auxílio da enfermagem para realizar

atividades como sair do leito e ir ao banheiro, por superestimarem suas capacidades físicas e/ou por constrangimento em “incomodar” o profissional, fato que pode acentuar-se durante a noite. Outra questão a ser considerada é que o quadro de profissionais de enfermagem no período noturno pode ser menor em relação aos outros turnos, o que talvez contribua para menor supervisão dos pacientes ou menor agilidade no atendimento das campainhas, levando a uma exposição maior ao risco de queda (Paiva M, Paiva S, Berti, 2010; Costa et al., 2011a; Correa et al., 2012).

Figura 23 - Distribuição das quedas segundo o serviço de ocorrência do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

A Figura 23 explicita as unidades de urgência e emergência com 15 (50%) de ocorrências de queda, sendo metade dos eventos atribuída a essas unidades. Em seguida, temos as unidades de internação com 10 (33,3%) ocorrências de quedas ($p < 0,001$).

Chama atenção o número de quedas ocorridas no ambulatório ser igual ao número de quedas ocorridas nas UTI, 2 (6,7%) quedas.

Nas unidades de urgência e emergência, um fator impactante é a superlotação. Dados da instituição demonstram uma taxa de ocupação média de 258% no período de 2011 a 2013, o que gera

condições inadequadas para segurança do paciente, como macas no corredor, dimensionamento insuficiente, aumento da carga de trabalho, dentre outros.

Dentro desse contexto, a unidade de Pronto Socorro constitui-se área de alto risco para ocorrência de vários tipos de incidentes devido à rotatividade, dinâmica de atendimento e por absorver grande demanda de pacientes com graus variados de gravidade. Além disso, são percebidas deficiências quantitativa e qualitativa de pessoal e recursos materiais, que resultam em sobrecarga de trabalho e estresse profissional e ambiental (Paranaguá et al., 2014b).

O número adequado de profissionais é premissa indispensável para o cuidado seguro, sendo responsabilidade institucional prover condições favoráveis de recursos humanos nas unidades. Afinal, a adequação quantitativa de profissionais, segundo as necessidades dos pacientes, pode possibilitar não só menor risco aos pacientes como também menor incidência de agravos à saúde dos profissionais (Gonçalves et al., 2012).

Entretanto, a superlotação dificulta o adequado dimensionamento de pessoal.

Um dos argumentos apresentados para a demanda excessiva nos serviços de urgência e emergência hospitalar é que a maior parte dos atendimentos realizados é decorrente de problemas “simples” que poderiam ser resolvidos em serviços de atenção básica ou especializados ou em serviços de urgência de menor complexidade. Esse perfil de demanda configura uma das principais portas de entrada ao sistema de saúde e revela, entre outras coisas, distribuição desigual da oferta de serviços, não apenas do ponto de vista quantitativo, mas também qualitativo na atenção básica, especializada e na hospitalar. A dificuldade na implementação da Política Nacional de Saúde torna o serviço de Pronto Socorro o centro do sistema e o principal agente de triagem (Oliveira et al., 2011; Paranaguá et al., 2014b).

As duas quedas ocorridas no Ambulatório foram causadas pelo mesmo motivo: longarinas em más condições de uso e sem manutenção preventiva. No plano de ação elaborado após a primeira queda, ocorrida em 2012, foi estipulada a conferência semanal das longarinas, porém após um ano e dois meses o evento se repetiu pelo mesmo motivo. Podemos deduzir que as ações propostas não foram implantadas na sua totalidade. Após a ocorrência da segunda queda, as mesmas ações foram propostas e até o momento não foram observadas novas quedas.

O PNSP (Brasil, 2013c) recomenda que todos os pacientes sejam avaliados quanto ao risco de queda na sua admissão; entretanto a avaliação de pacientes atendidos ambulatorialmente constitui-se em desafio para as instituições de saúde, tendo em vista a elevada demanda de atendimentos.

Somente na instituição pesquisada observamos cerca de 25.000 atendimentos por mês para consultas e procedimentos ambulatoriais.

Na UTI Adulto ocorreu uma queda de paciente do leito no ano de 2011 durante a realização de banho no leito. Tratava-se de paciente obeso, em ventilação mecânica, devidamente identificado com risco para queda. Durante o banho, a cama movimentou-se e o paciente foi ao chão, tendo a queda amortecida pelos próprios profissionais que executavam o banho. A cama possuía travas nas rodas que estavam acionadas, porém a cama se moveu. O paciente foi recolocado no leito e avaliado pela equipe médica, não sendo identificada nenhuma lesão, entretanto um dos profissionais sofreu uma lesão e foi afastado do trabalho por dois dias. Como plano de ação foi realizada e instituída a manutenção preventiva das camas e alterado o protocolo de queda institucional, contemplando orientações para manipulação de pacientes obesos.

A segunda queda em UTI ocorreu no ano de 2013 com um paciente de 46 anos, que se levantou do leito sem solicitar auxílio da enfermagem, no segundo dia de pós-operatório de

tromboembolectomia. Ao levantar-se, perdeu a força nos membros inferiores e foi ao chão. Na avaliação de risco desse paciente foi evidenciado o risco para queda e as medidas preventivas estavam implantadas. O paciente estava orientado quanto ao risco, devendo solicitar auxílio da enfermagem para levantar-se. Essa queda foi considerada inevitável.

Figura 24 - Distribuição das quedas segundo os profissionais envolvidos no evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

Constatamos na Figura 24 que no evento queda, também, houve o envolvimento de mais de um profissional. O auxiliar ou técnico de enfermagem estava envolvido na quase totalidade dos eventos, 28 (93,3%), seguidos pelo enfermeiro em 25 (83,3%) eventos e o médico em 22 (73,3%) ($p < 0,001$).

O auxiliar ou técnico de enfermagem, ou o próprio enfermeiro, são geralmente os profissionais que presenciam a ocorrência do evento ou que estão presentes imediatamente após a queda. O médico é o segundo profissional acionado e dará continuidade às ações de mitigação do evento, como, por exemplo, avaliação do estado geral do paciente, solicitação de exames e até mesmo a realização de procedimentos invasivos. Comumente, esse paciente permanecerá em observação até que todos os possíveis danos sejam descartados.

A vigilância constante de pacientes é um fator fundamental para a prevenção de quedas. Há evidências de que o adequado dimensionamento de pessoal de enfermagem contribua para a obtenção de melhores resultados assistenciais e redução de taxas de quedas entre pacientes hospitalizados (Lorenzini et al., 2014).

Magalhães, Dall'Agnol e Marck (2013) evidenciaram em hospital terciário na região Sul do Brasil que atribuir mais pacientes para equipe de enfermagem, nas 24 horas, eleva a incidência de quedas do leito entre os pacientes atendidos.

Gonçalves et al. (2012) demonstraram que a média de ocorrência de eventos adversos foi maior nas unidades com alocações inadequadas da equipe de enfermagem. A média de ocorrências foi de 0,8 para distribuições adequadas e médias de 0,9 e 1,6, respectivamente, nas alocações inadequadas.

Figura 25 - Distribuição das quedas segundo a(s) causa(s) raiz(es) do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

Na análise de causa raiz, evidenciamos 20 (66,7%) eventos relacionados aos profissionais, 16 (53,3%) relacionados ao meio ambiente e 11 (36,7%) relacionados ao método, conforme Figura 25 ($p < 0,001$).

Correa et al. (2012) demonstraram que a maioria das quedas ocorreu em quarto ou banheiro, principalmente da própria altura, no turno da noite e muitas vezes com presença de acompanhante e

deambulação do paciente sem utilização das devidas medidas preventivas, indicando a necessidade de reforço das orientações de enfermagem aos pacientes e acompanhantes. A indicação limitada das condições ambientais no momento da queda sugere que as equipes de saúde estão mais focadas nas condições clínicas e terapêuticas, descuidando da relevância que questões ambientais podem ter sobre a ocorrência de quedas e a evolução dos pacientes.

A queda pode ser explicada pela vigilância inadequada de pacientes sem condições físicas para deambular sozinhos. Algumas medidas simples podem ser tomadas para evitar que quedas ocorram, como a elevação de grades nas camas e a orientação de pacientes e acompanhantes quanto ao risco de queda (Carneiro et al., 2011).

Figura 26 - Distribuição das quedas segundo danos causados pelo evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

A Figura 26 permitiu averiguar que o evento queda foi o único que resultou em danos permanentes em 3 (10%) do total de 30 eventos ($p < 0,001$). Os danos permanentes foram: cortes em região frontal, em sobancelha e em supercílio, todos com necessidade de sutura.

O primeiro caso ocorreu na sala de emergência do pronto socorro adulto e foi relacionado à superlotação. O paciente admitido com quadro de hematêmese foi acomodado em uma maca do Serviço de Transporte Móvel, devido à falta de macas da unidade e a mesma tombou levando o paciente ao chão e resultando em corte

na região frontal. A sala de emergência possui três leitos para admissão de pacientes e na ocasião do evento havia oito pacientes na sala.

No segundo caso, o paciente apresentava avaliação de risco para queda, porém ao ser encaminhado para o banho recusou o acompanhamento da enfermagem e escorregou no piso molhado, resultando em corte em sobancelha.

Na queda que resultou em corte no supercílio, o paciente não estava inserido no protocolo de prevenção, pois não apresentava critérios de risco, sendo a idade de 57 anos. Essa queda foi considerada inevitável.

Prates et al. (2014) demonstraram que a maioria das 116 quedas analisadas não ocasionou dano ao paciente. Das 69 lesões decorrentes de queda, 57 (82,6%) foram classificadas como dano leve, envolvendo escoriações e contusões; cinco (7,2%) como dano moderado, abrangendo ferimentos corto-contusos e lacerações de pele; sete (10,1%) como dano grave, incluindo fraturas e alterações do estado mental. Dos 12 pacientes (17,4%) que sofreram dano moderado ou grave, seis caíram da própria altura, quatro da cama ou maca e dois da poltrona.

Paranaguá et al. (2014a), em hospital da região Centro-oeste, demonstraram que as quedas ocorridas provocaram dor e fratura de fêmur, exigindo intervenção cirúrgica e maior tempo para o cuidado.

Os protocolos são ferramentas que contribuem para a sistematização da assistência de enfermagem favorecendo a melhoria dos processos na busca pela excelência do cuidado. Esforços vêm sendo feitos no sentido de identificar as melhores práticas e estabelecer protocolos eficazes no controle de riscos para o gerenciamento de queda, prevenção do evento e redução de suas consequências. Apesar da relevância do problema e da existência de instituições que vêm desenvolvendo protocolos para gerenciamento de quedas, ainda há carência de apresentação dos resultados dessas iniciativas (Correa et al., 2012).

Importante ressaltar que no primeiro caso apresentado, a unidade estava com uma situação de superlotação.

As probabilidades de ocorrência de eventos adversos em função da ocupação hospitalar são calculadas utilizando modelos de regressão logística e multinomial. Tais modelos indicam que taxas de ocupação mais elevadas levam a um aumento na ocorrência de eventos adversos. Essa análise identificou que, em uma unidade com taxa de ocupação de 100%, há uma possibilidade de 28% de ocorrência de um evento adverso grave por dia (Boyle et al., 2014).

Figura 27 - Distribuição das quedas segundo classificação do evento como evitável ou inevitável, São Paulo (Interior de SP), 2015

A Figura 27 ressalta que 27 (90%) eventos poderiam ter sido evitados e três (10%) foram considerados inevitáveis ($p < 0,001$), pois todas as medidas preventivas descritas em protocolos institucionais haviam sido aplicadas àqueles pacientes e mesmo assim a queda ocorreu.

Nos eventos inevitáveis, a idade dos pacientes eram 46, 57 e 75 anos, sendo que dois deles apresentavam risco para queda e um não.

A primeira queda ocorreu na UTI Adulto com um paciente de 46 anos, pois no segundo dia de pós-operatório de tromboembolectomia levantou-se do leito sem solicitar auxílio da enfermagem. Na avaliação de risco desse paciente foi evidenciado o risco para a queda e as medidas preventivas estavam implantadas.

O paciente estava orientado quanto ao risco, devendo solicitar auxílio da enfermagem para levantar-se. Não houve dano permanente ao paciente.

Como foi dito anteriormente, o paciente de 57 anos não apresentava risco para queda. Na análise do evento foi observado que o paciente estava consciente, orientado, recebendo dieta via oral, sem mobilidade prejudicada, mantinha campainha próxima ao leito, fazia uso de chinelo de borracha, o chão não estava molhado, a cama possuía travas nas rodas e não havia critérios para manter acompanhante nas 24 horas. Foi concluído que não havia associação da queda com a patologia existente e as condições clínicas do paciente, entendendo como evento inevitável, apesar de ter resultado em dano permanente.

Quanto à paciente de 75 anos, o risco para queda estava evidenciado em prontuário e placa de identificação. Paciente consciente, orientada, sem acompanhante, grades da cama elevadas, sem indicação de contenção mecânica ou química, também, levantou-se sem solicitar auxílio da enfermagem. O quarto estava escuro e a paciente perdeu o equilíbrio, batendo cotovelo e trocanter esquerdo na cama e na mesinha de cabeceira ao tentar se apoiar. Foi evidenciado hematoma extenso nos locais, porém sem fratura ou outras lesões.

5.2.4. Úlcera por pressão

Tabela 5- Distribuição das úlceras por pressão segundo a idade dos pacientes, São Paulo (Interior de SP), 2015

Evento	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
UPP	42	61,90	15,148	26	99

Na Tabela 5, observamos que foram notificadas 42 (16%) UPP, ocupando o terceiro lugar em número de notificações. A média de idade dos pacientes que desenvolveram UPP foi de 61,9 anos, sendo que a idade mínima foi 26 anos e a máxima 99 anos.

Também foi constatada diferença estatisticamente significativa entre a média de idades dos pacientes que desenvolveram UPP e aqueles que sofreram erro de medicação ou desenvolveram flebite ($p<0,001$).

Existem vários fatores de risco relacionados à etiopatogenia da UPP e podem ser agrupados em fatores intrínsecos e extrínsecos. Entre os intrínsecos, destacam-se: idade; peso corporal; estado nutricional; doenças crônicas, como diabetes mellitus, vasculopatias, neuropatias, hipertensão e anemia. Quanto maior a intensidade desses fatores, maior o risco de desenvolver as UPP (Scarlati et al., 2011).

Figura 28 - Distribuição das úlceras por pressão segundo o turno de trabalho de ocorrência do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

A notificação das UPP foi percebida em maior número no período da manhã com 17 (40,5%) eventos, seguida pelo período da tarde com 13 (31%) eventos, conforme identificado na Figura 28 ($p<0,001$).

Semelhante ao ocorrido no evento Flebite, não é possível afirmar que o evento UPP tenha realmente iniciado no plantão da manhã, mas sim que ele foi observado e notificado pelo profissional que prestou os cuidados nesse plantão.

O melhor momento para se identificar uma UPP é durante o banho do paciente e, culturalmente, a maioria dos banhos ocorre no plantão da manhã seguido pelo plantão da tarde, o que pode explicar a distribuição das notificações nos turnos de trabalho.

No estágio I da UPP encontra-se uma área com eritema não esmaecendo com a pressão e temperatura elevada. O tecido se encontra edemaciado e congesto e o paciente relata algia ou desconforto. O estágio II é uma piora do quadro, onde a pele se rompe, há presença de lesão bolhosa ou cratera rasa e persistência do edema, podendo haver desenvolvimento de infecção. Uma úlcera em estágio III estende-se para dentro do tecido subcutâneo, tendo continuidade da necrose e o desenvolvimento da infecção torna-se visível. Em estágio IV, a úlcera amplia-se até o músculo e osso subjacentes, apresentando bolsões profundos de infecção, aumento da necrose e drenagem (Netter, 2011).

Figura 29 - Distribuição das úlceras por pressão segundo o serviço de ocorrência do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

Conforme explicitado na Figura 29, mais da metade das UPP, 24 (57,1%) UPP ocorreram nas UTI ($p < 0,001$), o que pode ser relacionado ao tempo de permanência, criticidade do paciente e suas restrições, estado nutricional, dentre outros.

Gomes et al. (2010) observaram a presença de pelo menos uma UPP em 35,2% dos pacientes internados em UTI em Belo Horizonte (MG). Ao comparar o tempo de internação dos pacientes, a frequência acumulada de UPP foi maior entre aqueles grupos com tempo de permanência superior a 10 dias. Todos os pacientes internados há mais de 50 dias eram portadores de UPP.

Segundo Roque e Melo (2011) o tempo de permanência, comumente utilizado como um indicador de eficiência hospitalar e medida substitutiva de custos tem sido visto como um indicador relacionado à qualidade do cuidado prestado, embora a natureza dessa relação ainda permaneça obscura. Tempos de permanência significativamente mais longos do que o esperado podem ser vistos como indicativo de ineficiência administrativa ou baixa qualidade do cuidado prestado, visto que essa permanência pode ser necessária em decorrência de complicações resultantes do cuidado deficiente.

Para esses mesmos autores, outro aspecto importante a ser considerado é o perfil de gravidade dos pacientes internados, ponto crítico a ser observado na comparação entre hospitais e até mesmo entre unidades, tendo em vista que os pacientes podem compor grupos extremamente heterogêneos em relação ao consumo de recursos e riscos clínicos. A gravidade dos casos exerce forte influência sobre o resultado do cuidado prestado e a ocorrência de eventos adversos.

Confirma essa informação, estudo realizado com enfermeiros intensivistas de hospitais brasileiros, que demonstra que pacientes atendidos em UTI estão expostos a sérios riscos de eventos adversos com potencial para vários danos, sendo que nessa investigação 80% dos enfermeiros referiram a ocorrência de eventos adversos várias (28,6%) e algumas vezes (51,4%) nas UTI onde atuam (Claro et al., 2011).

Borghardt et al. (2015) avaliaram 55 pacientes em UTI geral de um hospital brasileiro evidenciando o desenvolvimento de UPP em 30,9% pacientes, sendo que 69% deles eram pacientes cirúrgicos, 54% com menos de 10 dias de internação na UTI e com tempo médio em torno de quatro dias para o surgimento da UPP, reafirmando a importância da prevenção e do monitoramento do paciente na admissão e periodicamente e, ainda, da avaliação sistematizada do enfermeiro quanto aos fatores de risco em cada paciente.

Figura 30 - Distribuição das úlceras por pressão segundo os profissionais envolvidos no evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

A Figura 30 demonstra que em 41 (97,6%) eventos o auxiliar ou técnico de enfermagem estavam envolvidos, seguidos pelo enfermeiro em 40 (95,2%) e o médico e o nutricionista em 10 (23,8%) cada um ($p < 0,001$). Esses dados ratificam que a prevenção e o cuidado das UPP continuam centralizados nos profissionais de enfermagem, apesar de exigir intervenção multidisciplinar.

O monitoramento da UPP vem mantendo-se sob a responsabilidade da equipe de enfermagem e sua ocorrência está estimada em 19,5%, alcançando 35% em pacientes adultos hospitalizados. Esse número pode ser reduzido com adoção de boas práticas clínicas de prevenção como utilização da Escala de *Braden* para identificação do risco, mudança de decúbito, treinamento e desenvolvimento da equipe, dentre outras (Rogenski, Kurcgant, 2012).

O enfermeiro gerencia o cuidado do paciente quando o planeja, delega ou o executa, quando capacita sua equipe, orienta o paciente, interage com outros profissionais, ocupa espaços de articulação e negociação em nome da concretização e melhorias do cuidado e quando prevê e provê recursos, sejam eles humanos ou materiais. Dentro desse contexto, a finalidade do processo de trabalho de enfermagem, além de atender às necessidades de saúde dos pacientes, é articular, integrar e coordenar a equipe, buscando

uma organização do trabalho que favoreça a qualidade da assistência e minimização de riscos (Gonçalves et al., 2012).

Embora o fator humano possa estar presente na ocorrência de eventos adversos, aspectos estruturais da unidade, além do processo de trabalho, muitas vezes determinado pelos próprios enfermeiros, tornam-se fatores desencadeantes de falhas.

Figura 31 - Distribuição das úlceras por pressão segundo a(s) causa(s) raiz(es) do evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

Observamos na Figura 31 que 34 (81%) eventos estavam relacionados a falhas dos profissionais e 19 (45,2%) relacionados ao meio ambiente ($p < 0,001$).

As falhas estão ligadas a falta de intervenção de toda a equipe multiprofissional nas medidas de prevenção criando lacunas para o desenvolvimento das UPP. O meio ambiente também teve papel importante na ocorrência das UPP, pois privou o paciente de condições mais adequadas de prevenção.

Na tentativa de diminuir os índices de prevalência de UPP e melhorar a qualidade de vida do paciente, têm sido propostos métodos de prevenção e ações sistemáticas, prevenindo a formação dessas úlceras. Para que haja desenvolvimento de estratégia eficaz de prevenção, os pacientes de risco precisam ser identificados. A identificação do risco é alcançada por meio da utilização de

instrumentos de avaliação específicos para o problema. Entretanto, o valor preditivo de um teste depende da prevalência da condição na população alvo. Assim, em altos níveis de prevalência, aumenta a probabilidade de um teste positivo predizer melhor a condição de risco dos pacientes (Gomes et al., 2010).

A UPP é de difícil tratamento, em geral prolongado e oneroso, o que corrobora a premissa da prevenção. Portanto, diante de pessoas que apresentem riscos para o desenvolvimento de úlceras, a equipe multiprofissional tem a responsabilidade de implementar medidas preventivas, no intuito de diminuir o impacto desse agravo.

Quanto aos danos causados pelas UPP, averiguamos que 42 (100%) eventos resultaram em danos temporários ($p < 0,001$).

Apesar de poder chegar a estágios avançados, se bem avaliadas e tratadas, as UPP apresentam um prognóstico favorável sem danos permanentes.

Entretanto, o tratamento de uma lesão pode gerar altos custos para a instituição, criando um déficit orçamentário que poderia ser evitado com as medidas de prevenção.

A escala de *Braden* tem sido utilizada com frequência para prever o risco de o paciente desenvolver UPP e a partir daí propor estratégias de prevenção (Braden, Bergstron, 1987; Bergstron et al., 1987).

Figura 32 - Distribuição das úlceras por pressão segundo classificação do evento como evitável ou inevitável, São Paulo (Interior de SP), 2015

Podemos notar na Figura 32 que 33 (78,6%) eventos de UPP poderiam ser evitados, pois a totalidade das medidas preventivas não foi aplicada ao paciente e nove (21,4%) foram considerados inevitáveis ($p < 0,001$).

Mendes et al. (2013) analisam as características dos eventos adversos evitáveis ocorridos em hospitais do Rio de Janeiro, demonstrando que as UPP ocupam o quarto lugar em frequência com 18,5% do total de eventos evitáveis.

O desenvolvimento das UPP é multifatorial e os fatores de risco que corroboram para o seu aparecimento podem ser citados: imobilidade, desnutrição, anemia, edema, vasoconstrição medicamentosa, alterações do nível de consciência e vasculopatias, pressão prolongada, cisalhamento ou fricção, idade avançada, sudorese excessiva, umidade, espasticidade, contraturas, traumatismos, aparelhos como gesso e incontinência urinária ou fecal (Elias et al., 2014).

No que versa as medidas preventivas aponta-se: mudança de decúbito, hidratação da pele, colchão caixa de ovo, utilização de coxim, manter higiene do paciente, roupas de cama bem esticadas. A prevenção das UPP, não é de responsabilidade única da enfermagem, pois sua ocorrência envolve fatores multicausais, sendo necessária uma abordagem multiprofissional para uma visão sistêmica do problema.

Neste estudo, notamos um grande envolvimento dos profissionais de enfermagem na prevenção das UPP, porém uma participação tímida dos outros profissionais envolvidos no cuidado. Esse foi um dos motivos que levou à classificação da maioria dos eventos como evitáveis, pois não foi observada a atuação da equipe multiprofissional na prevenção das lesões, o que poderia ter evitado sua ocorrência.

5.3. ANÁLISE DO FATOR COMUNICAÇÃO

Nesse item correlacionamos os dados encontrados anteriormente com o fator comunicação. A análise será realizada pelo tipo de falha de comunicação ou sua ausência e as relações com os eventos adversos, os serviços, os profissionais, as causa(s) raiz(es), os danos e a evitabilidade dos eventos.

Figura 33 - Tipos de falhas de comunicação encontradas na ocorrência dos eventos, São Paulo (Interior de SP), 2015

Conforme explicitado na Figura 33, 94 (35,7%) eventos apresentaram falhas de comunicação verbal e escrita, 53 (20,2%) apresentaram falhas de comunicação escrita e 40 (15,2%) falhas e comunicação verbal.

Sendo assim, do total de 263 eventos analisados, 187 (71%) evidenciaram algum tipo de falha de comunicação e 76 (28,9%) não apresentaram falhas de comunicação.

Foi considerada falha de comunicação verbal a não transmissão de informações relevantes sobre o paciente na passagem de plantão, na transferência do paciente e durante a realização de um procedimento, a qual poderia desencadear o evento.

A falha de comunicação escrita foi identificada como ausência de registro de informações no prontuário, na prescrição médica, na

checagem, na placa beira leito que identifica os riscos do paciente e no próprio RNC.

Foi evidenciado em alguns eventos que ambas as falhas de comunicação estavam presentes simultaneamente.

Paranaguá et al. (2014a) apontam que dentre as condições facilitadoras para a ocorrência dos eventos adversos estão a falha de comunicação entre os profissionais e entre esses e os pacientes, a fragmentação da responsabilidade pela assistência, a descontinuidade do cuidado, a inadequação dos sistemas de informações, a insuficiente incorporação de protocolos clínicos elaborados por meio de bases científicas sólidas e a falência nos mecanismos de registro e notificação desses eventos.

Ong e Coiera (2011) evidenciaram falhas de comunicação entre os profissionais de saúde durante a transferência de pacientes cirúrgicos para as enfermarias, de pacientes das unidades de urgência e emergência para as enfermarias ou UTI e de pacientes das UTI para as enfermarias. Foi constatada a importância de padronização do processo de comunicação no momento da transição do cuidado, bem como a necessidade de sensibilização dos profissionais para o tema.

A necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança no nível organizacional é apontada como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar. A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura. Organizações com cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e na efetividade de medidas preventivas (Reis, Martins, Laguardia, 2013).

Adotar comunicação eficaz é também crucial para a gestão de um incidente. Essa habilidade entre pacientes e profissionais é complexa e está começando a ser entendida. Parte da complexidade deve-se às diferentes expectativas existentes entre os atores. Antigamente os pacientes estavam habituados a conviver com o comportamento pragmático dos profissionais de saúde, hoje esperam ações muito mais objetivas desses profissionais para orientá-los através do complexo processo de tratamento, compartilhando as responsabilidades. É importante entender que o diálogo deve estar alinhado às necessidades de cada paciente, pois a comunicação verbal traz um fator importante que é a capacidade dos pacientes e dos profissionais de interagirem. A interpretação do paciente do que está sendo falado pelo profissional de saúde impacta seriamente na relação custo-benefício do tratamento e vice-versa. Mesmo quando os dois se expressam, aparecem problemas de comunicação que muitas vezes são resultantes da falta de formação dos profissionais no assunto (Stefanelli, Carvalho, 2012).

Tabela 6 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por evento, São Paulo (Interior de SP), 2015

Evento	Falha de comunicação								Total	
	Sem falha		Comunicação verbal		Comunicação escrita		Ambas			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Erro de medicação	11	12,8	21	24,4	8	9,3	46	53,5	86	100,0
Flebite	47	44,8	3	2,9	39	37,1	16	15,2	105	100,0
Queda	5	16,7	11	36,7	4	13,3	10	33,3	30	100,0
UPP	13	31,0	5	11,9	2	4,8	22	52,4	42	100,0
Total	76	28,9	40	15,2	53	20,2	94	35,7	263	100,0

($p < 0,001$)

Na Tabela 6 observamos a relação entre os eventos e a ocorrência de falhas de comunicação.

O evento erro de medicação foi o que apresentou maior ocorrência de falhas de comunicação. No total de 86 (100%) erros

de medicação, 75 (87,2%) demonstraram falhas na comunicação, sendo 46 (53,5%) eventos com falhas em ambas as formas de comunicação, 21 (24,4%) eventos com falha na comunicação verbal e oito (9,3%) eventos com falha na comunicação escrita.

Em seguida, do total de 30 (100%) quedas, 25 (83,33%) apresentaram falhas de comunicação, assim divididas: 11 (36,7%) eventos com falha na comunicação verbal; 10 (33,3%) com falhas em ambas as formas de comunicação; quatro (13,3%) com falhas na comunicação escrita.

No evento UPP, 29 (69,05%) eventos apresentaram falhas na comunicação, sendo 22 (52,4%) com falhas na comunicação verbal e escrita; cinco (11,9%) com falhas na comunicação verbal; dois (4,8%) com falhas na comunicação escrita.

Por fim, o evento flebite foi o que apresentou o menor índice de falhas de comunicação, porém esses eventos com falha de comunicação somaram 58 (55,24%) eventos de um total de 105 flebites. A falha na comunicação escrita foi encontrada em 39 (37,1%) eventos, seguida pelas falhas na comunicação verbal e escrita em 16 (15,2%) eventos e falha na comunicação verbal em 3 (2,9%) eventos.

No total de 263 (100%) eventos analisados, somente 76 (28,9%) eventos não evidenciaram falha na comunicação. É preocupante constatar que em todos os tipos de eventos analisados ocorreram falhas de comunicação.

Em 2008, a *Joint Commission* alertou os profissionais de saúde sobre a associação entre a má comunicação e danos ao paciente. Desde então, tem havido uma explosão de pesquisas sobre esse tema (Seifert, 2012), contudo ainda são poucos os estudos sobre o tema no Brasil.

No Reino Unido, o *NHS* informou recentemente que as barreiras existentes para uma comunicação eficaz nos cuidados em saúde estão em sua maioria ligadas a fatores culturais e não

técnicos, o que traz uma reflexão para a importância da mudança de mentalidade no âmbito da saúde (Litchfield et al., 2014).

Comunicar-se é a melhor forma de prevenir erros humanos ou de melhorar a técnica e as deficiências do sistema. Contudo, é frequente as pessoas escolherem o silêncio. Em ambientes de saúde, muitas vezes aqueles que detectam um problema querem falar, mas são ignorados. O silêncio pode ser causado pelo medo ou pelo desejo de evitar transmitir notícias indesejáveis, além das pressões sofridas pelos grupos (Okuyama, Wagner, Bijnen, 2014).

Morrison (2011) desenvolveu o Modelo *Employee Voice*, o qual presume que o motivo para a condução da voz é o desejo de ajudar a organização ou unidade de trabalho a executar de forma mais eficaz ou para fazer uma diferença positiva para o coletivo. A voz reflete uma decisão deliberada, processo pelo qual o indivíduo considera as consequências positivas e negativas e a segurança percebida ao expressar suas preocupações. O indivíduo é confrontado com um ato de equilíbrio de tentar ser pró-social e construtivo, enquanto se torna consciente dos custos pessoais. A cultura organizacional, a atitude no trabalho e a personalidade afetam essas percepções.

Sendo assim, a voz do profissional tem importantes benefícios para as organizações e grupos de trabalho e para ele mesmo. Os times de comunicação devem ser incentivados, pois valiosas contribuições para melhoria dos processos poderão ser encontradas e, conseqüentemente, a segurança será fortalecida.

Tabela 7 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por serviço, São Paulo (Interior de SP), 2015

Serviço	Falha de comunicação								Total	
	Sem falha		Comunicação verbal		Comunicação escrita		Ambas			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ambulatório	0	0,0	1	2,5	0	0,0	1	1,1	2	8,0
Urgência/ Emergência	13	17,1	9	22,5	15	28,3	29	30,9	66	25,1
UTI	31	40,8	9	22,5	12	22,6	35	37,2	87	33,1
Unidade de internação	24	31,6	12	30,0	25	47,2	23	24,5	84	31,9
Atendimento domiciliar	2	2,6	6	15,0	1	1,9	3	3,2	12	4,6
CC/ CO	0	0,0	3	7,5	0	0,0	3	3,2	6	2,3
Hemodiálise	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,0
Quimioterapia	5	6,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,9
Total	76	100,0	40	100,0	53	100,0	94	100,0	263	100,0

(p<0,001)

De acordo com a Tabela 7, a maior porcentagem de eventos com falhas de comunicação ocorreu nas unidades de internação, seguido pelas UTI.

As falhas de comunicação escrita foram encontradas em 25 (47,2%) eventos das unidades de internação, 35 (37,2%) eventos das UTI apresentaram ambas as falhas de comunicação verbal e escrita e 12 (30%) eventos com falha de comunicação verbal foram evidenciados nas unidades de internação.

Em contrapartida, as UTI revelaram 31 (40,8%) eventos sem falhas de comunicação.

A comunicação nas UTI tende a ser mais precisa, devido a maior gravidade de pacientes e consequentes preocupações com a assertividade dessa comunicação.

Nas unidades de internação, existe um grande fluxo de pessoas e maior interferência de fatores externos, o que pode

influenciar diretamente na qualidade da comunicação entre os profissionais da saúde e até mesmo entre profissionais e pacientes.

Paiva M, Paiva S e Berti (2010) verificaram em um hospital universitário terciário da região Centro-Sul do Estado de São Paulo que os eventos adversos notificados relacionados à falha na comunicação concentravam-se em cinco unidades: CC (20,5%), Centro de Material e Esterilização (8%), Clínica Médica (8%), UTI Adulto e UTI Coronariana (8%) e Pronto Socorro (5,4%).

Como em toda grande organização, a comunicação no ambiente hospitalar é dificultada pela complexidade e amplitude. Os problemas da estrutura organizacional, de comunicação, somados ao comportamento individual dos profissionais são as maiores fontes de conflito. No entanto, frequentes desacordos internos no ambiente hospitalar são considerados como algo positivo, se bem administrados, pois podem produzir crescimento na organização.

Além disso, outros autores examinam fatores adicionais associados às falhas de comunicação e colocam as interrupções como as condições que podem não só contribuir para o erro, mas também reduzir a eficiência e produtividade. Como exemplos podemos citar o uso de equipamentos eletrônicos (*paggers* e celulares), problemas técnicos e alarmes, sendo essas apenas algumas das interrupções familiares aos profissionais de saúde. Quanto mais interrupções, maior o número de falhas de comunicação (Gillespie, Chaboyer, Fairweather, 2012).

A comunicação bem sucedida pode ser definida como a capacidade de transmitir informações abertamente, em tempo hábil e com precisão. A literatura mostra que a comunicação direta (comunicação face-a-face ou a comunicação em tempo real) é o modo preferido de comunicação em UTI. No entanto, devido à natureza ininterrupta do trabalho em UTI, a comunicação informal e sem registro pode contribuir para a ocorrência de eventos adversos (Hoonakker et al., 2013).

Figura 34 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por categoria profissional: auxiliar/técnico de enfermagem, São Paulo (Interior de SP), 2015

Constatamos pela Figura 34 que os profissionais com maior participação nos eventos foram os auxiliares e técnicos de enfermagem. Em consequência disso, ocorre, também, maior participação nos eventos que apresentaram falhas de comunicação, sendo a maior porcentagem referente aos 52 (98,1%) eventos com falhas na comunicação escrita ($p=0,234$).

A equipe de enfermagem é responsável pela maior parte da comunicação escrita referente ao paciente e aos processos da unidade. Toda a situação do paciente durante as 24 horas do dia está descrita na anotação de enfermagem, enquanto que o registro dos outros profissionais resume-se a um único relato diário.

Sendo assim, esses profissionais tornam-se mais suscetíveis à ocorrência de falhas na comunicação escrita.

As anotações de enfermagem consistem em uma forma de comunicação escrita que retrata a realidade assistencial do paciente.

Caveião et al. (2014) avaliaram a percepção de auxiliares de enfermagem quanto às anotações de enfermagem demonstrando que esses profissionais reconhecem a importância dos registros para a comunicação entre a equipe multiprofissional e para seu próprio respaldo legal e técnico, constituindo-se como dever do exercício profissional. Apesar disso, esses profissionais reconheceram os desafios encontrados para que todos os cuidados

sejam efetivamente registrados, principalmente devido à rotina de trabalho.

Outrossim, a equipe de enfermagem é a categoria que passa a maior parte de seu processo de trabalho junto ao paciente, estabelecendo importantes momentos de comunicação verbal.

A comunicação é essencial para o relacionamento entre o profissional e o paciente. Pela maneira de se expressar, o profissional de enfermagem pode identificar os significados que o paciente atribui à doença, à hospitalização e ao tratamento. Sob essa visão, a comunicação terapêutica é considerada competência do profissional de saúde em compreender a interação humana para ajudar o outro a descobrir e utilizar sua capacidade e seu potencial para solucionar conflitos; a reconhecer as limitações pessoais; ajustar-se ao que não pode ser mudado; a enfrentar os desafios a auto realização, procurando aprender a viver da forma mais saudável possível (Stefanelli, Carvalho, 2012).

Bohomol e Tartali (2013) analisaram a opinião dos profissionais de enfermagem acerca dos eventos adversos ocorridos em pacientes cirúrgicos e evidenciaram que a falta de comunicação entre o membro da equipe de enfermagem e equipe médica é uma forte razão para a ocorrência de eventos adversos, sugerindo que o bom cuidado à saúde é dependente de uma comunicação acurada e eficaz entre os profissionais.

A importância desse achado é confirmada com os dados do relatório de um programa americano de acreditação em que foram registrados 843 eventos e os problemas de comunicação foram apontados em 533 (63,2%) ocorrências na análise de causa raiz (*The Joint Commission*, 2010).

Figura 35 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por categoria profissional: técnico de farmácia, São Paulo (Interior de SP), 2015

Na Figura 35, podemos identificar que a participação do técnico de farmácia nos eventos adversos é pequena. Somente em 17 (18,1%) eventos foram detectadas ambas as falhas de comunicação ($p=0,001$).

O sistema de distribuição de medicamentos adotado na instituição é o sistema de dispensação por turnos: matutino (8h às 13h59min), vespertino (14h às 21h59min) e noturno (22h às 07h59min).

A prescrição médica é informatizada e o aprazamento é realizado pelo próprio sistema, conforme a frequência estabelecida pelo médico. Cada prescrição gera um espelho por turno para o Serviço de Farmácia. Os técnicos de farmácia recebem os espelhos e separam as medicações por turno, montando as “fitas de medicações” que serão entregues nas unidades em horários pré-estabelecidos. São realizadas três conferências pelos técnicos de farmácia e uma conferência eletrônica por meio de código de barras.

Após a entrega das medicações nas unidades, a equipe de enfermagem realiza outra conferência, identificando possíveis faltas de medicações ou divergências. Após as devidas correções, ocorre o preparo e administração dos medicamentos.

Portanto, podemos observar que as atividades do técnico de farmácia estão concentradas no Serviço de Farmácia e o contato

com outros profissionais da saúde é pequeno. Na maioria das vezes esse contato resume-se ao momento em que o técnico de enfermagem dirige-se até o Serviço de Farmácia para retirar alguma medicação. Também são poucos os momentos em que esse profissional realiza algum registro, que poderá ou não ser compartilhado com os demais profissionais de saúde.

Entretanto, em alguns erros de medicação foi evidenciada a participação do técnico de farmácia, tendo em vista que ele é responsável pela conferência e dispensação dos medicamentos.

Oliveira e Melo (2011), ao longo dos últimos anos, têm evidenciado que as causas de erros nos sistemas de medicação podem estar relacionadas a fatores individuais como falta de atenção, lapsos de memória, deficiências da formação acadêmica e inexperiência. Da mesma forma, podem estar envolvidas falhas sistêmicas tais como problemas no ambiente, faltas ou falha no treinamento, falta de profissionais, falhas de comunicação, problemas nas políticas e procedimentos ou mesmo produtos inadequados utilizados na medicação do paciente.

Nessa direção, muitos erros de medicação podem estar relacionados às etapas de separação, organização e dispensação de medicamentos, as quais ocorrem dentro do Serviço de Farmácia e que merecem atenção não só do técnico de farmácia, mas também do próprio farmacêutico, que deve garantir a segurança nesse processo tão complexo. O farmacêutico deve apropriar-se de todo o contexto onde se desenvolve essa atividade, inclusive o ambiente, para propor o método mais adequado para seu desenvolvimento.

Figura 36 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por categoria profissional: enfermeiro, São Paulo (Interior de SP), 2015

De acordo com a Figura 36, consideramos expressiva a participação do enfermeiro nos eventos adversos. Em 46 (87%) eventos com falha de comunicação escrita houve o envolvimento do enfermeiro ($p=0,308$).

Esse envolvimento foi considerado desde a ocorrência do evento até a investigação, análise e elaboração do plano de ação. Observamos também que a maioria dos planos de ação elaborados para a prevenção de novos eventos foi liderado por um profissional enfermeiro.

Costa, Meirelles e Erdmann (2013) destacam a preocupação, por parte dos enfermeiros gestores, em garantir segurança na prática assistencial de enfermagem, que fica evidente quando se nota a ênfase dada aos registros dos eventos adversos. Todavia, ratificam a relevância das ações de supervisão, controle, avaliação e investigação dos processos frente à notificação desses eventos, além das estratégias que envolvam a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade e a não fragmentação dos processos para a melhoria contínua das práticas.

Saxton (2012) descreve um programa para fortalecer habilidades de comunicação dos enfermeiros. A motivação para desenvolver esse programa foi o clima de intimidação e tensão que

pode fazer com que enfermeiros hesitem ou evitem questionar ou esclarecer o uso de determinada medicação ou até mesmo o local de uma cirurgia por medo do confronto, podendo resultar em evento adverso.

É fundamental saber lidar com pessoas, pois apenas pelo diálogo efetivo é que o profissional poderá auxiliar o paciente. Especialmente o enfermeiro, por interagir diretamente, de maneira constante, precisa atentar-se ao uso adequado das técnicas da comunicação interpessoal.

Além disso, é sempre importante lembrar que a ocorrência de erros deve ser interpretada como falhas ou não conformidades decorrentes de colapsos dos complexos sistemas técnicos e organizacionais relacionados à atenção em saúde e não como resultados isolados de ações profissionais (Novaretti et al., 2014).

Nessa perspectiva, somente uma análise aprofundada e multiprofissional de cada evento pode gerar ações efetivas de melhorias dos sistemas e consequente redução no número de eventos adversos.

Neste estudo, o enfermeiro é destacado como o profissional que mais se envolve nos processos de qualidade e segurança do paciente. Esse profissional, frequentemente, lidera as ações de prevenção e de discussão de eventos e tem um papel importante de agregar os demais profissionais nessas frentes de trabalho.

Figura 37 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por categoria profissional: farmacêutico, São Paulo (Interior de SP), 2015

A Figura 37 explicita que o maior envolvimento do farmacêutico ocorreu em 31 (58,5%) eventos relacionados à falha de comunicação escrita ($p=0,002$).

O trabalho do farmacêutico é complexo, suas atribuições vão desde a supervisão da dispensação de medicamentos para pacientes, controle de estoque, compras, armazenamento, avaliação da qualidade dos produtos, preparo de nutrição parenteral e diluição de antineoplásicos até a participação nas diversas comissões internas da instituição, além de atividades administrativas e gerenciais (Conselho Federal de Farmácia, 2008).

Apesar do papel do farmacêutico permear as mais diversas etapas da assistência, foi constatado nesta investigação que seu envolvimento na análise dos eventos restringiu-se ao evento adverso flebite. Nesse evento prevaleceu a atuação do farmacêutico na análise das drogas utilizadas pelo paciente e seu potencial irritante.

Nos erros de medicação a participação do farmacêutico foi restrita a investigação de eventos envolvendo processos específicos do Serviço de Farmácia, como a dispensação dos medicamentos. Porém, nos eventos em que ocorreu a administração de medicamento errado para o paciente, pela enfermagem, o farmacêutico não foi envolvido na análise.

Tal fato demonstra que a dicotomia existe entre os processos de trabalho dos profissionais da saúde, o que pode levar muitas vezes ao insucesso das ações implantadas devido à fragmentação das atividades desenvolvidas.

Nesse contexto, a partir do ano de 2014 foi acordado entre os profissionais de saúde, da instituição pesquisada, que o farmacêutico seria envolvido em todas as análises dos erros de medicação, independente da etapa da cadeia medicamentosa na qual ocorreu a falha. Visualizamos nessa ação uma tentativa de incorporar a multicausalidade dos eventos e a importância da interdisciplinaridade.

Outra questão importante a ser abordada é a exigência cada vez maior da prática da Farmácia Clínica. Discute-se a importância, necessidade e sua aplicabilidade como atividade primordial a ser desenvolvida em conjunto com a equipe de saúde visando a segurança do paciente, efetividade no tratamento proposto e uso racional dos medicamentos. A atenção farmacêutica, além de atender às necessidades farmacoterapêuticas do indivíduo, deve ser responsável pela garantia de uma terapia segura e efetiva, incluindo mecanismos de controle que facilitem a continuidade da assistência, tendo o farmacêutico que zelar por essa atenção (Bernardi et al., 2014).

Uma das atividades da Farmácia Clínica é a avaliação de prescrições médicas antes de seu aviamento. Essa prática permite a identificação de possíveis problemas relacionados a medicamentos, diluições e monitoramento de medicamentos de alta vigilância. Apesar dessa importância, muitos serviços ainda carecem de profissionais farmacêuticos para essa função. Dentre os serviços hospitalares que realizam avaliação farmacêutica de prescrições, ainda são poucos os que dispõem de ferramentas sistematizadas para registro dessas avaliações (Leendertse et al., 2011).

A prática da Farmácia Clínica constitui-se em mecanismo para promover a segurança do paciente e deve ser incorporada por todas as instituições hospitalares.

Figura 38 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por categoria profissional: fisioterapeuta, São Paulo (Interior de SP), 2015

Na Figura 38, constatamos a mínima participação do profissional fisioterapeuta na ocorrência e análise dos eventos adversos, predominantemente no evento UPP. Quanto às falhas de comunicação, a maior participação ocorreu em 4 (5,3%) eventos nos quais não foi evidenciada falha de comunicação ($p=0,386$).

Os fisioterapeutas atuantes no ambiente clínico devem estar cientes da importância do tema segurança do paciente na sua prática diária.

Entretanto, Nascimento et al. (2014) verificaram as publicações existentes sobre o tema segurança do paciente e fisioterapia, evidenciando que essas publicações referiam-se a segurança de técnicas fisioterapêuticas isoladas e a segurança da atuação da fisioterapia em determinadas patologias. Não havia menção à participação do profissional fisioterapeuta em um contexto mais amplo da segurança do paciente envolvendo os riscos aos quais ele está exposto e a inserção do fisioterapeuta nessa prevenção.

Corroborando com os achados do estudo anteriormente citado, averiguamos que na instituição em questão, ainda, há pouca

inserção desse profissional no processo de prevenção e análise de eventos adversos.

É importante estimular a construção de espaços de discussão multiprofissional com foco na segurança do paciente, propondo medidas efetivas de prevenção de eventos e melhorias nos processos de trabalho.

A comunicação é por vezes difícil em equipes de saúde multiprofissionais, nas quais a hierarquia resultante de uma cultura profissional e institucional leva alguns grupos profissionais a sentirem dificuldade em expressarem-se abertamente diante de outras classes profissionais. Essa situação pode resultar em erros, na medida em que a proposta de alternativas mais eficazes não é verbalizada, impedindo uma ação mais efetiva para o paciente (Santos et al., 2010).

Figura 39 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por categoria profissional: médico, São Paulo (Interior de SP), 2015

A Figura 39 demonstra a participação do médico nos eventos adversos, sendo o maior percentual em 35 (66%) eventos com falha de comunicação escrita ($p=0,272$).

A maioria dos eventos com falha de comunicação escrita relacionada ao médico foram as flebites, devido a prescrições

incorretas de diluição e/ou tempo incorreto de infusão para drogas com alto poder irritante.

Em segundo lugar, ficaram os erros de medicação, devido a falhas encontradas nas prescrições, o que dificultou ou prejudicou o entendimento das mesmas pelos profissionais das equipes de enfermagem e de farmácia, ocasionando erros de dispensação, diluição e até mesmo de administração.

Historicamente, existe uma dificuldade de entendimento das prescrições médicas devido às questões de grafia. Essas dificuldades têm sido minimizadas com a inserção da prescrição eletrônica, como é o caso do hospital participante desta pesquisa.

Todavia, outras problemáticas advêm dessa prática, como a prescrição de dose, via e diluição erradas. Os médicos utilizam o sistema informatizado para realizar as prescrições e, muitas vezes, na urgência de finalizar a prescrição, acabam selecionando o item errado no sistema e não fazem a conferência antes ou após a impressão, ocasionando em falha na prescrição.

Nas situações supracitadas a interferência de um farmacêutico clínico no processo poderia prevenir a ocorrência dos eventos, uma vez que haveria uma segunda conferência da prescrição antes da dispensação dos medicamentos, inclusive com a possibilidade de discussão com o médico quanto às diluições, interações medicamentosas e outros itens.

É esperado que os profissionais de saúde expressem suas preocupações antes de um evento adverso atingir um paciente, para que haja a chance de corrigir o plano ou intervenção. Entretanto, autores que investigam a relação entre o comportamento dos profissionais de saúde e a segurança do paciente indicam que a hesitação em falar pode ser um contribuinte importante para as falhas de comunicação e a ocorrência de eventos adversos. A maioria dos profissionais médicos e de enfermagem, independentemente da sua posição e da especialidade, tem alguma experiência de hesitação em expressar as suas preocupações sobre

os riscos para a segurança do paciente (Rabol et al., 2011, Lyndon et al., 2012, Rutherford, Flin, Mitchell, 2012).

Gonzalo et al. (2014) demonstraram que a comunicação nos processos de *handoff* entre médicos residentes de um hospital da Pensilvânia foi mais eficiente quando envolveu o registro e a padronização das informações e não somente a transmissão verbal de dados sobre o paciente. A segurança do paciente é reforçada quando há a padronização dos procedimentos, não deixando margens para que o profissional decida se deve ou não fornecer certas informações ou impressões sobre o paciente.

Starmer et al. (2014) constataram que a implantação de um programa de transição do cuidado, associado a melhorias na comunicação, reduziu 30% de eventos adversos evitáveis em nove hospitais dos Estados Unidos e Canadá.

Contudo, pode ser observado que entre enfermeiros e médicos prevalece a comunicação verbal. Além de promover *feedback* direto e rápido, esse tipo de comunicação possibilita resolver alguns problemas com a prioridade que necessitam. A comunicação face a face entre o enfermeiro e o médico é multidimensional, pois não permite apenas transmitir informações sobre o atendimento ao paciente, mas também é importante para criar e manter o relacionamento interpessoal, avaliar conhecimentos e estabelecer a confiança (Hoonakker et al., 2013).

Em relação à comunicação médico/paciente, Santos et al. (2010) reforçam que a adequação da informação às necessidades de cada paciente contribui para a adesão ao tratamento e redução da ansiedade. Entretanto, muitos profissionais ignoram o tipo de informação que o paciente realmente espera ou necessita e, frequentemente, utilizam jargões técnicos, o que dificulta ainda mais a compreensão do paciente.

Figura 40 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por categoria profissional: nutricionista, São Paulo (Interior de SP), 2015

Assim como ocorreu com o profissional fisioterapeuta, a Figura 40 evidencia pouca participação do nutricionista na ocorrência e análise dos eventos adversos, sendo igualmente predominante a participação no evento UPP. Referente às falhas de comunicação, a participação do nutricionista foi explicitada em 6 (6,4%) eventos nos quais ocorreram falhas de comunicação verbal e escrita ($p=0,779$).

São poucos os estudos relacionando a atuação desse profissional e a segurança do paciente. Existem estudos referentes à segurança da terapia nutricional enteral, perda de sonda, porém todos foram realizados por enfermeiros (Lau, Girard, 2011; Pereira et al., 2013; Cervo et al., 2014; Naves, Tronchin, Melleiro, 2014).

A natureza fragmentária e descentralizada dos serviços de saúde transforma o percurso de cada paciente num processo complexo que implica na passagem por diferentes áreas de intervenção e consequente contato com diferentes profissionais de saúde, os quais se encontram, frequentemente, imersos numa cultura de autonomia e isolamento face aos demais profissionais. Na maioria das vezes os profissionais não dispõem de informação completa relativa aos pacientes, o que lhes causa insegurança. (Santos et al., 2010).

Mesmo com o discurso voltado para a segurança do paciente, fica evidente que a inserção dos profissionais nesse processo se dá de diferentes formas e graus de participação. Alguns estão mais inseridos no processo do que outros e, geralmente, o enfermeiro conduz os demais profissionais nas ações referentes à segurança do paciente.

Na instituição analisada, observamos algumas ações da equipe de nutricionistas para maior inserção no processo de segurança do paciente, como por exemplo a implantação da avaliação nutricional para todos os pacientes internados, o estabelecimento de prazos para reavaliação do paciente de acordo com os resultados encontrados e o acompanhamento diário dos pacientes em uso de terapia nutricional enteral.

Figura 41 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por causa raiz: método, São Paulo (Interior de SP), 2015

Na Figura 41, podemos observar que 53 (56,4%) eventos com causa raiz relacionada ao método apresentaram falhas de comunicação verbal e escrita ($p < 0,001$).

O método descreve a forma como o processo está sendo realizado e como as informações e os trabalhos estão organizados.

Nos eventos adversos cuja causa raiz foi o método constatou-se que o processo de trabalho e as orientações relacionadas àquele evento não estavam bem definidas ou descritas.

A definição de um processo perpassa por várias etapas e uma delas seria a descrição do processo, o registro e a orientação da equipe envolvida. Essas etapas estão intimamente ligadas à comunicação escrita e verbal, o que foi evidenciado nessa análise.

A descrição e a implementação de protocolos de prevenção trazem o foco da atuação terapêutica na prática diária para o desenvolvimento de melhorias e contribuem para a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados (Elias et al., 2014).

Teixeira e Cassiani (2014) identificaram os eventos queda e erro de medicação e seus fatores causais em um hospital geral e privado no interior de São Paulo e constataram que 14,3% das quedas e 9,6% dos erros de medicação tinham como fator causal o método, sendo que em ambos os casos os protocolos de prevenção desses eventos não estavam descritos.

É de suma importância que as instituições trabalhem para que todos os processos sejam descritos e divulgados para as equipes assistenciais evitando a ocorrência de eventos adversos. A formalização e a padronização das condutas evita que os indivíduos ajam empiricamente frente a situações de risco para o paciente.

Figura 42 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por causa raiz: matéria prima, São Paulo (Interior de SP), 2015

Na Figura 42, identificamos 33 (62,3%) eventos de causa raiz originada na matéria prima com falha de comunicação escrita, seguida por 45 (59,2%) eventos sem falha de comunicação ($p < 0,001$).

A maioria dos eventos com causa raiz relacionada à matéria prima foram as flebites. Em uma parte desses eventos, foi verificada a ausência de informações referentes ao potencial irritante da medicação administrada, tanto por parte do farmacêutico quanto por parte do médico, bem como a falta de orientações quanto ao tempo e velocidade de infusão em local de fácil visualização para a equipe de enfermagem.

Foi observado que as orientações referentes às medicações com maior potencial irritante estavam descritas no Protocolo de Terapia Medicamentosa, porém constatou-se inviável para o profissional de enfermagem consultar o protocolo a cada preparo de medicação. O ideal seria que as informações fossem transcritas para a prescrição médica no campo de observações.

Além disso, foi constatada a fragilidade dos registros em prontuário, no que tange a descrição do evento e seus desdobramentos.

É esperado que o farmacêutico e o médico evidenciem de alguma forma as orientações pertinentes a administração das medicações, para que a equipe de enfermagem possa realizar medidas de prevenção e acompanhar a infusão de certos medicamentos.

As características da solução de infusão como pH menor que cinco e maior que nove e osmolaridade acima de 350 mOsm/L contribuem para o desenvolvimento das flebites; a matéria prima tem papel preponderante no desenvolvimento desses eventos (Furtado, 2011; Negri et al., 2012; Ho, Cheung, 2012).

Em segundo lugar, encontramos os 45 (59,2%) eventos sem falha de comunicação, o que pode ser explicado por não haver

relação direta entre os problemas com a matéria prima e as falhas de comunicação.

Em outras palavras, as características dos insumos necessários à realização do procedimento não tem interferência no processo de comunicação.

Figura 43 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por causa raiz: mão de obra, São Paulo (Interior de SP), 2015

Notamos, por meio da Figura 43, que 91 (96,8%) eventos relacionados aos profissionais apresentaram falhas de comunicação verbal e escrita ($p < 0,001$).

As maiores porcentagens de falha de comunicação foram evidenciadas nos eventos em que a causa raiz era relacionada aos profissionais, devidamente justificado pelo fato de serem os responsáveis pelas diversas formas de comunicação.

A boa comunicação entre os profissionais de saúde, bem como a comunicação entre profissionais e pacientes é a chave para o cuidado seguro.

Quanto aos pacientes, uma das principais razões para a dificuldade de compreensão é que muitas vezes não são tratados como parceiros ativos em seus cuidados. Eles não participam plenamente no processo de tomada de decisão clínica e não

entendem as razões para a realização de seus exames e tratamentos (Neeman et al., 2012).

Rabol et al. (2011) demonstraram, em hospitais dinamarqueses, que as falhas de comunicação verbal ocorrem nos mais diversos processos: 86% nos processos de *handover*; 43% na comunicação entre os diferentes profissionais da saúde; 25% na comunicação entre profissionais da mesma categoria, porém em *staffs* diferentes; 23% devido a hesitação em falar e 18% durante o trabalho em equipe. A troca de informações via telefone, relacionada com a transferência entre unidades e consulta de outras especialidades, foi considerada particularmente vulnerável.

Falha de comunicação verbal entre os membros da equipe de enfermagem e entre a equipe de enfermagem e o paciente juntamente com a falha nos registros foi considerada a segunda causa de ocorrência de quedas em um hospital geral privado (Teixeira, Cassiani, 2014).

Reason (2000) reforça que falhas ativas e falhas latentes levam a ocorrência dos eventos. As falhas ativas são aquelas que ocorrem no nível do operador da linha de frente do trabalho, sendo seus efeitos sentidos quase que imediatamente e apresentando-se em forma de lapsos, deslizos e falhas no processo. Falhas latentes ficam adormecidas dentro desse sistema e são relacionadas a influências organizacionais, supervisão insegura e pré-condições para atos inseguros.

Devido à natureza das falhas, num primeiro momento, as falhas ativas podem ficar mais evidentes, expondo as causas diretamente relacionadas às pessoas. Sendo assim, o processo de análise de um evento adverso deve ser meticuloso e contemplar todas as possíveis causas de um evento, evitando a culpabilização do indivíduo.

Vincent (2009) destaca a importância de avaliar os fatores reais dos erros em toda sua riqueza e nível de complexidade, ao invés de considerar como única causa da ocorrência do evento

adverso, o erro humano. Tal situação pode revelar uma série de práticas que influenciadas pelo ambiente e pelo contexto da organização, favorecem a ocorrência dos incidentes. Ressalta que é necessário manter a responsabilização individual, mas considerada como uma relação entre a pessoa, a tecnologia e a organização.

Figura 44 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por causa raiz: máquinas, São Paulo (Interior de SP), 2015

É possível observar, através da Figura 44, que 16 (17%) eventos evidenciaram falhas na comunicação verbal e escrita, seguidos por 3 (7,5%) eventos com falha na comunicação verbal ($p=0,019$).

Os eventos com causa raiz relacionada aos equipamentos e sistemas utilizados para a realização do trabalho apresentam percentuais de ocorrência de falhas de comunicação inferiores aos encontrados em eventos anteriores.

No Reino Unido, o método de análise de causa raiz foi utilizado para identificar os fatores relacionados aos óbitos de pacientes em ambiente hospitalar. Em 6% dos casos foram encontradas falhas relacionadas aos equipamentos. Os tipos de incidentes mais comuns foram a dificuldade para reconhecer os sinais de deterioração (23%), rebaixamento do paciente (10%), infecções associadas aos cuidados de saúde (10%), morte

inesperada no intraoperatório (6%) e falhas no processo de handover (5%) (Donaldson, Panesar, Darzi, 2014).

Figura 45 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por causa raiz: medição, São Paulo (Interior de SP), 2015

Verificamos na Figura 45 que 5 (12,5%) eventos relacionados à medição evidenciaram falhas na comunicação verbal ($p=0,024$).

Os eventos com causa raiz relacionada à medição são aqueles em que o resultado não é medido ou tem falha na supervisão do processo. Eles apresentam os menores percentuais de ocorrência de falhas de comunicação em relação às demais causas raízes.

Para que os profissionais de saúde possam elaborar planos de ação coerentes, eles necessitam estar embasados em informações que traduzam a realidade da assistência de forma direta ou indireta. Cabe ressaltar a importância de trabalhar com avaliação dos resultados do cuidado ao paciente com o objetivo de aferir a qualidade da assistência de maneira precisa, consistente e abrangente (Gabriel et al., 2011).

Nesse cenário, um dos instrumentos destinados a monitorar a qualidade de um serviço é o emprego de indicadores, visando à eficiência, à eficácia e à confiabilidade dos processos de trabalho,

constituindo-se em prática profícua para a avaliação em saúde (Naves, Tronchin, 2012).

Na Inglaterra e nos Estados Unidos, os indicadores sobre segurança do paciente são compartilhados entre as instituições de cada país com o objetivo de conhecer e estabelecer níveis de qualidade e segurança nas organizações hospitalares. Além disso, aquelas que atingem níveis mais elevados são recompensadas com remuneração diferenciada (Capucho, Cassiani, 2013).

Há consenso de que os serviços devem escolher os indicadores que refletem práticas ou áreas específicas de um processo de tomada de decisão com o menor grau possível de incerteza. Assim, as informações vão instrumentalizar a análise dos processos institucionais de forma racional e crítica (Rosetti, Tronchin, 2014).

Figura 46 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por causa raiz: meio ambiente, São Paulo (Interior de SP), 2015

Na Figura 46, evidenciamos a falha de comunicação verbal em 14 (35%) eventos relacionados ao meio ambiente ($p=0,001$).

Teixeira e Cassiani (2014) relacionaram 17% das quedas e 12% dos erros de medicação ocorridos em um hospital geral privado às causas ambientais, tais como quantidade reduzida de berços, ausência de campainha próxima à mesa de refeição, camas altas,

ausência de local adequado para colocar prescrições atuais nos setores, interrupções, dentre outras.

Estudo quantitativo do tipo *survey* transversal e comparativo, que teve por objetivo sistematizar as recomendações dos profissionais de enfermagem acerca da segurança do paciente em UTI, demonstrou que, no âmbito da organização hospitalar, os profissionais sugeriram ações voltadas para melhoria da quantidade, qualidade e manutenção de materiais e equipamentos, assim como melhoria da estrutura física do ambiente de trabalho (Melo, Barbosa, 2013).

Nessa direção, é possível constatar a preocupação dos profissionais com as questões relacionadas ao ambiente em que o paciente está inserido e sua influência na ocorrência dos eventos adversos.

Os quatro eventos adversos relacionados neste estudo apresentaram falhas no meio ambiente, seja em maior ou menor porcentagem, evidenciando a necessidade de priorizar investimentos para adequações físicas e estruturais na instituição.

Tabela 8 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por danos causados pelos eventos, São Paulo (Interior de SP), 2015

Danos	Falha de comunicação								Total	
	Sem falha		Comunicação verbal		Comunicação escrita		Ambas			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Danos permanentes	2	2,6	1	2,5	0	0,0	0	0,0	3	1,1
Danos temporários	74	97,4	39	97,5	53	100,0	94	100,0	260	98,9
Total	76	100,0	40	100,0	53	100,0	94	100,0	263	100,0
(p=0,278)										

(p=0,278)

Observamos na Tabela 8 que dos 40 eventos que apresentaram falha de comunicação verbal, 39 (97,5%) resultaram em danos temporários e 1 (2,5%) resultou em dano permanente. Dos 76 eventos que não apresentaram falha de comunicação, 74

(97,4%) resultaram em danos temporários e 2 (2,6%) resultaram em dano permanente. Os demais eventos que apresentaram falha de comunicação escrita ou ambas resultaram todos em danos temporários ao paciente.

Não foi encontrada relação estatística entre a ocorrência de falhas de comunicação e eventos com danos permanentes ($p=0,278$).

Carneiro et al. (2011), analisando os eventos adversos ocorridos na clínica cirúrgica de um hospital universitário pertencente à Rede de Hospitais Sentinela, constataram a ocorrência de 264 eventos relacionados à retirada de sondas, drenos e cateteres, quedas, processos alérgicos, evasão do paciente, UPP, erros de medicação, procedimentos médicos inadequados, hemoderivados e queimaduras. Quanto às consequências, a maioria dos eventos resultou em dano temporário. Grande parte não causou dano aparente, mas alguns necessitaram de monitoramento. A consequência mais grave foi o óbito.

Os entraves encontrados têm sido a falta de informações sobre os eventos adversos que ocorrem e sobre seus fatores causais, impedindo o conhecimento, avaliação e a discussão sobre as consequências desses para os pacientes. Essa lacuna prejudica a ação da gerência para realização do planejamento e desenvolvimento de metas e ações organizacionais voltadas para a adoção de práticas que visem à segurança da assistência prestada ao paciente (Silva, 2010).

Tanto o Ministério da Saúde como outras instituições responsáveis pelos mais diversos programas consideram que o aspecto mais importante no que tange à segurança no campo da saúde é evitar danos aos pacientes durante seu tratamento. Sabemos que os problemas não são apenas uma série ao acaso ou eventos desconexos. Os erros nos cuidados de saúde são provocados por sistemas falhos e muitas vezes têm causas comuns que podem ser generalizadas e corrigidas. Embora cada caso seja

único, há a probabilidade de semelhanças e de padrões de fatores de risco que podem passar despercebidos quando os eventos não são relatados e analisados (Silva, 2013).

Os eventos adversos sempre terão um resultado danoso ao paciente, sendo necessário intervir para manter a sua segurança. Nesse contexto, é necessário trabalhar fortemente a notificação desses eventos para que possam ser analisados de modo a orientar a definição de prioridades e o desenvolvimento de políticas e de intervenções nos serviços voltadas para a melhoria da qualidade na assistência à saúde.

Tabela 9 - Distribuição das ocorrências de falhas de comunicação por classificação do evento como evitável ou inevitável, São Paulo (Interior de SP), 2015

Evento	Falha de comunicação								Total	
	Sem falha		Comunicação verbal		Comunicação escrita		Ambas			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Inevitável	48	63,2	1	2,5	24	45,3	8	8,5	81	30,8
Evitável	28	36,8	39	97,5	29	54,7	86	91,5	182	69,2
Total	76	100,0	40	100,0	53	100,0	94	100,0	263	100,0

($p < 0,001$)

Na Tabela 9, é possível constatar que 187 (71,1%) eventos apresentaram alguma falha de comunicação e desses 154 (82,3%) foram considerados evitáveis. Dos 76 eventos que não apresentaram falhas de comunicação, a maioria, 48 (63,2%), foi inevitável.

Podemos afirmar que há relação entre a ocorrência de falha de comunicação e os eventos evitáveis ($p < 0,001$).

A avaliação de oito estudos internacionais pelo método de revisão sistemática revelou incidência de um evento adverso para cada dez internações, sendo a média de eventos evitáveis de 43,5% e 7,4% de eventos fatais (de Vries et al., 2008).

Segundo o Sistema de Informação Hospitalar do SUS, em 2011 ocorreram em todo o Brasil 11.117.837 internações com uma

estimativa de 844.875 (7,6%) eventos adversos. Desses, estima-se que 563.575 (66,7%) foram eventos evitáveis, os quais propiciaram a evolução para o óbito em quase 40% dos casos (Silva, 2013).

Mendes et al. (2013) demonstraram que os eventos adversos evitáveis foram responsáveis por 373 dias adicionais de internação. Cerca da metade desses eventos ocorreu em pacientes cujas condutas clínicas diagnósticas ou terapêuticas foram consideradas menos complexas. Os autores revelaram, ainda, que procedimentos necessários para o tratamento dos eventos adversos evitáveis não foram adotados em 20,6% dos casos, o que significa que o paciente não recebeu um tratamento adequado do problema causado pela falha no cuidado.

Moura e Mendes (2012), avaliando a incidência de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro e os fatores contributivos, identificaram a proporção de 68,3% eventos adversos evitáveis, sendo que 17,9% resultaram em óbito. O grau de evidência de evitabilidade desses eventos foi avaliado: 39% provável, 12,2% moderada a forte, e 7,3% praticamente certa.

No meio hospitalar, local em que o paciente deve ser monitorado 24 horas por dia, a efetiva articulação entre os vários profissionais de saúde está muito dependente da comunicação. Problemas de comunicação entre esses profissionais têm sido associados à diminuição de qualidade de cuidados e a mortes por eventos adversos que poderiam ser evitados (Santos et al., 2010).

Na Austrália, os alunos de cursos de graduação em enfermagem possuíam pouca compreensão sobre os papéis de outros profissionais de saúde, o que gerava um impacto negativo sobre a comunicação e colaboração entre eles. Além disso, a maioria dos recém-formados entendia a educação interprofissional como de pouco valor em relação às suas funções, responsabilidades e prática como profissionais de saúde (Ebert et al., 2014).

Entre os obstáculos transversais à qualidade da comunicação, foram referidos a falta de formação e de capacitação

dos profissionais de saúde, problema reconhecido pelas comunidades clínicas e acadêmicas e que tem motivado a alteração dos currículos dos cursos na área da saúde. Na realidade, as competências comunicacionais devem ser entendidas como parte integrante da formação dos profissionais de saúde tal como acontece com outras competências de ordem técnica e clínica (Santos et al., 2010).

Tal fato reporta para a necessidade de incentivar os cursos de graduação a adotar práticas multiprofissionais para iniciar os vínculos entre os profissionais de saúde que irão se estender e perdurar durante a prática assistencial.

Acreditamos que um profissional preparado e com habilidades para se comunicar constrói uma relação estruturada através das informações trocadas com a consequente diminuição dos riscos e das falhas para o paciente favorecendo um cuidado seguro.

CAPÍTULO 6

INTERVENÇÕES PARA MELHORIA DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

"Comunicação é a arte de ser entendido."

Peter Ustinov

A comunicação é um processo essencial nas relações humanas, sendo extremamente importante nas relações de trabalho na área da saúde, envolvendo os pacientes, seus familiares e os profissionais.

Ser eficaz em comunicação é uma habilidade fundamental aos profissionais da área da saúde, pois possibilita um cuidar consciente, verdadeiro e transformador.

A realização deste estudo resultou da inquietação acerca de como se dava o processo de comunicação da equipe de saúde e os fatores dificultadores desse processo.

Ao longo deste estudo, a expectativa em poder contribuir com a melhoria dos processos de comunicação possibilitou que ações fossem implementadas em parceria com os profissionais da instituição em questão.

O processo de comunicação entre as equipes de enfermagem e entre os diversos profissionais da saúde não estava padronizado, resultando na omissão de informações importantes sobre o paciente e, conseqüente, ocorrência de eventos adversos. Assim, foi evidenciada a necessidade de uniformizar o processo de comunicação, principalmente, nas situações de transição do cuidado do paciente.

Por conseguinte, a partir de um evento realizado mensalmente na instituição, no qual eram apresentados os eventos adversos prevalentes e que reunia as Direções, a Média Gerência e a equipe assistencial multiprofissional, foram discutidas as RNC referentes às falhas de comunicação na transição do cuidado.

Nesse momento, a equipe multiprofissional analisou os eventos à luz do Diagrama de Causa e Efeito elencando as causas raízes dos eventos.

Na sequência, foi traçado um plano de ação utilizando a ferramenta *5W2H*. O conceito por trás desse termo demonstra que uma ação é influenciada por sete circunstâncias e que, ao elaborar um plano de ação, devemos responder as seguintes questões:

- ✓ **O que** deve ser feito? (a ação, em si);
- ✓ **Por que** esta ação deve ser realizada? (o objetivo);
- ✓ **Quem** deve realizar a ação? (os responsáveis);
- ✓ **Onde** a ação deve ser executada? (a localização);
- ✓ **Quando** a ação deve ser realizada? (tempo ou condição);
- ✓ **Como** deve ser realizada a ação? (modo, meios e método);
- ✓ **Quanto** será o custo da ação a realizar? (custo, duração, intensidade, profundidade, nível de detalhamento, etc.) (D'innocenzo, 2010).

As intervenções, propostas por esses profissionais para a melhoria do processo de comunicação nas transições do cuidado estão esquematizadas na Figura 47 e descritas a seguir.

Figura 47 - Esquema ilustrativo das intervenções para melhoria do processo de comunicação, São Paulo (Interior de SP), 2015

As melhorias propostas foram:

- ✓ Elaboração/revisão de protocolos para padronização das condutas no processo de transição do cuidado (passagem de plantão, transporte e transposição dos pacientes, transferências de unidade, encaminhamentos para exames ou altas, considerando as particularidades de cada paciente e sua complexidade);

- ✓ Utilização da ferramenta *SBAR* nas transferências de pacientes entre unidades;

- ✓ Estabelecimento de fluxos de admissão e atendimento ao paciente nos processos de transição do cuidado.

Assim sendo, foi iniciada a revisão dos protocolos referentes aos processos de transição do cuidado sob a coordenação das gerências de enfermagem e em conjunto com a equipe multiprofissional.

Também foram realizadas interações entre as equipes multiprofissionais e equipes de apoio, alinhando fluxos de admissão de pacientes nas unidades assistenciais e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, para garantir o registro dessas informações em prontuário.

Durante esse processo foi evidenciada a necessidade de aquisição de determinados materiais para melhorar as condições de transição do paciente, sendo elaborado um cronograma para aquisição de cadeiras de rodas, berços e macas de transporte com grades e pranchas de transferência de pacientes.

A ferramenta *SBAR*, representada na Figura 48, foi estudada pelos enfermeiros executivos das unidades, adaptada e implantada em algumas unidades do hospital, como UTI Adulto (Anexo 2) e Pronto Socorro Adulto (Anexo 3), no intuito de evidenciar a transição do cuidado no prontuário do paciente, através de impresso específico, e padronizar as informações relevantes a serem compartilhadas com os profissionais que assumiam o cuidado.

Figura 48 - Esquema ilustrativo da ferramenta SBAR, São Paulo (Interior de SP), 2015

Fonte: Adaptado de National Health Service. Institute for Innovation and Improvement. SBAR-Situation-Background-Assessment-Recommendation [Internet]. England; 2008 [cited 2013 Jun 16]. Available from: <http://www.institute.nhs.uk/organisation/legal/copyright.html>

Também foi verificado que o processo de transição de cuidado não poderia ser vinculado, única e exclusivamente, a uma ferramenta/impresso e que os processos de trabalho de cada unidade deveriam ser considerados para implantação do mesmo.

Desse modo, após várias discussões, optou-se pela utilização da evolução em prontuário para registrar a transição do cuidado das demais unidades. Nessa evolução deveriam constar todas as informações relevantes sobre o paciente.

O CC também adotou a ferramenta SBAR reformulando os impressos de registro pré, intra e pós-operatório existentes, acrescentando as informações sobre as condições do paciente para continuidade do cuidado.

Por fim, foi construído um impresso (Anexo 4), pelos enfermeiros executivos das unidades, para registrar a transição do cuidado do paciente nos momentos de encaminhamento para exames.

Nessa perspectiva, foi possível mapear os diversos momentos de transição do cuidado do paciente e implantar formas de registro padronizadas dessa transição a fim de possibilitar que todas as informações importantes para a continuidade do cuidado do paciente fossem transmitidas aos profissionais que assumiam o cuidado.

Destarte, entendemos que a ocorrência de eventos adversos, devido a falhas de comunicação evidenciadas neste estudo, poderá ser drasticamente reduzida com a implantação das estratégias listadas acima.

Frente ao exposto, acredito que quando a equipe multiprofissional desenvolve a comunicação de forma clara e precisa contribui para uma maior segurança no processo assistencial, melhorando a qualidade do atendimento e propiciando que a assistência prestada não resulte em danos ao paciente.

CONCLUSÕES

O presente estudo sobre análise da relação entre as falhas de comunicação e a ocorrência de eventos adversos permitiu concluir que:

Quanto à caracterização da amostra:

✓ A amostra foi constituída por 263 eventos adversos, distribuídos em 105 (39,9%) flebites, 86 (32,7%) erros de medicação, 42 (16%) UPP e 30 (11,4%) quedas;

✓ A média de idade dos pacientes que sofreram os eventos adversos foi de 52,04 anos e o desvio padrão de 25,17;

✓ Os eventos adversos analisados ocorreram prevalentemente no plantão da manhã, 104 (39,5%) eventos;

✓ O maior número de eventos foi evidenciado nas UTI, totalizando 87 (33,1%) eventos;

✓ Na maioria dos eventos houve o envolvimento de mais de um profissional, sendo que em 242 (92%) eventos o auxiliar ou técnico de enfermagem estavam envolvidos, seguidos pelo enfermeiro em 215 (81,7%) eventos;

✓ Na análise de causa raiz, foi evidenciado que a maioria dos eventos apresentou mais de uma causa, sendo 175 (66,5%) eventos relacionados a falhas dos profissionais e 115 (43,7%) relacionados à matéria prima;

✓ Quanto aos danos causados, 260 (98,9%) eventos adversos resultaram em dano temporário;

✓ 182 (69,2%) eventos foram considerados evitáveis.

Quanto à análise do evento erro de medicação:

✓ O total da amostra de erros de medicação analisados neste estudo, 86 (32,6%) eventos foram considerados evitáveis.

Quanto à análise do evento flebite:

✓ Flebite representou o evento de maior ocorrência na amostra com 105 (39,9%) notificações, sendo que a maior porcentagem ocorreu nas unidades de internação com 39 (37,1%) eventos;

✓ Na análise de causa raiz foram observados 90 (85,7%) eventos relacionados à matéria prima, diferindo dos demais eventos, nos quais a causa raiz predominante foi relacionada aos profissionais;

✓ Flebite apresentou o maior número de eventos considerados inevitáveis, 69 (65,7%) eventos.

Quanto à análise do evento queda:

✓ O evento queda apresentou a maior média de idade entre os pacientes, 64,13 anos e desvio padrão 17,1;

✓ A ocorrência de quedas foi distribuída igualmente entre os três turnos de trabalho, 10 (33,3%) quedas em cada plantão;

✓ As unidades de urgência e emergência concentraram 15 (50%) ocorrências de queda;

✓ O evento queda foi o único que resultou em danos permanentes em três (10%), do total de 30 eventos.

Quanto à análise do evento UPP:

✓ Foram notificadas 42 (16%) UPP, ocupando o terceiro lugar em número de notificações, sendo que 33 (78,6%) UPP foram consideradas evitáveis.

Quanto à análise do fator comunicação:

✓ Do total de 263 eventos analisados, 187 (71%) evidenciaram algum tipo de falha de comunicação, sendo divididos em 94 (35,7%) eventos com falhas de comunicação verbal e escrita, 53 (20,2%) com falhas de comunicação escrita e 40 (15,2%) com falhas de comunicação verbal;

✓ No total de 86 (100%) erros de medicação, foram encontradas 75 (87,2%) falhas na comunicação, sendo 46 (53,5%) eventos com falhas na comunicação verbal e escrita, maiores índices desses tipos de falhas de comunicação entre os eventos;

✓ Quanto às quedas, foi verificado o maior percentual de eventos deste estudo com falha na comunicação verbal, 11 (36,7%);

✓ O evento flebite foi o que apresentou o menor índice de falhas de comunicação, somando 58 (55,24%) eventos, porém o maior percentual de falha na comunicação escrita em 39 (37,1%) eventos;

✓ A maior porcentagem de eventos com falhas de comunicação ocorreu nas unidades de internação, sendo que as falhas de comunicação escrita foram encontradas em 25 (47,2%) eventos;

✓ Os profissionais que mais participaram dos eventos com falhas de comunicação foram: auxiliares/técnicos de enfermagem em 52 (98,1%) eventos, enfermeiro em 46 (87%) eventos e o médico em 35 (66%) eventos, todos com falha de comunicação escrita;

✓ 91 (96,8%) eventos relacionados aos profissionais apresentaram falhas de comunicação verbal e escrita;

✓ Dos 76 eventos que não apresentaram falha de comunicação, 74 (97,4%) resultaram em danos temporários e dois (2,6%) resultaram em dano permanente, não sendo possível

observar relação entre falha de comunicação e tipo de dano causado ao paciente;

✓ Por outro lado, dentre os 187 (71,1%) eventos que apresentaram alguma falha de comunicação, 154 (82,3%) foram considerados evitáveis e dos 76 eventos que não apresentaram falhas de comunicação a maioria, 48 (63,2%) eventos, foram considerados inevitáveis, demonstrando relação entre as falhas de comunicação e evitabilidade dos eventos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou analisar os eventos adversos erro de medicação, flebite, queda e UPP quanto às causas raízes, sua relação com as falhas de comunicação, a evolução para dano permanente ou temporário, bem como sua evitabilidade.

Com a aplicação da metodologia da análise de causa raiz, pôde ser observado que a maioria dos eventos teve sua causa atribuída aos profissionais atuantes na instituição, sugerindo a necessidade de importante reflexão e entendimento por parte desses profissionais e do corpo diretivo de que a maior parte dos eventos adversos resulta de falhas sistêmicas e não individuais e de que sua visão deve ser ampliada durante a análise dos eventos, evitando a culpabilização do profissional.

A análise retrospectiva de dados configurou-se em limitação deste estudo, tendo em vista que a consulta aos RNC nem sempre forneceu todas as informações detalhadas sobre a ocorrência do evento, restringindo a análise às informações contidas nesses relatórios.

A constatação de uma expressiva quantidade de falhas de comunicação associadas aos eventos adversos indica a necessidade de melhorar os processos de comunicação entre os profissionais de saúde e entre esses e os pacientes.

Os danos causados ao paciente foram evidenciados na totalidade dos eventos e, mesmo que a maioria deles tenham sido temporários, chama a atenção para a importância das medidas de prevenção, que evitam as consequências decorrentes de sua ocorrência.

A implantação parcial das medidas de prevenção evidencia a evitabilidade de um percentual elevado de eventos, demonstrando importantes oportunidades de melhoria nos processos de trabalho dos diferentes profissionais de saúde.

Destacamos a importância do Serviço de Enfermagem na instituição pesquisada, haja vista a relevância do papel que esses profissionais desempenham nos processos de qualidade e

segurança por estarem presentes constantemente em todas as etapas da assistência ao paciente, da investigação e análise de eventos adversos.

Acreditamos que os achados deste estudo possam contribuir para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho em saúde, visto que se configuram como indicadores de resultado da assistência, direcionando as ações dos gestores para a implantação de melhores práticas e a capacitação contínua dos profissionais.

O aperfeiçoamento da cultura de segurança, o incentivo à notificação dos eventos, a análise e discussão de suas causas e da cultura organizacional são importantes medidas para a transformação do cenário nas instituições de saúde.

Emergem deste estudo os desafios para o ensino, que consistem na inserção do tema segurança do paciente nas matrizes curriculares e na integração entre a equipe multiprofissional ainda durante sua formação, seja nos cursos de graduação ou de nível técnico.

Para a gerência e a assistência, o desafio está na utilização das experiências para desenho de um modelo institucional de gestão de riscos clínicos, que foque nos processos e não nos indivíduos, buscando barreiras para que os sistemas tornem-se cada vez mais seguros. As ações adotadas precisam gerar resultados confiáveis, que modifiquem a realidade e façam a diferença na segurança dos pacientes, alterando o cenário atual de eventos indesejáveis.

Por conseguinte, no que tange à pesquisa, as investigações sobre a segurança do paciente devem ter como objetivo promover a interdisciplinaridade, subsidiar as tomadas de decisão e as intervenções da gestão, modificando o cuidado de forma a torná-lo, sobretudo, centrado no paciente.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. [Internet]. 2011. [citado em 2015 abr. 16]. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Servicos+de+Saude/Assunto+de+Interesse/Boletim+Seguranca+do+Paciente>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática [Internet]. 2013. [citado em 2014 nov. 16]. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>

Agency for Healthcare Research and Quality. Making Health Care Safer: a critical analysis of patient safety practices. Online U.S. Department of Health and Human Services [Internet]. 2001. [cited 2013 jun 10]. Available from: <http://archive.ahrq.gov/clinic/ptsafety/>

Alexander M. Infusion Nursing Standards of Practice. J Infus Nurs. 2011;34(1S):S65-72.

Amlung SR, Miller WL, Bosley LM. The 1999 National Pressure Ulcer Prevalence Survey: a benchmarking approach. Adv Skin Wound Care. 2001;14(6):297-301.

Andrews C, Millar S. Don't fumble the handoff. Online MAG Mutual Healthcare Risk Manager [Internet]. 2005 [cited 2013 May 18];11(28):1-2. Available from: http://www.magmutual.com/mmhc/articles/2005_11_28.pdf

Aranaz-Andrés JM, Albar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E, ENEAS work group. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. J Epidemiol Community Health. 2008;62(12):1022-9.

Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the "Iberoamerican Study of Adverse Events" (IBEAS). BMJ Qual Saf. 2011;20(12):1043-51.

Araújo TM, Araújo MFM, Caetano JA, Galvão MTG, Damasceno MMC. Nursing diagnoses for patients at risk of developing pressure ulcer. Rev Bras Enferm. 2011;64(4):671-6.

Arora V, Johnson J, Lovinger D, Humphrey H, Meltzer D. Communication failures in patient sign-out and suggestions for

improvement: a critical incident analysis. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(6):401-7.

Avery AA, Barber N, Ghaleb M, Franklin BD, Armstrong S, Crowe S, et al. Investigating the prevalence and causes of prescribing errors in general practice: the practice study [Internet]. 2012 [cited 2014 Nov 15]. Available from: http://www.gmcuk.org/Investigating_the_prevalence_and_causes_of_prescribing_errors_in_general_practice_The_PRACTiCe_study_Report_May_2012_48605085.pdf

Beccaria LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009; 21(3):276-82.

Beckett CD, Kipnis G. Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes. *J Healthc Qual*. 2009;(31)5:19-28.

Berdot S, Sabatier B, Gillaizeau F, Caruba T, Prognon P, Durieux P. Evaluation of drug administration errors in a teaching hospital. *BMC Health Serv Res*. 2012;(12)60:1-8.

Bergstron N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res*.1987;36(4):205-10.

Bernardi EAT, Rodrigues R, Tomporoski GG, Andrezejevski VMS. Implementation of pharmaceutical evaluation of the prescription and the actions of clinical pharmacy at a Cancer Hospital in southern Brazil. *Rev Esp Saúde*. 2014;15(2):29-36.

Berwick DM, Calkins DR, McCannon CJ, Hackbarth AD. The 100,000 Lives Campaign: Setting a goal and a deadline for improving health care quality. *JAMA*. 2006;295(3):324-7.

Bittar OJN. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Rev Adm Saúde*. 2004;6(22):15-8.

Bohomol E, Tartali JA. Adverse effects in surgical patients: knowledge of the nursing professionals. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(4):376-81.

Borghardt AT, Prado TN, Araújo TM, Rogenski NMB, Bringuento MEO. Evaluation of the pressure ulcers risk scales with critically ill patients: a prospective cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet] 2015 [cited 2015 Apr 25];23(1):28-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100028&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en

Boyle J, Zeitz K, Hoffman R, Khanna S, Beltrame J. *Probability of severe adverse events as a function of hospital occupancy*. IEEE J Biomed Health Inform. 2014;18(1):15-20.

Braden B, Bergstron N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. Rehabil Nurs. 1987;12(1):8-12.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, 2 abr. 2013a. Seção 1:43.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, Brasília, 10 jul. 2013b. Seção 1:131.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, Brasília, 25 set. 2013c. Seção 1:186.

Borowitz SM, Waggoner-Fountain LA, Bass EJ, Sledd RM. Adequacy of information transferred at resident sign-out (in-hospital handover of care): a prospective survey. Qual Saf Health Care. 2008;17(1):6-10.

Camerini GF, Silva DL. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. Texto Contexto Enferm. 2011;20(1):41-9.

Cano FG, Rozenfeld S. Adverse drug events in hospitals: a systematic review. Cad Saúde Pública. 2009;25 Suppl3:S360-72.

Capucho HC, Cassiani SHB. The need to establish a national patient safety program in Brazil. Rev Saúde Pública. 2013;47(4):791-8.

Carneiro FS, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Souza LP, Paranaguá TTB, Branquinho NCSS. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. Rev Enferm UERJ. 2011;19(2):204-11.

Caveião C, Hey AP, Montezelli JH, Gastaldi AB, Bobroff MCC, Farias DS. Anotações de enfermagem na perspectiva de auxiliares de enfermagem. Rev Enferm UFSM. 2014;4(2):401-9.

Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for the prevention of intravascular catheter related infections. MMWR [Internet]. 2002 [cited 2015 Feb. 14];51(RR10):1-26. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm>

Centers for Disease Control and Prevention. WISQARS injury mortality reports 1999 - 2007. [cited 2014 Oct. 26]. Available from: <http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10.html>

Cervo AS, Magnago TSBS, Carollo JB, Chagas BP, Oliveira AS, Urbanetto JS. Adverse events related to the use of enteral nutritional therapy. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014;35(2):53-9.

Claro CM, Kroczek DVC, Toffolito MC, Padilha KG. Adverse events at the intensive care unit: nurses' perception about the culture of no-punishment. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2014 Dez 13]; 45(1):167-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/23.pdf>

Clinco SDO. O Hospital é Seguro? Percepções de Profissionais de Saúde sobre Segurança do Paciente [dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas; 2007.

Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2006;166(17):1822-8.

Compromisso com a Qualidade Hospitalar. Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. 2ª ed. São Paulo: APM; 2012.

Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 492, de 26 de novembro de 2008. Regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada [Internet]. Brasília; 2008. [citado 2015 jan. 10]. Disponível: http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/res492_08.pdf

Conselho Regional de Enfermagem do Estado De São Paulo, Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente Polo São Paulo. 10 Passos para a Segurança do Paciente. São Paulo; 2010.

Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Laurino OS, Leão ER, Chimentão DMN. The implementation of a hospital's fall management protocol: results of a four-year follow-up. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2014 out 26]; 46(1):67-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a09.pdf>

Costa SGRF, Monteiro DR, Hemesath MP, Almeida MA. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011a [citado 2014 out 26]; 32(4): 676-81. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18753/14441>

Costa AGS, Oliveira ARS, Sousa VEC, Araújo TL, Cardoso MVLML, Silva VM. Instrumentos utilizados no Brasil para avaliação da mobilidade física como fator preditor de quedas em adultos. *Cienc Cuid Saúde*. 2011b;10(2):401-7.

Costa VT, Meirelles BHS, Erdmann AL. Best practice of nurse managers in risk management. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2014 Dez 13];21(5):1165-71. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1165.pdf

Dalmolin GRS, Rotta ET, Goldim JR. Medication errors: classification of seriousness, type, and of medications involved in the reports from a University Teaching Hospital. *Braz J Pharm Sci*. 2013;49(4):794-802.

DATASUS [Internet]. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. Brasília; c2005-2009. [citado 2013 mai. 18]. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/>

Dejours C. O fator humano. 5ª ed. Rio de Janeiro: FGV; 2005.

Deming WE. Qualidade: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva; 1990.

de Vries EN, Ramrattan MA, Smoreburg SM, Gouma DJ, Boormeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(3):216-23.

D'innocenzo M, coordenadora. Indicadores, auditoria, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2010.

Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.

Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL, Frank J, organizadores. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington: OPAS; 1992. p. 382-404.

Donaldson LJ, Panesar SS, Darzi A. Patient-Safety-Related Hospital Deaths in England: Thematic Analysis of Incidents Reported to a National Database, 2010-2012. *PLOS Med* [Internet]. 2014[cited 2015 Jan 17];11(6): e1001667. Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001667>

Dykes PC, I-Ching EH, Soukup JR, Chang F, Lipsitz S. A Case Control Study to Improve Accuracy of an Electronic Fall Prevention Toolkit. *AMIA Annu Symp Proc*. 2012;2012:170-9.

Ebert L, Hoffman K, Levett-Jones T, Gilligan C. They have no idea of what we do or what we know: australian graduates' perceptions of working in a health care team. *Nurse Educ Pract*. 2014;14(5):544-50.

Elias CMV, Gonçalves NPC, Sales JCS, Galvão IOGC, Carvalho ML, Carvalho LKCAA. Compilação de evidências científicas acerca da prevenção da úlcera por pressão. *Rev Interd*. 2014;7(1):183-92.

Fang L, Fang SH, Chung YH. Factors affecting the unplanned peripheral reinsertion in pediatric patients from a teaching hospital in Taiwan. *J Infus Nurs*. 2011;34(6):366-72.

Farhan M, Brown R, Woloshynowych M, Vincent C. The ABC of handover: a qualitative study to develop a new tool for handover in the emergency department. *Emerg Med J*. 2012;29(12):947-53.

Ferran NA, Metcalfe AJ, O'Doherty D. Standardized proformas improve patient handover: audit of trauma handover practice. *Patient Saf Surg* [Internet]. 2008 [cited 2014 Nov 2];2(24):1-5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2565654/pdf/1754-9493-2-24.pdf>

Ferreira PC, Dantas ALM, Diniz KD, Ribeiro KRB, Machado RC, Tourinho FSV. Evento adverso versus erro de medicação: percepções da equipe de enfermagem atuante em terapia intensiva. *J Res Fundam Care Online* [Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 2];6(2):725-34. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3088/pdf_1281 DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n2p725

Fragata, JIG. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Rev Port Saúde Pública*. 2010;10:17-26.

Furtado LCR. Maintenance of peripheral venous access and its impact on the development of phlebitis. *J Infus Nurs*. 2011;34(6):382-90.

Gabriel CS, Melo MRAC, Rocha FLR, Bernardes A, Miguelaci T, Silva MLP. Use of performance indicators in the nursing service of a public hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(5):1247-54.

Galvão AA, Oliveira AM, Carvalho FB, Araújo RPC. Identificação e distribuição dos erros de dispensação em uma farmácia hospitalar:

um estudo comparativo no município de Salvador Bahia. *Rev Cienc Med Biol*.2012;11(1):201-6.

Gillespie BM, Chaboyer W, Fairweather N. Interruptions and miscommunications in surgery: an observational study. *AORN J*. 2012;95(5):576-90.

Gimenes FRE, Teixeira TCA, Silva AEBC, Optiz SP, Mota MLS, Cassiani SHDB. Influence of the writing of the medical orders on the administration of medications at the wrong schedule time. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(4):380-4.

Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Velásquez-Meléndez G. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [citado 2014 out 26];44(4):1070-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/31.pdf>

Gomes ACR, Silva CAG, Gamarra CJ, Faria JCO, Avelar AFM, Rodrigues EC. Avaliação da ocorrência de flebite, infiltração e extravasamento em neonatos submetidos à terapia intravenosa. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011;15(3):472-9.

Gonçalves LA, Andolhe R, Oliveira EM, Barbosa RL, Faro ACME, Gallotti RMD et al. Nursing allocation and adverse events/incidents in intensive care units. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(Esp):71-7.

Gonzalo JD, Yang JJ, Stuckey HL, Fischer CM, Sanchez LD, Herzig SJ. Patient care transitions from the emergency department to the medicine ward: evaluation of a standardized electronic signout tool. *Int J Qual Health Care*. 2014;26(4):337-47.

Hakkarainen KM, Hedna K, Petzold M, Hägg S. Percentage of patients with preventable adverse drug reactions and preventability of adverse drug reactions: a meta-analysis. *PLOS One*. 2012;7(3):e33236. doi:10.1371/journal.pone.0033236.

Hesselink G, Flink M, Olsson M, Barach P, Dudzik-Urbaniak E, Orrego C, et al. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. *BMJ Qual Saf*.2012a;21 Suppl1:i39-49.

Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2012b;157(6):417-28.

Ho KH, Cheung DS. Guidelines on timing in replacing peripheral intravenous catheters. *J Clin Nurs*. 2012;21(11-12):1499-506.

Hoefel HHK, Magalhães AMM, Falk MLR. Análise das advertências geradas pelas chefias de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(3):383-9.

Hoonakker PLT, Carayon P, Walker JM, Brown RL, Cartmill RS. The effects of computerized provider order entry implementation on communication in intensive care units. Int J Med Inform. 2013;82(5):107-17.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sala de Imprensa [Internet]. Em 2008, esperança de vida dos brasileiros chega a 72,86 anos. 2009. [citado 2014 out. 25]. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1507>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas Completas de Mortalidade – 2011 [Internet]. Brasília; [citado 2014 out. 25]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2011/default.shtm>

Ilan R, Le Baron CD, Christianson MK, Heyland DK, Day A, Cohen MD. Handover patterns: an observational study of critical care physicians. Online BMC Health Serv Res [Internet]. 2012 [cited 2013 May 16];12(11):1-10. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-12-11.pdf>.

Intravenous Nurses Society. Infusion nursing standards of practice. J Intrav Nurs. 2006;29(1 Suppl):S1-92.

Ishikawa K. What is total quality control? New Jersey: Prentice Hall; 1985.

Jacinto AKL, Avelar AFM, Wilson AMMM, Pedreira MLG. Phlebitis associated with peripheral intravenous catheters in children: study of predisposing factors. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2014;18(2):220-6.

Jeong DJY, Kurcgant P. Fatores de insatisfação no trabalho segundo a percepção de enfermeiros de um hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(4):655-61.

Joint Comission International. WHO Collaborating Centre for patient safety's releases. Nine life-saving Patient Safety Solutions. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2007;33(7):427-62.

Joint Commission International. Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. 3ª ed. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação, 2008.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. About US [Internet]. 2006 [updated 2012 May 16; cited 2013 Jun 16]. Available from: http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Understanding and Improving Patient Handoffs. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010;36(2):50-71.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson. To err is human: building a safer health care system. Washington: The National Academy Press; 2000.

Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM, Castilho V, Machado VB, Pinhel I, et al. Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [citado 2013 ago 20];43(n esp 2):1168-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a04v43s2.pdf>

Lau MT, Girard J. Ensuring safer enteral feeding. Nurs Manage. 2011;42(12):39-40.

Leendertse AJ, Koning FHP, Goudswaard AN, Jonkhoff AR, Bogert SCAVD, Gier HJ, et al. Preventing hospital admissions by reviewing medication (PHARM) in primary care: design of the cluster randomised, controlled, multi-centre PHARM – study. BMC Health Serv Res. 2011;11(4):1-13.

Lemos RF, Silva VR, Martinez MR. Fatores que predisõem a distração da equipe de enfermagem durante o preparo e a administração de medicamentos. Rev Min Enferm. 2012;16(2):201-7.

Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care. 2004;13(Suppl1):i85-i90.

Letaief M, Mhamdi SE, Asady R, Siddiqi S, Abdullatif A. Adverse events in Tunisian hospitals: results of a retrospective cohort study. Int J Qual Health Care. 2011;22(5):380-5.

Lima ACB, Guerra DM. Evaluation of the cost of treating pressure ulcers in hospitalized patients using industrialized dressings. Cienc Saúde Colet. 2011;16(1):267-77.

Lima RPM, Melleiro MM. Perception of a multidisciplinary team on the factors contributing to adverse events at a university hospital. Rev Min Enferm. 2013;17(2):312-21.

Lisboa CD, Silva LD, Matos GC. Research on preparation techniques for drugs administered through catheters by intensive care nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):53-60.

Litchfield IJ, Bentham LM, Lilford RJ, Greenfield SM. Test result communication in primary care: clinical and office staff perspectives. *Family Practice*. 2014;31(5):592–7.

Lobão WM, Menezes IG. Psychometric analysis of the scale for the predisposition to the occurrence of adverse events in nursing care provided in ICUS. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 02];21(1):396-403. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a15.pdf

Lopes DMA, Néri EDR, Madeira LS, Souza Neto PJ, Lélis ARA, Souza TR, et al. Análise da rotulagem de medicamentos semelhantes: potenciais erros de medicação. *AMB Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(1):95-103.

Lorenzini E, Deckman LR, Costa TC, Silva EF. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: revisão integrativa. *Cienc Cuid Saúde*. 2014;13(1):166-71.

Lorenzini E, Santi JAR, Bão ACP. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(2):121-7.

Lyndon A, Zlatnik MG, Wachter RM. Effective physician-nurse communication: a patient safety essential for labor and delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(2):91-6.

Lyndon A, Sexton JB, Simpson KR, Rosenstein A, Lee KA, Wachter RM. Predictors of likelihood of speaking up about safety concerns in labour and delivery. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(9):791–9.

Lynn LA, Curry JP. Patterns Of Unexpected In-Hospital Deaths: a root cause analysis. *Patient Saf Surg*. 2011;5(3):1-24.

Magalhães AMM, Dall’Agnol CM, Marck PB. Nursing workload and patient safety – a mixed method study with an ecological restorative approach. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013[cited 2014 Nov 16];21(nesp):146-54. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf

Magerote NP, Lima MHM, Silva JB, Correia MDL, Secoli SR. Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(3):486-92.

McCannon CJ, Hackbarth AD, Griffin FA. Miles to go: an introduction to the 5 Million Lives Campaign. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;33(8):477-84.

Melo ABR, Silva LD. Segurança na terapia medicamentosa: uma revisão bibliográfica. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008;12(1):166-72.

Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(4):1124-33.

Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in Brazilian hospitals. *Int J Qual Health Care.* 2009;21(4):279-84.

Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *AMB Rev Assoc Med Bras.* 2013;59(5):421-8.

Miguel PAC. Qualidade: enfoque e ferramentas. São Paulo: Artiber; 2001.

Mira JJ, Orozco-Beltrán D, Pérez-Jover V, Martínez-Jimeno L, Gil-Guillén VF, Carratala-Munuera C, et al. Physician patient communication failure facilitates medication errors in older polymedicated patients with multiple comorbidities. *Fam Practi [Internet].* 2013 [cited 10 Jan 2015];30(1):56-63. Available from: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/30/1/56.full.pdf+html>.

Morais AS, Braga AT, Nicole AG, Tronchin DMR, Melleiro MM. Qualidade e avaliação em saúde: publicações em periódicos de enfermagem nas últimas duas décadas. *Rev Enferm UERJ.* 2008;16(3):404-9.

Morrison EW. Employee voice behavior: integration and directions for future research. *Acad Manage Annal.* 2011;5(1):373-412.

Moura MLO, Mendes W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(3):523-35.

Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2008;16(4):746-51.

Nascimento JV, Gonçalves MP, Pasqualoto AS, Del Castillo BL, Krusche JB, Kuinchtner GC. Assistência fisioterapêutica no foco

da segurança do paciente. Cad Educ Saúde Fisioter. 2014;1(1):S21-2.

Nassaji-Zavareh M, Ghorbani R. Peripheral intravenous catheter-related phlebitis and related risk factors. Singapore Med J. 2007;48(8):733-6.

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention - NCC MERP. Taxonomy of medication errors [Internet]. Washington; 2001 [cited 2013 Ago 20]. Available from: <http://www.nccmerp.org/pdf/taxo2001-07-31.pdf>

National Health Service. Institute for Innovation and Improvement. SBAR-Situation-Background-Assessment-Recommendation [Internet]. England; 2008 [cited 2013 Jun 16]. Available from: <http://www.institute.nhs.uk/organisation/legal/copyright.html>

Naves LK, Tronchin DMR, Melleiro MM. Incidence of gastric extubation in pediatric and adult groups in a home care program. REME Rev Min Enferm. 2014;18(1):54-60.

Naves LK, Tronchin DMR. Incidence of gastric extubation of users in a home care program of a university hospital. Rev Lat Am Enfermagem. 2012;20(3):543-50.

Neeman N, Isaac T, Leveille S, Dimonda C, Shin JY, Aronson MD, et al. Improving doctor-patient communication in the outpatient setting using a facilitation tool: a preliminary study. Int J Qual Health Care. 2012;24(4):357-64.

Negri DC, Avelar AFM, Andreoni S, Pedreira MLG. Predisposing factors for peripheral intravenous puncture failure in children. Rev Lat Am Enfermagem. 2012;20(6):1072-80.

Netter FH. Atlas de anatomia humana. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Nursing workload and occurrence of incidents and adverse events in ICU patients. Rev Bras Enferm. 2014;67(5):692-9.

Novo A. World Alliance for Patient Safety. Sarajevo: WHO Sarajevo Office; 2007.

Nuckols TK, Bell DS, Liu H, Paddock SM, Hilborne LH. Rates and types of events reported to established incident reporting systems in two US hospitals. Qual Saf Health Care. 2007;16:164-8.

Okuyama A, Wagner C, Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(61):1-8.

Oliveira RB, Melo ECP. O sistema de medicação em um hospital especializado no município do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011;15(3):480-9.

Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho-Filho MA. Profile of the Population Cared for in a Referral Emergency Unit. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2015 jan 03];19(3):548-56. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14.pdf

Oliveira FT, Paes GO, Mesquita MGR, Souza VMP, Carlos ES, Martins CS. Algoritmo assistencial de enfermagem para infusão de amiodarona intravenosa. *Rev Rene*. 2014;15(5):878-87.

Ong M, Coiera E. A systematic review of failures in handoff communication during intrahospital transfers. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2011;37(6):274-84.

Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Adverse events: analysis of a notification instrument used in nursing management. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2014 out 26];44(2):287-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>

Paranaguá TT, Bezerra AL, Silva AE, Azevedo Filho FM. Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(3):256-62.

Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Santos ALM, Silva AEBC. Prevalence and factors associated with incidents related to medication in surgical patients. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014a [cited 2014 Oct 25];48(1):41-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/0080-6234-reeusp-48-01-41.pdf>

Paranaguá TTB, Braga ALQQPB, Silva AEBC, Azevedo Filho FM, Gomes MRS. Incidents: instrument management assistance for patient safety in emergency room. *Enferm Glob* [Internet]. 2014b [cited 2014 Nov 2];13(2):219-31. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.2.179201>.

Patterson ES, Roth EM, Woods DD, Chow R, Gomes JO. Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. *Int J Qual Health Care*. 2004;16(2):125-32.

Pereira FGF, Caetano JA. Human error and patient safety in health services. *Rev Enferm UFPI*. 2014;3(3):115-9.

Pereira SR, Coelho MJ, Mesquita AM, Teixeira AO, Graciano AS. Causes for the unplanned removal of the feeding tube in intensive care. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(4):338-44.

Philibert I, Leach DC. Re-framing continuity of care for this century. *Qual Saf Health Care.* 2005;14(6):394-6.

Prates CG, Luzia MF, Ortolan MR, Neves CM, Bueno ALM, Guimarães F. Quedas em adultos hospitalizados: incidência e características desses eventos. *Cienc Cuid Saúde* [Internet]. 2014 [cited 2014 Out 26];13(1):74-81. Available from: http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20728/pdf_115.

Rabol LI, Andersen ML, Ostergaard D, Bjorn B, Lilja B, Mogensen T. Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis. *BMJ Qual Saf.* 2011;20(3):268-74.

Reason J. Human error: models and management. *BMJ.* 2000;320(7237):768-70.

Reis AM, Marques TC, Opitz SP, Silva AEBC, Gimenès FRE, Teixeira TCA, et al. Errors in medicine administration – profile of medicines: knowing and preventing. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2013 Ago 20];23(2):181-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/05.pdf>

Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(7):2029-36.

Riesenberg LA, Leitzsch J, Little BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. *Am J Med Qual.* 2009;24(3):196-204.

Rogenski NM, Kurcgant P. Measuring interrater reliability in application of the Braden Scale. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(1):24-8.

Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005;13(4):474-80.

Roque KE, Melo ECP. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2011;15(3):595-601.

Roque KE, Melo ECP. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2012;16(1):121-7.

Rosetti KAG, Tronchin DMR. Evaluación de la conformidad de la práctica asistencial de mantenimiento del catéter temporario duplo lumen para hemodiálisis. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014;22(1):129-35.

Roy CL, Poon EG, Karson AS, Ladak-Merchant Z, Johnson RE, Maviglia SM, et al. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. *Ann Intern Med.* 2005;143(2):121-8.

Rozenfeld S, Giordani F, Coelho S. Adverse drug events in hospital: pilot study with trigger tool. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(6):1102-11.

Rutherford JS, Flin R, Mitchell L. Teamwork, communication, and anaesthetic assistance in Scotland. *Br J Anaesth.* 2012;109(1):21-6.

Santana JCB, Sousa MA, Soares HC, Avelino KSA. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. *Enferm Rev.* 2012;15(1):122-37.

Santos, JC, Ceolim, MF. Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(4):810-7.

Santos MC, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Rev Port Saúde Pública.* 2010;10:47-57.

Santos CT, Oliveira MC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):111-8.

Saxton R. Communication skills training to address disruptive physician behavior. *AORN J.* 2012;95(5):602-11.

Scarlatti KC, Michel JLM, Gambá MA, Gutiérrez MGR. Pressure ulcers in surgery patients: incidence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2011 [cited 2014 Dez 13];45(6):1372-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a14.pdf>

Seifert PC. Communication and Safety [letter]. *AORN J.* 2012;95(5):562-4.

Shaw G. Handoff Rx: knowing what to say and how to say it. Standardized forms, written and verbal reports help residents avoid potential problems during transfers. *Am Coll Physicians Obs.* 2006;10(1):6-11.

Silva AEBC. Patient' safety: challenges for nursing research and practice. [editorial]. *Online Rev Eletr Enf [Internet]*. 2010 [cited 2013 May 26];12(3):423. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01-en.htm>.

Silva LD. Segurança e qualidade nos hospitais brasileiros [editorial]. *Rev enferm UERJ*. 2013;21(4):425-6.

Silva EWNL, Araújo RA, Oliveira EC, Falcão VTFL. Applicability of the prevention protocol of pressure ulcers in intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(2):175-85.

Silva LD, Camerini FG. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. *Texto contexto enferm*. 2012;21(3):633-41.

Silva LD, Carvalho MF. Revisão integrativa da produção científica de enfermeiros acerca de erros com medicamentos. *Rev enferm UERJ*. 2012;20(4):519-25.

Silva LD, Santos MM. Interações medicamentosas em unidade de terapia intensiva: uma revisão que fundamenta o cuidado do enfermeiro. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(1):134-9.

Smits M, Janssen J, Vet R, Zwaan L, Timmermans D, Groenewegen P, et al. Analysis of unintended events in hospitals: inter-rater reliability of constructing causal trees and classifying root causes. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(4):292-300.

Solet DJ, Norvell JM, Rutan GH, Frankel RM. Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Acad Med*. 2005;80(12):1094-9.

Soop M, Fryksmark U, Koster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(4):285-91.

Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Leite E, Nunes C. Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses. Estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.

Souza LP, Bezerra AL, Silva AE, Carneiro FS, Paranaguá TT, Lemos LF. Adverse events: instrument for assessing performance of a university hospital surgical center. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(1):127-33.

Sousa MRG, Silva AEBC, Bezerra ALQ, Freitas JS, Miasso AI. Adverse events in hemodialysis: reports of nursing professionals. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 09];47(1):76-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a10v47n1.pdf>

Spadoti A. Análise dos aspectos ambientais e organizacionais e estratégias de prevenção de riscos para erros de medicação em um hospital de ensino [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2014.

Stahel PF, Sabel AL, Victoroff MS, Varnell F, Lembitz A, Boyle DJ et al. Wrong-site and wrong-patient procedures in the universal protocol era: analysis of a prospective database of physician self-reported occurrences. *Arch Surg*. 2010;145(10):978-84.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO; 2002.

Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, West DC, Rosenbluth G, Allen AD et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med*. 2014;371(19):1803-12.

Stefanelli MC, Carvalho EC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2012.

Teixeira TCA, Cassiani SHB. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(1):139-46.

Teixeira TCA. Análise da causa raiz de incidentes relacionados à segurança do paciente na assistência de enfermagem em unidades de internação, de um hospital privado, no interior do Estado de São Paulo [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2012.

Teixeira TC, Cassiani SH. Root cause analysis of falling accidents and medication errors in hospital. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 09];27(2):100-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0100.pdf>.

Telles ACM. Prevalência, incidência, fatores preditivos e impacto das quedas entre as pessoas idosas no município de São Paulo: uma

análise longitudinal. [dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Teodoro WR, Aquino LAM. Análise do processo de passagem de plantão em uma unidade de internação pediátrica. *Rev Min Enferm.* 2010;14(3):316-26.

Tertuliano AC, Borges JLS, Fortunato RAS, Oliveira AL, Poveda VB. Flebite em acessos venosos periféricos de pacientes de um hospital do Vale do Paraíba. *Rev Min Enferm.* 2014;18(2):334-9.

The Joint Commission. Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care: a road map for hospitals. Illinois; 2010.

Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P, Garcia NA, Garzin ACA. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(3):542-6.

Vaidyanathan S, Soni B, Hughes P, Singh G, Tun O. Preventable longterm complications of suprapubic cystostomy after spinal cord injury: root cause analysis in a representative case report. *Patient Saf Surg.* 2011;5(27):1-8.

Van Eaton EG, Horvath KD, Lober WB, Rossini AJ, Pellegrini CA. A randomized, controlled trial evaluating the impact of a computerized rounding and sign-out system on continuity of care and resident work hours. *J Am Coll Surg.* 2005;200(4):538-45.

Vasconcellos PP. Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico [dissertação]. Florianópolis: Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

Vidarthi AR, Arora V, Schnipper JL, Wall SD, Wachter RM. Managing discontinuity in academic medical centers: strategies for a safe and effective resident sign-out. *J Hosp Med.* 2006;1(4):257-66.

Vincent C. Clinical Risk Management: enhancing patient safety. 2^a ed. London: BMJ Books; 2001.

Vincent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis; 2009.

Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158(5Pt2):369-74.

World Health Organization. World alliance for patient safety. Forward programme 2006-2007. Geneva; 2006.

World Health Organization. Communication During Patient Hand-Overs. Patient Safety Solutions. Geneva; 2007.

World Health Organization. World Alliance for patient safety: forward programme 2002-2009. Geneva; 2008.

World Health Organization. Patient Safety Research: better knowledge for safety care. Geneva; 2009a.

World Health Organization. More than words: conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report [Internet]. Geneva; 2009b [cited 2013 Aug 31]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>

Yao GL, Novielli N, Manaseki-Holland S, Chen YF, Van der Klink M, Barach P, et al. Evaluation of a predevelopment service delivery intervention: an application to improve clinical handovers. *BMJ Qual Saf*. 2012;21 Suppl1:S29-38.

Zaicner R. Satisfação da clientela: um objetivo a ser alcançado pelo serviço público de saúde [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.

Zeithaml V, Parasuraman A, Berry LL. Delivering Service Quality: balancing customers perceptions and expectations: New York: The Free Press; 1990.

Zegers M, Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LHF, Waaijman R, Smits M, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(4):297–302.

Zhang M, Holman CDA, Price SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara M. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. *BMJ*. 2009;338a:2752.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Solicitação de autorização para coleta de dados

_____, ____ de _____ de _____

Ilmo(a) Sr(a)

Diretora

Venho solicitar autorização para realizar a coleta de dados nesta instituição, com ciência da Superintendência, referente ao projeto de pesquisa intitulado: “Análise da relação das falhas de comunicação e a ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário”, que tem por objetivos: identificar as não conformidades referentes aos eventos adversos Erro de medicação, Flebite, Queda e Úlcera por pressão que causaram dano permanente ou óbito, no triênio 2011, 2012, 2013; analisar causas raízes dos eventos adversos, identificadas pelos profissionais de saúde da instituição; estratificar os eventos com causa raiz relacionados às falhas de comunicação; avaliar se os eventos adversos encontrados eram evitáveis ou não evitáveis.

Aproveito o ensejo para esclarecer que se trata de uma pesquisa para obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Marta Maria Melleiro.

Outrossim, esclareço que não coloco em evidência a identificação da instituição. Informo, ainda, que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o número de protocolo _____.

Contando com sua colaboração, coloco-me à disposição para outros esclarecimentos.

No aguardo de sua resposta, aproveito a oportunidade para renovar meu protesto de estima e consideração.

Atenciosamente,

Mileide Moraes Pena (Pesquisadora)

Diante dos esclarecimentos acima, autorizo a coleta de dados da referida pesquisa neste hospital.

_____, ____ de _____ de ____.

APÊNDICE B - Análise de erro/ evento sentinela

Nº RNC:____ Data/ hora da ocorrência:_____ Idade paciente:_____

Evento:() Erro de medicação () Flebite () Queda () UPP

Serviço/ Unidade:

- () Ambulatório () Serviço de diagnóstico por imagem
 () Urgência e Emergência () Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
 () Unidade de Internação () Atendimento domiciliar
 () Centro Cirúrgico/ Centro Obstétrico (CC/CO)
 () Hemodiálise () Quimioterapia

Profissionais envolvidos no evento:

- () Auxiliar/ técnico de enfermagem () Técnico de farmácia
 () Enfermeiro () Enfermeiro () Farmacêutico () Fisioterapeuta
 () Médico () Nutricionista () Outros:_____

Classificação do erro/ evento:

- () Evento adverso com danos permanentes
 () Evento adverso com danos temporários

Análise da causa raiz (Diagrama Ishikawa)

- () Método () Matéria prima () Mão de obra
 () Máquinas () Medição () Meio ambiente

A(s) causa(s) raiz(es) do evento está(ão) relacionadas à falha de comunicação?

- () Não () Sim

Qual? () Comunicação verbal () Comunicação escrita () Ambas

Classificar evento: () Evento evitável () Evento inevitável

ANEXOS

ANEXO 1 - RELATÓRIO DE NÃO CONFORMIDADE

RELATÓRIO DE NOTIFICAÇÃO Nº _____

Setor onde ocorreu o erro/ evento: _____

DESCRIÇÃO DO ERRO/ EVENTO

Fato Ocorrido: _____

Serviço / Unidade: _____ Data / Hora da
Ocorrência: ____ / ____ / ____ às ____ : ____ Idade: _____

Paciente: _____ RH: _____ Leito: _____

Diagnóstico: _____

CLASSIFICAÇÃO DO ERRO / EVENTO (Preenchimento Obrigatório Pelo Notificador)

- () **Erro de Processo** (não cumprimento das interações entre os processos)
- () **Evento Sentinela:** () Grau I-Óbito () Grau II-Danos Permanentes **Obs: Notificar imediatamente à Qualidade**
() Grau III - Danos Temporários () Grau IV - Sem danos () Near Miss (quase erro)
- () **Vigilâncias:** () Tecnovigilância – Materiais e equipamentos () Saneantes – Produtos limpeza e desinfecção
- () **Reações Adversas:** () Farmacovigilância () Hemovigilância (Uso Exclusivo do Hemocentro)

Informações sobre os produtos/
materiais / equipamentos: _____

Fabricante: _____

Nº Patr: _____ Lote: _____ Reg. MS: _____ Fab/Val: _____ / _____

Descrição do Fato:

Ações de Mitigação:

Observação: Contactar imediatamente a área onde ocorreu o evento para discussão do mesmo.**O Evento Afetou o Paciente/ Colaborador?**

- () Não () Não se aplica () Sim “Descrever os efeitos nocivos ao paciente e as condutas tomadas”

Nome de Quem Abriu a NC: _____ Ramal: _____ Data: ____ / ____ / ____

CLASSIFICAÇÃO DA NÃO CONFORMIDADE (Preenchimento Pela Qualidade)

- () **Não Procede** () **Erro de Processo** (Não Cumprimento das interações entre os Processos)
- () **Evento sentinela:** () Grau I - Óbito () Grau II - Danos Permanentes
- () Grau III - Danos Temporários () Grau IV - Sem danos () Near Miss (quase erro)
- () **Vigilâncias:** () Tecnovigilância () Saneantes
- () **Reações Adversas:** () Farmacovigilância () Hemovigilância

INVESTIGAÇÃO DA NÃO CONFORMIDADE	
CLASSIFICAÇÃO DA NÃO CONFORMIDADE (Preenchimento Pelo Investigador) ☐ Não Procede ☐ Erro (Não Cumprimentos das interações entre os processos): 30 dias ☐ Evento sentinela: ☐ Grau I - Óbito: 10 dias ☐ Grau II - Danos Permanentes: 25 dias ☐ Grau III - Danos Temporários: 30 dias ☐ Grau IV - Sem danos: 30 dias ☐ Near Miss: 30 dias ☐ Vigilâncias: ☐ Tecnovigilância: 30 dias ☐ Saneantes: 30 dias ☐ Reações Adversas: ☐ Farmacovigilância: 30 dias ☐ Hemovigilância: 30 dias	
Descreva minuciosamente o fator (es) causador (es) do evento (causa raiz), considerando a ferramenta diagrama de causa e efeito (6M) impresso SQ 1.5-030 – Diagrama de Causa e Efeito. *Método: _____ _____ *Matéria Prima: _____ _____ *Mão de Obra: _____ _____ *Máquinas: _____ _____ *Medição: _____ _____ *Meio Ambiente: _____ _____	
Esse evento já ocorreu outras vezes em seu setor? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica. Qual foi a incidência? _____	
As ações preventivas planejadas foram implantadas? ☐ Sim ☐ Não Obs: _____	
Plano de Ação / 5W 2H impresso SQ 1.5-013 - Plano de Ação 5W2H: ☐ Sim ☐ Não – justificar: O que? _____ _____ Porque? _____ _____ Como? _____ _____ Onde? _____ Quem? _____ Quando? _____ Quanto Custa? _____	
ASSINATURAS:	
Carimbo e assinatura do investigador: _____ Data: ____/____/____ Notificador concorda com a efetividade das ações propostas? ☐ Sim ☐ Não Assinatura do notificador: _____ Data: ____/____/____ Observações: _____	
Avaliação do Serviço da Qualidade:	

Legenda: MÉTODO: a forma como o processo analisado é realizado, a organização das informações e do trabalho. MATÉRIA-PRIMA: Característica dos insumos necessários para a realização do processo. MÃO DE OBRA: recursos humanos (pessoas). MÁQUINAS: todos os equipamentos e sistemas (informática, telecomunicações, etc.) utilizados para a realização do trabalho. MEDIÇÃO: de que forma o resultado é medido, a supervisão do comportamento do processo. MEIO-AMBIENTE: características físicas do ambiente de trabalho (temperatura, ruídos, iluminação, etc.), bem como a relação das pessoas da organização (motivação, remuneração, relação entre diferentes níveis hierárquicos).

ANEXO 2 - SBAR - TRANSIÇÃO DO CUIDADO/RESUMO DE ALTA DAS UTI'S

S - SITUATION (IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE)

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Nome: _____ RH: _____ Idade: _____ Data Nasc: ____/____/____

ID: _____ Data da Admissão: ____/____/____ Hora: ____:____ Proveniente: _____

Data da Alta: ____/____/____ Hora: ____:____ Unidade de Destino: _____

Alta aos cuidados da especialidade/médico: _____

Diag. Princ Adm: _____ Diag. Princ. Alta: _____

Diagnóstico Secs.: _____ APACHE: _____ %

B- BACKGROUND (BREVE HISTÓRICO DO PACIENTE)

Paciente Inserido Protocolo: () SEPSE () PRÉ-ECLAMPSIA () IAMCSST () IRA () Outros _____

Resumo da Evolução e principais intercorrências e intervenções:

Principais Resultados de Exames Diagnósticos: _____

ALERGIA (S): () SIM () NÃO Quais: _____

Infecção em Tratamento () Não () Sim: _____

ANTIBIÓTICOS: () Não () Sim: _____

Observações: _____

A - ASSESSMENTS (Avaliação/ condição atual do paciente)

PA: ____/____ mmHg FC: ____ bpm T°: ____ °C FR: ____ mpm Saturação: ____ %

Nível Consciência (Glasgow): _____ Glicemia (qdo realizado): _____

Oxigenioterapia: () Ar ambiente () Cateter de O₂ () Traqueostomia () Nebulização de O₂ () VM

Nutrição: () Via oral () Enteral () Parenteral () Jejum/motivo: _____

Mobilidade física: () Acamado () Deambulando () Agitado () _____

Drenos e Sondas: _____

() SVD Data inserção: _____ Auditoria () SIM () NÃO Não conformidade () SIM () NÃO

() CVC Data inserção: _____ Auditoria () SIM () NÃO Não conformidade () SIM () NÃO

Integridade da pele: _____ Estoma (tipo/bolsa): _____

Curativos (Local/Produto): _____ () Colchão Piramidal

ISOLAMENTO: () Contato () Gotículas () Aerossóis () Contato e Aerossóis Obs: _____

Microorganismo(s): _____

R - RECOMMENDATIONS (Recomendações, pontos de atenção).

Exames Encaminhados: () RX () Tomografia () Ultrassom () Laboratoriais () Outros _____

Exames pendentes: () CT () Raio-X () RNM () CATE/ANGIO () EEG () ECG () EDA () Laboratorial

() Outros procedimentos/cirurgias pendentes: _____

Condutas Nutricionais: _____

Condutas Fisioterápicas: _____

Outras Especialidades (interconsulta): _____

Recomendações:

Monitorização de SSVV: () seguir escore MEWS - Recomendações: _____

Oxigenioterapia: _____

Mobilidade física: () Restrição _____ () Cabeceira elevada () Trendelemburgue

() Declive () Repouso no leito () Outros: _____

Curativo especial (próxima troca): _____ Recomendações: _____

Drenos: _____ Sondas: _____

Cateter venoso: _____ Outros: _____

Contra-indicações: _____

Comunicado familiares sobre alta da UTI () SIM () NÃO Observação: _____

Assinatura e carimbo do Médico

Assinatura e carimbo do Fisioterapeuta

Assinatura e carimbo do Enfermeiro

Assinatura e carimbo do Nutricionista

Assinatura e carimbo de Outras Especialidades

ANEXO 3 - SBAR - TRANSIÇÃO DO CUIDADO: UNIDADES URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**S - SITUATION (IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE)**

Data: ___/___/___

Nome: _____ RH: _____ Data Nascimento: _____

Idade: ___/___/___ Leito: _____ Sexo: _____ Data da internação: ___/___/___

Hipótese diagnóstica: _____

B- BACKGROUND (BREVE HISTÓRICO DO PACIENTE)

Patologias de base (Ex: diabetes, HA, etc.): _____

Alergias: () Sim () Não Quais: _____

Intervenções ou tratamentos recentes (Ex: cirurgia há 1 semana, angioplastia há 2 semanas): _____

A - ASSESSMENTS (Avaliação/ condição atual do paciente)

Dor: () Sim () Não Local/Intensidade: _____

Curativos/ local: _____

Drenos e sondas: _____

() SVD Data inserção: _____ Auditoria () SIM () NÃO Não conformidade () SIM () NÃO

() CVC Data inserção: _____ Auditoria () SIM () NÃO Não conformidade () SIM () NÃO

() Ár ambiente () Ventilação Mecânica () Nebuliz ___l/mim () Cateter de oxigênio ___l/min

Isolamento: () Contato () Aerossóis () Gotícula () Imunod. () Contato e aerossóis

Microog. _____

Paciente Inserido Protocolo: () SEPSE () PRÉ-ECLAMPSIA () IAMCSST () IRA ()

Outros _____

R - RECOMMENDATIONS (Recomendações, pontos de atenção)

Exames pendentes: () RX () Tomografia () Ultrassom () RSN () EDA/COLONO () Outros

Procedimentos/ cirurgias pendentes: _____

Recomendações: () Verificar SSVV conforme protocolo SCORE MEWS; () Manter monitorização e/ou oxímetria de pulso; () Recomendação específica _____

Exames Encaminhados: () RX () Tomografia () Ultrassom () Laboratoriais () Outros

TRANSFERIDO PARA:

() Bloco 1 () Bloco 2 () Bloco 3 () Bloco 4 () Bloco 5 () Bloco 6 () Bloco 8 () UTI's

Horário: _____ Passado plantão por: _____ Para: _____

ANEXO 4 - SBAR - UNIDADES DE APOIO ASSISTENCIAL

NOME: _____ RH: _____ DN: ____/____/____ DATA: ____/____/____

CONDIÇÕES DO PACIENTE: () COLABORATIVO () ORIENTADO () DESORIENTADO () AGITADO
() AR AMBIENTE () CATETER O2 () MÁSCARA DE O2 () INTERMITENTE () CONTÍNUO () VM

TIPO DE TRANSPORTE: () DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS () MACA () CAMA

NECESSIDADE DE ENFERMAGEM/ DURANTE EXAME: () SIM () NÃO

ISOLAMENTO: () SIM () NÃO TIPO: _____

ALERGIAS: () NÃO () SIM QUAIS: _____

EXAMES:	Hr/Checagem/ORIGEM:	Hr/Checagem/RETORNO:
RX SIMPLES: Prescrição médica/ Roupa sem metal () SIM () NÃO		
ENDOSCOPIA: Jejum 8h () SIM () NÃO Prontuário () SIM () NÃO		
COLONOSCOPIA: Jejum 8h () SIM () NÃO Prontuário () SIM () NÃO PREPARO FINALIZADO () SIM () NÃO		
RX CONTRASTE: Contraste () SIM () NÃO Prescrição médica () SIM () NÃO		
ULTRASSOM ABDOME: Jejum 8h () SIM () NÃO Bexiga cheia () SIM () NÃO		
TOMOGRAFIA: Jejum 6h () SIM () NÃO () Acesso periférico/ calibre nº18 Outros: _____		
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA: Jejum 4h () SIM () NÃO Retirado adornos com metal () SIM () NÃO		
BIÓPSIA Jejum 6 hs () SIM () NÃO		
ECOCARDIOGRAMA: Prontuário () SIM () NÃO		
ECOCARDIO STRESS: Jejum 8h () SIM () NÃO Prontuário () SIM () NÃO Ac. Venoso nº 20 () SIM () NÃO		
ECOCARDIO TRANSESOFÁGICO: Jejum 8h () SIM () NÃO Prontuário () SIM () NÃO Ac. Venoso nº 20 () SIM () NÃO Outros: _____		
ELETROENCÉFALO: Cabelos limpos/secos () SIM () NÃO		

TESTE ERGOMÉTRICO Tênis/ roupa leve/ dieta leve; Prontuário ()SIM ()NÃO		
CATETERISMO CARDÍACO: Jejum 4h ()SIM ()NÃO Remoção Prótese dentária ()SIM ()NÃO ()N/A Prontuário ()SIM ()NÃO Ac. venoso MSE nº 20 ()SIM ()NÃO Outros: _____		
ANGIOPLASTIA CORONÁRIA: Jejum 4h ()SIM ()NÃO Prontuário ()SIM ()NÃO Remoção de prótese dentária ()SIM ()NÃO Acesso venoso MSE nº 20 ()SIM ()NÃO Outros: _____		
MARCAPASSO: Jejum de 8h ()SIM ()NÃO Remoção prótese dentária ()SIM ()NÃO Prontuário ()SIM ()NÃO Ac. Venoso nº 20 ()SIM ()NÃO Outros: _____		
OUTROS EXAMES:		

OBSERVAÇÕES ORIGEM:

Assinatura/carimbo ORIGEM: _____

OBSERVAÇÕES RETORNO (ex: utilizou sedação):

Assinatura/carimbo RETORNO: _____

N/A = Não se aplica